

Desalambra la Memoria

Cuatro estudios de caso en torno a la Electroconvulsoterapia
en Uruguay

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Social

Lic. Mauricio Garolfi

Directora de Tesis: Prof. Adga. Mag. Gabriela Etcheverry

Co-Director de Tesis: As. Dr. Ismael Apud

Director Académico: Prof. Adj. Nelson De León

Investigación financiada por CAP

Montevideo, 2019

Normalidades residen seguras en fábulas masivas alambradas por el sentido común.

(Percia, 2017, p.22)

Agradecimientos

A Sara por el amor y la paciencia de todas las horas habidas y por haber.

A las canciones de *Yo La Tengo* por amenizar mis jornadas de lectura y escritura de un modo respetuoso e hipnótico.

A mi madre que siempre puso todas las fichas, incluso cuando la banca daba pérdidas.

A Ernesto por enseñarme a buscar preguntas donde sólo parecerían haber respuestas.

A Sebastián por el vino y los almuerzos y las cenas y las charlas de pares que siempre confortan.

A Leo por mostrarme una forma distinta de ver el mundo.

A Lali por bancar cabeza y los cafés italianos de tertulia.

A Belén Itza por compartir desde el grado codo a codo la pelea en lo cotidiano, y por ser siempre una amiga en lo académico, lo político, y lo ético.

A Mariel Palacios porque el punk nos encontró, la maestría nos convocó y el Seba nos hizo familia. También por el intercambio de lecturas, comentarios, consejos, enojos y conversaciones inacabables.

A Fanny Azpiroz por la disposición siempre activa para colaborar y producir encuentros.

A Andrea Gonella por hacer de correctora de estilo y traductora voluntaria.

Al "Rifle" Giudicelli por compartir el combate y el tránsito sinuoso y muchas veces descarnado de lo académico-curricular.

A Silvia López y Silvia Buonomo, quienes me han ayudado a encontrar calma y orden en momentos de caos apocalíptico.

A Nelson de León por ser inspirador, consultor y aguantador desde siempre.

A Ismael Apud por la dedicación comprometida, el sentido del humor punzante y los infinitos mails recibidos y respondidos en estos últimos cuatro años.

A Gabriela Etcheverry por subirse al barco de los locos cuando ya había zarpado, y aun así aportar su sabiduría de una manera tan solidaria como cálida.

A Adriana Miniño bibliotecóloga amiga que me facilitó sus conocimientos de las bibliotecas e hizo de correctora bibliográfica.

A la Biblioteca del SMU y de la Facultad de Medicina por el acceso rápido a los documentos solicitados.

A la Facultad de Psicología de la Universidad de la República por ofrecer oportunidades accesibles de estudio para sus estudiantes.

A la Comisión Académica de Posgrado de la Universidad de la República por financiar remos a un barco a la deriva.

Y finalmente, a la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, por ser el germinador de las inquietudes que motivaron esta tesis.

Resumen

La presente investigación aborda, mediante una metodología de estudio de caso, las trayectorias de cuatro personas que recibieron Electro Convulso Terapia (ECT) en Montevideo, en el período comprendido entre 2008 y 2016. Para ello, se utilizaron entrevistas en profundidad, aplicadas tanto a las personas tratadas con ECT, como a sus familiares, y a algunos de los psiquiatras vinculados a las instituciones tratantes. Desde un abordaje cualitativo, se describen y analizan las narrativas de los entrevistados, tomando como ejes centrales las siguientes categorías: i. modelos explicativos (desde la antropología médica, la forma en que usuarios y profesionales de la salud construyen, describen y explican los padecimientos y tratamientos médicos); ii. imágenes de pensamiento (desde la propuesta de Giles Deleuze, la manera que el pensamiento se representa y configura ideas y conceptos); iii. consentimiento informado y proceso de toma de decisiones (contexto médico, familiar y social en el que se resuelve la aplicación de ECT como tratamiento); vi. efectos atribuidos a la ECT (cómo se percibió el impacto del tratamiento en la vida cotidiana).

A través de las categorías propuestas se discutirá desde una perspectiva de Derechos Humanos los efectos, experiencias, significados, y grados de participación descritos por los distintos involucrados en el proceso de aplicación de la ECT. En el marco de la reciente aprobación de la Ley N° 19.529 de salud mental de Uruguay, este estudio se plantea preguntas entorno a los procedimientos de ECT y ensaya algunas recomendaciones sobre cómo mejorar la calidad y cantidad de información que se maneja al respecto. De esta manera, se busca realizar un aporte en torno al seguimiento y regulación de dicho tratamiento, de forma tal que garantice la protección a los DDHH, y el avance hacia un abordaje más integral.

Palabras clave: Electro Convulso Terapia, Narrativas, Estudio de Caso, Modelos Explicativos, Imágenes de pensamiento.

Abstract

The current research, uses a case study method to analyze the trajectories of four people that received Electroconvulsive Therapy (ECT) in Montevideo, from 2008 to 2016. In-depth interviews were administered to those who received ECT, their relatives, and some of the consultant psychiatrists that work for the institutions that use ECT as a treatment. The narratives of the subjects are described and analyzed from a qualitative perspective, using as main themes the following categories: i. Explanatory Models (from a medical anthropology perspective, the way in which healthcare users and professionals construct, describe, and explain suffering and medical treatments); ii. images of thought (from Giles Deleuze's perspective, the way in which the thought is represented and configures ideas and concepts); iii. informed consent and decision-making process (medical, family and social context in which ECT is chosen as a treatment) and; vi. effect attributed to ECT (perception of how the treatment affected everyday's life).

We will use these categories, to analyze from a Human Rights perspective, the effects, experiences, meanings, and degree of participation described by those involved in the ECT treatment. This study raises questions about ECT procedures, and drafts recommendations on how to improve the quality and quantity of information given to service users and their families, making a contribution to the Mental Health Law N.º 19.529 that has been recently approved. Additionally, it aims to contribute with the regulation and follow up of the treatment, in a more holistic approach that guarantees Human Rights.

Key Words: Electroconvulsive Therapy, Narratives, Case Study, Explanatory Models, Images of Thought.

Indice

Resumen.....	3
Glosario de siglas	7
Introducción	9
1. Fundamentación y Antecedentes	14
1.1- Antecedentes a nivel internacional	15
1.1.1- Una breve Historia de la ECT	15
1.1.2 - Estudios cuantitativos y estudios mixtos.....	23
1.1.3 - Estudios cualitativos	24
1.1.4- Defensores y críticos de la ECT	25
1.2- Antecedentes a nivel nacional	29
1.3- Fundamentación, legislación y DDHH.....	38
1.3.1 - Algunas cifras sobre ECT en nuestro país	45
2. Problema, Referencias Teóricas y Diseño Metodológico	48
2.1- Problema, preguntas y objetivos.....	49
2.2 Referencias teóricas.....	52
2.2.1- Pensar en campos de problemas	52
2.2.2- La locura y el encierro	54
2.2.3 - Modelos Explicativos	55
2.2.4 - Trayectorias Subjetivas	57
2.2.5 - Imagen de pensamiento	58
2.3- Diseño Metodológico: Estudio de Caso	62
2.3.1- Casos seleccionados.....	62
2.3.2- Criterios de inclusión de los participantes de la investigación:	63
2.3.3- Descripción de los casos.....	65
2.3.4- Categorías de análisis previas.....	66
2.3.5- Categorías emergentes	68
2.3.6- Consideraciones éticas.....	70
2.3.7- Análisis de las implicaciones.....	72
3. Presentación de los casos	82
3.1- Los casos: Quienes recibieron ECT y su familia	83
3.1.1- El fino arte de regular el volumen: Horacio.....	84

3.1.2- Un amor en demasía: Mario.....	93
3.1.3- La memoria de los cigarrillos: Antonio	97
3.1.4- Parte de la naturaleza: César	104
4. Discusión: Otras formas de vivir necesitan otras formas de nombrar	115
4.1- Proceso de toma de decisión y manejo de información en relación a la ECT.....	116
4.2- Efectos atribuidos a la ECT.....	120
4.3- Imágenes de la enfermedad.....	122
4.4- Imágenes del trabajo.....	124
4.5- Imágenes de la pobreza-soledad-estigma-marginalidad.....	127
4.5- Imágenes de memoria colectiva	130
4.7- Imágenes de la inmediatez.....	132
4.8- Imágenes de incapacidad.....	133
5. Conclusiones	135
5.1- Proceso de toma de decisión y manejo de información en relación a la ECT.....	136
5.2- Efectos atribuidos a la ECT.....	137
5.3- Significados atribuidos a la ECT	138
5.4- Las redes y lo grupal.....	138
5.5- Problemas del mutualismo	139
5.6- Rol del enfermo- imágenes de incapacidad	139
5.7- La interdisciplina.....	140
A modo de cierre.....	142
Referencias bibliográficas.....	147

Glosario de siglas

AI- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna.

APA- *American Psychiatric Association.*

ASSE- Administración de Servicios de Salud del Estado.

BPS- Banco de Previsión Social.

CAinfo- Centro de Archivo y Acceso a la Información Pública.

CDPD- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

DDHH-Derechos Humanos.

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*

ECT - Electro Convulso Terapia.

ECTAS- *Electroconvulsive Therapy Accreditation Service.*

EM – *Explanatory Models.*

FDA- *Food and Drug Administration.*

IELSUR - Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay.

INAU- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

LCT- Lesión Cerebral Traumática.

MDRI - *Mental Disability Rights International.*

MIDES- Ministerio de Desarrollo Social.

MVOTMA- Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.

MSP- Ministerio de Salud Pública.

OMS- Organización Mundial de la Salud.

PET- *Positron Emission Tomography.*

PIDESC - Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos Sociales y Culturales.

RECT- *Regressive Electroconvulsive Therapy.*

Índice de tablas

Tabla 1. Tabla de Artículos Relevados de la Revista de Psiquiatría del Uruguay.....	30
Tabla 2- Distribución de ECT por Diagnósticos.....	45
Tabla 3- Sesiones de ECT por Sexo y Edades.....	46
Tabla 4- Sesiones de ECT por Edades.....	46

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Modelos de consentimiento informado utilizado en el Hospital Vilardebó hasta 2016.....	21
Ilustración 2- Afiche de actividad “Jornada de Análisis de las Implicaciones en el Campo de la Salud Mental”.....	72

Introducción

Las consideraciones introductorias de esta tesis de maestría están relacionadas a las travesías que durante un período de tiempo, viví, transité, en soledad y en colectivo, en cuerpo y en pensamiento.

En primer lugar voy a realizar una aclaración de nomenclatura que hace al posicionamiento epistemológico desde el cual me ubico. Me voy a referir a padecimiento de lo psiquiátrico para hablar sobre lo que se ha dado en llamar “enfermedad mental” desde la medicina convencional clásica. Enfermedad mental designa, en el plano de la inmanencia que formula Deleuze (1986), un estatuto ontológico, que se adscribe como identidad y en tal sentido, el autor propone hablar de saberes y experiencias en lugar de identidades. Esta identidad enferma es una identidad inmóvil, que no permite desplegar una potencia saludable (Deleuze, 2003). Lo que pretendo, en cambio, es expresar el carácter histórico, eventual y coyuntural de un malestar, aflicción, *illness* (Kleinman, 1979). Para esto se considera como lo más adecuado hacer referencia a padecimiento de lo psiquiátrico para referirse a lo que Galende (2006) llama sufrimiento mental y Amarante (2016) llama sujetos en sufrimiento psíquico. Es decir, se trata de establecer y elegir un lugar epistemológico frente a la pregunta sobre cómo nombrar los malestares por los que han transitado los participantes de esta investigación (Percia, 2013). La denominación que resulta más pertinente para este trabajo, padecimiento de lo psiquiátrico, la propone Dulcinea Cardozo (2018) para referirse al impacto de la psiquiatría en el cuerpo de las personas que han tenido trayectorias psiquiatrizadas. Este término resulta especialmente pertinente puesto que en la presente investigación se abordan las vidas de personas que han sido institucionalizadas, y estas experiencias tienen que ver con las trayectorias psiquiatrizadas. Cuando se habla de aflicciones, malestares, sufrimientos y padecimientos, se hace referencia, entonces, a un carácter dinámico. El término padecimiento viene del latín *pati* que significa “sufrir, soportar, tolerar”, pero también “experimentar un sentimiento”. De padecimiento se derivan paciente, pasivo y también pasión (Corominas, 1987). De aquí se puede entender el carácter dinámico de esta situación vital por la que transitan muchas personas. Por su parte, el término trastorno mental ha generado controversias a nivel de los colectivos que trabajan en torno a los Derechos Humanos (DDHH) en el campo de la Salud Mental, por contraponerse a la concepción social de la discapacidad, establecida en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2007). Desde las organizaciones sociales se ha fundamentado que el término trastorno mental reduce la problemática en salud mental a la disciplina de la psiquiatría únicamente. Esto último se enmarca en el contexto de la legislación sobre la reforma en salud mental en nuestro país. En este sentido se hace referencia a la traducción del término trastorno mental al inglés,

que es *mental disorder*. Amarante (2016) expresa sobre este término: “En inglés, el término *mental disorder* nos remite a pensar en no orden, quiebre del orden, sin orden, y [...] ¿cuál es el orden mental?, ¿qué es la normalidad mental?” (p.38). Por último, problematizar la utilización del término usuario. Por una parte, esta denominación hace referencia a una conquista histórica en materia de derechos, por el cambio de la idea de objeto de tratamiento por la de sujeto de derecho. Aun así, este término no deja de ser un término restrictivo en el entendido que alude al hacer uso de un servicio de salud mental al tiempo que se enfatiza el rol de consumidor que responde a la lógica neoliberal; en tal sentido mantiene una connotación de pasividad. De esta manera se utilizará este término en algunos momentos de la investigación, aquellos en los que sea necesario a falta de otros términos más adecuados. Y vale preguntarse con Percia (2013), si serán éstas las formas de nombrar los afectos y existencias en el porvenir. Quizás en el porvenir, plantea este autor, se atiendan sensibilidades vivas y afectos, antes que personas. Es tarea también del trabajo interdisciplinario poder preguntarse cómo nombrar a determinadas formas de existir, de transitar y dejarse afectar.

Otra consideración que se entiende pertinente realizar tiene que ver con la terminología utilizada para referirse a la aplicación de Electro Convulso Terapia (ECT) ya que tanto los participantes de la investigación, como los autores que se refieren a la temática, utilizan diferentes términos para nombrar esta práctica. Electroshock es el término que más se utiliza en los documentos que denuncian esta práctica, los documentos jurídicos que intentan regularla o prohibirla, así como documentos que denuncian su abuso, o su aplicación discrecional. A propósito de este término Max Fink (1999) reflexiona:

El término electroshock no es preciso. Cuando la insulina fue utilizada por primera vez para tratar la esquizofrenia, en 1933, los pacientes mostraron signos de shock: palidez, sudoración, presión arterial baja, respiración rápida, frecuencia de pulso rápida y niveles bajos de conciencia. Impresionados con la similitud con los efectos del shock quirúrgico, los médicos lo llamaron tratamiento de choque de insulina. La terapia convulsiva, presentada un año después, se llamaba tratamiento de convulsión. Unos años más tarde, cuando se utilizó electricidad para inducir convulsiones, se comenzó a utilizar el término electroshock. El término tratamiento electroconvulsivo, acortado a ECT, es una invención más reciente. (p.12, traducción mía)

Los artículos y publicaciones científicas en general hasta la década del 80 también utilizaban el término electroshock, o electro choque. A partir de los 90, en dichas publicaciones, se comienzan a utilizar los términos Terapia Electro Convulsiva (TEC), Electro Convulso Terapia (ECT), Convulsoterapia eléctrica o Micronarcosis. En la presente investigación se ha optado por referirse a esta práctica como ECT, por ser la que más se utiliza a nivel académico.

A continuación se presenta un breve resumen del contenido de este trabajo, intentando exponer someramente lo abordado en cada capítulo.

El capítulo uno se titula “Fundamentación y Antecedentes” y se subdivide en tres apartados. En el primer apartado se realizará un recorrido por los antecedentes de la ECT a nivel internacional, comenzando con un breve relato de la historia de este tratamiento, describiendo las prácticas que la antecedieron. Éstas prácticas de la psiquiatría tenían por objetivo modificar la conducta de los alienados, insensatos, mediante tratamiento sobre el cuerpo, y que se encuentran presentes hasta nuestros días. Luego se abordan estudios que se han realizado a nivel científico de índole cualitativo en donde se estudia la percepción que tienen los usuarios y su familia sobre la ECT, así como estudios estadísticos de eficacia de la ECT en diferentes poblaciones. En el segundo apartado se abordan los antecedentes referentes a la producción nacional sobre la ECT, que en nuestro país se limita a los artículos que se han publicado en la Revista de Psiquiatría del Uruguay desde 1939 hasta 2016. En el tercer apartado se desarrolla la fundamentación por la que se considera pertinente realizar la presente investigación.

El capítulo dos se titula “Problema, Referencias Teóricas y Diseño Metodológico” y al igual que el primero, también se subdivide en tres apartados. El primero está dirigido a proponer el problema, los objetivos, y las preguntas de investigación, en donde se plantea abordar las trayectorias de salud-enfermedad de los usuarios de servicios de salud mental de Montevideo en relación al proceso de tratamiento con ECT, haciendo énfasis en los significados que las personas le atribuyen al tratamiento, así como al modo en que se manejó la información y cómo fue el proceso de toma de decisiones para la aplicación del mismo. También se plantea indagar sobre los efectos que dicho tratamiento ha tenido en la vida cotidiana según la percepción de quienes lo recibieron y sus familiares, y qué posicionamiento tienen los psiquiatras en torno a dicho tratamiento. En el segundo apartado de este capítulo se presentan las referencias teóricas que nutrieron a esta investigación de los conceptos herramientas que luego sirvieron para el análisis de los datos, desde una perspectiva del campo de problemas, tomando los conceptos de modelos explicativos (EM) y de trayectorias subjetivas provenientes de la Antropología Médica, que ponen el énfasis en el estudio de las perspectivas de las personas sobre su padecimiento y el diálogo de éstos con los profesionales de la salud. A su vez se toma el concepto de imagen de pensamiento que propone Deleuze para pensar en los modos en los que los participantes de la investigación se piensan a sí mismos y lo que les pasa. En el tercer apartado se presenta el diseño metodológico elegido que fue el Estudio de Caso. Se tomaron 4 casos de personas que han recibido ECT en el período 2008-2016 en Montevideo, de distintos perfiles socio-económicos, y que se trataron tanto en sector público como privado. Dos de

los casos incluyeron entrevistas a los familiares de quienes recibieron ECT. Se describen las categorías utilizadas para realizar el análisis de las entrevistas, y se realizan las consideraciones éticas de la investigación. Por último se realiza un análisis de mis implicaciones en relación a la temática de esta investigación y que hacen a mi posicionamiento como investigador.

En el capítulo tres, llamado “Presentación de los casos”, se despliegan cada uno de los casos seleccionados, realizándose un análisis de cada uno. Para ser analizado, el material se organizó por apartados, según los objetivos que fueron planteados en la investigación. Además se dio visibilidad a elementos que no estaban planteados en los objetivos de la investigación como los abordajes no psiquiatrizantes, las diferencias entre la atención en salud privada y salud pública, el rol del psiquiatra. “El fino arte de regular el volumen: Horacio”, se abordan las narrativas de Horacio, un hombre de 66 años, con mucho interés por ayudar a aquellos que no tuvieron las mismas oportunidades que él, y que participó durante más de 30 años en grupos de usuarios. Se ha interesado también por estudiar y profundizar sobre las causas y características de la esquizofrenia. Horacio fue el único participante que recibió ECT sin relajantes ni calmantes, a principios de la década del 70. “Un amor en demasía: Mario” se profundiza en la narrativa de Mario, un hombre disfruta de cocinar, y que se vino desde el interior a Montevideo, para ser internado, por motivo de su crisis, donde recibió ECT. Mario trabajó gran parte de su vida en su ciudad natal, y más tarde en la capital, encontró en el trabajo un elemento beneficioso para su recuperación e inclusión. “La memoria de los cigarrillos: Antonio” aborda la narrativa de Antonio, un joyero de 55 años, que disfruta de compartir con otros y que encontró en los últimos años, a raíz de dificultades motrices, una nueva vocación por la venta. Él tuvo su primera crisis a los 29 años al nacer su primer hijo. Por último, “Parte de la naturaleza: César”, trata sobre la narrativa de César, el más joven de los participantes que, gracias a un gran apoyo familiar y de sus redes, logró salir adelante y obtener una mejor calidad de vida, que él identifica como fruto de un abordaje complejo e integral de lo que le pasa.

En el capítulo cuatro, llamado “Discusión: Otras formas de vivir necesitan otras formas de nombrar”, se compone un análisis con el material de todas las entrevistas realizadas, agrupando la información extraída de las narrativas de los participantes de la investigación y también del material recabado en antecedentes mediante imágenes de pensamiento y también de los elementos que emergieron sobre los objetivos de la investigación. Este material se pondrá en discusión con las narrativas extraídas de las entrevistas realizadas a los psiquiatras, con algunas normativas en legislación que atañen a la aplicación de ECT, así como protocolos de actuación sobre dicho tratamiento. El mapa de conexiones está compuesto, de esta manera, por los elementos que se fueron relevando a lo largo de todo el

proceso de la investigación, haciendo énfasis en las insistencias de expresiones, sentires y decires de los entrevistados.

Por último, en el capítulo cinco se formulan sintéticamente las conclusiones que resultan de los distintos ejes de análisis, y se realizan algunas reflexiones finales a modo de cierre, en el marco los objetivos de la investigación, articulando la información que se relevó de los antecedentes, así como con las herramientas conceptuales utilizadas, con las categorías de análisis y el marco normativo legal de Uruguay.

Es así que a los efectos de lo que pretendo conocer desde mi investigación cabe preguntarse: ¿cómo esas vidas nombran sus experiencias? ¿Cómo se nombran a sí mismas? ¿Estarán capturadas por los discursos biomédicos? ¿Habitarán los lugares históricamente asignados a la locura?

Registrar cómo esas vidas nombran sus experiencias. Reflexionar sobre los decires de esas vidas que han sido psiquiatrizadas y tomar lo que en ellas insiste de una manera respetuosa y atenta, es el cometido último de la presente investigación, entendiendo que hablar sobre la propia historia y construir una memoria colectiva en torno a las trayectorias del padecimiento de los psiquiátrico es un elemento central para poder entender y pensar nuevas formas de abordajes en salud mental. Esperamos que este estudio sea un aporte útil para seguir cuestionándonos qué noción de sujeto estamos construyendo, y pueda así a contribuir en algo a sostener aquello que Marcelo Percia (2013) llama "intemperie". Existe una responsabilidad en sostener la intemperie, que implica estar preparado para lo novedoso. Y para poder asir lo novedoso es necesario que se den unas condiciones determinadas de percepción de la realidad. Esta intemperie vendría a representar, entonces, la incomodidad que se precisa para estar alerta y no. Es tarea necesaria, pues, sostener esa intemperie, utilizarla como herramienta. La pienso, así, como una intemperie interna, de la percepción y de la recepción. Dejar venir la intemperie y el desasosiego para que se produzca el alumbramiento, como un nacimiento a no se sabe qué.

1. Fundamentación y Antecedentes

1.1- Antecedentes a nivel internacional

Los antecedentes recabados para esta investigación provienen de tres fuentes principalmente. En primer lugar se realiza un breve recorrido de los antecedentes de la ECT como tratamiento sobre el cuerpo en el campo de la disciplina psiquiátrica. La segunda fuente corresponde a las investigaciones cualitativas que a nivel internacional se han realizado en torno a los testimonios, percepciones y sentidos que le atribuyen las personas que recibieron ECT y su familia a dicho tratamiento. Estos estudios han sido realizados desde distintas disciplinas: psiquiatría, psicología, sociología, filosofía y antropología. La tercera fuente tiene que ver con la producción científica nacional cuyo material obtenido está asociado predominantemente con la disciplina de la psiquiatría. Se recabó mediante estos textos, el discurso de los psiquiatras uruguayos acerca de la aplicación de ECT. Este criterio de selección tiene asidero en el interés por conocer cómo se ha abordado la temática a nivel académico, y qué discursos han sido subsidiarios de esta práctica en nuestro país. En este sentido el único material académico específico sobre ECT que se localizó en nuestro país se encuentra en los artículos publicados por la Revista de Psiquiatría del Uruguay.

1.1.1- Una breve Historia de la ECT

En este apartado nos interesa exponer un conjunto de prácticas dirigidas al cuerpo de las personas que han sido vinculadas a la locura de una u otra manera en diferentes momentos históricos. Los tratamientos en salud mental han sido a lo largo de la historia prácticas exportadas de otras disciplinas, siempre fragmentadas, sin lograr constituir un cuerpo homogéneo y coherente de prácticas.

Resulta interesante, entonces, poder realizar un sintético recorrido por lo que Galende (2006) dio en llamar los tratamientos correccionales y castigos en los manicomios. Este recorrido comprende el período que va del siglo XVIII al XX. Se trata de realizar un ejercicio de memoria, de algunas prácticas que hoy se podrían calificar de aberrantes pero que han estado presentes hasta bien entrado el siglo XX. Estas prácticas se pueden ubicar como antecedentes a la ECT, en lo que refiere los tratamientos sobre los cuerpos de las personas asociadas de una u otra manera, a la locura, que sobre todo, estaban relacionados a modificar conductas.

En el siglo XVIII se comienzan a utilizar el chaleco, la cama y la silla de fuerza, el objetivo de estos métodos es generar inmovilidad para evitar que la persona se agreda a sí misma y

a terceros. En el caso de la silla de fuerza se colocaba durante horas, días y semanas al sujeto en posturas incómodas. Se decía que la postura desagradable corría la atención de las “ideas enfermas” hacia el exterior. Los abscesos de trementina o formol producían un dolor intenso cuando el sujeto quería desplazarse, por lo que producían la inmovilización. La silla y cama giratorias se aplicaban para inducir vómitos y sangrado de boca, nariz y oídos que buscaba aliviar el exceso de sangre del cerebro congestionado y la disminución de irrigación cerebral. En este mismo sentido se realizaban sangrías mediante aplicación de sanguijuelas en genitales, ano, abdomen o nuca, y se argumentaba que mediante este método, el principio vital fresco de la sangre nueva volvería a fecundar el cerebro y los nervios. Los tratamientos del agua también tenían por objetivo cambiar la conducta del individuo. La inmersión brusca en agua helada; rociar con agua fría el rostro, dirigir un chorro a presión sobre la cabeza del enfermo que permanece atado, durante varias horas, así como la inmersión de la cabeza, reiteradas veces buscaban provocar una reacción juiciosa y pacífica en el insensato. Asustar al enfermo rebelde y combatir estados de melancolía e hipocondría. Con agua caliente se realizaban baños que pretendían quitar al demente sus extrañas y recurrentes ideas. Éstos baños duraban de 6 a 8 horas y se les agregaba sal o mostaza para incrementar el efecto macerante e irritante del baño. También se intercalaban con chorros de agua fría (Galende, 2006).

En respuesta a los tratos inhumanos que sufrían los locos, surge de la mano de Pinel, el tratamiento moral, que se instauraba como una práctica hegemónica de la sociedad europea de fines del siglo XVIII. El tratamiento moral representó un cambio en la concepción de la enfermedad mental, que se oponía a la perspectiva del loco como un ser irracional y con el que no se podía establecer comunicación, y por tanto era tratado como un animal. Esta nueva concepción implicó que existía una cura, ya que en el fondo, perduraba la humanidad del insensato. Como se puede observar, los procedimientos en el cuerpo de la terapia moral, en vez de inmovilizar o apaciguar, intentarían restablecer la conciencia y la racionalidad perdida, pero utilizando igualmente, medios agresivos sobre el cuerpo.

En relación a la articulación entre la medicina y la moral para el fin compartido del restablecimiento de la salud, Foucault (1960) afirma: “es extraño que sea el racionalismo el que haya autorizado esta confusión, del castigo y del remedio, esta casi identidad del gesto que castiga y del que cura”. (p.138). En este mismo sentido nos dice Galende (2006):

No existía una diferencia clara entre los medios de castigo, destinados a la disciplina y sometimiento del enfermo dentro del establecimiento y las medidas terapéuticas. Ambas consistían en tratamientos similares de coerción y sujetamiento a la disciplina de la institución. (p.56)

Durante el Siglo XIX, desde Esquirol hacia adelante, además de la internación compulsiva y el encierro, dominaron los medios mecánicos de contención y disciplinamiento de la conducta de los pacientes internados: chaleco de fuerza, red de contención, celdas acolchadas, submarino a repetición, camilla giratoria, mandíbula de hierro para los que intentan gritar, y varios otros “tratamientos”. (Galende 2016).

Con la desaparición del tratamiento moral, a fines del siglo XIX, la psiquiatría se había propuesto encontrar tratamientos físicos o somáticos para los trastornos psicóticos con el objetivo de constituirse como disciplina científica. A principios del 1900 se empiezan a desarrollar estudios sobre las glándulas y su funcionamiento. Es en este contexto médico que se empiezan a inyectar extractos de ovarios, testículos, hipófisis y tiroides de animales. Bajo el título de “Cirugías Bacteriológicas”, Cotton y su equipo practicaban la extirpación quirúrgica de una amplia gama de partes del cuerpo: el colon, la vesícula biliar, el apéndice, las trompas de Falopio, el útero, los ovarios, el cuello uterino y las vesículas seminales; todos eran objetivos de intervención para “limpiar” a los pacientes de los focos de sepsis crónica (Whitaker, 2002).

El primer remedio somático radical para lograr un éxito más generalizado fue la terapia de sueño profundo, que fue popularizada por el psiquiatra suizo Jakob Klaesi después de la Primera Guerra Mundial. Para entonces, los barbitúricos, que habían sido desarrollados por químicos alemanes una década antes, se usaban rutinariamente en asilos para sedar pacientes maníacos. Klaesi decidió usar estos medicamentos para mantener a los pacientes dormidos durante días e incluso semanas seguidas, con la esperanza de que este largo reposo restaurara sus sistemas nerviosos (Kaplan, 2013).

A fines de la década de 1920, mientras trabajaba en una clínica privada en Berlín, Manfred Sakel descubrió que pequeñas dosis de insulina ayudaban a los adictos a la morfina a enfrentar sus síntomas de abstinencia. Los adictos que habían estado agitados e inquietos antes del coma se habían vuelto tranquilos y más receptivos. Sakel comenzó a utilizar el coma de insulina en pacientes psiquiátricos, descubriendo que estos se volvían menos preocupados sobre los delirios y alucinaciones, más calmos y se reducían los pensamientos y ansiedades (Fink, 1999).

Esta técnica llamada la cura de Sakel necesitaba largos tratamientos (inyecciones diarias de insulina durante dos meses), personal muy especializado y salas diseñadas específicamente para esta terapia. Dentro de los efectos secundarios de este tratamiento se contaban la encefalopatía hipoglucémica, insuficiencia cardíaca, neumonía por aspiración y hemorragia cerebral (Galende, 2006). En 1933 un joven médico húngaro llamado Ladislav von Meduna, comenzó a realizar experimentos con personas diagnosticadas con

esquizofrenia. Tras revisar las historias clínicas de personas con epilepsia y esquizofrenia, llegó a la conclusión de que existía un “antagonismo biológico” entre ambos diagnósticos. Los informes de observación indicaron que los síntomas de *dementia praecox* (esquizofrenia) disminuyeron cuando los pacientes desarrollaron epilepsia (por ejemplo, después de traumas en la cabeza o enfermedades neurológicas) y que los pacientes con epilepsia tenían una baja incidencia de psicosis (Mankard, 2010). La idea de Meduna era que si conseguía generar artificialmente convulsiones epilépticas podría “curar” la esquizofrenia.

El neuropsiquiatra húngaro estudiaba la glándula pineal, y creía que la inducción de convulsiones en los esquizofrénicos aumentaba la concentración de células blancas en el cerebro (glías) y que eso aliviaba los síntomas de la enfermedad (Galende, 2016). Fink (1999) afirma que si bien aquel antagonismo biológico entre esquizofrenia y epilepsia ya no se considera creíble, “sus observaciones han sido verificadas repetidamente, dejando pocas dudas sobre la efectividad de la terapia convulsiva en el tratamiento de enfermedades mentales” (p.80). El cardiazol también se estaba utilizando en esta época para atacar algunos males como la insensatez. Este químico (una molécula que utilizaban los cardiólogos como estimulante miocárdico, pero que a dosis mayores produce convulsiones) provocaba ataques explosivos, en los que aproximadamente un minuto después de la inyección, el paciente se arquearía en una convulsión tan severa que podría fracturar los huesos, desgarrar los músculos y aflojar los dientes (Galende, 2016). En 1939, el Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York descubrió que el 43% de los pacientes del hospital estatal tratados con cardiazol habían sufrido fracturas de la columna vertebral. (Whitaker, 2002)

Von Meduna (1939) afirmaría en un artículo publicado en nuestro país a fines de la década del 30: “Ni la insulina ni el cardiazol ejercen en la esquizofrenia una acción curativa directa, sino que estimulan solamente la tendencia a la remisión.” (p.12) Por su parte, la comunidad médica uruguaya declaraba en ese entonces que este tratamiento servía más que nada para las formas catatónicas o hebefreno-catatónicas, y la variedad estuporosa de la esquizofrenia, si bien era aplicado a la mayoría de los cuadros clínicos que se veían en el hospital (Bruno, 1941)

El éxito de Von Meduna llevó a Ugo Cerletti y su discípulo Lucio Bini a buscar un estímulo epileptogénico menos dañino para el paciente. Es así que Cerletti, profesor de Neurología y Psiquiatría en la Universidad de Roma, es quien se puede considerar el fundador de la ECT. Cerletti llegó a dar con su descubrimiento en un matadero local. El profesor concurreó allí esperando observar cómo se mataba a los cerdos con electroshock, pero descubrió que

simplemente aturdía a los mismos con descargas eléctricas en la cabeza, ya que esto facilitaba que los carniceros apuñalaran y desangraran a los animales.

El 18 de abril de 1938 se aplicó el electroshock por primera vez en un ser humano. Se trataba de un vagabundo que sufría alucinaciones y que fue llevado por la policía a un centro psiquiátrico. Se aplicó una corriente eléctrica de intensidad creciente de onda sinusoidal hasta que se desencadenó un cuadro epileptiforme (Mankard, 2010). Tras once sesiones, el sujeto dejó de tener alucinaciones y los médicos catalogaron rápidamente el tratamiento como un éxito (Whitaker, 2002).

Con el transcurrir de los años, la técnica de aplicación de la ECT fue modificándose, y actualizando sus procedimientos de acción, para hacer de esta práctica, una intervención menos agresiva. Se incorporan los anestésicos, bloqueantes neuromusculares y ventilación asistida y posteriormente aparece el uso de relajantes musculares y una monitorización de las convulsiones. La anestesia busca controlar la convulsión y reducir así algunos efectos colaterales como excitación postictal, dislocaciones, fracturas o desgarros musculares, que antes sucedían constantemente (Otegui, 2004; Mankard, 2010).

A nivel internacional, actualmente la *American Psychiatric Association* (APA) entiende y define la ECT como:

Tratamiento médico que se usa con más frecuencia en pacientes con depresión grave o trastorno bipolar que no ha respondido a otros tratamientos. (...) La ECT involucra una breve estimulación eléctrica del cerebro mientras el paciente se encuentra bajo anestesia. Por lo general, es administrado por un equipo de profesionales médicos capacitados que incluye un psiquiatra, un anestesiólogo y una enfermera o asistente médico. (APA, 2019)

En nuestro país, según la bibliografía consultada, a partir de 1992 se empiezan a realizar EEG y valoración cardiológica a todas las personas que tienen indicado ECT y ya no sólo a pacientes de riesgo. También a partir de 1992 con la introducción de los aparatos de onda cuadrada que permiten una mayor discriminación de las variables de estímulo (intensidad, ancho, frecuencia de cada pulso y duración total del estímulo) se puede programar el menor estímulo capaz de producir una convulsión adecuada, lo que tiene un impacto menor en los efectos cognitivos nocivos (Lyford Pike, 1994).

Otro avance significativo asociado a las garantías de quien recibe la ECT, lo constituyó el uso del consentimiento informado. Se trata de un documento destinado a informar al paciente sobre los riesgos, efectos y funcionamiento de la ECT, así como también funciona para dar garantías al médico y al personal, en posibles escenarios de demanda.

A continuación se presenta el consentimiento informado utilizado en el Hospital Vilardebó hasta fines de 2016, fecha en que dicho documento fue entregado por la dirección de esta institución.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE, FAMILIAR O RESPONSABLE A CARGO:
ELECTROCONVULSOTERAPIA (ECT)

USO

La ECT es un procedimiento utilizado principalmente en el tratamiento con pacientes con depresión severa. También es efectivo en la fase maniaca de la enfermedad maniaco-depresiva (trastorno afectivo bipolar), y en algunos pacientes con esquizofrenia.

¿EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO DE ECT?

Al paciente que va a recibir ECT se le administra medicación anestésica para inducir sueño y un relajante muscular para disminuir el efecto del procedimiento sobre músculos, huesos y articulaciones.

La ECT consiste en el pasaje de una pequeña corriente eléctrica entre dos discos de metal (electrodos) que se aplican en la superficie del cuero cabelludo. Los dos electrodos pueden estar colocados en un mismo lado de la cabeza para ECT unilateral o de ambos lados de la frente para ECT bilateral. La corriente eléctrica pasa entre los dos electrodos a través de parte del cerebro, para estimularlo. La estimulación eléctrica induce una convulsión que generalmente dura entre 20 y 90 segundos.

La duración del procedimiento es de aproximadamente 10 minutos, desde el momento en que se administra la anestesia hasta que su efecto desaparece. Durante este período el paciente recibe oxígeno y está continuamente monitoreado por el médico. El tratamiento no es doloroso. El paciente no siente la corriente ni la convulsión.

¿COMO ACTUA LA ECT?

La forma en que la ECT mejora los síntomas de la enfermedad no es del todo conocida, al igual que en muchos otros tratamientos médicos. Se cree que actúa sobre algunas de las sustancias químicas que transfieren impulsos o mensajes entre las células nerviosas del cerebro, quizás más enérgicamente y más rápidamente que algunas medicaciones. El tratamiento podría corregir algunos de los cambios bioquímicos que acompañan la enfermedad.

¿CUAN EFECTIVA ES LA ECT?

Los estudios que comparan la efectividad entre ECT y terapia con drogas en la depresión, muestran firmemente que ECT es más efectiva, especialmente en los pacientes cuya enfermedad no responde adecuadamente al tratamiento con drogas. El número total de tratamientos requeridos para obtener el máximo beneficio de la ECT puede variar de 6 a 20, dependiendo del diagnóstico y respuesta al tratamiento del paciente. En algunos pacientes, la respuesta puede ser evidente luego de tres tratamientos. De todas formas se recomienda realizar el procedimiento completo para obtener una respuesta plena. Algunos pacientes requieren tratamientos periódicos para mantener su mejoría.

¿CUAN SEGURA ES LA ECT? ¿CUALES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS POTENCIALES?

La ECT es considerada segura cuando es administrada de acuerdo a las pautas modernas. Ha demostrado ser segura al administrarse en pacientes añosos así como durante el embarazo, con monitoreo adecuado. Los efectos secundarios que pueden verse son:

- Memoria: El efecto secundario más comúnmente observado es algún grado de pérdida de memoria, que comienza a recuperarse luego de algunas semanas de tratamiento. En la mayoría de los pacientes la recuperación es completa a los 6 a 9 meses. Puede quedar una pérdida permanente de memoria para detalles de algunos eventos, particularmente aquellos que ocurren durante un tiempo previo o durante las semanas en que se recibe el tratamiento. También puede haber una dificultad en el aprendizaje o recuerdo de una nueva información durante un corto período luego de la ECT. De todas formas, en unos pocos meses luego del tratamiento se recupera completamente la capacidad de adquirir nuevos recuerdos. Un pequeño número de pacientes mantienen severos problemas de memoria que perduran meses o años.
- Confusión: Algunos pacientes experimentan un breve período de confusión luego de despertar de la anestesia.
- Dolor de cabeza: Común pero generalmente no severo.
- Dolor de músculos: generalmente transitorio.
- Aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial puede ocurrir durante el tratamiento y durar varios minutos. El monitoreo de los pacientes durante y posterior a la ECT incluye temperatura, pulso, presión arterial y electrocardiograma.
- Convulsión prolongada: Ocurre raramente. Durante el procedimiento se registra un electroencefalograma que monitorea la actividad de la crisis. Raramente un paciente puede tener una convulsión espontánea luego del tratamiento de ECT.
- Lesión dental (Ej. Diente roto) o fractura ósea: Ocurre muy raramente.

El riesgo de muerte es muy bajo (2 a 4 por 100.000 tratamientos), similar a cualquier tratamiento realizado bajo anestesia general.

¿QUE MAS NECESITO SABER SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE ECT?

1. Asegúrese que entendió la información que le proporcionó el médico o la enfermera con respecto a la ECT. Pida que le expliquen todo lo que no haya entendido respecto al tratamiento.
2. No coma ni tome nada desde 8 horas antes de cada tratamiento.
3. Cualquier medicación esencial (ej. Para la hipertensión arterial) que su médico le haya dicho que debe tomar previo a la ECT, debe ser ingerido sólo con un muy pequeño trago de agua.
4. Cualquier otra medicación que normalmente tome en la mañana debe ser diferida hasta después del procedimiento de ECT.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

Ilustración 2. Modelos de consentimiento informado utilizado en el HV hasta 2016 (entregado al investigador por la dirección del Hospital)

Según fuentes consultadas, dicho consentimiento, fue realizado siguiendo el modelo que aparece en Terapia electroconvulsiva, un texto programado (2001), manual de referencia para las prácticas en dicha institución. Resulta interesante plantear algunas divergencias encontradas entre ambos textos. En el documento que maneja el Hospital Vilardebó, no se otorga la información al paciente ni su familia sobre el médico que indica la ECT, aspecto no menor y que es sugerido en el manual. Otro elemento diferencial es que mientras en el manual se especifica que el número general de sesiones de tratamiento es entre 6 y 12, en el del Hospital Vilardebó figura entre 6 y 20. Por otro lado, mientras que en el modelo que propone el manual se informa al paciente que debe esperar alrededor de 1 hora para la recuperación, luego de finalizado el tratamiento, en el documento del Hospital Vilardebó esta advertencia no figura.

Otro aspecto que vale destacar es la formulación de la pregunta sobre la eficacia de la ECT. Mientras en el manual figura “¿Es efectiva la ECT?”, en el documento del Hospital Vilardebó se formula: “¿Cuán efectiva es la ECT?”, cambiando el carácter de la pregunta, y dando por sentado que es efectiva. Lo mismo ocurre con la pregunta por si es segura la ECT: “¿Qué tan segura?”

1.1.2 - Estudios cuantitativos y estudios mixtos

Dado que existe una vastísima bibliografía en torno a la ECT, se decidió hacer un recorte de los antecedentes referentes a la investigación cualitativa. Es así se hará un breve repaso sobre los distintos tipos de investigaciones que se han realizado en torno a la ECT, para luego profundizar en las investigaciones de tipo cualitativo sobre este tratamiento.

Se puede identificar una bibliografía más vinculada a una descripción pormenorizada de los procedimientos (NICE, 2019), y cómo éstos han mejorado los resultados de la ECT a nivel más general con el correr del tiempo (Fink, 1999; Sackeim, 2014, Mankard et al, 2010). Algunos estudios toman como referencia casos clínicos, en donde se describen los procesos de mejoría de un grupo de personas (Calev et al, 1991), otros son estudios comparativos de grupos a los que se le aplicó ECT, en relación con grupos a los que se administró estimulación magnética transcraneana (McDonald et al, 2017), también la comparación de resultados entre grupos de individuos a los que se les administró ECT con grupos control (Matthews et al, 2013). Esta producción está fuertemente vinculada a una perspectiva biomédica, de perfil cuantitativo y que generalmente es llevado a cabo únicamente por médicos psiquiatras. También se encontraron estudios que relevan investigaciones sobre las experiencias de las personas con respecto al tratamiento (Chakrabarti y Sandeep, 2010), y estudios comparativos sobre la opinión sobre la ECT de

padres de adolescentes que recibieron dicho tratamiento y que no lo recibieron (Flamarique et al, 2016). Asimismo se realizaron estudios sobre la información que maneja el paciente a la hora de recibir ECT, y la calidad en la comunicación médico-paciente (Vamos, 2010).

1.1.3 - Estudios cualitativos

En países como India, Reino Unido, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Pakistán, se han realizado investigaciones cualitativas que indagan las perspectivas de las personas que se les aplicó ECT, así como la de sus familiares, y se ha tenido especial interés por sistematizar sus testimonios, tanto a nivel de entrevistas semiestructuradas, como *focus group*. Dentro de estas investigaciones cualitativas se puede hacer una distinción entre investigaciones dirigidas por técnicos, y las investigaciones llamadas *consumer-led studies* (estudios dirigidos por el consumidor). Dice Carney (2003): “Las encuestas realizadas por los clínicos tienden a reportar tasas más altas de beneficio percibido, mientras que las realizadas por las organizaciones de consumidores tienden a encontrar tasas más bajas es de particular interés” (p.1343, traducido por mí). Este tipo de investigaciones son dirigidas por organizaciones que trabajan en el campo de la Salud Mental con un abordaje en DDHH y exploran las trayectorias de las personas que recibieron ECT en términos de la información recibida, su experiencia de ECT y sugerencias sobre cómo se pueden mejorar los procesos de toma de decisiones vinculadas a la ECT (Carney, 2003; Wells et al, 2018).

En Reino Unido Rose et al (2005) realizaron un estudio cualitativo sobre la percepción de las personas que recibieron ECT, para revisar sus opiniones sobre temas de información, consentimiento y percepción de coerción. En base a los testimonios se plantearon las siguientes preguntas: ¿Qué proporción de personas que se trató con ECT consideró que tenían información adecuada sobre el procedimiento? ¿Qué proporción tenía un “conocimiento objetivo” del procedimiento? ¿Qué proporción sentía que tenían suficiente información sobre posibles efectos secundarios? ¿Qué proporción percibió que había sido coaccionada para tratarse con ECT? Los hallazgos más destacables de esta investigación tienen que ver con que cerca de un tercio de los pacientes no sintió que hubieran aceptado libremente la ECT, incluso cuando habían firmado el consentimiento informado.

Rajkuman, Saravanan y Jacob (2006) establecen categorías de análisis en relación a internaciones involuntarias y voluntarias. Se utilizan entrevistas semi-estructuradas con el SEMI (*Short Explanatory Model Interview*) que exploran el aspecto cultural del sujeto, la naturaleza del problema que presenta, el comportamiento de búsqueda de ayuda, la interacción con el médico/curador y las creencias relacionadas con el sufrimiento mental. Según los autores, más de la mitad de los destinatarios de la ECT no estaban informados

sobre las características de la misma, más allá de que no expresaran descontento en relación a la aplicación.

Otros autores indagan las perspectivas de los pacientes en relación a posibles efectos psicológicos no deseados de la ECT (Johnstone, 1999), la coerción percibida (Chakrabarti., 2010), los efectos colaterales cognitivos y la autoestima (Vamos, 2008), la percepción de resultados (Brodaty, 2003), el consentimiento informado (Fisher y Johnstone, 2011) y el conocimiento y percepciones sobre el ECT (Arshad y Khan, 2007).

Por último, también se encontraron artículos que se centran en la velocidad de respuesta para la remisión de los síntomas en estados depresivos, comparando la ECT con tratamientos farmacológicos, así como también la aplicación de ECT en poblaciones específicas (infancia, embarazo, vejez), y sus resultados clínicos. (Fink, 1999; Sackeim 2007; Mankard, 2010)

La gran mayoría de investigaciones cualitativas relevadas incluyeron alguna herramienta cuantitativa en parte del proceso de la investigación para complementar la información recabada (Rose, 2005; Rajkuman et al, 2006). A esto último se le suma una gran preponderancia de la perspectiva biomédica. Esto nos hace pensar que un método cualitativo de abordaje sobre esta temática no asegura una posición crítica al modelo biomédico. Hay que hacer también una distinción entre investigaciones realizadas por técnicos y las diseñadas por organizaciones sociales, las llamadas *consumer-led study*. Uno de los efectos colaterales que más se visualizaron en la mayoría de estas investigaciones, tanto las que cuestionan al ECT como las que lo avalan, fue que se observan déficits persistentes en la memoria (Chakrabarti 2010; Rose et al, 2005; Ficher et al 2011; Anderson et al 2004).

1.1.4- Defensores y críticos de la ECT

Como se ha mencionado, la ECT ha sido una práctica controvertida desde sus comienzos, y que ha tenido a lo largo de su historia críticos y defensores tanto en el nivel más vinculado a la escena social, como en la esfera de la producción académica. En este apartado se exponen sintéticamente algunas expresiones de este debate a nivel académico. Este aspecto se considera importante ya que constituye un campo en disputa a nivel histórico.

Dentro de los autores que se identifican como defensores de la ECT se encuentra Max Fink (1999), neurólogo y psiquiatra estadounidense, referente en lo que hace a la ECT a nivel mundial, ha realizado una extensa labor en torno a esta práctica y sus trabajos han sido citados por gran cantidad de estudios. En sus trabajos defiende la hipótesis de que la ECT

es el tratamiento más efectivo para la depresión cuando hay resistencia a los psicofármacos. El autor comenta que la ECT se aplica cuando se cree que la causa es bioquímica o fisiológica; cuando la condición de la persona es tan grave que interfiere con su vida diaria; o cuando otros tratamientos han fallado, entonces ataca de forma más inmediata y prolongada los síntomas que las drogas psicotrópicas. De esta manera Fink (1999) afirma que muchos padecimientos se pueden aliviar con la ECT. Otra de las indicaciones que propone el autor está dirigida a personas con delirios agudos, con intentos de autoeliminación, por lo cual, estos tratamientos pueden tener un efecto beneficioso inmediato sobre este tipo de síntomas, llegando a recomendar ECT diarias e incluso de hasta dos veces al día.

El psicólogo estadounidense Harold A. Sackeim es otro declarado defensor de la ECT. Este autor declara que “con la introducción de anestesia general y formas de onda eléctricas más eficientes, los efectos cognitivos adversos de la ECT son de corta duración, sin efectos persistentes en la memoria” (Sackeim, 2007, p.244). Para el autor, los efectos adversos como la amnesia anterógrada y retrógrada, se pueden reducir modificando algunas características de la forma en que se aplica la ECT. Una de las recomendaciones que realiza el autor es suplantarse la aplicación bilateral y la onda sinusoidal por la colocación de electrodos de forma unilateral en el lado derecho, realizando estimulación de breve impulso. Aclara Sackeim (2007): “Estos efectos adversos se reducen mediante el uso de RUL ECT (unilateral derecho) con estimulación pulsátil breve o ultra breve y dosis eléctrica ajustada a las necesidades de cada paciente”. (p.245). Sackeim también afirma que según sus estudios, la edad avanzada, la función intelectual pre mórbida inferior y el sexo femenino se asociaron con mayores déficits cognitivos.

Srienic et al. (2018) afirman que algunas de las secuelas más comunes de la Lesión Cerebral Traumática (LCT) como convulsiones y depresión, son tratadas de manera eficaz con ECT. A raíz de este estudio, los autores proponen a la ECT como una alternativa para tratar los efectos de las LCT cuando éstos no remiten con medicación farmacológica. Los autores advierten que los datos son escasos para poder definir categóricamente que la ECT puede funcionar para tratar las secuelas post-LCT, pero que existen tres informes de casos que demostraron buenos resultados. En este trabajo los autores concluyen:

Si bien estas viñetas sugieren que la ECT puede ser una opción terapéutica segura y efectiva en el tratamiento de personas con depresión post-LCT, se necesita más investigación para establecer su seguridad y resultados clínicos beneficiosos entre esta población de pacientes. (p.45)

Maguire, Sea, y Convery (2016) realizan un estudio de tipo cualitativo, en el cual aplican un cuestionario a pacientes del Servicio de Acreditación de Terapia Electroconvulsiva (ECTAS) organismo que se estableció en Inglaterra en 2003 por el *Royal College of Psychiatrists* para “mejorar la calidad de la administración de ECT en el Reino Unido a través de un proceso de evaluación y acreditación con un conjunto establecido de estándares” (p.182). Los autores comentan que los resultados fueron mayoritariamente favorables a la ECT y que la mayoría de los pacientes sintieron que se habían favorecido con el tratamiento. De esta manera concluyen que cuando la ECT “se aplica apropiadamente, el resultado de su uso es muy favorable a corto plazo, pero se deben implementar medidas, incluida la medicación, para que el paciente mantenga su recuperación” (p.186). Por último, advierten que “a la luz de los resultados positivos de nuestro estudio, es posible que los pacientes cuya actitud fue más favorable hacia la ECT fueran más propensos a responder nuestro cuestionario” (p.186).

Por su parte Flamarique et al (2016) realizan un estudio donde evalúan la experiencia con la ECT de padres de adolescentes con desórdenes del espectro de la esquizofrenia así como su conocimiento y las actitudes hacia esta práctica. Este estudio fue realizado en la sala de pacientes hospitalizados del Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica del Hospital de Barcelona (hospital de enseñanza académica de atención terciaria). Se realizaron cuestionarios auto administrados con 2 grupos: padres de adolescentes que recibieron ECT (n=19) y padres de adolescentes que recibieron psicofármacos (n=20). Los resultados arrojaron que la mayoría de los padres en el grupo de ECT afirmaron que habían recibido información adecuada sobre el procedimiento de ECT (94.7%). La mayoría de ellos pensaron que había sido útil para sus hijos (73.7%) y ninguno pensó que había empeorado las cosas.

En nuestro país, la tradición de producción académica ha estado, a diferencia de países como Argentina o Brasil, siempre en una posición de defensa de la ECT. Por ejemplo Pesquera (1990) afirmaba que “es hoy ampliamente mayoritaria la concepción de la inocuidad y las pocas o ningunas alteraciones que el pasaje de corriente eléctrica es capaz de producir en el encéfalo” (p.124). Un ejemplo más reciente se encuentra en las conclusiones del artículo “Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización, escrito por Zurmendi et al (2004):

Estos tratamientos han sido dados a miles de pacientes desde 1938 con resultados positivos en diferentes trastornos psíquicos y desde entonces hemos mejorado progresivamente su forma de administración, incrementando su seguridad y su eficacia. (p.35)

Dentro de los críticos de la ECT se encuentra Peter Breggin, psiquiatra estadounidense, conocido crítico de la ECT, en su libro *Brain-Disabling treatments in Psychiatry*, plantea que la APA está asociada con las empresas fabricantes de máquinas de ECT, lo que produciría un conflicto de intereses entre quienes fabrican estas máquinas y la información para la seguridad de quienes reciben la ECT. Breggin (2008) pone como ejemplo el caso de Richard Abrams, quien escribe a nivel académico a favor de la ECT, y que es dueño de una empresa que fabrica las máquinas de ECT.

En relación a los efectos de la ECT en la memoria, el autor plantea que si bien han habido estudios que han confirmado la pérdida de la misma (Daniel et al, 1982; Janis, 1948; Maletzky, 1981), éstos han sido históricamente desechados o tergiversados por la APA y publicaciones científicas de peso. Breggin plantea varios ejemplos en los que no se ha dado lugar a las investigaciones que demuestran serias pérdidas de memoria autobiográfica, como de trabajo, a corto y largo plazo. Respecto a lo que se aduce en muchos estudios sobre que la ECT es efectiva para personas con intentos e ideas de autoeliminación, el autor comenta que muchas investigaciones académicas muestran de manera unánime que la ECT no tiene efectos sobre los intentos de autoeliminación y que se encontró un aumento general en la tasa de suicidio en pacientes que previamente recibieron ECT (Breggin, 2008). El autor también hace referencia a su experiencia en clínica como psiquiatra con pacientes para reforzar la idea de que la ECT afecta directamente el riesgo de suicidio:

Mi propia impresión clínica también confirma que la ECT aumenta el riesgo de suicidio en muchos pacientes. Después de la ECT, muchos extrañan profundamente los recuerdos de eventos pasados significativos en sus vidas y se sienten abrumados por su incapacidad para aprender y recordar tan bien como lo hacían antes. Muchos sienten que sus personalidades e identidades han sido destruidas. Como resultado, a menudo se sienten profundamente traicionados por sus médicos. Inevitablemente algunos se vuelven cada vez más desesperados y suicidas. (Breggin, 2008, p.225, traducción mía)

Sobre los efectos en la vida cotidiana de las personas que han recibido ECT, este autor comenta que ha visto cómo se ha deteriorado la calidad de vida muchos de sus pacientes luego de las aplicaciones. A propósito del manejo de información, el autor plantea que los médicos omiten informar a los pacientes el efecto confusional que tiene la ECT, que hace justamente que el paciente no logre identificar cuál ha sido el daño que han sufrido. Esta trampa que él llama “hechizamiento” hace referencia a que se refugian en ese nivel confusional a la hora de comunicar los efectos secundarios. En esas situaciones la familia es quien es capaz, en el mejor de los casos, de identificar y denunciar tanto la pérdida de memoria que ha tenido el paciente, como otros déficits como ser la dificultad para aprender cosas nuevas o la pérdida de habilidades manuales. Vale aclarar que estos efectos son el resultado de la aplicación de los electrodos en el hemisferio no dominante (no verbal).

Otras de las fuertes críticas que realiza Breggin tiene que ver con las habilitaciones de los aparatos de ECT, en donde revisa la evidencia que demuestra que la ECT es muy perjudicial para el cerebro, y concluye que la *Food and Drug Administration* (FDA) debe exigir las pruebas habituales, comenzando con los animales, que se requieren antes de que los tratamientos y las máquinas psiquiátricas sean aprobados para su comercialización y uso. Breggin (2008) hace alusión a la pérdida de memoria autobiográfica, y en este sentido afirma que “cuanto mayor era el número de tratamientos administrados a los pacientes, mayor era la pérdida de recuerdos biográficos” (p.84).

En relación al daño cerebral Blakeslie (1983), afirma que el daño y la disfunción en el lado no verbal son más difíciles de reconocer o describir por parte del individuo, pero los defectos no son menos dañinos. Las lesiones en el lado no verbal perjudican la memoria visual, las relaciones espaciales, las habilidades musicales y artísticas, el juicio, la intuición y la personalidad.

A nivel nacional Lorena Lavecchia (2016) realizó una investigación periodística sobre la ECT, en donde se aborda el tema del daño cerebral. En dicho trabajo, la autora deja entrever que en Uruguay no se realizan los estudios pertinentes para comprobar que no existe daño cerebral.

El doctor y profesor Henry Engler, director general del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM), aseguró que la única manera de establecer si existe o no daño cerebral es con una Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés) previo al inicio de las sesiones, una con posterioridad y una de seguimiento a los seis meses. (p.3)

Burstow (2016) se refiere a las personas que recibieron ECT como sobrevivientes. La autora afirma que la efectividad del tratamiento y el criterio del punto de vista del profesional (por ejemplo, la enfermera que marca una casilla que indica que el paciente ha mejorado) es muy problemático, ya que es el punto de vista de alguien que compara el control con la mejora. De hecho, no solo existe una desconexión entre los objetivos de los sobrevivientes y los de los profesionales, existe una desconexión enorme e igualmente profunda entre los "criterios" utilizados por los profesionales para establecer una "mejora" [por ejemplo, el paciente ya no se queja] y los criterios por los cuales el sobreviviente juzga (Burstow, 2016, p.100).

1.2- Antecedentes a nivel nacional

Se localizaron 24 producciones en total, de las cuales se logró acceder a 19 de las mismas, en su mayoría artículos publicados en la Revista de Psiquiatría del Uruguay, y que comprenden el período 1938-2016. La producción académica en nuestro país ha estado fundamentalmente vinculada a una perspectiva biomédica, focalizada en los aspectos metodológicos de la técnica, así como en los resultados clínicos. A continuación se presenta una tabla en donde se realiza una breve descripción de la totalidad de artículos relevados para posteriormente realizar un breve recorrido por algunos de los que se consideran más relevantes.

Tabla 5. Tabla de Artículos Relevados de la Revista de Psiquiatría del Uruguay

Publicación	Título	Descripción	Conclusiones
Von Meduna (1939)	La técnica Actual en Cardiazol Terapia	Se propone mitigar distintas complicaciones de la terapia (fracturas; fobia que se produce en el primer acceso, etc)	El panorama sobre la aplicación de esta técnica tiene un futuro promisorio, si se continúa mejorando y combatiendo los efectos adversos descriptos en los diferentes países.
Sicco y Brito del Pino (1939)	Nuestra experiencia en terapia convulsivante	36 casos clínicos de H. Vilardebó y de la clínica privada,	Mientras más temprano se realiza el tratamiento en relación a la aparición de los síntomas o el padecimiento, más eficaz resulta esta terapia. Su mejor aplicación se da para los estados catatónicos.
Von Meduna y Rohny (1939)	Estudio comparativo del tratamiento de la esquizofrenia con insulina y Cardiazol	Se observa lo que tienen en común la insulina y la cardiazolterapia en lo que afecta al metabolismo glúcido.	Se concluye que el organismo utiliza mecanismos similares en ambas terapéuticas.
Bruno (1941)	Resultados obtenidos en la clínica psiquiátrica con el empleo de los métodos modernos de la "Shock Terapia" en 4 años de experimentación nacional.	Se exponen los resultados clínicos mediante el shock cardiazólico en la esquizofrenia y fuera de la esquizofrenia. Se mencionan los efectos del cardiazol en los distintos cuadros diagnósticos.	Se concluye que dentro de las esquizofrenias el tratamiento es efectivo sólo en las formas catatónicas o Hebefrenocatatónicas, y la variedad estuporosa. Fuera de las esquizofrenias en confusión mental, deprimidos, melancólicos y formas de alcoholismo.
Debellis (1980)	Los psicofármacos y los tratamientos de choque	Se expone las ventajas que han traído tanto los psicofármacos como la ECT a la práctica psiquiátrica, y su evolución.	Se concluye que la psiquiatría ha avanzado en el plano psicopatológico, clínico y terapéutico y algo en el etiológico. Le resta aún, cumplir con la etapa de "cura social" o comunitaria.

Pearce y Barindelli (1981)	El Electroshock y su repercusión cardíaca	Se tomaron 100 pacientes. 98 del sexo femenino y 2 del masculino, con edades que oscilaban entre 17 y 80 años, a los que se les hizo un estudio clínico y E.C.G. pre y post ECT.	Se concluye que por la escasa duración de esta técnica es muy difícil que se produzca un accidente fatal. No obstante habría una contraindicación absoluta que es el infarto agudo del miocardio.
Lyford-Pike, Castro y Quintela (1989)	Avances en electroconvulsoterapia y sus aplicaciones	Se desarrollan fundamentos bioquímicos de la acción terapéutica de la ECT.	Se hace énfasis en la importancia de uniformizar criterios de aplicación práctica.
Murguía (1989)	La Terapia Electroconvulsiva Regresiva (RECT) en el tratamiento de las formas resistentes de la esquizofrenia	Se recomienda el uso de ECT regresiva (RECT), procurando el logro de un estado regresivo con confusión mental como procedimiento terapéutico en caso de psicosis graves y crónicas. El autor efectúa una serie de consideraciones generales e históricas sobre el método y termina describiendo algunos casos ilustrativos.	Se explica la RECT. La confusión prolongada ocasionada por la ECT lograba mejores resultados terapéuticos. Método adecuado para parafrenias, en adultos de edad avanzada en donde la RECT tiene mejor evolución.
Martínez Pesquera (1990)	Repercusión del Electroshock en el encéfalo.	El autor realiza una revisión en la literatura sobre la ECT, en la acción que esta práctica tiene en el encéfalo y en las funciones cognitivas.	Se observa que a pesar de las críticas, aún no se ha comprobado fehacientemente daño cerebral. Y que la ECT probablemente modifique los sistemas de interconexión neuronal del encéfalo, que en su gran mayoría permanecen aún en la incógnita.
Lyford-Pike, Castro y Atchugarry (1990)	Parkinson y ECT.	Se realiza una revisión de trabajos que realizaron estudios con personas con parkinson a las que se les aplicó ECT.	Se propone la ECT como una modalidad efectiva de tratamiento para la enfermedad de Parkinson, resistente a la medicación o intratable.
Lyford-Pike, Flores, Castro, Atchugarry y Castillo (1993)	ECT de mantenimiento	Se analizan nueve casos clínicos con ECT mantenimiento. Se revisan y discuten aspectos del uso de esa técnica.	Se señala la necesidad de protocolizar más universalmente su aplicación.
Di Segni y Cusmanich (1993)	Electroshock: Estudio de los reparos de los psiquiatras para su uso.	Se estudian los prejuicios de médicos, psiquiatras, en el empleo de ECT, mediante encuesta telefónica a afiliados de la sociedad de psiquiatría.	Los autores concluyen que los reparos que existen en el uso de este método por parte de los psiquiatras, se debe básicamente a la influencia de los medios de comunicación. Pero que de todas maneras se deben seguir realizando estudios.

Lyford-Pike, Otegui, Savi,, Fernández y Arigón (1994)	Tiempo de cambio: ECT en Uruguay	Revisión del estado de la ECT en el Uruguay. Se relevan datos del sector público y privado en Montevideo y el interior. Frecuencia de su uso y condiciones de realización: técnicos, local, equipos, valoración pre-tratamiento, consentimiento informado y complicaciones.	Se observa una amplia variabilidad en los criterios de aplicación en todo el país de lo que se desprende la necesidad de unificar criterios que aseguren el uso estandarizado de la ECT en beneficio de los pacientes y respaldo de los técnicos que la aplican.
Cassarotti et al. (1995)	Recomendaciones al MSP en relación a la normatización del tratamiento por estimulación cerebral o tratamiento electroconvulsivo (TEC)	Se propone establecer como una guía de procedimiento para la aplicación de ECT. Se describen objetivos, indicaciones, qué equipamiento se utiliza, así como el procedimiento, monitoreo de la ECT, y efectos secundarios.	La formación de los médicos en relación a la ECT debería incluir, en las diferentes etapas de su carrera y de su actividad profesional, las fases siguientes: pregrado en medicina, posgrado en psiquiatría y programas de formación permanente para psiquiatras.
Lyford-Pike et al. (1995)	ECT in adolescents and children in private hospital in Montevideo, Uruguay *	28 pacientes de 16 años en el período 1988-1994 que recibieron entre 3 y 12 ECT 3 veces a la semana. Mayoritariamente diagnósticos de esquizofrenia y psicosis afectiva.	En 16 casos recibieron una sola serie de ECT, y los 12 restantes más de una. No se observaron complicaciones. Sólo 1 paciente tuvo convulsiones por más de 1 minuto que cesaron sin medicación.
Zurmendi et al. (2004)	Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización.	Se plantea como un aporte para psiquiatras, médicos en general y trabajadores de la salud mental, sobre la información de ECT y una reflexión sobre su significado en la terapéutica psiquiátrica.	Se concluye que se deben mejorar estándares de formación médica respecto a la ECT para desmistificar tal tratamiento. Que los diferentes técnicos "psi" tengan un buen nivel de conocimiento respecto a la ECT.
Wschebor, López, Santos, Brescia y Romano (2009)	Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Vilardebó en el año 2006.	Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, que comprende la revisión de las historias clínicas de los pacientes internados en el Hospital Vilardebó.	Se observa que en la esquizofrenia y en el trastorno psicótico agudo, a partir de la cuarta sesión, empiezan a constatar respuestas.
Luceo, Casali, González, Talice y Barrios (2015)	Electroconvulsoterapia en adultos mayores en el Hospital Centro Geriátrico Dr.Luis Piñeyro del Campo.	Estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de las 37 pacientes que recibieron ECT en el Hospital Dr. Luis Piñeyro del Campo en el período 2001-2011.	En la población estudiada la ECT ha sido eficaz y segura para el tratamiento de condiciones clínicas agudas graves.

Fielitz, Moreira, María, Gutiérrez y Gómez (2016)	De Electroconvulsoterapia en el primer episodio de esquizofrenia: impacto en la evolución	Se investiga la relación entre la indicación de ECT durante el primer episodio psicótico de esquizofrenia y la duración del intervalo libre de internación.	No aparecen diferencias estadísticamente significativas el grupo que recibió ECT en su primer episodio, y el grupo que recibió ECT en otro episodio.
---	---	---	--

*. Artículo publicado en The Journal of ECT

Se puede reconocer una primera etapa de producciones, que va desde 1939 hasta 1980, y que se centran en los aspectos metodológicos de aplicación y sus resultados. Recién a partir de la apertura democrática (1985) es que se comienzan a abordar otras temáticas en relación a la ECT, como ser la relación médico-paciente en lo que hace a la confianza y la información, así como también al debate que suscita esta práctica a nivel de la opinión pública y de los medios de comunicación, entre otras. Este cambio de enfoque y de contenido se podría deber entre otras cosas a que en 1986 se crean en nuestro país el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) cuyos cometidos apuntaban hacia la Atención Primaria en Salud (APS), la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización del servicio hacia todo el interior del país, la creación de centros de rehabilitación (De León, 2013).

De 1938 a 1942 se publicaron 5 trabajos referidos al “Shock Cardiazólico”. Este tratamiento provocaba convulsiones inducidas por el suministro de Cardiazol vía intravenosa. El primer artículo publicado es un texto del psiquiatra y neuropatologista húngaro Ladislav Von Meduna, quien popularizó este método en 1935, dicho artículo se refiere a las “deficiencias” que él comenta que ha recibido de distintos países sobre la aplicación de cardiazol vía intravenosa y sugerencias sobre cómo subsanarlas. Las deficiencias que enumera son cuatro: daños en la venas; resistencia ocasional o progresiva al cardiazol; fracturas diversas; “horror” o fobia que se produce con el primer acceso y aumento ante los futuros (Von Meduna, 1939).

En 1939 se publica el artículo “Nuestra experiencia en terapia convulsivante”, donde se realiza un estudio sobre 36 casos clínicos recabados de “clientela privada” y de la sala 8 del Hospital Vilardebó. En este trabajo se hace énfasis en que mientras más temprano se realice el tratamiento en relación a la aparición de los síntomas o el padecimiento, más eficaz resulta la terapia con Cardiazol. Sicco y Del Pino comentan:

Llamamos curaciones a la desaparición de casi toda o toda la sintomatología del caso, con re-integración al ambiente familiar y recuperación del trabajo (...) Hablamos de mejoría cuando el tratamiento ha hecho desaparecer una agitación, despertar un estupor, apagar alucinaciones o ideas delirantes sin la normalización total. Porque nuestra experiencia es reciente, algunas “mejorías” pueden alcanzar a curaciones” (1939, p.38)

Aquí dejamos uno de los casos narrados en el trabajo que, según Sicco y Del Pino (1939), obtuvo buenos resultados:

David. T. 26 años, soltero, polaco. XII-22-37. Llegó de Polonia hace dos semanas. En el vapor manifestó odio a su padre e ideas delirantes. Sitiofobia (a veces). Desorientación temporo-espacial: cree estar en Polonia. Indiferencia emocional. Se le provocan 18 accesos convulsivos. Más de una vez hace mejoría inmediata que no se sostiene sino mediante las nuevas inyecciones. Alta I-11-39. Afectuoso con la familia. Trabaja. Curado. (p.38)

El Dr. Umberto Bruno hace mención a los usos del cardiazol en los diferentes cuadros diagnósticos, en donde intenta identificar cuáles son los cuadros en los que este fármaco tiene buena respuesta y en cuáles no. El autor parece advertir que este convulsivante es utilizado para todo tipo de situaciones. Dice Bruno (1941):

El vaivén de las olas de la moda invade frecuentemente el campo de la medicina y así, ya en el terreno patogénico o en el terapéutico, una droga alcanza su triunfo momentáneo, fugaz. En otras circunstancias nuestro afán de éxitos ilimitados nos hace emplear un medicamento, en cualquier afección, aún en las más opuestas. (p.33)

El autor parece advertir que a tan sólo cuatro años del inicio de la terapia con cardiazol en el país, se ha ejercido por parte de sus colegas una aplicación desmedida de tal tratamiento, lo que ha redundado en el desprestigio del mismo. En esta publicación afirma que es dentro de las esquizofrenias donde estos tratamientos “han permitido una transformación tan favorable en su evolución y una mejoría tan brillante en sus síntomas que han bastado por sí solos para asegurar el acreditamiento del cardiazol” (Bruno, 1941,p.35), así como en ciertas “formas clínicas de alcoholismo y en los débiles inestables e indisciplinados que frecuentemente promueven desórdenes en nuestras salas de hospital, (...) su indicación ha actuado más como una medida punitiva ejemplarizante, que con carácter realmente curativo” (Bruno, 1941,p.37)

Nos abocaremos de ahora en más, a los artículos que comprenden el período 1980-2016, y que atañen a la Electro Convulso Terapia (ECT).

La Dra. Juana Debellis (1980) expone las ventajas que han traído tanto los psicofármacos como la ECT a la práctica psiquiátrica y cuánto han mejorado, con el correr del tiempo, estas terapéuticas la evolución de los cuadros psicopatológicos que otrora resultaban tan dificultosos de tratar. También hace referencia al rol del médico psiquiatra, desde una perspectiva ética que, de alguna manera, involucra los DDHH al plantear que el médico psiquiatra es “quien corre el riesgo de utilizar el fármaco como un instrumento de poder paternalista o sádico o como un medio de desligarse del contacto psicológico del enfermo” (Debellis, 1980, pp. 138).

Disegni y Cusmanich (1993) también ponen el foco en la figura del psiquiatra, en lo que refiere a los reparos que tienen los mismos a la hora de la aplicación de ECT. Los autores analizan datos que recogen de una encuesta realizada a socios de la Sociedad de Psiquiatría. Los autores explican que la práctica médica misma se ve influida por la “mala prensa” que hacen los medios. “Subsanar esta carencia resultará fundamental para permitir contrarrestar en los colegas, sobre todo los no psiquiatras, la influencia de medios que le brindan una visión parcial, deformada o poco científica sobre el tema” (Disegni y Cusmanich, 1993, p. 25) En relación a si la ECT afecta los derechos del paciente, aparece un dato que llama la atención de los autores, y es que un tercio (29,8%) de los entrevistados contestan que efectivamente creen que afecta los derechos. Los autores aducen que esta respuesta puede ser debido a la influencia de los medios de difusión de masas:

Podría postularse la influencia de los medios de comunicación; también la conducta de no informar al paciente, practicada por algunos u optar por consultar directamente a un familiar, puede ser sentida por el médico como que vulnera los derechos del paciente. (Disegni y Cusmanich, 1993, p. 26)

Vale aclarar que en ningún momento los autores aclaran o definen qué es lo que se entiende por derechos del paciente. Los autores concluyen: “Hemos visto que existen reparos en el uso de este método por parte de los psiquiatras, básicamente por la influencia de los medios de comunicación” (Disegni y Cusmanich, 1993, p. 29).

En 1994 se publica “Tiempo de cambio: Electro Convulso Terapia (ECT) en Uruguay”, donde ya se expresaba que la falta de registros específicos y centralizados de la ECT en gran parte de los servicios consultados, era una de las principales dificultades, “lo cual hizo imposible la obtención de datos” (Pyke et al, 1994, p.24).

En 1995 un artículo titulado “Recomendaciones al MSP en relación a la normatización del tratamiento por estimulación cerebral o tratamiento electroconvulsivo – TEC” intenta establecer por primera vez en nuestro país a un nivel de las prácticas médicas, una suerte de manual de procedimiento de aplicación de ECT. El mismo se basa en un libro publicado 5 años antes (1990) por la APA y, como lo aclaran sus autores, Cassarotti et al (1995), le suman insumos tomando en cuenta la práctica promedio en Uruguay. Para los autores la ECT tiene tres cometidos. En primer lugar lograr la remisión de un determinado trastorno psiquiátrico lo que se llama tratamiento activo; en segundo término para mantener la disminución de los síntomas durante los 6 meses siguientes, llamado tratamiento de mantenimiento; y finalmente para prevenir la aparición de un nuevo episodio (o recurrencia) después de los 6 meses de haber logrado esta remisión, llamado tratamiento preventivo. También se hace referencia a las indicaciones para la aplicación del mismo; el equipamiento, local, personal y medicación necesarios para realizarlo; el procedimiento de

realización del tratamiento; la administración del estímulo eléctrico; el número y frecuencia de los tratamientos; la aplicación en pacientes ambulatorios; el control de la evolución; cómo seguir con el paciente una vez terminada una serie de tratamientos. Este artículo finaliza con un apartado llamado “Educación y entrenamiento en TEC” en donde se hace énfasis en la presencia de formación específica en ECT tanto en cursos de pregrado en medicina como en el postgrado en psiquiatría, así como en los cursos de formación permanente.

Zurmendi et al. (2004) recogen las discusiones a nivel académico y toman aportes de publicaciones que venimos mencionando. Se plantean “Aportar a los psiquiatras, a los médicos en general y también a todos los que asisten a pacientes mentales, la información necesaria sobre la ECT y una reflexión sobre su significado en la terapéutica psiquiátrica” (p.35). El artículo también hace un recorrido histórico, proponiendo una reflexión más reciente a nivel técnico sobre la ECT en su sentido más amplio, ya que problematiza los matices que hacen a su aplicación y las controversias que este tratamiento suscita. Como dicen los autores, “se analiza los factores que han determinado el halo negativo que aún envuelve a esta terapéutica psiquiátrica” (Cassarotti et al. 2004, p.7). En este artículo también se propone un formato de consentimiento informado tomado de un libro del psiquiatra Max Fink publicado en 1979.

Fielitz, De María, Gutiérrez y Gómez (2016) investigan la relación entre la indicación de ECT durante el primer episodio psicótico de esquizofrenia y la duración del intervalo libre de internación. En el mismo utilizan técnicas estadísticas y se emplean algunos criterios excluyentes tales como: un consumo asociado de sustancias psicoactivas, discapacidad intelectual, que la persona pertenezca a la franja 15-35 años, y la deficiencia de sostén familiar, entre otras (Fielitz et al. 2016, p. 27). Esta investigación se desarrolla entre marzo y noviembre de 2014 en el Hospital Vilardebó, lo que nos da un panorama bastante actual de la situación de la ECT a nivel nacional. En este trabajo se aborda exclusivamente el primer episodio psicótico y su pronóstico en relación a la esquizofrenia. En los hallazgos de la investigación se declara que en la comparación de medidas entre el grupo que recibió ECT y el grupo que no la recibió, no aparecen diferencias estadísticamente significativas respecto a la cantidad de días libres de internación y se aclara que los resultados del estudio no son concluyentes, puesto que no poseen el poder estadístico suficiente.

De los artículos relevados en nuestro país se visualizó que los temas abordados fueron: pautas para su utilización (consentimiento informado, materiales médicos, infraestructura, etc.); criterios de aplicación (indicación según el diagnóstico, y bajo qué circunstancias, así como las excepciones que se deben contemplar); cantidad de tratamientos aplicados e índices de reincidencia en lapsos de tiempo establecidos; respuestas terapéuticas y

predicción de respuestas; efectos cognitivos; uso de ECT en poblaciones especiales (personas con enfermedades, niños, embarazadas y ancianos); tasas de mortalidad; características epidemiológicas de la población; percepción de los técnicos sobre sus prácticas; formación de los técnicos (en su mayoría psiquiatras).

A la hora de analizar lo que subyace al discurso científico-académico en relación a la aplicación de ECT en nuestro país, se pueden identificar los siguientes ejes:

1. Peligrosidad / Control: hace referencia a la peligrosidad de la locura y de la “enfermedad mental”, contrapuesta al control sobre “el enfermo” que el médico ejerce, generando seguridad, tanto para sí mismo, como para terceros (familia, sociedad).
2. Eficacia / Ineficacia: hace referencia a la eficacia de la ECT en contraste con otros abordajes que se identifican como menos eficaces, sobre todo para situaciones de crisis.
3. Último recurso / Erradicación del síntoma: hace referencia al argumento de que la ECT se utiliza como último recurso, cuando la persona no responde favorablemente a otros tratamientos, haciendo énfasis en combatir al síntoma de forma rápida.
4. Estigma / Desinformación: en muchos de los artículos se pone especial énfasis en la incidencia que tienen los medios de comunicación en cuanto que hacen de la ECT un tema controversial y más cuestionado que otros abordajes, menos eficaces y más nocivos.

Estos ejes están representados en las dualidades que se vislumbran en las producciones académicas de Uruguay, mayoritariamente expresadas en las publicaciones de la Revista de Psiquiatría del Uruguay. Estos aspectos que tienden al reduccionismo hacen que el debate se enlode y entorpezca el diálogo, y por este motivo se propone un abordaje más profundo, que evite caer en dualismos.

1.3- Fundamentación, legislación y DDHH.

Como primer punto de fundamentación se puede afirmar que no existen hasta el momento investigaciones cualitativas en torno a la aplicación de ECT en nuestro país, que aborden la perspectiva de las personas que han recibido este tratamiento. Como ya se ha dicho en el apartado de antecedentes, los estudios académicos que se han realizado en Uruguay han estado centrados en la práctica de los médicos psiquiatras, en el procedimiento técnico de la ECT, en las posibles prejuicios sociales sobre dicho tratamiento y en las perspectivas de los psiquiatras sobre su propia práctica, pero no sobre la perspectiva de quienes han recibido ECT y su familia. Es importante poder fundamentar también que la perspectiva de los familiares tuvo un lugar relevante en esta investigación debido a que para que se le pueda aplicar ECT a una persona, es necesario que un familiar firme el consentimiento informado. Por tales motivos, se considera sustancial poder dar cuenta de los sentires y pensares de estas personas, en el entendido de que existe a nivel de las organizaciones sociales de DDHH y colectivos universitarios denuncias referentes a la poca regulación y sobre utilización de dicho tratamiento. Según informes mencionados en este trabajo por el Centro de Archivo y Acceso a la Información Pública (CAinfo) y el Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR) en 2015, no existe información disponible sobre las condiciones de aplicación de ECT ni de su seguimiento en el sector público y privado. Poner el acento en la aplicación de ECT, tiene que ver con aportar más elementos para el abordaje de una práctica que ha sido históricamente controvertida tanto para la opinión pública como para la comunidad académica y profesional.

En nuestro país han sido ratificados diversidad de tratados y convenciones dentro de las que se destacan la Declaración de Alma Ata en 1978 y la Declaración de Caracas en 1990. La primera haciendo especial énfasis en la atención primaria en salud y las redes comunitarias, y la segunda ya más vinculada a la reestructura de la atención psiquiátrica. Estos antecedentes posicionan a Uruguay en la obligación de diseñar un programa integral, con base en lo comunitario y en clave de DDHH a la hora de pensar los abordajes en Salud Mental. En este sentido es necesario poder producir conocimiento académico que fomente el debate en relación a estos temas para la creación de nuevas preguntas.

Resulta pertinente traer algunas reflexiones que realiza Belén Itza, sobre cuál fue el contexto en el que resurge el debate sobre la necesidad de una ley de salud mental en nuestro país.

En este contexto, resultaba extraño cómo aún no había voluntades para legislar sobre la Salud Mental, dado que desde 2009 se venía insistiendo en eso, habiendo un anteproyecto de Ley elaborado que nunca entró en debate parlamentario. Recién en el 2015, luego del

trágico episodio de la muerte de Carlos Grecco atacado por una jauría de perros en la Colonia Etchepare y la cobertura mediática que este hecho tuvo, así como el impacto social que generó, comienza desde el Ministerio de Salud Pública un proceso donde se comprometen a elevar un proyecto de ley al Parlamento. La perspectiva en salud mental que impulsa esta ley es para palear lo que el mismo Estado ha generado tras décadas de abandono. Políticas que, a partir de la no asignación de recursos han generado que al miedo a la locura se le sume el horror, el abandono y la pobreza. (Itza, 2017, p.11)

La falta de investigación cualitativa en torno a las prácticas en Salud Mental, imposibilita el poder pensar y diseñar tratamientos complementarios que se puedan aplicar y que estén en sintonía con la reforma de la Salud Mental que se viene gestando desde la reapertura democrática en nuestro país con la creación del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) en 1986, pero que como plantean Techera y Apud (2013):

Si bien el PNSM contempla y proyecta un conjunto de perspectivas innovadoras que implicarían un progreso significativo en el campo de la salud mental, la aplicación de las mismas en el Sistema Nacional Integrado de Salud ha sido de momento incipiente y precario. (p.33)

Se considera de primera necesidad el diálogo entre la Salud Mental y los DDHH Esta articulación es una de las más necesarias para pensar el tema de la investigación en toda su dimensión y que ésta a su vez, ayude para la creación de una política pública inteligente y sensible. Afirma Stolkiner (2010):

Los derechos humanos, comprendidos desde una lógica de lo social y lo colectivo, forman parte elemental o básica de las luchas modernas populares. En el terreno de la salud, el antagonismo se manifiesta entre la tendencia a considerar los bienes y acciones que hacen a la salud como derecho de los sujetos y colectivos humanos, y aquella que propugna considerarlos mercancías cuyo acceso depende del mercado. (p.4)

En lo que hace a legislación a nivel regional, en América Latina se produce un hito importante en la Declaración de Caracas de 1990. A partir de la mencionada declaración, los países han incorporado medidas para abordar la salud mental desde lo comunitario. Como plantea De León (2013): “Desde entonces, los diferentes países han ido adoptando y adecuando diferentes medidas en procura de abandonar las lógicas manicomiales y desarrollar la atención comunitaria, con inclusión de una perspectiva de derechos” (p. 88). Resulta importante señalar a nivel regional las experiencias de Brasil y Argentina en el campo de la salud mental, ya que ambos países han tenido importantes avances en materia de derechos. Desde 1999 en Brasil se ha venido dando un proceso de sustitución de los dispositivos manicomiales, por dispositivos comunitarios, con la aprobación de la Ley N° 9.867, lograda tras un arduo trabajo del movimiento de trabajadores en salud mental (De León et al, 2013).

La reforma de la salud mental en Brasil, es fruto de procesos que se venían gestando ya en la década del 70 cuando los médicos que habían pasado por las cárceles en dictadura, empiezan a cuestionar las prácticas psiquiátricas manicomiales. Este movimiento crítico estaba vinculado también a reclamos relacionados al fin de la tortura y los tratamientos crueles de las prisiones. A su vez, la visita al país de personalidades tales como Michel Foucault, Robert Castel y Franco Basaglia, dio una fuerza mayor a una movilización que ya venía en proceso de fortalecimiento. Es así que el proceso de reformas en salud mental en Brasil comenzado en 1999 como se mencionó más arriba, va hasta el 2003 con la Ley N° 10.708 conocida como “Ley de Programa de Vuelta al Hogar” que impulsó la desinstitucionalización de personas con varios años de internación y promovió la rehabilitación psicosocial de las mismas (Amarante, 2015).

En 2006 se desarrolla la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), de la cual Uruguay forma parte, donde se hace explícita la obligación de garantizar la disponibilidad de información debidamente desglosada sobre la situación de los derechos que en ellos se protegen (CAinfo, 2016). La CDPD ha constituido un avance importante en materia de derechos, junto con el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966.

En Argentina, en el año 2010 se promulgó la Ley N° 26.657, pensada en clave de DDHH en la cual se garantizan los derechos de las personas con “padecimiento mental” y se prioriza la existencia de un Órgano de Revisión que vele por el cumplimiento de los derechos de estas personas. Este órgano vigila con especial cuidado estas prácticas para que no se produzca un uso abusivo, sin fundamentos diagnósticos, o como forma de castigo (De León et al, 2013). Como un antecedente de avanzada en este sentido se puede mencionar la ley provincial de Río Negro N° 2.440 que en el año 1991 “eliminó los manicomios y prohibió el electroshock o terapia electroconvulsiva, motivó un cambio profundo en la respuesta del Estado a las personas con sufrimiento mental” (OPS, 2011). En un informe realizado en el 2014 por la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la ley N° 26.657, se relevó que en al menos 14 de las 24 jurisdicciones en Argentina se dejó de aplicar ECT.

A partir de los relevamientos, el plenario del Órgano de Revisión se pronunció a favor de la prohibición de la práctica de TEC por representar un trato cruento, invasivo y degradante a la integridad personal. Y en base a este pronunciamiento la Secretaría Ejecutiva elaboró una recomendación en el mismo sentido [...] En ese sentido, se realizó un relevamiento a nivel nacional para conocer en qué provincias se aplica TEC. Se requirió información a las 24 jurisdicciones y respondieron 17. En tres de ellas, Salta, Corrientes y Mendoza, expresaron que aún se aplica este tipo de práctica. (p.14)

Resulta pertinente observar la noción de salud mental que maneja la Ley Nacional de Salud Mental argentina y cuál es la que toma la actual ley uruguaya aprobada a fines de 2017. En

el artículo donde se define la noción de Salud Mental, la ley argentina -ley n.º 26.657, art. 3- define ésta como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los DDHH y sociales de toda persona” (Argentina, 2010). En cambio la ley uruguaya -ley n.º 19.529, art. 2- contempla la Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Uruguay, 2017). Si bien la ley uruguaya también reconoce la Salud Mental como una cuestión procesual, la conceptualiza en términos de productividad-en el trabajo- y contribución –a la comunidad- y capacidad de afrontar las tensiones “normales” de la vida. Es decir, la ley uruguaya establece una clara relación de linealidad entre productividad- normalidad-trabajo-comunidad-bienestar, mientras que en la argentina se hace énfasis en la perspectiva de DDHH y en los componentes históricos, socio-económicos, y culturales, elementos que no aparecen en la ley uruguaya.

Esta noción resulta clave para poder pensar una reglamentación garantista y protectora de los derechos de las personas con padecimiento de lo psiquiátrico en salud mental, sobre todo para con la población más carenciada a nivel socio-económico. Hacer explícitos estos componentes significa un compromiso político expreso y un posicionamiento desde una perspectiva de salud mental en clave de DDHH.

La OMS (2012) publicó “Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los DDHH en los establecimientos de salud mental y apoyo social”, donde se ponen de manifiesto criterios de administración de la ECT, bajo el título “Protección Contra la Tortura y Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso”. Allí se aclara que:

No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referido a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado del usuario. (p.90)

Parece ser que la cuestión de fondo es tomar la decisión política de pasar de la noción de un sujeto peligroso e incapaz a un sujeto de derecho. Como dice Galende (1990), no hay reforma si no hay una política, y la política es una decisión del gobierno en relación con una sociedad, y el modo de comprender la existencia del sufrimiento mental es una obligación ético-política que no se debe evitar. Es importante poder identificar el modo en cómo se decodifica al que padece psíquicamente, no sólo a nivel simbólico, sino también jurídico.

También vale mencionar los casos de Chile y Cuba como países de América Latina que han implantado un modelo en Salud Mental más acorde con los parámetros internacionales. Afirma De León (2013):

En Chile, se ha podido implementar y sostener un Programa Nacional de Salud Mental que sigue los principios de un modelo comunitario. En Cuba, se ha desarrollado una amplia y diversificada red de servicios de salud mental, destacándose especialmente los Centros Comunitarios de Salud Mental. Y de Panamá, se señala como gran avance la transformación del Hospital Psiquiátrico Nacional de más de 1.000 camas, convertido hoy en un Instituto de Salud Mental con menos de 200 camas. (p.91)

En lo que concierne a la ECT, se considera interesante abordar nuevamente la experiencia que ha tenido Argentina, ya que se han implementado reglamentaciones específicas en torno a esta práctica. Como antecedente a la Ley N° 26.657, en la Provincia de Río Negro, se venía gestando desde la década del 80, un fuerte movimiento de desmanicomialización, que proponía un modelo en salud mental con inclusión laboral para las personas con “sufrimiento mental”. Esta reforma psiquiátrica cristalizó en la ley de “Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental”, -ley n.º 2.440, art. 10- que en su reglamentación establecía:

Prohíbese al personal perteneciente al Consejo Provincial de Salud Pública la utilización de electroshock, shock insulínico, absceso de fijación y toda otra técnica pseudo terapéutica que afecte la dignidad de las personas, ordenándose la destrucción de cualquier elemento que facilite la utilización de estas técnicas, que pudiere conservarse por razones patrimoniales en el ámbito de Salud Pública. (Argentina, 1991)

La Ley N° 26.657 construyó un Dictamen sobre el uso de ECT que pertenece a la órbita del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (ANEXO RES. S.E N°17/2014). En dicho dictamen se habla de que los avances en los modelos de atención en salud mental en el mundo, han significado una revisión de los abordajes hasta ahora utilizados y ha comenzado a extenderse un enfoque comunitario y de atención primaria en salud, “cuyo eje es el respeto de los derechos fundamentales de las personas, considerando que esta perspectiva representa el máximo estándar para el abordaje de esta problemática” (p.1). En este sentido el Dictamen establece que las “estrategias y prácticas que surgen de estas modalidades, intentan eliminar todo método que pudiera resultar invasivo, restrictivo y/o de vulneración de derechos” (p.2). Se plantea el carácter controvertido de la ECT, cuyo origen se remonta a una época en donde se carecía de medicación u otro tipo de abordajes y que muchos de los cuadros para los que se indicaba “son pasibles de ser tratados con otros recursos, sin existir suficiente evidencia científica para afirmar que la única y más efectiva indicación para su tratamiento sería la aplicación de electroshock” (p.2). De este modo se apunta a trabajar sobre una base comunitaria en donde se consideren las condiciones sociales en las que la persona se enferma. Frente a la escasez de recursos humanos

capacitados para ofrecer otro tipo de tratamientos, se plantea trabajar sobre las condiciones psicosociales y situacionales de la persona y su entorno. De esta manera, "cuanto mejores sean las condiciones sociales, menor será la necesidad de recurrir a medidas más restrictivas y/o invasivas" (p.3).

Es así que este Dictamen menciona que "todas las Provincias se habían expresado formalmente a favor de la posición prohibitiva del electroshock durante la reunión del Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones -COFESAMA-, que tuvo lugar los días 12 y 13 de Mayo de 2011" (p.4).

También se realiza una declaración en torno a la información que no resulta, según este organismo, suficiente:

Lo cierto es, que frente a las controversias que esta práctica suscita, no se brinda una información acabada a los usuarios del sistema de salud mental ni a sus familiares sobre dichas controversias ni sobre los efectos adversos que se le adjudican. (p.6)

En cuanto no es la persona quien consiente que se le aplique este tratamiento sino un tercero, sea un familiar o un funcionario del hospital en el que se encuentra internado, y puesto que se consideran tratos severos, crueles y degradantes según la normativa internacional, este dictamen plantea:

Resulta indispensable distinguir entre un tratamiento médico justificado que aun así puede provocar dolores y sufrimiento, de aquellos tratamientos médicos irreversibles o alteradores, que carecen de finalidad terapéutica, o bien, que sin perjuicio de que procuren corregir o aliviar una discapacidad configuren un caso de tortura o malos tratos por efectuarse sin el consentimiento libre e informado del usuario. (p.15)

En cuanto a legislaciones y recomendaciones a nivel nacional, en el año 1995 se construye un informe sobre el estado de la salud mental en el Uruguay realizado por la *Mental Disability Rights International* (MDRI), un proyecto del *Center of Human Rights Law Washington College of Law* y el *Bazelon Center for Mental Health Law*, en el cual se expresaba que las condiciones de las instituciones psiquiátricas de Uruguay violaban un amplio espectro de derechos proclamados por la ONU. En el mismo se reconoce el maltrato general a los internados, el casi exclusivo uso de psicofármacos y ECT, la falta de personal especializado recomendándose profundizar en estrategias alternativas y comunitarias. El MDRI plantea al estado uruguayo una serie de recomendaciones que tiendan al cumplimiento de la normativa internacional en DDHH.

Este informe le dedica un apartado especial a la ECT en donde se expresa que consultadas las autoridades de las colonias Santín Carlos Rossi y Etchepare, la ECT se utilizaba frecuentemente para controlar la conducta agresiva de los internos, así como de forma

bilateral, siendo ésta la modalidad que más riesgo de pérdida de memoria conlleva. Dentro de las recomendaciones se propone disminuir lo más posible el uso de ECT (MDRI, 1995).

En el año 2008 se aprueba en nuestro país la Ley N° 18.381 de Acceso a la Información Pública que establece en su artículo 3 el derecho –sin necesidad de justificación alguna- de cualquier persona física o jurídica a acceder a información en poder de los organismos públicos, estatales o no estatales. En el año 2014 la A.I, junto a IELSUR y CAinfo, a través de esta ley solicita información al MSP; ASSE; BPS; MIDES; MVOTMA e INAU, a propósito de la política pública referida a la salud mental en nuestro país.

Esta solicitud de información se realizó a través de aproximadamente 70 preguntas, en las que se incluían temas como la cantidad de camas para internación psiquiátrica con que se cuenta en la órbita pública y privada, a nivel nacional; cantidad de internaciones registradas en los últimos 10 años; promedio anual de días de internación, prestaciones que brinda el BPS para personas con padecimiento de lo psiquiátrico; la cantidad de muertes en centros de internación psiquiátrica; stock anual de psicofármacos adquirido en los últimos 10 años, y la prescripción de medicamentos, así como sobre la aplicación de ECT.

Según estos informes, las respuestas que brindaron MVOTMA, MIDES e INAU fueron evaluados satisfactoriamente. A su vez se destaca un vacío de información por parte de MSP, ASSE y BPS. Este punto no es menor ya que se trata de los organismos que más impacto tienen sobre la vida de aquellos que tiene algún tipo de padecimiento de lo psiquiátrico. En el documento elaborado por CAinfo, IELSUR y A.I (2016) se plantea el “desarrollo de normas y protocolos sobre medicación y tratamientos invasivos como el electrochoque” (p.7). Este enunciado está dentro del cuarto punto llamado “De las garantías de internación”, que es uno de los once que forman una guía para la elaboración de una nueva Ley de salud mental. En relación a la ECT se plantea que:

Se desconoce la existencia de un protocolo de aplicación de medidas de contención y utilización de la fuerza en personas con padecimientos psiquiátricos, así como las medidas que la integran, en qué situaciones se aplican y cuando se aplican medidas de electrochoque. (p. 24)

Es en este contexto de falta de información y a la vez de debate a nivel público, académico y parlamentario, cuando se hace más necesario generar insumos que arrojen luz sobre la reforma de la salud mental en la agenda política. En este sentido, el rol de la Universidad como interpelante crítica y constructiva para la aplicación de políticas públicas inteligentes y sensibles, es imprescindible. Desde este marco referencial y contextual es que se hace prioritario poder construir una noción de salud mental en clave de DDHH que atienda las demandas y desafíos que hoy en día nos plantea la realidad.

1.3.1 - Algunas cifras sobre ECT en nuestro país

Se le envió una nota a la dirección del Hospital Vilardebó, solicitando información tanto cualitativa como cuantitativa sobre la aplicación de ECT en dicha institución en el período comprendido entre 2005 y 2016. La información que finalmente se brindó fue de índole cuantitativa, y comprende el período 2009-2016, fundamentando que antes del 2009 no existe información sistematizada sobre dicha actividad en el hospital.

La planilla que nos facilitaron en el Departamento de Estadística, según informan sus funcionarios, es completada por el psiquiatra responsable luego de cada sesión.

La información brindada fue presentada en una planilla Excel con las categorías ordenadas por columnas: fecha, hora, CI, edad, sexo, sala de procedencia del interno, eje I, eje II, eje III y eje IV del DSM IV.

Según los datos brindados por dicho departamento, en el período de Julio de 2009 a Octubre de 2016 (7 años) se realizaron 29.732 sesiones de ECT. Estos datos nos brindan un promedio anual de 3964 sesiones, lo que da resulta en un promedio de más de 10 sesiones por día (12.5, teniendo en cuenta que se aplica 6 días a la semana). En las planillas otorgadas, figuraban 196 casos donde no aparece registrado el número de cédula de identidad.

A continuación se presentan tablas realizadas, sistematizando la información otorgada por el Hospital Vilardebó.

Tabla 6- Distribución de ECT por Diagnósticos

Cantidad de sesiones	Diagnóstico	Porcentaje
19.498	F20 Esquizofrenia	65.6%
2.903	Sin eje 1	9,8%
2.415	F31 T. Bipolar	8,1%
2.130	F23 Trast. Psico. Agudos	7,2%
1.691	F32 Epis. Depresivo (Incluye Postparto)	5,7%
1.032	Sin Diagnóstico	3,5%
711	F60 Trast. De personalidad	2,4%
659	F70 R Mental leve	2,2%
542	F 19 Múltiples drogas	1,8%
358	F33 Trast Depresivo Recurrente	1,2%
238	F22 Trast. De ideas delirantes persist.	0,8%

206	F71 R Mental moderado	0,7%
140	Otros	0,5%
117	F 10 Alcohol	0,4 %
50	Consumo Perjudicial	0,2%
44	F44 Trast. Disociativos / de conversión	0,1%
20	F72 R Mental grave	0,06%
20	F0x Demencia	0,06%
1	F05 Delirium (Conf. Mental)	0,003%

Tabla 7- Sesiones por Sexo y Edades

Cuenta de C I	Etiquetas de columna	Edades							Total general
		15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	Mas 74	S / D		
	112	2	15	13	2		3	147	
F	314	401	7664	5340	1099	98	37	14953	
M	348	784	9335	3596	454	99	15	14631	
Total general	774	1187	17014	8949	1555	197	55	29731	

Tabla 8- Sesiones por Edades

Franjas de edad	Cantidad de personas
15 a 19	1187
20 a 44	17014
45 a 64	8949
65 a 74	1555
Mas 74	197
S / D	55
Total general	29731

Se destaca que casi en el diez por ciento de las sesiones aplicadas no figura nada en el Eje I, lo que significa que no se detecta ningún trastorno psicopatológico o sintomatologías principales.

Asimismo se observa que en un 3,5 % de las sesiones no figura información en ninguno de los ejes del DSM IV. Este porcentaje resulta significativo puesto que está en el quinto lugar de los 18 diagnósticos que figuran en la tabla 3. Esta cifra podría indicar que se ha aplicado

ECT sin fundamento o razón aparente y arroja que se aplicó ECT sin especificar diagnóstico alguno, cerca de 150 veces al año (147.4).

A nivel epidemiológico se puede decir que las cifras de aplicación para hombres y mujeres no varían, en términos generales (M=50.2%; F=49.2%), pero sí entre franjas etarias. La tabla 4 muestra que las cifras más dispares aparecen en dos franjas etarias. En la franja de 15 a 19 años se aplicó casi el doble de ECT a hombres que a mujeres (F=34%; M=66%), mientras que en la franja de 65 a 74 años la cifra de ECT a mujeres duplica la de hombres (F=71%; M=29%). De 20 a 44 la relación es menor (F=45%; M=55%).

Asimismo se registra que la franja etaria a la que más se aplicó ECT es la que comprende de 20 a 44 años es el 57% y la franja que comprende 44-64 es del 30%.

Según cifras recabadas de un artículo publicado en 1994 (Otegui et al, 1994), el promedio anual para el 1992 en el sector público (cifras recabadas también del Hospital Vilardebó) fue de 3540, que comparadas con el promedio de 3964 al año 2016, está expresando que ha habido un leve incremento que no es significativo. Esta cifra parecería indicar que en 24 años la cantidad de aplicaciones de ECT en el sector público se han mantenido.

Por último, señalar que no existen datos públicos sobre la situación de la ECT desde el MSP ni en el sector privado ni en el privado.

Esta falta de regulación sobre los aspectos vinculados a la ECT representa un factor de riesgo en lo referido a la protección de los derechos humanos y sociales. Las cifras expuestas en este apartado sustentan lo que se expone en la hipótesis de trabajo que se planteará en el problema de investigación, en el próximo capítulo.

2. Problema, Referencias Teóricas y Diseño Metodológico

2.1- Problema, preguntas y objetivos

Problema de Investigación

En los últimos 20 años el debate en torno a la salud mental en nuestro país ha sufrido fuertes cimbronazos que han cuestionado la forma en que se entiende y se trata el padecimiento de lo psiquiátrico. La Declaración de Alma Ata en 1978 y la Declaración de Caracas en 1990 han comprometido a Uruguay a cumplir con determinados estándares internacionales que hacen a la salud mental y que necesariamente deben tener un enfoque de DDHH en cuanto a su tratamiento y concepción. En este trabajo se abordó una de las múltiples aristas que hacen a la cuestión de la salud mental en nuestro país, y que se refiere a un modo específico de tratamiento del padecimiento de lo psiquiátrico que desde el año 1938 hasta hoy se viene practicando ininterrumpidamente: la Electro Convulso Terapia (ECT).

Se parte de la hipótesis de trabajo, sustentada en los pedidos de acceso a la información pública que han realizado organizaciones como IELSUR, CAinfo y A.I en el año 2015, de que existe hoy en día un uso poco regulado del tratamiento de ECT en nuestro país y por este motivo, existe un alto riesgo de que se aplique en situaciones que no están contempladas en las recomendaciones internacionales.

La presente investigación indaga las trayectorias subjetivas de personas que han sido tratadas con ECT. Para ello, se tomaron tanto los testimonios de las personas que recibieron ECT, como de familiares, e información institucional, proveniente de revistas científicas y de informantes clave en dichas instituciones, principalmente psiquiatras. A través de estos insumos, se indagó cómo fue el proceso de toma de decisión en el que tanto la persona como su familia se vieron involucrados a la hora de definirse el tratamiento, así como los posibles efectos y significaciones del mismo en la vida cotidiana. Como resultante de estas cuestiones se pretendió dilucidar lo que Kleinman (1980) llama Modelos Explicativos (EM) que constituyen las nociones acerca de un episodio de padecimiento y su posible terapéutica, y cómo éstos operaron tanto en la narrativa de la persona que recibió ECT y su familia, como en la del modelo médico, así como también las imágenes de pensamiento (Deleuze, 2004) que emergieron de las narrativas de los entrevistados.

Se definió entrevistar a quienes han recibido este tratamiento en el sector público, y en el sector privado. En el primer caso se hizo foco el Hospital Vilardebó, servicio público de referencia en el país en la asistencia de situaciones de crisis. Este hospital se caracteriza también por tratar en su inmensa mayoría a población vulnerada, de bajos recursos, factor que también forma parte del problema de investigación, ya que hace referencia a la diáda

pobreza-locura. En el segundo caso, se consideró pertinente poder tomar contacto con la experiencia de quienes recibieron este tratamiento en el sector privado, ya que permitió comparar las experiencias con personas que recibieron ECT en el marco del mutualismo y otras clínicas privadas. Contar con testimonios de ambos sectores posibilitó tener un panorama más amplio de la situación de aplicación de ECT.

En conexión con la tradición de metodología cualitativa de investigación y más específicamente el Estudio de Caso, se recaba el carácter complejo y paradigmático que comprenden las narrativas de los sujetos entrevistados, y su red de interrelaciones.

Preguntas de investigación

Pregunta general

¿Cómo han sido las trayectorias de salud- enfermedad de usuarios de servicios de salud mental de Montevideo en relación al proceso de tratamiento con ECT?

Preguntas específicas

¿Qué significados y EM confieren las personas a las que se les aplicó ECT y sus familiares, a dicho tratamiento?

¿Cómo vivenció la persona que recibió ECT y su familia al proceso de toma de decisiones en relación a dicho tratamiento?

¿Cómo fue brindada la información en relación al tratamiento de ECT según la percepción de quien lo recibió y su familia?

¿Qué efectos ha tenido en la vida cotidiana el tratamiento de ECT según la percepción de la quien lo recibió y su familia?

¿Cuáles son los significados y EM que construyen los psiquiatras en relación al tratamiento de ECT?

Objetivos

General

Indagar las trayectorias de salud- enfermedad de usuarios de servicios de salud mental de Montevideo en relación al proceso de tratamiento con ECT en el período comprendido entre 2008-2016.

Específicos

- 1) Indagar posibles efectos atribuidos al tratamiento de ECT en la vida cotidiana del sujeto, expresados a través de la narrativa de éste y su familia.
- 2) Comprender cómo fue el proceso de toma de decisiones en relación al tratamiento de ECT.
- 3) Dilucidar cómo expresa quien recibió ECT y su familia que fue brindada la información en relación a dicho tratamiento.
- 4) Identificar cuáles son los EM que construyen tanto el psiquiatra, como quien recibió ECT y su familia en relación a dicho tratamiento.

2.2 Referencias teóricas

Se hace entonces necesario poder abordar algunas referencias teóricas que nos sirvan como herramientas para pensar el problema, las preguntas y los objetivos de esta investigación, que fueron descriptos en el apartado anterior. Se comienza por problematizar la forma misma en que la Psicología Social aborda la construcción de conocimiento, y en ese sentido se toma la noción de campo de problemas desde la concepción de Ana María Fernández (2008) y se abordan algunos conceptos útiles a la hora de pensar el campo de problemas. Esta noción nos resulta adecuada en el entendido de que se trabaja sobre las narrativas que existen sobre la experiencia con la ECT y cómo los campos disciplinares impactan en las mismas. Se continúa con algunas reflexiones en torno a la forma en que se produce la conexión entre la locura, pobreza y encierro, desde la perspectiva de autores como Foucault (1964) y Galende (2006), intentando realizar algunos rastreos genealógicos que posibiliten pensar a la locura y sus abordajes en un contexto socio-histórico. Posteriormente toma el concepto de Modelo Explicativo (EM) que propone Kleinman (1980) como una forma de leer las diferencias entre las narrativas de los participantes de la investigación, analizando cómo interactúan y se presentan en las formas de decir de las personas entrevistadas en torno al padecimiento y el tratamiento. Seguidamente se abordan la noción de trayectorias subjetivas propuesta por Becker y Kaufman (1995) y Raikhel y Garriot (2013) para pensar las vivencias de los participantes de la investigación en su complejidad e interconexión en las diferentes dimensiones. Finalmente se toma la noción de imagen de pensamiento propuesta por Deleuze (2004) para ensayar un modo posible de abordar los decires de los entrevistados. Este concepto nos ayuda a pensar el carácter dinámico de la forma en que las personas entrevistadas se piensan a sí mismas en relación a los que les pasa y que emergen de sus narrativas/discursos.

2.2.1- Pensar en campos de problemas

En este punto parece pertinente entonces, traer lo que en “Las lógicas Colectivas”, Ana María Fernández (2008) plantea como campo de problemas. En este sentido la autora propone el desafío de pensar problemáticamente estos campos que son atravesados por múltiples inscripciones, deseantes, históricas, institucionales, políticas, económicas. Este modo de pensar intenta superar las lógicas de objeto discreto, reduccionistas.

Pensar problemáticamente es trabajar ya no desde sistemas teóricos que operen como ejes centrales sino pensar puntos relevantes, que operen permanentemente descentramientos y conexiones no esperadas; el problema no es una pregunta a resolver sino que los problemas

persisten e insisten como singularidades que se despliegan en el campo. (Fernández, 2008, p.29)

De esta manera, la autora distingue “campo de conocimiento” de “objeto de conocimiento” y propone manejar las certezas como “herramientas” y no como regímenes de verdad. Fernández toma la noción de caja de herramientas de Foucault (1992), en donde se despliegan dos dimensiones. Por un lado se piensa en instrumentos para pensar problemas, y por otro, éstos se inscriben en acontecimientos.

Afirma Fernández (2007): “Se intenta sostener una tensión, es decir, mantener una incomodidad como caución metodológica frente a la consolidación de certezas que en tanto tales corren el riesgo de dejar de operar como herramientas, para instituir regímenes de verdad” (p.31). La autora propone genealogizar como forma de realizar “rastros genealógicos que permitan interrogar los a priori desde los que un campo de saberes y prácticas, construyen sus conceptualizaciones” (p.28).

Ana María Fernández toma también, para articular a la noción de campo de problemas, el concepto de elucidación. La autora plantea que problematizar es abrir a la elucidación. Elucidar supone pensar lo que se hace y saber lo que se piensa. Reconstruir las preguntas para deducir sus impensables. El trabajo elucidativo se compone de tres elementos: i) desnaturalización del sentido común disciplinar, ii) desconstrucción de las lógicas de diferencia con que opera un campo de saberes y prácticas, iii) rastro genealógico de la construcción de las nociones de los cuerpos teóricos con que se trabaja.

Este esquema de trabajo se plantea pensar en situación, ejercicio que comprende, mediante los circuitos de problematización discursiva, elucidar la experiencia en dispositivos de acción, con una reformulación conceptual permanente mediante el uso de la caja de herramientas. Según la autora esta caja de herramientas es la resultante de:

- Desmontar las teorías evitando su cristalización en cuerpos de doctrinas: este movimiento implica evitar la lectura bíblica de un texto; no abordar los cuerpos teóricos como completudes, en donde uno se limita a citar, ya que ha sido todo dicho; des-ritualizar las prácticas, en donde los rituales implican circuitos institucionales cerrados en los que la complejidad de los problemas se amoldan al dogma que los piensa.
- Abrir visibilidad y consiguiente enunciabilidad, permitiendo nuevas teorizaciones.
- Pensar problemas y no instituir sistemas.
- Pensar sin anular los aportes unidisciplinarios pero relativizando los efectos de verdad que éstos suelen instituir.

- Recuperar la potencia enunciativa de nociones teóricas que la certeza de sus sentidos comunes disciplinarios pudiera haber erosionado. (Fernández, 2007)

De esta manera nos interesa poder distinguir y puntuar insistencias, a través del trazado de líneas de sentido. Resaltar los elementos que insisten: expresiones, gestos, palabras, actitudes, que crean condiciones para la producción de sentido.

2.2.2- La locura y el encierro

En la década del 60 se empiezan a producir investigaciones en torno al impacto de las llamadas instituciones totales (Goffman, 1961; Canguilhem, 1971) con el manicomio como uno de sus exponentes más importantes (Foucault, 1964).

Resulta pertinente entonces plantear una dimensión que atraviesa esta investigación y que tiene que ver con la conexión entre la internación, la locura y la pobreza. Esta conexión es importante a los efectos de abordar algunas de las trayectorias subjetivas de las personas con padecimiento de lo psiquiátrico, que fueron entrevistadas. Para este cometido tomaremos algunos de los postulados que realizó Michel Foucault en torno a este tema.

En su Historia de la Locura en la Época Clásica, Foucault logra trazar algunas líneas de conexión inaugurales entre pobreza y locura ya desde el siglo XV. Dice Foucault (1964) que Vicente de Paul aprueba calurosamente en 1657 el proyecto de "reunir a todos los pobres en lugares apropiados para mantenerlos, instruirlos y ocuparlos. Es un gran proyecto en el que vacila, sin embargo, porque no sabemos aún si Dios lo quiere" (p.46). En el siglo XVII toda la Iglesia aprueba el Gran Encierro, un Decreto Real prescrito por Luis XIV, en el cual se crea el Hospital General y se realiza la internación masiva de personas en toda Francia. Este encierro masivo se replicó en la Europa occidental, en respuesta a los resultados sociales de la crisis económica que vivía por entonces el continente: desempleo, caída de la industria, baja de salarios. Es interesante el hecho de que este autor plantee como probable desencadenante de la crisis europea, un elemento que para nuestra América Latina puede resultar liberador, ya que la crisis en la economía española fue debido al paro en la producción de las minas que la Corona poseía en nuestro continente.

Volviendo al tema del Gran Encierro, sólo en París se internó a más de 5000 personas, lo que representaba un porcentaje muy significativo de la población: uno de cada 100 habitantes de la ciudad estaba encerrado. El hospital está igualmente asociado a este rol de asistencia y hospedaje a los pobres y desamparados. De hecho, en la Edad Media ésta era la función del hospital, que nada tenía que ver con la medicina, ya que era una institución de caridad que tenía por función ofrecer abrigo, asistencia religiosa y alimentación a los

pobres, mendigos y enfermos. A estas instituciones religiosas se las denominó Hospital, por su función de hospitalidad y hospedaje.

Habría, de un lado, la región del bien, la de la pobreza sumisa y conforme con el orden que se le propone; del otro, la región del mal, o sea la de la pobreza no sometida, que intenta escapar de este orden. La primera acepta el internamiento y encuentra en él su reposo; la segunda lo rechaza, y en consecuencia lo merece. (Foucault, 1964, p. 47)

En este fragmento se vislumbra el nivel de familiaridad entre pobres y locos, en tanto que la cercanía viene dada por la forma en que se los ha dispuesto y organizado en el Gran Encierro. Afirma Galende:

El Hospital General no consistía, como puede sugerirnos ahora su nombre, en un establecimiento médico. Responde a una estructura de tipo administrativo con un estatuto semi-jurídico, ya que se le otorga la autonomía legal, es decir, por fuera de los tribunales ordinarios, para decidir sobre la detención de las personas cuyo comportamiento sea considerado, por sus directores y responsables, como el de seres antisociales". (2006, p. 31)

A esta frase se le podría añadir lo que afirma Foucault (1964): "Donde nuestra filantropía quisiera reconocer señales de benevolencia hacia la enfermedad, sólo encontramos la condenación de la ociosidad" (p. 49). Aquella forma de organización está íntimamente ligada a un cambio que se produce en la Iglesia. Este cambio va a estar signado por tratar a la miseria del pobre como algo pasible de ser santificado, sagrado. Dirá Foucault (1964): "La locura ya no hallará hospitalidad sino entre las paredes del hospital, al lado de todos los pobres. Es allí donde la encontraremos aún a fines del siglo XVIII" (p. 48). De este modo el loco ocupa un lugar más entre los pobres, los vagabundos, borrachos, los marginales.

2.2.3 - Modelos Explicativos

Cuando hablamos de la posibilidad de indagar los significados que se le atribuyen a las experiencias, hablamos de poder poner énfasis en los testimonios como forma legítima de producir significados. La antropología médica le ha atribuido a la palabra de los que padecen un lugar preponderante en el tratamiento, como no se le había dado antes.

Las perspectivas de la antropología médica que se tomarán en este estudio, ilustran los efectos en la salud de las influencias personales, culturales y sociales. De esta manera se toma el concepto de Modelos Explicativos (EM), del psiquiatra estadounidense Arthur Kleinman. Los EM es una forma de abordaje sobre lo que han construido tanto las personas que padecen sobre lo que les sucede, como los médicos y profesionales de la salud en torno a los padecimientos que tratan. Es así que desde los EM se busca explorar las perspectivas de los involucrados sobre las causas de su padecimiento. Indagar qué pasó, cómo y porqué; en qué tiempos se desarrollaron los síntomas; los efectos y consecuencias

del padecimiento; y qué es lo que la persona piensa que se debería hacer. “Los EM están vinculados a sistemas específicos de conocimiento y valores centrados en los diferentes sectores sociales y subsectores del sistema de salud. Por lo tanto, son productos históricos y sociopolíticos” (Kleinman, 1979, p.88). El autor comenta que los distintos EM tienen determinantes culturales y que es frecuente que entren en conflicto. Este conflicto generalmente obstaculiza un tratamiento beneficioso para quien padece, por lo que se propone la comunicación como factor determinante en este sentido. Es así que desde el modelo médico es esencial poder tener en cuenta el entorno cultural en el que está inscripto el padeciente, y de esta manera generar transacciones entre los EM de los diferentes actores involucrados.

Kleinman plantea que uno de los conflictos que el concepto de EM logra visibilizar es el que se produce entre *illness* y *disease*. *Disease* hace referencia al modelo explicativo biomédico, que concierne a lo patológico y que refiere al concepto clásico de enfermedad o patología, en el sentido de una preponderancia de lo fisiológico/orgánico y una total correspondencia anatómoclinica. *Illness* por su parte, hace referencia a lo que percibe el sujeto como malestar subjetivo o aflicción, que no tiene necesaria correspondencia con una valoración biomédica sino más bien con parámetros culturales de su entorno que corresponden a lo que Kleinman llama mundo local de significados. Si bien se describe la *illness* como una experiencia individual que sólo se puede conocer mediante la percepción del que padece, no deja de ser una vivencia marcada por lo social, ya que estas experiencias están determinadas por un entramado de condiciones materiales como el nivel socio-económico, el acceso a la educación formal y a los servicios de salud, pero también por condiciones inmateriales, como son las creencias sobre el bien y el mal, ideas de la naturaleza y la espiritualidad (Saavedra y Berenzon, 2014).

Se toma en esta investigación la traducción que realiza Ángel Martínez Hernáez de estos conceptos. Este autor traduce *illness* como aflicción y *disease* como patología. Afirma Martínez Hernáez (2008): “Para Kleinman tanto la patología (*disease*) como la aflicción (*illness*) son representaciones posibles, construcciones del conocimiento o categorías susceptibles de ser analizadas etnográficamente (...) son conceptos explicativos, no entidades” (p.101). Este autor se refiere al enfoque de los EM como una aproximación hermenéutica al sufrimiento, construcciones de significado que se articulan en un contexto cultural, un instrumento clave para dar cuenta de las diferentes versiones del padecimiento que se ponen en juego en los universos populares y profesionales.

Un tercer concepto de importancia es el de *sick role* que, desde una tradición sociológica, alude al rol que la persona pasa a ocupar al ser clasificada en una categoría diagnóstica

(Winkelman, 2009). *Sick role* (que traduciremos como rol del enfermo), entonces, hace referencia a las expectativas sociales acerca de cómo debe tratarse a una persona con un padecimiento específico y en este sentido se puede asociar al concepto de capacidad e incapacidad, así como al de potencia, ya que permite preguntarse qué es lo que puede una persona con un padecimiento de lo psiquiátrico. Se trata del rol predeterminado, si se quiere, que le es conferido a la persona en su condición de padeciente dentro de la comunidad en la que está inserto (Winkelman, 2009).

Un cuarto concepto es el de *sickness* que se traducirá como malestar social. Este término hace referencia a las experiencias que vivencia esa persona a raíz de la respuesta social a su padecimiento. En este sentido el autor habla de experiencias de rechazo (Winkelman, 2009). En esta investigación, este concepto sirve a los efectos de nombrar lo que los participantes vivencian como impactos en su propia vida social, así como a formas de ser nombrados, que tienen efectos estigmatizantes sobre su identidad.

Winkelman (2009) también menciona que las narrativas pueden funcionar como instrumento de reescritura de la propia historia. En este sentido afirma:

Las narrativas ayudan a revelar la experiencia personal de una aflicción y los vínculos más amplios de las situaciones de las víctimas con el entorno cultural y el entorno social en el que funcionan. Estas narrativas pueden revelar problemas con el tratamiento, complicaciones con el cumplimiento del paciente y desafíos en la vida cotidiana planteados tanto por el problema de salud como por el tratamiento. (traducido por mí, p.62)

De este modo, la narrativa sería el instrumento por el cual se accede los EM de los diferentes actores, en sus trayectorias subjetivas vinculadas al padecimiento, sus aflicciones, sus afectos, a los tratamientos que han recibido, el vínculo con el psiquiatra, la toma de decisiones en relación a la ECT, pero también sus redes comunitarias, familiares y de amistad.

2.2.4 - Trayectorias Subjetivas

En el entendido de que en los casos abordados no sólo aparece lo estrictamente referido a la experiencia con ECT, sino que se pone en juego la trayectoria de vida de los entrevistados en relación a su padecimiento y otros aspectos que van más allá, es que resulta pertinente tomar el concepto de la antropología médica de trayectorias subjetivas de salud, enfermedad y curación. Para Becker y Kaufman (1995) el concepto de trayectorias subjetivas permite investigar el vínculo entre las respuestas individuales al padecimiento y las fuerzas sociales y culturales más amplias en el trabajo en biomedicina. Como

mencionan los autores las trayectorias subjetivas permiten abordar tres fenómenos que son interactivos: i) el proceso en el que las personas con padecimiento se involucran al asimilar un padecimiento crónico en sus vidas; ii) la relación entre la conceptualización de una condición de salud y las nociones sobre sus trayectorias potenciales; iii) los efectos de las ideologías biomédicas y las políticas económicas en las experiencias de enfermedades.

Para estos autores las trayectorias subjetivas constan de tres dimensiones. En primer lugar el pronóstico médico; en segundo término la "carrera de enfermedad" de la persona, así como el desarrollo de síntomas; y por último la narrativa personal, que hace referencia a cómo el sujeto ordena y da sentido al pronóstico médico y a la "carrera de enfermedad", en relación a su propia vivencia y temporalidad subjetiva. La primera dimensión implica lo que el médico le transmite al que padece desde su propio EM, la segunda corresponde a la experiencia de malestar del sujeto, y la tercera dimensión refleja el grado en que los padecientes incorporan e integran características de la perspectiva médica en sus propios marcos de entendimiento (Becker y Kaufman, 1995), dimensión que se puede vincular a lo que Kleinman llama transacción entre EM, que viene a representar una síntesis entre los modelos explicativos del médico y de la persona que está en tratamiento.

Por otra parte Raikhel y Garriot (2013) entienden la noción de trayectoria como fenómeno multidimensional, atravesado por factores dinámicos como lo son los factores sociales, psicológicos o biológicos. Proponen una noción de trayectoria subjetiva emparentada a la idea de experiencia que atraviesa lo biológico, lo social, lo médico y lo legal, lo cultural y lo político. Los autores plantean una diferencia entre la idea de trayectoria con la idea de carrera, que está basada en un tránsito lineal, y más o menos predeterminado.

El análisis de las trayectorias subjetivas permite comprender el papel que juegan las estrategias de los diversos actores involucrados en relación a cómo vivencian el padecimiento y con ellas, los distintos EM que se despliegan y coexisten.

2.2.5 - Imagen de pensamiento

Por último, se entiende pertinente traer un concepto-herramienta que permita pensar estos decires y vivencias que despliegan las personas que han sido entrevistadas para esta investigación. Tomaremos el concepto de imagen de pensamiento de Gilles Deleuze. Para Deleuze (2004) la imagen de pensamiento es la imagen que el pensamiento se da a sí mismo de lo que significa pensar, hacer uso del pensamiento, orientarse en el pensamiento.

Este autor ha ido transformando los sentidos del concepto a lo largo de su obra, pasando (de acuerdo a Canavera, 2015) por tres momentos. En este apartado nos vamos a ceñir al tercer momento, haciendo un breve repaso por los dos primeros. El primer momento está

vinculado a su obra Nietzsche y la filosofía (1962) en la cual Deleuze propone una nueva imagen de pensamiento que viene a generar una ruptura con la concepción tradicional metafísica del pensar como ejercicio de conocer, y a la verdad como cometido último de la filosofía. El autor, en este primer momento, plantea al pensamiento en el plano del sentido y del valor, ya que es este pensamiento el que evalúa las verdades enunciadas. La nueva imagen de pensamiento se plantea como una metáfora botánica: un rizoma. El rizoma es descrito como una unidad heterogénea, en el sentido de que no hay un tronco conceptual que funcione como guía o punto de partida. El autor diferencia así la idea de rizoma de la idea del árbol. En el rizoma no se da el nivel jerárquico que ocurre en el árbol, y para explicitarlo, Deleuze (2004) expone que este rizoma funciona con los principios de conexión y heterogeneidad, donde cualquier punto del rizoma se conecta con cualquier otro punto, cosa que no ocurre en el árbol, que siempre fija un punto de partida y otro punto de llegada, en un orden lineal. Dirá este autor que en el rizoma “no hay puntos o posiciones, como ocurre en una estructura, un árbol, una raíz. En un rizoma sólo hay líneas” (p.14).

Nos interesa también exponer la conexión que establece el autor entre la idea de mapa y rizoma. Se afirma que: “Una de las características más importantes del rizoma quizá sea la de tener siempre múltiples entradas [...] Contrariamente al calco, que siempre vuelve a lo mismo, un mapa tiene múltiples entradas” (p.18). La idea de mapa, es bien interesante a los efectos de este estudio, puesto que se busca indagar en la trayectoria personal de cada entrevistado no desde categorías pre-establecidas, sino de lo que emerge del mismo encuentro, es decir, sin buscar algo a priori, sino dejar que aparezcan las imágenes, hacer mapa. Desde la concepción de este autor hacer mapa está vinculado a una experimentación que actúa sobre lo real. El mapa no reproduce un inconsciente cerrado sobre sí mismo, dirá Deleuze (2004): “Hacer mapa y no calco” (p.17).

Para este autor la idea de calco, está emparentada a modelos prefabricados, categorizados, en donde se nombra los sentires y decires de las personas, a través del lente de la disciplina que se trate. Deleuze postula el ejemplo del psicoanálisis, hablando de Edipo, o el buen padre, pero también se podría usar la idea de calco al mundo de la clasificación psicopatológica, con categorías preconcebidas, como ocurre en las vidas de las personas entrevistadas en esta investigación.

El segundo momento plantea una sola imagen del pensamiento, con *i* mayúscula. En este momento, hace un uso predominantemente crítico de esta expresión, haciendo énfasis en el carácter ortodoxo y dogmático de la imagen del pensamiento, asociándola incluso con un valor moral. La imagen dogmática del pensamiento deriva de la interiorización de la relación filosofía- afuera, o filosofía- necesidad. Se expresa: 1 -en la creencia de un pensamiento

natural; 2 -en el modelo general de un reconocimiento; 3 -en la pretensión de un fundamento. En este sentido el autor va a plantear, como contrapartida, un pensamiento sin imagen.

Finalmente, el tercer momento está vinculado a las obras *Mil Mesetas* (1980) y *¿Qué es la filosofía?* (1991), en donde la crítica a la imagen dogmática del pensamiento no implica necesariamente un pensamiento sin imagen, sino que se trataría más bien de un pensamiento sin Imagen (con i mayúscula). Es decir que hay movimiento y dinamismo en esta concepción de imagen de pensamiento, un movimiento que Deleuze va a relacionar a la imagen de rizoma que mencionamos anteriormente. Pensar esta nueva imagen necesita de una crítica a la razón y al ideal de conocimiento, así, esta imagen nueva del pensamiento Deleuze la asocia también a la sensibilidad y a la intensidad como motores.

El autor observa que a través de la historia de la filosofía se afirma determinada imagen del pensamiento que él llama dogmática porque asigna a priori una forma al afuera. Hasta la crisis nietzscheana esta imagen impregna al menos formalmente todas las filosofías aun cuando se la discuta. Se caracteriza por ser esencialista y por buscar hacer corresponder el mundo con determinados criterios prediseñados. Es decir, la imagen del pensamiento es, hasta Nietzsche, esencialista, busca fundamentos, hace corresponder el mundo con criterios preestablecidos de orden causal y teleológico. No sólo es causalista sino finalista. Álvarez (2015) plantea que el plano de inmanencia, que forma parte de lo que Deleuze llama la trilogía de la filosofía junto con los conceptos y los personajes conceptuales, vendría a ser, justamente, la imagen de pensamiento. Afirma Álvarez (2015):

Si el concepto es el “comienzo” de la filosofía, el plano de inmanencia es, según Deleuze, su “instauración”, en el sentido de que constituye el suelo para la actividad filosófica, a la que proporciona la superficie indispensable de creación y de circulación de sus conceptos. (p.6)

Deleuze se refiere al plano de inmanencia como una criba. La criba es un utensilio utilizado para limpiar el grano de la paja y otros sólidos no deseados. Es descrita por el autor como dispositivo capaz de identificar ciertos movimientos, ciertos puntos relevantes. Esta criba va a funcionar de suelo para la actividad del pensamiento, por donde van a circular y habitar los conceptos. Poder visualizar esas imágenes de pensamiento que emergen, aparecen e insisten en los decires y sentires de los entrevistados se puede relacionar también con la noción de EM que mencionamos anteriormente, y así componer de manera más rica, más vasta, las formas de dar significado a esos sentires y decires.

Las formas de encuentro que se dieron en las entrevistas realizadas tuvieron una modalidad rizomática en el sentido del transcurrir de la conversación y en el modo en el que se llevó a

adelante la entrevista, que atendió las trayectorias subjetivas de los entrevistados. Esta metodología permitió abordar temas que no estaban escritos en los objetivos de la investigación, pero que iban emergiendo, y a los que se les fue dando tiempo y espacio en la entrevista. Tales decires y sentires fueron haciendo mapa en imágenes de pensamiento, materializados en las entrevistas, que sedimentaron en forma de ideas, frases, dudas e incertidumbres.

2.3- Diseño Metodológico: Estudio de Caso

Siguiendo la clasificación de tipos de casos de Stake (1999), se trataría de un estudio instrumental de caso. Stake distingue entre estudio intrínseco de caso y estudio instrumental de caso. El autor establece que en el estudio intrínseco de caso, el caso es lo dominante y es lo que tiene mayor importancia, mientras que en el estudio instrumental, la relevancia la va a tener el tema que se esté investigando. Esta investigación podría ser entendida como un estudio instrumental de caso por considerar que a través de los casos estudiados es posible aprender sobre otros casos y entender un problema que trasciende el caso particular estudiado. Sobre este tipo de estudio de caso, Stake (1999) pone como ejemplo su experiencia en un centro educativo en donde concluye que cada estudio de casos es un instrumento para aprender sobre los efectos de las normas de calificación. En este sentido se puede afirmar que en la presente investigación, cada caso servirá para entender mejor otros casos y servirá a su vez para entender los procedimientos en relación a la aplicación de ECT.

Por otra parte, se utilizó también la teoría fundamentada para la metodología de esta investigación, ya que a partir de los elementos que aparecieron en las entrevistas, se fueron construyendo categorías de análisis que ayudaron a pensar y componer la caja de herramientas que hizo al campo de problemas que abordó este estudio. Se consideró pertinente tomar la noción de literatura emergente, que hace referencia a la posibilidad de poder incorporar literatura que no estaba prevista en las referencias teóricas previas al trabajo de campo. Esta literatura emergente sirvió para analizar elementos que aparecieron en las entrevistas. En este sentido Soneira (2009) propone la noción de ajuste: “El ajuste significa que las categorías de la teoría deben ajustarse a los datos. Los datos no deben forzarse o seleccionarse para que encajen en teorías preconcebidas” (p.168). Este proceso no es puramente emergente, es decir, que sí se partió de un estado del arte y hubo conceptos previos, pero se trabajó con muchas categorías que fueron surgiendo de las entrevistas, y éstas llevaron, a su vez, a nuevas categorías conceptuales (Glaser y Strauss, 1967).

2.3.1- Casos seleccionados

Casos: personas que han recibido ECT en el período 2008-2016 en Montevideo. Se trata de dos casos que incluyen entrevistas a las personas que recibieron ECT y sus familiares, y otros dos casos en los que sólo se entrevistó a la persona que recibió ECT.

Se accedió a un total de 4 casos de personas que recibieron ECT. Se entrevistaron en total a 10 personas: 4 que recibieron ECT, 3 familiares de las personas que recibieron ECT y 3 psiquiatras, que no fueron los profesionales que trataron a los entrevistados pero de todas maneras ayudaron a entender mejor los procedimientos y las concepciones detrás del uso del ECT. Se realizaron entrevistas semi estructuradas donde hubo una consigna y preguntas guía, vinculadas al problema y objetivos de la investigación. En el caso de las entrevistas a los psiquiatras, fueron pensadas para poder comparar los EM de los distintos actores.

Los ejes temáticos que guiaron las entrevistas fueron en general los mismos tanto para las personas que recibieron ECT, como para sus familiares y los psiquiatras:

- 1- Los significados y EM que se construyen alrededor de la ECT.
- 2- Proceso de toma de decisiones - Cómo fue brindada la información.
- 3- Los efectos que los distintos sujetos entrevistados atribuyen al ECT en la vida cotidiana.

Vale aclarar que, si bien la consigna de entrevista era la misma para todos los participantes de la investigación, las preguntas específicas variaron entre quienes recibieron ECT, sus familiares y los psiquiatras.

Por otra parte, y como información complementaria, se solicitó a la dirección del Hospital Vilardebó información tanto cualitativa como cuantitativa sobre el tratamiento de ECT en el período 2005-2016 en dicha institución. Como figura en el apartado 1.3 de antecedentes, de la información requerida se facilitaron únicamente datos cuantitativos provenientes del Departamento de Estadística del Hospital en el período comprendido entre 2009 y 2016, puesto que no poseían información sistematizada en esta materia previo al año 2009.

2.3.2- Criterios de inclusión de los participantes de la investigación:

Los criterios de inclusión de los participantes de la investigación fueron; i. que haya recibido ECT en Montevideo en el período comprendido entre 2008 y 2016; ii. contar con algún tipo de apoyo familiar. Como criterio de variabilidad de la selección de casos se propuso: i. perfiles socioeconómicos distintos, y ii. usuarios del sector público y privado.

Es así que los casos tomados variaron entre población que se atendió en el sector público y privado para abarcar las formas de atención en familias con distinto poder adquisitivo y de distinto sector socio-económico; y si había un diagnóstico previo o no al momento de la aplicación de ECT.

Se consideró como elemento relevante que parte de los entrevistados contaran con familiares, sobre todo por dos aspectos que interesa enfatizar. El primero tiene que ver con que en muchas ocasiones la persona no tiene recuerdos del proceso del tratamiento con ECT, debido al efecto mismo de este tratamiento sobre la memoria, y es en este momento en concreto en donde el familiar puede relatar los hechos acontecidos en ese período. Y el segundo porque para la aplicación de ECT es indispensable que se firme un consentimiento informado que sólo puede firmar el familiar, y esta investigación se plantea indagar cómo se da el proceso de decisión y cómo se maneja la información en torno a dicho tratamiento. Si bien no se pudo acceder a entrevistar a familiares de todos los entrevistados que recibieron ECT, todos contaron con apoyo familiar en algún momento del proceso que esta investigación indaga.

El período de tiempo establecido para realizar el corte obedece a que en 2008 empieza a aplicarse la Ley N° 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud, ley que se propone en sus principios rectores la promoción de la salud; la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población; cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; y la orientación preventiva, integral y de contenido humanista, entre otros (Uruguay, 2007). Es así que el tratamiento en salud mental también se vio afectado a partir de este año, ya sea en las policlínicas de salud mental, como en los centros hospitalarios, lo que constituye como una bisagra, al menos a nivel formal, de la manera en que se aborda la salud integral en el país.

La fecha de finalización en 2016 tiene que ver con que el último tratamiento de ECT haya sido realizado al menos un año antes del momento de la entrevista para esta investigación. Este año de distancia con la última sesión de ECT se explica por dos motivos. El primero hace referencia a que en muchas oportunidades, por el efecto mismo de la aplicación de ECT, se pierde memoria autobiográfica un tiempo antes, durante y posterior a la aplicación. Muchas veces estos recuerdos sobre la propia vida tardan en aparecer, y a efectos de obtener más y mejor información para la investigación, se considera pertinente el transcurso de este tiempo. El segundo motivo tiene que ver con un posicionamiento ético que consideramos debe tener el investigador en torno al cuidado de los sujetos entrevistados. En este caso en particular, si la aplicación de la ECT hubiese representado un episodio traumático o negativo para el sujeto, el realizarle una entrevista al poco tiempo de haber salido del tratamiento podría ocasionar consecuencias perjudiciales a nivel afectivo, razón por la cual este tiempo de un año, nos pareció prudencial como para poder preguntar sobre estos episodios de su vida. Esto último no quiere decir que el contenido de la entrevista no sea removedora a nivel afectivo de todas maneras. Así mismo vale mencionar que se

utilizaron pseudónimos para referir a los entrevistados y se cambió información que pudiera funcionar como identificador. Este asunto se abordará en el apartado de Consideraciones Éticas.

2.3.3- Descripción de los casos

Los casos abordados en esta investigación están conformados por personas que han sido diagnosticadas con padecimiento de lo psiquiátrico, y que se les aplicó ECT en el período comprendido entre 2008 y 2016, tanto en prestadores públicos como privados de salud en la ciudad de Montevideo. Como punto de partida para contactar con estas personas, se acudió a una asociación de familiares y a un grupo laboral en el cual también participan personas con diagnóstico psiquiátrico. Las personas a las que se logró acceder fueron finalmente cuatro. César y Horacio a raíz de los contactos concretados con una asociación de familiares, y Mario a través del grupo de trabajo protegido, quien nos contactó finalmente con Antonio, con quien convivía en el mismo residencial, y que había sido compañero del grupo de trabajo mencionado.

De las personas entrevistadas que recibieron ECT la totalidad son cuatro varones con una edad promedio de 56 años (de 44 a 66 años), todos ellos con un período de tratamiento de al menos 10 años al momento de la entrevista.

A nivel de trayectoria educativa, uno de los entrevistados completó primaria, otro accedió a bachillerato sin finalizarlo y los otros dos iniciaron estudios terciarios pero dejaron en los primeros 2-3 años de carrera. En lo que hace a trayectoria laboral, tres de las personas que recibieron ECT empezaron a trabajar a los 15 años aproximadamente. Uno no llegó a realizar ningún trabajo formal. De los tres que accedieron al mercado laboral formal, uno no pudo continuar después de la primera crisis, mientras que los otros dos continuaron. De los que continuaron trabajando, uno se jubiló por enfermedad y el otro recibe pensión por discapacidad. Ambos trabajaron de manera informal luego de obtener jubilación y pensión respectivamente.

En el contexto de los objetivos de la investigación, también se planificó entrevistar a familiares de personas que recibieron ECT. En este sentido se logró contactar a la madre y hermano de uno de los entrevistados, y una cuñada de otro de ellos. Con los otros dos participantes, si bien se intentó contactar con sus familiares, en un caso no se logró concretar el encuentro por dificultades horarias y en el otro, el familiar expresó que no quería participar por motivos personales.

A su vez se contactó con tres médicos psiquiatras, uno a través de un trabajador del Hospital Vilardebó, quien nos facilitó contacto con un compañero de él que también desarrolla su actividad laboral como médico psiquiatra en el Hospital. El primero más dedicado a tareas de gestión y administrativas, ofrece una perspectiva más amplia del campo de la salud mental, y el segundo como médico psiquiatra de sala, aportando una visión más focalizada en las especificidades del tratamiento. El tercer psiquiatra entrevistado, no ejerce la profesión hace años y está dedicado al trabajo en modelos alternativos de abordaje en salud mental, y proporciona una visión crítica sobre el rol del psiquiatra. Se consideró interesante tener distintos perfiles, para enriquecer los puntos de vista sobre esta temática.

También resulta pertinente mencionar que de los cuatro entrevistados con padecimiento de lo psiquiátrico fallecieron dos. Esto resultó llamativo por las edades de los mismos, que están por debajo de la expectativa de vida para los hombres de Uruguay que es de 73 años (OMS, 2016). Este dato se podría leer a la luz de las condiciones precarias que los organismos de DDHH denuncian sobre las condiciones de vida de las personas con padecimiento de lo psiquiátrico en nuestro país. En el caso de Horacio, quien perteneció a una familia de nivel socio económico alto, y accedió a tratamientos especializados y bajas dosis de medicación, sumado al apoyo familiar, resulta por demás prematuro que haya fallecido a los 66 años. Antonio falleció a los 55 años y pasó la mayor parte de su vida en servicios de atención pública, elemento que no resulta menor en el entendido de que habla de que las preocupantes condiciones de las trayectorias de vida psiquiatrizadas en nuestro país.

2.3.4- Categorías de análisis previas

A continuación se hace una breve descripción de las categorías que se crearon previamente a realizarse las entrevistas. Estas categorías fueron procesadas luego mediante el software de análisis cualitativo de datos MAXQDA.

- 1- Electro Convulso Terapia (ECT):** en esta categoría se incluyen 15 sub-categorías:
 - a. **Efectos beneficiosos:** se trata de lo que los entrevistados expresan como resultados beneficiosos en su vida cotidiana: mejoría del cuadro agudo, recuperar vida social.
 - b. **Indicaciones/aplicaciones:** hace referencia las condiciones en las que los entrevistados expresan que se aplicó ECT. También hace referencia a los

criterios por los cuales se indica ECT. Esta sub-categoría tuvo mucha recurrencia en las entrevistas realizadas a los técnicos.

- c. **Efectos nocivos:** pérdida de memoria, dificultad o incapacidad para realizar determinadas tareas que antes de la aplicación de ECT se realizaban.
- d. **Efectos no esperados:** hace referencia a los efectos que desconcertaron tanto a las personas que recibieron ECT, como su familia.
- e. **Rapidez de respuesta:** hace referencia a la preferencia por la ECT respecto a otros tratamientos en términos de rapidez de acción.
- f. **Seguimiento:** lo que los participantes expresan en relación a cómo se siguió el tratamiento o si no hubo seguimiento post aplicación ECT.
- g. **Asentimiento en la indicación y aplicación de ECT:** el grado de conformidad que expresa el entrevistado en relación a la indicación de ECT.
- h. **Prejuicios/ imaginarios:** hace referencia a la connotación negativa que recibe la ECT, vinculado a los prejuicios que se difunden de forma errónea, o con intenciones dañinas.
- i. **Sobreutilización:** hace referencia a la sensación u opinión de que la ECT se aplica más de lo que debería
- j. **Procedimiento:**
 - ECT de mantenimiento
 - Sedación y relajación muscular
 - Información sobre ECT
 - Frecuencia
 - Cantidad
 - Consentimiento informado
- k. **Regulación:** hace referencia a la necesidad o no de regular la práctica de ECT
- l. **Discrecionalidad:** hace referencia un criterio propio o personal que ejerce cada psiquiatra a la hora de indicar ECT que no respeta un consenso o un protocolo establecido. Queda a criterio de cada técnico. Falta de regulación.
- m. **Lugar privilegiado en relación a otros tratamientos**
- n. **Reincidencia.**
- o. **Falta de información.**

2- **Percepción de enfermedad - conceptos de enfermedad - trayectorias de enfermedad:** se hace referencia a los conceptos de aflicción (*Illness*); patología (*disease*) y rol del enfermo (*sick role*).

3- Información (vinculado a “proceso de toma de decisión” pregunta específica 1; y “cómo fue brindada la información sobre ECT” pregunta específica 3): Esta categoría hace referencia:

- a. La información que se manejó antes, durante o luego de la aplicación de ECT, tanto con la persona que recibió ECT, como para con un familiar, y de qué manera se manejó dicha información.
- b. Al proceso de toma de decisiones. Si la persona que recibió ECT estuvo involucrada en dicho proceso. En caso afirmativo, si firmó algún consentimiento informado, si participó junto a la familia o los técnicos de la decisión. Si se tomó en cuenta su opinión.

4- Rol del psiquiatra: Vinculado a “proceso de toma de decisión” (pregunta específica 1); y “cómo fue brindada la información sobre ECT” (pregunta específica 3). Hace referencia a cómo se perciben las prácticas:

- a. Prácticas adecuadas, beneficiosas, en el sentido de la empatía, de la cercanía en el trato, más allá del flujo de información que se maneje. Esta categoría está relacionada exclusivamente al trato humano por parte del médico.
- b. Prácticas coercitivas. Decisiones que toma el psiquiatra que no toman en cuenta la opinión de la persona que recibió ECT y/o su familia. Se toman las decisiones unilateralmente.
- c. Garantista. Psiquiatra que transmite la información relacionada a la aplicación de ECT de una manera clara y comprensible y que considera la opinión y la voz de la persona que recibió ECT y/o su familia
- d. Como saber no cuestionado por la persona que recibió ECT y/o su familia.
- e. Falta de empatía, en donde no se logra establecer un diálogo, y en donde se vivencia por parte de la persona que recibió ECT y/o su familiar un vínculo hostil o malos tratos, falta de respeto.

2.3.5- Categorías emergentes

A continuación se presentan las categorías que fueron emergiendo a raíz del análisis de las entrevistas procesadas por el software de análisis cualitativo de datos MAXQDA.

1- Redes comunitarias, familiares y de amistad: Hace referencia a cómo influyó para la persona que recibió ECT, la presencia (o ausencia) de familiares, compañeros, amigos y otras redes vinculares en su vida cotidiana en términos de impedimento o apoyo.

2- Abordajes no psiquiatrizantes:

Esta dimensión insistió en todas las entrevistas que se realizaron. Y parece pertinente poder darle visibilidad en el entendido que es uno de los elementos novedosos, inesperados. Dicho esto, esta categoría hace referencia a experiencias/abordajes/participaciones que la persona menciona por fuera del tratamiento que llamamos psiquiatrizantes. Por abordaje psiquiatrizante se entenderá: tratamiento con psicofármacos, ECT, medidas de fuerza e internaciones. Las mismas se subdividieron en:

- a. Concurrencia a Centros y Servicios de Rehabilitación de ASSE y privados
- b. Actividades laborales y estudio de oficios.
- c. Coordinaciones interdisciplinarias consideradas apropiadas u oportunas.
- d. Lo grupal como dispositivo de salud. Hace referencia a acudir a lo grupal como espacio de contención, que no se produce en un ámbito institucional, sino a través de una red de índole comunitaria, de amistad o familiar.
- e. Tratamientos del tipo “alternativos”. A saber: Tai chi, *Mindfulness*, Yoga, meditación, grupos de escuchadores de voces.
- f. Actividades artístico-culturales o lúdico-recreativas de forma no institucionalizada (que no entran en el punto a).
- g. Psicoterapia individual o grupal.
- h. Aspectos referentes a la voluntad de la persona que recibió ECT, que aportaron al mejoramiento.
- i. Casa de medio camino. Convivencia en colectivo con actividades de cooperación diaria.
- j. Acompañamiento terapéutico.
- k. Actividades del Centro Diurno del Hospital Vilardebó.
- l. Otros espacios.

3-Atención en Salud Pública/Privada: hace referencia a las diferencias entre salud pública y privada en la atención, costos, calidad de los técnicos, tratamiento personalizado.

4- Internaciones: hace referencia a sucesos relatados por los entrevistados sobre internaciones.

5- DDHH: expresiones de los entrevistados en lo que hace a los DDHH en torno a la aplicación de ECT.

- Fiscalización (necesidad de que haya una regulación y monitorización).

- Desprotección (prácticas que según los entrevistados hayan afectado algún aspecto relacionado a los DDHH, o la falta de protección de los mismos).
- 6- Lo institucional:** hace referencia a las tensiones que se ponen en juego a nivel las instituciones en salud mental
- Conflictos.
 - Gestión.
- 7- Confianza médico-paciente:** hace referencia a la importancia de la confianza que se establezca entre el médico y el paciente, sobre todo para el logro de una mejor adhesión al tratamiento ECT por parte del paciente.
- 8- Nuevos modelos de tratamiento:** hace referencia a lo que los entrevistados proponen como formas aún no aplicadas de abordar el padecimiento psíquico en nuestro país.
- 9- Ley N° 19.529:** referencias que se hacen a la ley recientemente aprobada de Salud Mental en Uruguay.
- 10- Nivel socio económico bajo:** hace referencia al argumento de que las personas de nivel socio económico bajo, están más expuestas a quedar por fuera de las redes de protección, y que por ende precisan del sistema de salud pública. También hace referencia una relación de causalidad con la falta de redes familiares y comunitarias.

2.3.6- Consideraciones éticas

De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 18.331 de Habeas Data del año 2008 y en su decreto de reglamentación en relación a la investigación con seres humanos, se preservó la dignidad humana en todas sus dimensiones, así como los derechos inherentes a los sujetos. El proceso de investigación constó de dos etapas. La primera concerniente a la realización de entrevistas a personas que recibieron tratamiento con ECT dentro del período 2008-2016, así como a su familia, además de psiquiatras vinculados a este tratamiento. La segunda etapa la constituyó el análisis de las entrevistas y el procesamiento de los datos.

Sobre la protección de los datos personales

Como lo establece el artículo 72 de la Constitución de la República, el derecho a la protección de datos personales es un derecho inherente a la persona humana. Se garantizó el anonimato de la información aportada por las entrevistas personales. No se indagó expresamente sobre datos sensibles: datos de origen racial, étnico, afiliación política, sindical, etc.

Sobre el consentimiento informado

La participación de los sujetos se dio de forma libre, voluntaria e informada. A partir de una hoja de información se detallaron las características del proyecto en un lenguaje comprensible a los destinatarios. Una vez que se brindó la información, el sujeto tuvo la oportunidad de decidir de forma libre si desea participar de dicha investigación o no. Todos los participantes de la investigación firmaron un consentimiento informado en donde se detalló que aceptaba y que podía retirarse de la investigación en cualquier momento del proceso, sin tener que justificar su decisión.

Sobre los riesgos

En relación a los riesgos que pudieran emerger durante la investigación, se consideró que dado la naturaleza de la misma, estos riesgos no representaron gravedad. Para reducir los riesgos que puedan presentarse, la primera prevención estuvo enmarcada en la selección de las personas a entrevistar. Dicha selección no involucró a personas atravesando sufrimiento psíquico de algún tipo que se considerara perjudicial para su participación en este proyecto. En todos los casos se entrevistó a personas mayores de edad.

Sobre los beneficios

Se considera que la participación de la investigación pudo haber aportado algún beneficio a los participantes, siendo un espacio respetuoso de escucha de las situaciones dolorosas en las que estuvieron involucrados.

Así mismo se consideró como posible beneficio para los participantes el asesoramiento brindado en relación a la problemática que atañe al objeto de estudio de dicha investigación. Una vez finalizado el proceso de defensa de esta tesis, se les comunicará a los participantes los resultados sobre el estudio y sobre su participación en el mismo. Desde el punto de vista académico se considera como beneficioso contar con la voz de aquellos sujetos que han transitado por la aplicación de ECT, así como de sus familiares principalmente, y de técnicos involucrados en la temática. Conocer dichas percepciones contribuye al mejoramiento del tratamiento, en un abordaje en clave de DDHH como lo establecen los organismos internacionales.

Sobre la divulgación

Los resultados serán divulgados a través de actividades académicas como la escritura de un artículo académico una vez finalizado el proceso de investigación, así como actividades no académicas como participación en mesas de debate sobre salud mental y DDHH

El investigador, así como los docentes encargados o que presten colaboración en la ejecución de dicho proyecto declaran no tener conflicto de intereses.

Por motivos ya expuestos dicha investigación busca aportar elementos significativos y de relevancia social para el conjunto de personas que se encuentren comprendidas en la situación que el mismo aborda, así como para la comunidad académica toda.

2.3.7- Análisis de las implicaciones

Para reflexionar sobre la forma en que he escrito sobre mi propio trayecto como investigador, e intentar desmenuzar qué subjetividades se han producido en tal escritura, necesito citarme-releerme en otros momentos/circunstancias de este tránsito. El texto que se expone a continuación, lo produje en el 2016, mientras cursaba el primer año de la Maestría, en el marco de la integración al Programa del Instituto de Psicología Social, Estudio de las Formaciones Subjetivas. Fue una actividad expositiva en relación al análisis de las implicaciones en el campo de la salud mental que organizamos con el Grupo de Trabajo e Investigación en Salud Mental Y DDHH que integrábamos un conjunto de maestrandos y docentes vinculados al campo de la salud mental. El texto se tituló como “Los sucesos catastróficos” por una necesaria intuición que me llevaba a pensar que una cierta sensación de catástrofe, era la única manera de poder realizarse preguntas. Con este texto me planteé como dijera Barthes (1967) interrogar mi propia escritura.



Ilustración 3- Afiche de actividad “Jornada de Análisis de las Implicaciones en el Campo de la Salud Mental” (Diseño por Daniela Olivar).

Los sucesos catastróficos.

Catástrofe: calamidad, cataclismo, desastre, devastación, hecatombe, mortandad, ruina, tragedia.

Cuando pienso en porqué decido abordar el electroshock, hay una necesidad de explorar en el límite. Este límite se da entre lo humano y lo inhumano, lo establecido y lo interpelado, una práctica médica y un método caduco. El límite en definitiva, del cuerpo propio y el ajeno, el más tangible de todos los límites. Pero no es saludable manejarse solo en dualismos. La misma práctica del pensar nos enfrenta día a día con contradicciones. Estas contradicciones, lejos de obviarse, deben ser asumidas, trabajadas, problematizadas.

Desde el campo de la psicología social se piensa a la subjetividad como un instrumento de análisis y lectura de la realidad. No se pretende la objetividad. Como plantea Edgar Morín, la subjetividad como una necesidad objetiva.

Me resulta necesario conocer los relatos en torno a este tema oscuro y sinuoso. Ese interés por lo oscuro y ambiguo está determinado por un acercamiento temprano y profundo de las condiciones del encierro manicomial y la de sus habitantes. De recorrer sus pasillos y hablar con los caminantes de esos pasillos desde temprana edad en visitas familiares. La necesidad de hacer cognoscible lo incognoscible. De arrojar algo de luz a lugares llenos de penumbra, pero no una penumbra inteligente y atractiva o reconfortante, sino una penumbra pobre, triste y desesperanzada. La necesidad de hacer audibles los murmullos constantes que en esas recorridas se escuchaba. La necesidad de acercarme al vacío para saber que está ahí, que yo también me puedo caer, como cualquiera.

A su vez y no por oposición, hacer entendible el significado del saber qué rige ahí dentro. De la raíz de la práctica que parece amparar tanto sufrimiento. Hacer audible y más clara también el argumento de quienes traspasan ese límite que es el cuerpo.

En un segundo momento me pareció que más allá del encierro concreto, del cautiverio en sí, había un error que sobrepasaba las paredes, atravesaba esos muros y que, en consecuencia, era más fuerte, más profundo que lo edilicio, y que se conservaba en prácticas concretas de la vida. Una de esas prácticas concretas fue la que elegí para profundizar. Una que permanece escondida, naturalizada, y muy legitimada por el discurso de quienes deciden en salud mental: la práctica psiquiátrica.

Soy el segundo en mi familia en acceder a estudios terciarios después de mi madre, que fue muy apoyada por mi abuelo, un comerciante con derivas artísticas y un humor extravagante. La lectura de clase me es inevitable en todo este asunto. Pobres han sido los que he visto, más que nada, los que me han rodeado. Generación bisagra, entre la esperanza progresista y la quietud digital. La locura ha estado a ambos lados de mi ascendencia familiar, la sangre italiana con el exceso y las virulencias pasionales, la sangre indoeuropea con el misticismo y la espiritualidad chamánica del cono sur, el salvajismo de la tierra purpúrea.

De vuelta lo catastrófico. Los hechos que necesariamente deben ser catastróficos para sembrar la duda, la incomodidad. Para generar la movilidad que nos impulsa a querer conocer.

Manero parafrasea a Hegel cuando dice que el concepto debe contener al objeto; al sujeto y la relación que los une.

El diálogo

Hay muchas imágenes del encierro y del sufrimiento que presencié como alguien que visita a un familiar querido. Este factor no es menor, ya que había una necesidad interna de empatizar de cierta manera con el entorno. Este lugar hostil, en un momento de mi vida y a una edad temprana para procesar afectivamente, pero no demasiado como para no poner el cuerpo (15 años), era el único sitio para encontrarme con alguien que yo admiraba y quería, con el que me divertía, y me hacía pensar, y que era un referente para mí. Yo necesitaba dar sentido a un lugar terrible, y necesitaba explicar cómo uno de los seres más coherentes y humanos que había conocido estaba encerrado ahí.

La sucesión de sustantivos con el que empieza el relato, es una especie de enojo con lo que ocurre dentro del encierro y con el trato a la locura. Se trata de poner en palabras la sensación inconmensurable que produce un lugar como puede ser un hospital psiquiátrico. Cuando hago referencia a una penumbra desesperanzada me interesa expresar el trato que reciben los allí internados, cuando están internados, pero también cuando están afuera. El trato de médicos que recetan psicofármacos e indican ECT y que dejan muchas veces afuera la dimensión humana, en pos de erigir a la enfermedad como identidad.

Es interesante verse a la distancia y poder pensar con el sí mismo de distintos momentos. Este podría ser un ejercicio de análisis de la propia narrativa. Hubo una pregunta que me hice a mí mismo y que podría formularse de la siguiente manera: ¿Cuáles son los atravesamientos biográficos que me llevaron a elegir la aplicación de ECT como tema de investigación?

Inmediatamente se me presenta otra pregunta: ¿Poder desenmarañar mis propias narrativas, puede ser un ejercicio saludable para abordar las narrativas de otros?

¿Qué quise transmitir en aquella narrativa de mí mismo como investigador? ¿Lo había hecho pensando en no incluirlo en el cuerpo "formal" de mi investigación, sino más bien como mera línea de fuga? Está claro que en este texto se jugaron muchos miedos e incertidumbres sobre el lugar del saber. También creo, se jugó cierta valentía, para mostrar ante un público básicamente académico una faceta íntima y personal de mi voz como investigador.

Me pregunto si pude lograr analizar mis implicaciones, ya que es evidente que no fue una reflexión sobre las mismas. Sin embargo creo que la lectura y producción de este texto representó para mí una intensa movilización emocional. Primero porque estaba exponiendo aspectos de mi vida personal en un ámbito académico y segundo porque si estaba dispuesto a escuchar lo que yo mismo había escrito, me exigía tomar decisiones ético-metodológicas que no sabía si estaba preparado para tomar. Este posicionamiento epistemológico necesitaba también de una malla de contención teórica para que no se derramara en la nada, en una pura catarsis.

Volviendo al texto disparador, me interesa repasar la siguiente frase:

La necesidad de acercarme al vacío para saber que está ahí, que yo también me puedo caer, como cualquiera.

En este pasaje puedo reconocer que el investigador (yo), es consciente de que él mismo puede llegar a ser el investigado. Que la línea de la locura y la cordura se mueve y que el límite es momentáneo, casi que circunstancial. Pero también es el motor del interés. También hay una necesidad interna de arrojar luz. En esta metáfora encuentro una alusión a lo saludable, en el sentido de sanar lo dañado. Esto resuena en mí como la necesidad de sanar heridas internas propias en relación a mi experiencia con la locura. En este sentido tomo lo que Montenegro y Martínez (2004) dicen en cuanto que el abordaje narrativo concede a la narradora un rol activo y constructivo.

En este momento estoy escuchando cómo me narro a mí mismo. Esta escucha, intuyo, me permitirá abordar el diálogo con el otro, y de ahí poder producir una narrativa conjunta, co-construída que, como plantea Liz Hamui Sutton (2011), es co-construída entre el mundo de la historia y la historia del mundo que es narrada. (p.52)

El lugar de la memoria

Se puede decir que la memoria ha sido un punto en común en el tránsito de esta investigación en varias dimensiones, que quizás sea necesario explicitar. Por un lado la memoria como derecho, o dicho de otro modo, el derecho a la propia memoria, el ejercicio de la conversación y reconstrucción como una forma de cuidar, proteger y conservar la memoria de la propia vida. Memoria que muchos entrevistados han manifestado haber perdido a raíz del curso de su padecimiento de lo psiquiátrico asociado a la aplicación de ECT y el consumo prolongado de psicofármacos.

Por otro lado, la memoria en el entendido de mi trayectoria académica, de mi historia familiar, de mis prácticas dentro y fuera del encierro y con la locura. Esto es, la memoria de mis propias prácticas.

Por último, una memoria que hace al rol que pretendo darle a este trabajo de investigación, como un aporte a la memoria colectiva, preguntándome cómo se pueden crear las condiciones de posibilidad para la construcción colectiva de la memoria en torno a estas experiencias. En este cometido el rescate de la memoria de los participantes de esta investigación es de especial interés para mí. Este estudio también quiere recuperar la memoria de quienes ya no están: Antonio y Horacio, dos de los participantes que han fallecido en el transcurso de esta investigación y que ya son memoria viva, en sus pasiones, sus dichos, reflexiones y penares.

También hay un punto ciego vinculado con escuchar esos murmullos de los pasillos y del encierro. Aquellos murmullos y voces silenciadas. Esta intención de escuchar el murmullo es una necesidad de dar sentido, atribuir significado. Según la RAE el murmullo es: Ruido que se hace hablando, especialmente cuando no se percibe lo que se dice. / Ruido continuado y confuso de algunas cosas (Real Academia Española, 2019, 23^o ed.).

Para Roland Barthes (1982) el murmullo del texto es nada más que esa espuma del lenguaje que se forma bajo el efecto de una simple necesidad de escritura. El murmullo es eso: un ensamble de sonidos difusos. O como diría Percia (2013), es el balbucear del pensamiento.

Las narrativas -como formas discursivas que interconectan acontecimientos y entrelazan diferentes actores (sujetos, objetos) entre sí de una forma particular- juegan un papel relevante a la hora de constituir y movilizar las identidades que construimos (Bruner, 1991; Gergen, 2007). Aquí es que me parece interesante traer el relato de Jordi Huguet (2016) sobre el viraje que supuso para él dejar permear el relato del visitante en la narrativa que él proponía como guía en el Museo de la Memoria de Chile:

Comencé a invitar a los visitantes a entrar en el relato, a participar, y a decir lo que ellos piensan. Me transformé en un mediador en estas “batallas por la memoria”, en donde quienes vivieron la dictadura se reconocen como interlocutores válidos, como portadores de memoria. Tuve que indagar muy profundo para pensar no en “el otro”, sino sobre mí mismo a través del otro. (p.48)

En este sentido me parece pertinente también realizar algunas preguntas que hacen a mi rol como investigador y cómo recibir las narrativas de los participantes de la investigación: ¿Cómo incluir la narrativa del otro? ¿Cómo tomarla? ¿Quién narra? ¿Quién soy yo para narrar que otro fue narrado?

Otro texto

En este ejercicio de observar desde dónde escribo y construyo mi narrativa, visualizo que hay elementos que se repiten en mis modos de referirme a mi relación con la locura, tanto a nivel personal, como académico, como militante.

El siguiente texto llamado “Lo germinal y su urgencia”, lo escribí en el año 2018, para un libro que compila narrativas, testimonios, memorias y demás formas textuales de algunas personas que transitaron en distintos momentos por el colectivo Asamblea Instituyente. El libro se editó en 2018 bajo el nombre de “Rayadx estamos todxs- Narrativas de una lucha”, por la editorial independiente Pez en el Hielo.

Lo germinal y su urgencia

Empiezo escribiendo como una urgencia y con una identidad. La identidad de ser usuario de la salud mental, la de ser trabajador de la salud mental, la de ser familiar en la salud mental. Estas identidades que me habitan, me llaman a desarrollar prácticas. Estas prácticas están, a esta altura de mi vida, impregnadas de las experiencias que tuve y tengo a nivel académico y militante. Estas experiencias son las que hacen que piense esta escritura como una urgencia. Y no sólo la escritura. La urgencia de un contexto decisivo para la salud mental en Uruguay, un contexto lleno de incertidumbre. Pero en este escrito me quiero referir a cómo se dieron las condiciones para que, en mi tránsito de vida me hiciera las preguntas que hoy me permiten desarrollar prácticas que considero éticamente comprometidas con una forma de ver y relacionarme con la locura. Me gustaría hablar en este escrito de las semillas que han germinado en mi pensamiento y mi accionar. De ese espacio que tuvo muchos nombres y que hoy ha sedimentado en la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna.

Las semillas instituyentes tienen que ver con el trabajo de hormiga en la salud mental. De confrontarse con todos los obstáculos habidos y por haber. De lidiar con todo tipo de complicaciones. Las complicaciones que están presentes en el mundo de la locura institucionalizada. Enfrentarse a estas complicaciones nos obligó a pensar, y volver a pensar. A rompernos la cabeza pensando. En cómo encarar, cómo encontrarle la vuelta. Los debates de esa proto-Asamblea siempre fueron candentes, efusivos, llenos de pasión. Esto último nunca le hizo menguar al compromiso y la confianza políticas. En los años previos a la conformación de la Asamblea hubo experiencias instituyentes que dieron sustento y una fuerte base a lo que sucedió después y aún hoy sigue sucediendo. Estas experiencias nos permitieron ensayar formas organizativas distintas cada vez. Lo que teníamos claro era que no podíamos estar solos, ni sólo por estar. Había que producir un conocimiento que nos abriera la próxima puerta, en el camino sinuoso que es la salud mental en Latinoamérica. Sabíamos un poco, y un poco intuíamos, que había elementos claves que nos darían fuerza para seguir en la lucha.

Hay algo sagrado en la horizontalidad. En la forma de encarar una tarea, así sea académica o militante. En este caso eran ambas. Siempre estuvo la sensación de que, a pesar de perder por goleada, había un horizonte al cual dirigirnos. Así es cómo esta proto-Asamblea fue caminando en base a los sentimientos raudos y las incertidumbres ineludibles. Al elemento clave de lo horizontal.

Para ponerme un poco cronológico podría decir que en los primeros días del mes de Abril del 2009 se arma lo que aún no tenía nombre. En ese año empezaban a convocarse las comisiones de cara a una ley de salud mental, que se encajonó por razones de agenda política, pero que había dado un empuje para armar un grupo que entre otras cosas se proponía el seguimiento a la reforma en salud mental. Y su sigla: GSRSM, fue la nomenclatura que nos empezó a definir como grupo para empezar a dar el debate en la universidad y en los barrios.

Habíamos manejado nombres estrambóticos, delirantes, aburridos, larguísimos, para definir algo muy rico en emociones e intenso en reflexiones. Es así que en aquellos primeros días empezamos a meternos semanalmente al manicomio. A involucrarnos y entreverarnos con aquellos locos de los libros de psicopatología. Habíamos quienes por ser vecinos, sobrinos, hijos, nietos, estábamos más familiarizados con ese encierro inhóspito que era el hospital psiquiátrico. Habíamos quienes nos metíamos con algarabía irreverente a la mismísima boca del lobo. Pero ojo, los lobos no eran los locos. El lobo era el encierro sistemático y reproducido en sus mínimos mecanismos. El lobo era la forma y el contenido de la política institucional de administración de la miseria. El lobo éramos nosotros cuando veíamos al loco como un enfermo, solo y aislado, producto de un mero fallo neuroquímico.

Al meternos en las bocas de esos múltiples lobos, nos metíamos también en las historias de las vidas que habitaban ese encierro. Esas voces y esas vidas hablaban de un rechazo implícito y tácito. Hablaban con su sola presencia. Y nosotros estando allí, y sin saberlo del todo, íbamos impregnándonos de aquellos saberes tan intrincados y tan sencillos a la vez, que eran, como dice Marcelo Percia (2013) los saberes del rechazo. Él dice que estos saberes se compartimentan y se clandestinizan en el encierro. Y creo que nosotros hicimos un trabajo de des-compartimentación e historización de aquellos saberes. Desde la expresión plástica, la musical, la literaria, para luego abordar el proyecto de vida fuera del hospital. Y luego un taller literario fijo con publicaciones periódicas. Y luego un emprendimiento laboral de elaboración de alimentos y luego fundar una cooperativa de trabajo en salud mental, que consideramos germinal para lo que se venía.

La experiencia que nos interpelaba constituía también una desobediencia del sentido. Pero no del sentido común, sino más bien del sentido normalizador. Y para poder desarmar esos sentidos nos era necesario poder escuchar de qué hablaban las locuras hospitalizadas, los saberes clandestinizados.

En el camino y tránsito de esos años nos íbamos nutriendo de imágenes y sentidos que antes no habíamos sido capaces de percibir. Había una urgencia por multiplicar esos relatos insurgentes que se pintaban, se leían, se cantaban, una urgencia por hacerlos explotar, para que en esa explosión se pudieran ver los restos de una cultura estigmatizadora, profundamente castigadora de lo distinto, intolerable e incapaz de cuidar.

En el momento germinal en donde empezamos con aquellos talleres de plástica, de pintura, de música, de literatura y de conversaciones, aprendimos más de lo que pudimos captar en aquel entonces, porque aquellos talleres eran más que un entretenimiento momentáneo para sacar por un par de horas al confinado mental de su letargo, y luego devolverlo al pabellón, es decir, esos talleres no eran un maquillaje tranquilizador de las mentes académicas burguesas que necesitaban calmar su angustia por medio de la filantropía. Aquellos talleres tenían un compromiso por delante, y sobre todo en el afuera. Quedarse adentro nunca fue una opción.

El análisis

En primer lugar es pertinente aclarar que este texto no es el que finalmente se publicó en el libro, ya que a poco de la fecha de entrega decidí quitar el primer párrafo. Este primer párrafo básicamente explica desde dónde me posiciono. Si bien en el texto hice referencia a la implicación, decidí sacar la parte que hacía mención explícita a mi trayectoria personal.

Quizás fue una decisión por ponderar lo colectivo. Ese *Habíamos quienes por ser vecinos, sobrinos, hijos, nietos, estábamos más familiarizados con ese encierro inhóspito que era el hospital psiquiátrico*, oficiaba como una voz colectiva y de unidad pero no personal. Aun así, decido retirar del texto el elemento que me ponía más adentro de la cuestión.

El texto “El caminar de las Manueles”, de Manuela Lavinas Picq (2016), fue escrito en el contexto de una investigación escrita en primera persona y desde su experiencia y su sentir, pero sin dejar de visualizar las dimensiones políticas, económicas, regionales que estaban atravesando la situación narrada. La voz de Manuela permite correrse de su experiencia personal, moverla hacia afuera (e incluso hacia adentro de la historia del país, al integrarse en una historicidad de mujeres revolucionarias, luchadoras del Ecuador llamadas Manuela, que la hacen parte de un colectivo), para situarla en una coyuntura, y un entorno que resultan bien codificables al lector. Además de permitirle empatizar con la historia que salió en todos los medios, en donde ella tuvo que irse tras un exilio forzoso por parte del gobierno de Correa, permite hilar más fino sobre cómo fue el impacto de lo mediático en una historia que oscilaba entre lo público y lo privado.

En este sentido creo que al extraer ese primer párrafo, intenté sacar de escena la materia prima que sustentaba lo que seguía a continuación, y que daba una dimensión más ética, vivencial y hasta pasional a lo escrito. Ahora, ¿esta dimensión que es más personal, implica necesariamente un mayor grado de compromiso? Tiendo a pensar que no pero, sí me resulta de todas formas necesario, poder hacer esta observación.

¿Cuál es la relación entre nosotros y nuestra investigación?

Esta pregunta, que oficia como conductor entre los artículos que se compilan en el trabajo “Narrativa (y) Política. Ideas que sólo se pueden contar” de la revista de Teoría Política que recogía, entre otros, los artículos que mencionamos, es la que también inspiró los dos textos que expongo en este apartado. Es una pregunta que viene atravesando mi trayectoria. Esta pregunta anima a investigar formas posibles de investigar.

¿Escribir la tesis como un mero transmisor de mensajes? ¿O un amplificador de una voz desoída? ¿O un organizador de discursos? Me provoca pensar en el planteamiento deleuziano que propone la Y, sustituyendo a la O. El pensamiento de la Y es el pensamiento de lo múltiple. Sobre esto me interesa traer a Etcheverry (2013): “Esa multiplicidad de dimensiones a la que hacíamos referencia implica la no exclusión de alguna de ellas en tanto la inclusión de otras, desde esta concepción apuntamos a utilizar la Y, ya no la O. (p.247). Pensar en términos de Y, y no de O, puesto que la Y desterritorializa al verbo SER.

Dimensión militante

Es justo poder integrar a esta altura una dimensión que había quedado solapada, oculta en mis procesos de análisis y de trabajo. Esto es mi interés político en relación a lo que estoy investigando.

La dimensión militante está afectivamente ligada al problema (¿y la solución?) de la locura sobre cómo pienso a la salud mental y sus múltiples planos. Mi vinculación con lo militante viene en gran medida conectada a un familiar cercano (con una clara impronta militante en el universo de la izquierda) que estuvo internado en el Hospital Vilardebó, y gracias al que conocí por primera vez las condiciones de la locura encerrada. En este sentido se produce un cruce que me resultó difícil advertir durante mucho tiempo, como si lo hubiera invisibilizado. Mi militancia se dio y se da en una organización social abocada a denunciar las condiciones de encierro de la locura, la manicomialización como herramienta del poder-saber médico hegemónico, y la medicalización y tratamientos invasivos asociados (como la ECT) al mismo. Una militancia que luchaba (y lucha) contra el estigma de la enfermedad, intentando visibilizar las dimensiones de la diferencia, creativas, insurgentes, interpelantes

de la normalidad y la normalización. En este enfrentamiento con la cordura instituida, y con un modo patologizante de catalogar los comportamientos de las personas, había y sigue habiendo una necesidad de luchar contra el aislamiento de esas vidas cotidianas que veíamos tan dañadas. De ahí también la necesidad de crear espacios de encuentro y producción de las pasiones alegres (Deleuze, 2005).

Parece atinado poder tomar a las narrativas como el intento de mediación de las batallas de la memoria que se juegan día a día y que producen verdad minuto a minuto en la trama sujeto-poder-saber (Foucault, 1992)

Si las narrativas, como plantean Ravecca y Dauphine (2016) en tanto forma de escritura y análisis pueden ayudarnos a resistir la simplificación, pluralizar el conocimiento y la experiencia, reconociendo e incluso celebrando su condición multifacética, entonces, pienso, he conseguido un arma interesante para mis cometidos. ¿Será posible trabajar sobre mis narrativas para que no capturen las de las personas que entrevisto?

Comprender es comprimir, es capturar. Esta captura es necesaria para hacerla entendible, enunciable y denunciante. Pero aparte de la denuncia que puede implicar a nivel académico, el arrojar luz sobre las enunciaciones de las personas entrevistadas, y sus condiciones de enunciabilidad, también se juega la novedad que puede aparecer en lo que la persona entrevistada está diciendo, es decir, que se descubra pensando algo que antes no había pensado (Percia, 2013). Este hecho podría ser una posibilidad para resignificar algo que quizás antes no había sido procesado. Quizás simplemente vivido, simplemente transitado.

3. Presentación de los casos

3.1- Los casos: Quienes recibieron ECT y su familia

A continuación se presentan en forma de narrativas las cuatro historias, los cuatro casos abordados para desarrollar lo que fue apareciendo durante las entrevistas. El texto está organizado por ocho ejes. Cuatro se conformaron a partir de los objetivos de la investigación. Éstos fueron: i) proceso de toma de decisiones; ii) cómo fue brindada la información; iii) efectos de la ECT; iv) significados de la ECT. Los otros cuatro ejes fueron emergiendo de elementos nuevos que se presentaron en todos los casos y que se consideraron relevantes para añadir a cada uno de los mismos. Los nuevos ejes fueron fruto del procesamiento de datos realizado con el software de análisis cualitativo de datos MAXQDA. Los nuevos ejes que se integraron fueron: i) abordajes no psiquiatrizantes; ii) salud pública-salud privada; iii) modelos explicativos; iv) rol del psiquiatra. Intentando reconstruir el carácter complejo y paradigmático de cada caso, se procuró exponer lo que los participantes de la investigación afirmaron según sus propias palabras y expresiones, por lo que se va a recurrir mucho al material de entrevistas, para luego comentar sobre el mismo.

Tanto “El fino arte de regular el volumen: Horacio” como “Un amor en demasía: Mario” están constituidos por una sola entrevista, debido a que no se logró acceder al contacto con la familia, mientras que en “La memoria de los cigarrillos: Antonio” y “Parte de la naturaleza: César” están presentes las voces de familiares.

3.1.1- El fino arte de regular el volumen: Horacio

Horacio pertenece a una familia de profesionales, nacido y criado en un barrio de clase alta, siempre tuvo la firme convicción de que ha sido un privilegiado y que poca gente ha tenido la suerte de acceder a las mejores clínicas. Horacio propone una lectura de clase, problematizando el acceso a una atención en salud mental “de calidad”. Desde muy joven organizó y participó de grupos donde compartía experiencias con otras personas con el mismo diagnóstico que él, pero de distinto nivel socio-económico. Este factor lo va a sensibilizar y lo va a impulsar ayudar a otros en una situación menos privilegiada que la suya. En este sentido, Horacio señala una brecha significativa en lo que él entiende por atención en salud pública y salud privada.

A Horacio le diagnosticaron esquizofrenia a los 20 años. Él ubica el origen de su padecimiento en un viaje que realizó a los 16 años a Estados Unidos, donde fue como estudiante de intercambio. La dinámica de la vida allí, las presiones del estudio y el estar en un sitio nuevo para él, le ocasionaron un agotamiento físico y mental:

Claro, porque yo fui con la idea uruguaya de abarcar todo. Entonces me sobre-dimensioné. Los primeros meses fantástico. Todo el mundo me decía: qué bien Horacio, qué bien, qué bien. Y después empecé a cansarme, a cansarme, a cansarme, y yo me acuerdo hasta el día de hoy. Iba agotado al liceo, al *high-school*. Gasté toda mi energía... de entrada. No tuve una crisis. Tuve esa especie de fatiga, empecé a encerrarme, y mi familia de allá le avisó a la mía de acá. Que estaba pasando eso. Y me hicieron venir.

En este fragmento se puede observar que el padecimiento de Horacio es nombrado por él como un “sobredimensionamiento”, como un cansancio, lo que hace pensar en una aflicción (*illness*), como una vivencia subjetiva de malestar. Si bien la fatiga se considera un pródromo de padecimientos descritos desde la psicopatología, el término “sobredimensionamiento” nos hace pensar en una vivencia más subjetiva y personal de lo que le estaba pasando y una forma particular de nombrar lo que le sucedió. En el relato de Horacio aparecen otros modelos explicativos (EM) de su padecimiento que también nos hacen pensar en el concepto de *illness*. A continuación Horacio empieza describiendo cómo empezaron para él las alucinaciones auditivas.

Bien, resulta que uno, por experiencia sabe que la voz empieza mucho antes, de una forma muy suave, como el agua del mar que llega sobre la costa. Va llegando así, ¿no? Y con el tiempo, va creciendo, en la mente, ¿verdad? Y empieza a volverse obsesiva. Y uno toma conciencia que la tiene, ¡y se da cuenta que no la domina! ¡Y que eso lo domina a uno! [...] Detonó que a papá lo querían sacar del país porque era izquierdista. Estábamos todo el día

con la espada de a qué país nos vamos, cómo hacemos. Y que yo no trabajaba, no hacía nada, ni ayudaba. Y estaba en la luna de Valencia. Estaba con unas cosas mías, ¿verdad? Delirios míos. Y entonces mi padre se calentaba, y eso me influía a mí, y ahí tuve las voces. Una serie de voces que me perseguían. Y es verdad que me perseguían, porque es verdad que todo el mundo habla por la espalda de que estas enfermo, eso es verdad. Pero el tipo que sabe eso, lo siente. Lo siente como en un altavoz, cien veces más fuerte, entonces le genera un pánico bárbaro. Entonces eso, que tenemos un altavoz en el cerebro, que la medicación tapa eso, ¿Entendés?

Llama la atención que “las voces” son descritas por Horacio de una manera muy poética, y que en un principio parecen dar la sensación de ser vivenciadas como no persecutorias. La imagen del agua que llega sobre la costa da una impresión de serenidad e incluso relax. Por otra parte, el peso de un clima de estrés familiar causado por un contexto político amenazante para la familia, dispara, en palabras de Horacio, unas voces que no son inventadas en principio. Estas voces aparecen, según él, a raíz de los rumores familiares, del ser hablado por otros, y ser catalogado y señalado en su no normalidad y su no-funcionalidad. Se puede pensar en el concepto de *sickness* como malestar social, causado por las respuestas del entorno a comportamientos de Horacio que son leídos como anormales, no productivos: “no trabajaba, no ayudaba, no hacía nada”. De esta manera se identifica el comienzo de las voces con una reacción del entorno a sus comportamientos, en este caso “la calentura” del padre de Horacio, que no entendía por qué su hijo no hacía lo que se suponía que debería hacer.

En este mismo sentido, para Horacio la obligación de realizar una carrera de relevancia, se convirtió en un mandato con demasiado peso para él, ya que su familia contaba con varios profesionales destacados.

Quando yo quise estudiar servicio social, mi familia, por una cuestión de estatus, se opuso. Me decían que iba a acabar en el cantegril. Y es verdad que iba a trabajar en el cantegril, pero no vivir [risas], pero ellos asociaban. Tenían pánico con los pobres, una confusión bárbara. Entonces mi padre me orientó a medicina, o en su caso, a [ingeniero en] informática.

En este último fragmento se observa la relevancia que Horacio atribuye a tener que hacer una carrera prestigiosa o importante y la frustración subsiguiente que conlleva para su familia que no cumpla con este mandato. El lugar de la funcionalidad y de la actividad laboral aparecen también como cónclave central en lo que refiere a la dificultad en la adaptación a la vida social como fuente de sufrimiento, elemento que también van a retomar Mario, Antonio y César.

Efectos atribuidos a la ECT

Horacio establece dos momentos en la forma en que vivenció la aplicación de ECT. La primera etapa la recuerda con el nombre de “electroshock de los de antes”, y es la que él califica como la más dañina.

H: Sí, sí. Me internaron en el año 1973, en aquella época era la dictadura. Internaciones bravas...

E: ¿En dónde te internaron?

H: Eso fue en una clínica privada, ya ni me acuerdo porque era una clínica muy pequeña. Estuve un mes. Y ahí me mataron a electroshock de los de antes. Me mataron [...] una situación horrible. Estuve un mes.

E: ¿uno día por medio?

H: cada día, todos los días

E: ¿Te ponían anestesia?

H: ¡La anestesia era lo de menos! Era las ondas fuertísimas de electricidad que me pasaban por el cerebro. Era como la película esa de “Atrapado sin salida”.

E: ¿Vos sentías esa...?

H: Estaba dormido, pero cuando me despertaba parecía el actor, y caminaba borracho... Y el psiquiatra le decía a papá: “¿ve, ve? ¡Su hijo está mejor! Está más tranquilo. Y yo estaba... [Hace mímica de confusión con la cara]

En este fragmento Horacio expresa la valoración de la ECT de su psiquiatra en el efecto inmediato de estar más tranquilo. Horacio relata esta etapa como muy violenta y que dejó secuelas. Una de las secuelas fue la pérdida de memoria tanto retrógrada como anterógrada.

H: Ahí me quedó una laguna tan grande de los 4 o 5 años anteriores. Una laguna tan grande en el cerebro... porque te los borra.

E: ¿Esa laguna te quedó para siempre?, ¿Hasta ahora?

H: Vos sabes que uno esta tan desesperado que de a poquitito va reconstruyendo cómo fue eso, ¿no? Pone un dato acá, una fotografía allá, el relato de una novia que tuve que me contaba. Fui reconstruyendo las cosas. No todo.

E: Hubo partes que quedaron perdidas.

H: Vacías.

E: Fueron los 4 años anteriores al año 73 digamos...

H: Porque yo hice facultad en el año 71. Facultad de Medicina. Hice 3 años.

E: ¿Y también te olvidaste de las cosas que habías aprendido?

H: Si.

Horacio narra la estrategia que utilizó para recuperar parte de esa memoria perdida, como si fuera un collage, o un puzle o un mapa a reconstruir. Esta pérdida de memoria es vivida como un vaciamiento de la memoria, que según él, tuvo impactos en su desempeño académico.

Su percepción sobre “el electroshock de antes” tiene un punto de quiebre en el 2008 cuando recibe un método distinto de esta técnica, ya con aplicación de relajantes musculares y anestésicos. Horacio le llama “micronarcosis” a esta nueva modalidad.

E: ¿Y cuál es la diferencia entre el electroshock de antes y la micronarcosis?

H: Ah, enorme, enorme. Te digo porque yo sufrí las dos. La última vez me dieron tres.

E: ¿Cada cuánto?

H: Cada día y medio

E: Tres aplicaciones digamos

H: Si, ¡nada más! Y eso evitó una internación.

Horacio expresa haber encontrado una forma de ECT ajustada a su funcionamiento, en donde una serie de tres ECT aplicadas “a tiempo” pudo evitar una internación. En este sentido se observa una apropiación del tratamiento, donde según Horacio, él tiene voz y voto en cómo se aborda lo que le pasa. Esta forma de manejarse, es experiencia que dice haber obtenido con el tiempo y con el trato de profesionales que lo han tratado con respeto y empatía.

Proceso de toma de decisión y manejo de información en relación a la ECT

Cuando le aplicaron por primera vez ECT, Horacio no sabía de qué se trataba y nadie le explicó, ni antes ni después. Este hecho él lo asocia con la época y el contexto histórico por el que pasaba el país, ya que fue en la década del 70, cuando se instalaba una dictadura militar en Uruguay.

E: ¿No te explicaron cómo iba a ser?

H: Nada, nada. Ni si quería. Es más, me dijeron que tenía que continuar de por vida con este tratamiento. Porque no había pastillas, no había medicamentos. [...] Ahí me quedó una laguna tan grande de los 4 o 5 años anteriores. Una laguna tan grande en el cerebro. Porque te los borra.

Casi 20 años después, en la etapa que él identificó como de micronarcosis, sintió que la información fue comunicada de forma adecuada y entendible, pero aclarando que este procedimiento se da sólo en algunos prestadores privados. Horacio expresa que hay una diferencia también en el manejo de la información y cómo ésta circula en los diferentes

niveles. Él se refiere a la protección de los DDHH, y a las garantías para quienes van a recibir ECT, y a su familia, en el sentido de que estén lo suficientemente informados y, que según esta información autoricen o no la aplicación. En relación a los motivos por los cuales hay un mayor cuidado de parte de los técnicos, Horacio ofrece una explicación que también aparece asociada a que en los sectores socio económicos más altos hay un manejo más cuidado de parte de técnicos por temor a represalias y que incluso él mismo firmaba los consentimientos informados.

H: Tiene que haber consentimiento, no [aplicar ECT] al barrer. Nadie consulta a nadie. Bueno en asuntos privados sí, porque los privados están más avivados, saben que hay juicios por mala praxis, todas esas cosas, entonces, cada vez que me hice micronarcosis, yo firmé, que yo autorizaba, yo firmé. Que después firme mi familia es otra cosa, pero yo firmé.

E: O sea, tu familia y vos, ambos...

H: Claro, lo lees bien. Te lo dan antes de dártela. Lo lees bien, lo meditas y firmas.

E: Vos te sentiste seguro en ese contexto...

H: Claro, iba con todo lo que me había hablado el psiquiatra.

Es interesante esto que menciona Horacio, ya que él sintió que formó parte del proceso de toma de decisión respecto a la aplicación de ECT, incluso llegando a firmar él mismo el consentimiento informado, cosa que no se dio en los casos de los otros 3 entrevistados. Horacio establece que la diferencia en el trato para con los pacientes entre la atención pública y privada es inmensamente grande, en parte porque él pudo comparar, al tener contacto directo con las experiencias de otras personas que fueron diagnosticadas, al igual que él, pero que se atendieron en salud pública.

H: Yo ya sabía (información sobre la ECT) porque el médico me había instruido, me había dicho "no es lo mismo que antes, anda a probar, yo te acompaño, te hacemos una y si no te gusta, dejamos".

E: O sea que el médico había tenido una charla antes...

H: Por supuesto, si yo iba al médico todos los meses.

E: Era tu médico tratante digamos...

H: Mi caso no lo podés comparar con el común, porque los muchachos, los que van a salud pública, ven a un psiquiatra, con suerte una vez cada tres meses y cambian medicación, cambia psiquiatra, cambia todo... [Inaudible] pobres muchachos.

Significados sobre la ECT

Si bien Horacio atribuye al “electroshock de antes” una connotación sumamente negativa y dañina, habla de que sus últimas experiencias con la micronarcosis han significado tranquilidad para él.

Una sensación de tranquilidad. Porque se evaporó un problema que me generaba el stress.

Esta afirmación parece estar relacionada con que Horacio fue parte activa en la toma de decisión respecto a su tratamiento, y que en ese sentido, el nivel de conformidad con el mismo está directamente relacionado con su participación y asentimiento. Dicho de otra manera, se entiende que el haber formado parte del proceso de decisión y el estar informado de cómo se iba a realizar el tratamiento, influyó en el significado que Horacio le atribuye a la ECT.

Horacio también vincula a la ECT a la idea de una medida “desesperada”, en términos de rapidez, de que actúe de manera inmediata, pero que no es terapéutica.

E: Yo me preguntaba qué lugar tuvo en tu vida la micronarcosis.

H: Te explico, el electroshock una barbaridad. Una barbaridad. Terapéutico minga. Y de ahí la microcirugía de cerebro, todas las porquerías bárbaras. Inventos. La gente se desespera, los médicos se desesperan, los padres se desesperan por encontrar una solución rápida, que lo operan del cerebro, cortan, ¿viste la lobotomía que se hacía antes? Tiene otro nombre ahora...

Esta “desesperación” que hace mención Horacio por parte de psiquiatras y familiares, se puede vincular a una percepción de no respetar los tiempos que necesita una persona para transitar un padecimiento. Esta falta de espera, es la que hace que se recurra a la ECT como práctica de lo inmediato.

El rol del psiquiatra.

En la vida de Horacio se marcan dos momentos en lo que respecta al rol del psiquiatra en su trayectoria de padecimiento. Por un lado un rol más coercitivo, más agresivo, en donde él se encontraba en una fase de no asumir su “enfermedad”. A esto se le sumaba las terapéuticas de la época en salud mental, de la década del 60 y 70 que también las relata como muy agresivas, sobre todo el “electroshock”. En este primer período se ve la figura del psiquiatra asociada a una imagen de autoridad y arbitrariedad, alejada y fría, en la cual no se vislumbra diálogo, ni forma alguna de intercambio. Luego aparece una segunda etapa, asociada a un cambio en la actitud de Horacio, y también un cambio en las terapéuticas aplicadas. Ya se habían comenzado a utilizar psicofármacos en el país, así como otras formas de abordaje no invasivos. Horacio marca este quiebre como un momento en el que empezó a asumir que tenía un problema, y al mismo tiempo cambia también la imagen del

psiquiatra que ahora aparece como una figura garantista, comunicativa, de confianza y de diálogo. Como se mencionó en el apartado “significados de la ECT”, aumentó el nivel de confianza y comunicación con el psiquiatra tratante, elemento que influyó de manera significativa en la manera en cómo Horacio percibe la ECT en esta segunda etapa.

Modelos Explicativos

Horacio comienza hablando de “estudios científicos”, al referirse a que la esquizofrenia le impidió desarrollar una actividad laboral.

Bueno, la esquizofrenia, tu sabes por estudios científicos, las personas que tienen esquizofrenia, y más si es grave, crónica y persistente, difícilmente accedan a ningún trabajo, por un déficit neuronal que viene del embarazo, del embrión, ¿no?

Se puede leer en esta afirmación, que Horacio habla en tercera persona sobre “los enfermos” e incluso citando “estudios científicos” referentes a un déficit neuronal. Estos argumentos esgrimidos, ponen a Horacio en la voz del médico y de la ciencia. Se puede escuchar un lenguaje técnico muy rico en él. Por otra parte Horacio también realiza algunas críticas al escepticismo de la psiquiatría frente a tratamientos no convencionales.

En este sentido Horacio cuenta que gracias a años de procesos terapéuticos y experiencia en delirios, ha logrado anticipar cuándo las voces están llegando y saber aplacarlas, o como él expresa: bajarles el volumen. En torno a las voces, Horacio también menciona la posibilidad de convivir de una manera más armónica o integrativa con ellas, y hace referencia a los Grupos Escuchadores de Voces:

Interesante, ¿verdad? Se reúnen 4 o 5 que están delirando, y hablan. Eso sí es terapéutico. A estar solo encerrado en la casa, y que nadie te dé pelota. Saber que estás en un lugar que te van a escuchar el disparate que tú quieras decir y te dan un aplauso, y te dan para adelante. Es terapéutico, ¿verdad? Aunque no lo cure, aunque no tome la medicación. Pero, ¿qué pasa? Los psiquiatras se niegan a todas esas cosas.

Horacio deja entrever en este fragmento la importancia de ser escuchado, y lo terapéutico de esa escucha. La importancia de compartir, de celebrar, de formar parte de un grupo, son los aspectos que Horacio describe como los verdaderamente terapéuticos.

De este modo se observa que en Horacio conviven EM relacionados al concepto de patología, pero también al concepto de aflicción, lo que hace pensar en un proceso de negociación de los EM.

Abordajes no psiquiatrizantes

Horacio deja en claro que para él fueron de vital importancia la integralidad de los abordajes y su adecuada complementariedad, sin excluir a ninguno, desde los que son clásicamente biomédicos, como la ECT y la medicación, hasta los más “alternativos”, como los Grupos de Escuchadores de Voces. Así mismo, la participación en grupos, realizando reuniones periódicas fue uno de los elementos que destacó como más relevantes.

Salud pública- Salud privada.

Como lo mencionó en relación al proceso de toma de decisiones y manejo de la información Horacio refiere a que por las condiciones de irregularidad y continuos cambios de médicos referentes y planes de tratamiento, es que la salud pública ofrece un panorama desalentador para aquellos que se atienden en salud mental. En este sentido, pone de manifiesto las razones por las cuales muchas personas con padecimiento de lo psiquiátrico tienen un juicio negativo de la ECT. Este juicio está asociado a una práctica excesiva y violenta que se daba en centros de atención públicos como el Hospital Vilardebó o las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi.

A mí me dormían, pero no era como en las colonias o el Vilardebó que iba el médico a salas y decía: usted acuéstese, usted acuéstese, usted acuéstese, y despiertos le daban electroshock a la vista y paciencia de todo el mundo. ¿Cómo no van a agarrar terror los muchachos de que le hagan una cosa así? Y no se acostaban, los acostaban, los ataban. Y ahí se puede partir hueso, morder la lengua, de todo, ¿Entendés? Terrible [...] Los muchachos, que no tienen esa cultura, todos, de forma unánime, la palabra electroshock y micronarcosis son tabú y les causa pánico. Y ni ganas de hablar tienen de eso. ¿Ta? ¿Está grabando verdad?

En este fragmento Horacio intenta explicar que la mala imagen de la ECT se debe en parte a los abusos que se producían en instituciones públicas durante mucho tiempo. En cambio él, al atenderse en prestadores privados expresa que tuvo mejores experiencias en relación a este tratamiento.

E: ¿Y a vos nunca te pasó de tener una lesión física, o morderte la lengua?

H: ¿Sabes qué pasa? Que en las clínicas privadas donde tú pagas bien, te ponen un protector en la boca, te ponen anestesia, más de lo normal, para que te duermas bien, te dan curare.

E: Vos tenés claro que tu caso fue distinto a la gran mayoría de los casos, en esa época sobre todo que capaz que no estaba tan avanzada la cuestión...

H: Por eso que hay tanto rechazo, la falta de información, la falta de consentimiento, la falta de auxilio familiar, tanta falta....

En el caso de Horacio, las tensiones entre salud pública y salud privada se han manifestado a lo largo de toda la entrevista en reiteradas oportunidades. Esta relación problemática es valorada por él como un elemento clave en la actualidad. Destaca las inmensas diferencias que existen en torno a la calidad de atención, el trato, la sensación de seguridad con el tratamiento de ECT específicamente, los niveles de participación en el propio proceso de tratamiento. Pero estas diferencias, según él, no son entre todos los prestadores de salud pública y todos los prestadores de salud privada, sino que ocurre entre algunas de las mejores clínicas privadas y el resto de los prestadores de salud, sea mutualismo o salud pública. Este diferencial representa un elemento a destacar, puesto que Horacio va más allá en la diferenciación de atención en lo público y lo privado, para entrar en una descripción si se quiere más fina de las tensiones entre las calidades de atención.

3.1.2- Un amor en demasía: Mario

Mario nació una tarde de domingo en “las casas”, en un departamento al norte del país. Empezó de chico a trabajar vendiendo revistas y fue contrabandista en bicicleta, porque no había trabajo. Dejó el liceo en sexto de agronomía para trabajar. Pasó por muchos trabajos hasta que se afianzó en el rol de cobrador durante 15 años para una empresa médica, donde llegó a cobrar 900 recibos en un mes. Ganaba bien, tenía dinero en el banco, tuvo moto y auto. Tiene 56 años de los cuales 40 trabajó. La primera vez que llegó a Montevideo fue por un traslado.

Te voy a explicar algo que es importante, yo soy del interior [...]. Tomaba remedios psiquiátricos. Me dieron el Piportil durante mucho tiempo. Yo no quería tomar porque es muy agresivo el piportil, ¿viste? Pero me obligaban a tomar, hasta con la policía. Y yo tenía que tomar obligado.

Proceso de toma de decisión y manejo de información en relación a la ECT

Mario afirma que la decisión de la aplicación de ECT fue de la psiquiatra tratante. En este proceso él no formó parte de la decisión, ni en forma de participación activa o de consulta. Según él, su hermana tampoco tomó parte activa en este proceso. Firmó el consentimiento informado a pedido de la psiquiatra.

M: Sí, yo estuve muy embromado y mi hermana firmó. Porque tiene que firmar un pariente, por el agregado...

E: Y tu hermana firmó.

M: Firmó sí.

E: ¿Y ella firmó porque vos le pediste o...?

M: No, no. Habló con la doctora. La doctora le dijo que tenía que firmar y ella firmó. Aceptó el tratamiento.

En la narrativa de Mario aparece la expresión “aceptó el tratamiento”, refiriéndose a su hermana, dando cuenta que él no estuvo involucrado en ningún momento de este proceso de toma de decisiones, y que tampoco su hermana participó activamente. En este fragmento se puede observar que el lugar de decisión queda limitado a aceptar el tratamiento, que es expresado por Mario casi como una directiva. Él relata que no sabía de qué se trataba la ECT antes de que le aplicaran, y supone que le tendrían que haber explicado a su hermana sobre el mismo, pero no está del todo seguro.

En el relato de Mario aparece que él no fue informado sobre el tratamiento, y no queda claro cómo le fue brindada la información a su hermana, ya que frente a la pregunta directa sobre este asunto, Mario realiza una suposición.

E: ¿A ella le explicaron de qué se trataba?

M: Claro, tendrían que haberle contado sí...

Efectos atribuidos a la ECT

Mario comenta que sintió que la ECT le hizo bien, aunque no queda del todo claro cómo es que este tratamiento funcionó, ya que la forma ambigua en la que se expresa no evidencia una sucesión clara de los hechos.

Para mí me hizo bien. Yo sé de gente que le ha ido mal. Pero yo en ese sentido estoy... creo que fue bueno. Porque bajé al fondo para poder subir para arriba, ¿viste?

Otro de los efectos que Mario afirma haber experimentado es la pérdida de memoria, pero dice no estar seguro que esta pérdida esté relacionada con la aplicación de ECT, ya que un psiquiatra le dijo que se debía a la edad, si bien él tiene 58 años.

¿El Dr. S vos lo conoces? Es del Vilardebó. Le pregunté y me dijo que [la pérdida de memoria] era por la edad.

En otro momento de la entrevista Mario también maneja que su pérdida de memoria podría ser debida a su padecimiento, y también a la ECT.

Sí, pero hay cosas que yo no acuerdo, viste. Por la propia sicofrenia [esquizofrenia]. Por la propia... el electroshock te hace olvidar las cosas [...] A veces te hace olvidar mucha cosa. Pero por un lado es bueno viste. Por un lado es bueno que olvides. Si sí.

En Mario se observa cierta confusión en relación a cuáles son las causas de su pérdida de memoria.

Significados atribuidos a la ECT

Mario refiere a la ECT como algo que puede ser necesario, pero que no es suficiente, ya que para él la fuerza de voluntad y el hecho de haber cambiado su entorno de convivencia lo ayudó a sentirse mejor.

M: Pero después recobras la lucidez. Yo estuve inconsciente, pero recobré la lucidez, viste. Se puede recobrar la lucidez. Yo estuve mal y recobré la lucidez.

E: ¿Y cómo se recobra la lucidez?

M: Haciendo las cosas bien. Siendo correcto. Yo también le estoy muy agradecido al Vilardebó, porque hice un curso de panadería de 3 años. Entonces hago masa de panadería. No soy panadero pero hago masa de panadería.

El rol del psiquiatra

Para Mario el rol del psiquiatra es importante en la medida de que pueda dar con la medicación que necesita, pero también asocia este rol en la conexión con espacios como taller de panadería y el centro diurno, actividades que valora como importantes para su vida.

Pero ahora, hay un remedio nuevo, te voy a recomendar a vos, que es muy bueno, es lo último que salió para la psiquiatría viste. Se llama Clozapina. Es lo que estoy tomando ahora. Y al menos ando mejor, viste. Yo tuve muy embromado y no tenía ganas de levantarme. Estaba malísimo viste. Bueno, era un degenerado, la verdad que [risas]. Sí, era un loco bárbaro.

Modelos Explicativos

En lo referido a los EM se podría decir que Mario expresa un EM vinculado a la aflicción en cuanto a las causas de su padecimiento, ya que hace referencia al “mal de amores” en la historia de comienzo de su padecimiento.

Bueno, y yo estuve mal de amores también [...] yo me enamoré con una mujer que... bueno, ella... era muy bonita cuando era joven la verdad y.... Se casó con un policial [...] El hombre era oficial de la policía. Era de investigaciones. Y bueno el me prohibió también de verla. Fue a mi casa y me dijo que no anduviera atrás de ella y todo.

A Mario le prohibieron ver a la mujer de la cual se enamoró. Este fue uno de los motivos por los que no volvió a su ciudad de origen, la cual siempre recuerda con afecto.

Con respecto a su percepción del padecimiento, Mario realiza una aclaración en cuanto a la importancia de las redes y de lo vincular para una mejor calidad de vida cotidiana de las personas con padecimiento de lo psiquiátrico. En este sentido hace énfasis en la importancia que tuvo para él, formar parte de un colectivo y el haber aprendido un oficio. Este modo de entender la salud, considera a la integración y convivencia como pilar fundamental. Para Mario lo que importa es hacer y compartir con otros. Cuenta que aparte de trabajar, en el ámbito de su trabajo también hay espacio para intercambiar con los compañeros.

Y hablamos. No es sólo la parte de trabajo, viste. Nosotros somos personas sociables también. Mental, física y socialmente. Somos personas sociables.

De esta manera construye una forma de entender la salud mental que supera un mero tratamiento en rehabilitación, si bien hace referencia a la importancia que tuvo el Centro Diurno del Vilardebó, y valora las personas que lo vincularon a este y otros proyectos. De hecho no hizo referencia a la “enfermedad” a lo largo de la entrevista.

Salud Privada- Salud Pública

Mario relata que su pasaje de salud privada a salud pública se dio de manera automática, cuando se pasó del tiempo límite de internación.

M: Sí. Pero yo tenía el hospital de allá [ciudad del interior]. Pero como pasé. En mutualista son 6 meses nomás. Después te pasan para salud pública.

E: ¿En la internación decís?

M: Si, me pasan para internación en salud pública, y tuve un tiempo ahí y después me trajeron para Montevideo.

Si bien no decidió el pasaje de un prestador al otro, él destaca el valor de la atención en salud pública, sobre todo en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, por el hecho de haberle dado oportunidades de conectar con emprendimientos y aprendizaje de oficios. Él expresa estar conforme con la atención recibida, y además de su tratamiento en salud mental, también se realiza chequeos en otras especialidades de la salud, de manera periódica, lo que redundaba para él en una mejor calidad de salud general. Por último, vale aclarar que el tiempo límite de internación en mutualismo al que Mario hace referencia son 30 días y no 6 meses, como aparece en el fragmento citado.

Abordajes no psiquiatrizantes

Si bien Mario le da prioridad al rol de los psicofármacos en su proceso de mejoría y estabilidad, en un segundo nivel le da mucho valor al desarrollo de una actividad laboral, como forma de poder sentirse autónomo, y el formar parte de un grupo con el cual compartir instancias de disfrute. Mario comenta que cada cierto tiempo hacen una chorizada en la casa de un compañero. También destaca como importante el rol que tiene la propia voluntad para el proceso de recuperación y mejoramiento de una situación de crisis.

3.1.3- La memoria de los cigarrillos: Antonio

Antonio, tiene 55 años al momento de la entrevista. Vive en un residencial junto con personas mayores, y con diagnósticos psiquiátricos, en el cual trabaja un psiquiatra que realiza el seguimiento a quienes llevan tratamientos allí. Antonio se presenta como artesano, padre de dos hijos, como amigo de sus amigos, amante de los grupos y siempre dispuesto a compartir. Con ánimo alegre, me recibe en el patio del residencial luego de que el cura repartiera todos los chocolates que trajo a los presentes, al finalizar las palabras que ofrece a los habitantes del residencial cada dos o tres semanas.

Nací en Montevideo, me crié en el barrio Nuevo París. De ahí hasta adolescente, de adolescente, más o menos a los 18 años, me enovie con una muchacha, que juntos, hablamos 2 años y medio. Y después nos casamos por la iglesia, y por el civil. Tengo dos hijos, uno de 26, y otro de 14.

Invita amablemente a los compañeros que andan en la vuelta a sumarse a la ronda de mate en la mesa que está en el patio. Habla de la importancia de formar parte de un grupo, y de que él siempre adscribió a los valores del cooperativismo. Su primera crisis la localiza con el nacimiento de su primer hijo. Antonio tenía 29 años.

Ofelia tiene 71 años, es cuñada de Antonio, pero lo conoce desde que él tenía 4 años. Siempre lo quiso como a un hijo, y su esposo, el hermano mayor de Antonio, fue quien más presente estuvo en la vida de él, y fue quien se hizo cargo cuando tuvo la primera crisis. Ofelia define a Antonio como muy conversador, muy sociable. Ella relaciona el padecimiento de su cuñado con el ocultamiento de la información sobre su identidad.

Yo era una que le decía a mi suegra: “vos tenés que decirle, tenés que decirle” Y mi razonamiento era que como niño iba a sufrir como niño y como hombre iba a sufrir como hombre. No es lo mismo. Los niños como que asimilan las cosas... Después un día hubo como una discusión con un vecino. Eso era lo otro. Siempre vivieron en el mismo lugar. Los vecinos sabían. [...] Entonces un día hubo una discusión con un vecino, y el vecino gritó “el hecho”. Y ahí nosotros no sabemos si él oyó o no oyó.

Ofelia cree que este “hecho” que le fue ocultado a Antonio, pudo haberle afectado negativamente, y que si bien ella tenía sospechas de que él sabía, él nunca habló al respecto.

E: Él no dijo nada...

O: Él nunca dijo nada. Mi esposo, que era el grande, no quería contradecir a su padre. Entonces nadie dijo nada. Pero... pasando el tiempo... yo qué sé. Él hizo la primera crisis de su enfermedad cuando nació su hijo cuando él presenció el parto. Ahí hizo su primera crisis.

Yo no sé de psicología. Lo interpretaron como psicótico. Hizo montón de cosas mal hechas. Y fue la primera vez que tuvo la internación.

Ella cuenta que la segunda crisis de Antonio estuvo directamente relacionada con haberse enterado de que era adoptado mientras mantenía una discusión con otro de sus hermanos, que le daba trabajo en Brasil.

O: Y años después se fueron del país, se fueron a Brasil. No les fue bien. Ahí estaba el hermano con un taller de joyería. Y ahí sí. Ahí lo supo directamente porque el hermano en una discusión se lo dijo. Él igual nunca comentó nada. Yo lo supe por el hijo que ya tenía 12 años. Y ahí hizo otra crisis. Por segunda vez.

E: Él a vos nunca te dijo nada por ejemplo.

O: Ni a mí ni a nadie. Nosotros, como mis suegros nunca se lo dijeron, nosotros tampoco se lo dijimos. Mis hijos no sabían. Mis hijos se enteraron cuando se casó él. Porque mi suegra mandó a mi hija a darle la tarjeta a una vecina. La vecina dijo: “¿Cuál es el hijo este?, ah este es el adoptado”. Y ahí mi hija que tenía 15 años vino y me preguntó.

Este secreto a vivas voces, Ofelia lo relaciona con esa manera de tramitar el “sufrimiento como hombre”, distinto al sufrimiento que hubiera tenido si se hubiera enterado de niño. Cabe preguntarse cómo incidió “el hecho” de que todo el barrio estuviera al tanto. Ofelia también cuenta que Antonio no tuvo el apellido de la familia hasta los 9 años, y que en ese período, se le pidió al cura que dirigía el colegio al que asistía Antonio, que figurara con el apellido de la familia adoptiva.

Proceso de toma de decisión y manejo de información en relación a la ECT

Antonio, se refiere al proceso de toma de decisión como un trámite más, donde no hubo, según él, información sobre el procedimiento en sí mismo o sobre de qué se trataba la ECT. Asimismo relata que para él su cuñada no estaba al tanto de lo que era.

E: Antes de recibir micronarcosis, ¿sabías lo que era?

A: No, no, para nada. Y firmó mi cuñada sin saber lo que era tampoco. Para que me la hicieran, porque no es por voluntad propia, hay que tener un encargado. No a cualquiera se le hace micronarcosis.

E: ¿Y vos sabes si en ese momento lo explicaron?

A: No sé. Nunca me dijo nada directamente. No tuvimos ningún tema.

Ofelia por su parte, se refiere al momento en que le propusieron la aplicación de ECT a su familiar de la siguiente manera.

Yo te voy a decir algo, yo soy enfermera, hace años que estoy jubilada. Y trabajé muchos años en el CTI, más o menos la información la tenía. Y yo cuando me lo plantearon dije: “bueno, si ustedes creen que le va a hacer bien...” Porque los que sabían de eso eran los

que lo trataban, no yo... Y ta, y él también aceptó, porque también le expliqué yo a él. Aceptó, y la verdad, en un tiempo bastante más, pasó mejor, con menos medicación.

Ella relata haber tenido algo de información previa respecto a la ECT por haber trabajado años en un CTI, y la consideró como información suficiente para dar el consentimiento informado, y además le explicó a Antonio de qué se trataba. Si bien se considera que existe una circulación de información según Ofelia, esto no se condice con lo que expresa Antonio, que sintió que ni él ni su familiar estaban suficientemente informados a la hora de la indicación y posterior aplicación. Se observa también que existe un presupuesto que quienes saben son aquellos que tienen la potestad de decidir en el fragmento que se citó, posicionando el saber médico por encima de otros tipos de saberes.

En relación al manejo de la información también nos parece interesante hacer referencia a un hecho que Antonio expresó que vivió con miedo en relación al tratamiento de ECT.

A: Si, te la dan acá y te dormís en seguida, apenas te inyectan te estás durmiendo. Y eso supuestamente dura una hora. ¿Qué será si te despertás antes de la hora? No te olvides que la micronarcosis te eleva de la cama. Y baja. El cuerpo. Para los que no conocen lo que es la micronarcosis. Capaz que me equivoco...

E: Vos decís que te eleva porque...

A: ¿Sabes por qué me di cuenta? Una vez corrí la cortina esperando a que me hicieran a mí, y vi que los cuerpos todos hacían así [hace un gesto como de contorsión]. ¡Pah!, ¿y esto qué es?, me decía para mí. Me entró un susto bárbaro, ¿viste?

E: ¿Y supiste qué era?

A: No sé. Yo pensé que era micronarcosis lo que pasaba. No te olvides que son choques eléctricos por todo el cuerpo. Pasa corriente por el cuerpo.

En este fragmento Antonio relata no estar al tanto sobre un efecto que es esperable durante la aplicación de ECT, y que tiene que ver con la contracción muscular causada por las convulsiones que produce este tratamiento. Las sensaciones de sorpresa y miedo en relación a este hecho que relata Antonio nos abre la pregunta de si le fue transmitida esta información sobre el tratamiento, o si se olvidó de esta información por el efecto que la ECT tuvo en su memoria.

Efectos atribuidos a la ECT

Antonio expresa tener pérdida de memoria y confusión en el día a día, que asocia a la aplicación de ECT.

A: Las micronarcosis te quema las neuronas, las neuronas malas y también te quema las buenas. Un poco fue la falta de memoria, ahora que estoy hilvanando.

E: ¿Pero vos decís que la micronarcosis influyó en la falta de memoria?

A: Sí, ¡por supuesto que sí! ¿Verdad que sí P? [Lo mira a P1]

P1: Te olvidas de muchas cosas.

E: ¿Y te olvidaste de cosas muy anteriores?

A: Ah sí, de cuando era niño. Y todas esas cosas.

E: ¿Vos decís que es un efecto de la micronarcosis?

A: Pienso que sí. Es una posición, no digo que sea cierto. Cada uno tiene una posición sobre la micronarcosis.

Antonio hace referencia a que asociar su pérdida de memoria con la ECT es una cuestión de posiciones. Este hecho resulta llamativo, ya que deja frente a la repregunta él deja claro que es su opinión, y de este modo, deja entrever las disputas y controversias en las que se ha visto envuelto este tratamiento, mencionadas en parte en el capítulo uno.

En otro momento de la entrevista con Antonio se vuelve a crear un relato colectivo, esta vez, no por iniciativa de él, como el fragmento anterior, sino porque uno de sus compañeros, que estaba escuchando la conversación, interviene para aportar un dato que al parecer se le estaba pasando por alto a Antonio:

E: Estábamos hablando de cosas que habías olvidado de cómo hacer. ¿Te olvidaste de armar el mate?

A: No, tanto no, porque el mate va conmigo.

P2: Se había olvidado del cigarro. [Un compañero sentado en el fondo responde que se había olvidado del cigarro]

E: ¿Te habías olvidado del cigarro?

A: Ah sí. 3 meses sin fumar después de la micronarcosis. Hasta que un día, uno me dice "toma Antonio". Me convidaron de vuelta y agarré. 3 meses sin fumar me pase.

E: ¿Cómo fue?

A: Después de la micronarcosis, de las últimas ya, y mi cuñada me dice: "¿querés un cigarro, un Nevada? Y yo: ¿Yo fumaba? Y ella dice: "ah no, no, la verdad que no" se calló la boca viste. A la semana me viene a ver de vuelta y estaba fumando. Dice: "¿Qué te pasó Antonio? "Ah, me convidaron". El diablo mete la cola por todos lados, ¿verdad Richard?

P2: ¡Se había olvidado de fumar!

E: Te habías olvidado de fumar...

A: En serio, esto es posta, posta. Patente lo que me pasó. Es como el que toma alcohol. Un día deja de tomar y al otro día lo invitan y arrancas de vuelta con el alcohol.

Por su parte Ofelia relaciona la aplicación de ECT con la reducción de dosis de medicación de Antonio, ella expresa que su cuñado llegó a tomar 18 pastillas por día, estando en una mutualista, atendido por un psiquiatra de edad mayor.

Él seguía tomando un montón de medicación, no surtiendo efecto y fue ahí cuando.... Me parece que no fue la doctora, fue el doctor el que le mandó micronarcosis. Se la hicieron ambulatoria. Yo lo tenía que ir a buscar al hogar a las 7 de la mañana y lo llevaba al hospital. Le hacían la terapia esa y después yo lo llevaba de nuevo al hogar.

Significados atribuidos a la ECT

Antonio dice que para él la ECT es “algo temporal”. En este sentido que le otorga, se observa que hay un registro de que no basta con este tratamiento para recuperarse y que de alguna manera es algo por lo que tuvo que transitar por un lapso de su vida, pero que no quiere de manera permanente. Por otra parte también hace referencia a la rapidez de respuesta de la ECT en relación a otros tratamientos.

¿Sabes lo que pasa Mauricio? Con la micronarcosis se acorta la etapa de recuperamiento, que te lleva con pastillas a largo plazo. Ganas tiempo a la enfermedad. En vez de ser un año, te llevará 5 meses a la recuperación. Más o menos.

Este factor de rapidez de respuesta parece representar un elemento de gran importancia en Antonio a la hora de evaluar lo que ha significado la ECT en su vida.

Redes comunitarias y familiares

En la vida de Antonio han habido muchos amigos, pero los más importantes para él son sus hijos, si bien al menor lo dejó de ver 10 años atrás, hace poco vio a su hijo mayor (y con el que vivió más tiempo) al que no veía hace unos años. Antonio dice estar orgulloso de él porque se recibió de contador. También Ofelia ha estado muy presente en su vida, sobre todo en los últimos 11 años. Ella fue quien se hizo cargo de cobrar su jubilación y pagar la cuota del residencial, cuando murió su esposo, el hermano mayor de Antonio.

Ofelia cuenta que si ella no se hacía cargo del cobro de la jubilación de Antonio, él hubiera quedado en la calle. Aun así, sus hijos (los de Ofelia) le pedían que no se hiciera cargo.

O: Porque era mi esposo el que cobraba y pagaba. En realidad al principio la cobraba él, pero a la tarde ya se había gastado la mitad, entonces, no quedaba ni para pagarle el hogar...

E: ¿Y es un arreglo que ustedes hicieron o hubo algo legal?

O: No no. A él le cobraba mi esposo, y cuando falleció mi esposo, al mes, todavía mis hijos me dicen: “mamá, ¿te vas a seguir haciendo cargo vos?” y sí, sino quien va a ser? Si no va a terminar en la calle. Bueno, me dijeron, “mamá no le preguntes si quiere.” Y yo le dije: “Antonio, ¿vamos al BPS a hacer el papel para que te cobre yo? Y él me dijo que sí. Y fuimos y firmó el papel.

Ofelia trae, al igual que en el caso de Horacio, esta posibilidad de “terminar en la calle” como un destino seguro, frente a la falta de apoyo por parte de otros familiares. En el relato

de Ofelia, aparece este “hacerse cargo” asociado al apoyo en el manejo del dinero, que le permitía sustentar el pago de la residencia.

Modelos Explicativos

Cuando nace su primer hijo, 26 años atrás, Antonio tiene su primera crisis, en la cual sentía que hablaban mal de él.

Empecé a escuchar voces, me sentía como perseguido, como que hablaban mal de mí, pero no había nadie que hablara mal de mí. Esa es la sensación que yo sentía, ¿viste?

Este fragmento nos hace pensar en el caso de Horacio, y de las voces que son rumores y que comienzan siendo reales. En el caso de Antonio, estas voces que “hablan mal” de él, podrían relacionarse con este secreto familiar, y también vecinal, sobre sus orígenes. Se plantea así la pregunta de qué tan reales empezaron siendo estas voces.

Por otra parte, Ofelia se refiere a las crisis de Antonio diciendo que estaba “pasado de rosca”, enfatizando su forma de hablar muy acelerada y con gesticulaciones.

Yo no le llegué a decir nada, porque él empezó a hablar y hablar y hablar, y de la manera que hablaba y que gesticulaba y qué se yo, [...] Pero él nunca estuvo agresivo, era más bien como que se pasaba de rosca. [...] Cuando a veces se ponía ansioso a pesar de la clozapina, porque el hijo no lo iba a ver. Él siempre estaba con los hijos, los hijos, los hijos. Como los hijos no lo venían a ver, entonces...

Es importante para Ofelia mencionar que las crisis de Antonio no estaban marcadas por la agresividad, cosa que hace referencia a la potencial peligrosidad y que de algún modo viene a traer la preocupación de su inclusión. También menciona que su principal fuente de aflicción era la relación con sus hijos, que hace a la red de vínculos familiares. Estos dos elementos hacen a una cadena de asociación de locura-peligrosidad-aislamiento. Parecería ser que a causa de la peligrosidad del loco, se lo aleja de quienes representan su red vincular primaria. Esta relación causa-efecto se configura como una imagen dogmática de pensamiento.

Salud Privada- Salud Pública

Antonio hace un balance positivo a favor de la salud pública en relación al mutualismo cuando reflexiona sobre sus trayectorias en ambos prestadores. Destaca que en ASSE tuvo mayor accesibilidad a los medicamentos y accedió a más oferta de tratamientos de rehabilitación. Al igual que Mario, también tuvo problemas con el tope de 30 días de internación anual que se establece para el sistema mutual. Antonio puntualiza también que en salud pública hay otro tipo de trato y que mientras en el mutualismo tomaba más de 15 pastillas, en salud pública pasó a tomar solamente 2.

Ofelia expresa que decidió efectuar el traslado de mutualismo a ASSE, entre otras cosas, por la excesiva medicación que le prescribían a Antonio. En el siguiente fragmento Ofelia da a entender que el psiquiatra de la mutualista le modificaba las dosis de una manera poco beneficiosa para Antonio.

Y lo atendió un psiquiatra que era un señor mayor, no me acuerdo ahora el nombre. Y que yo lo llevaba porque él estaba demasiado acelerado, y de repente me decía: “vamos a subirle esto y bajarle esto”, pero llegó a tomar 18 pastillas por día. Esa fue otras de las causas por las que yo no lo anoté en una mutualista, a pesar de que él era jubilado, no pensionista. Porque con los 28 años que tenía de la joyería, lo jubilaron por enfermedad.

Se deja entrever en la narrativa de Ofelia que existe una asociación entre mutualismo y una actitud poco responsable por parte del psiquiatra, por lo que ella termina tomando la decisión de efectivizar el pase a ASSE.

E: ¿Por qué se pasó a salud pública?

O: Porque cuando quedó sin trabajo, él había sacado los papeles para salud pública, y se trató. Y después vino el FONASA, y yo no lo cambié. Porque la verdad, 18 medicamentos, una bolsa así de medicamentos que me daban en el hospital para el mes yo nos los podía bancar en la mutualista. Me llegaron a dar 40 cajas en el mes. 40 cajas. ¿Cuántos tiques son de la mutualista? [...] No podía... Yo no puedo decir que lo trataron mal en salud pública alguna vez. Es más. A él le daba por ir, porque a ver que estaba delgado, siempre fue delgado, toda la vida fue así. Entonces iba a medicina general, a la nutricionista, entonces... Le hacían de todo

Además de los altos costos que representaba el mutualismo, el pase a ASSE, también generó que Antonio tuviera un seguimiento más frecuente de su propia salud, realizándose chequeos periódicamente.

Abordajes no psiquiatrizantes

Al igual que Mario, Antonio le da gran valor al trabajo como factor de inclusión y disfrute en la vida cotidiana, vendiendo artesanías. “He dejado la vereda de la enfermedad, para pasar a la vereda del trabajo”.

Para él resultó ser muy importante los lazos de confianza que logró establecer con los compañeros de residencia y los vecinos del barrio, resaltando la solidaridad y el compañerismo. Otro espacio que mencionó como de disfrute y distensión fue ir a pescar una vez a la semana con un compañero del residencial, donde pasaban la mañana charlando, escuchando radio y comiendo torta fritas. También mencionó que realizaba terapia de grupo, educación física, musicoterapia dos veces por semana, actividades que le gustaría realizar más frecuentemente.

3.1.4- Parte de la naturaleza: César

César tiene 44 años, es el mayor de 4 hermanos varones. Ha viajado al exterior, donde trabajó como cocinero. A los 34 años lo diagnosticaron con esquizofrenia. Después del primer intento de autoeliminación se le empieza a aplicar ECT, luego vinieron dos intentos más, de los cuales el último fue el más grave. A raíz de este último intento se le indica aplicación ambulatoria de ECT que va a durar más de un año, al principio de forma semanal, para luego pasar a ser quincenal y mensual. Al mismo tiempo, se realiza una coordinación interdisciplinaria organizada por su familia, debido al inminente riesgo de muerte. Tiempo después empezó a tener varias actividades de diversa índole, y al día de hoy, César vive en una casa de medio camino, y tiene la convicción y el objetivo de vivir de una manera más armónica con la naturaleza, lo que significa para él, ir retirando paulatinamente los psicofármacos de su vida, realizando tratamientos más vinculados con lo espiritual. Relata tener muchos problemas con la memoria y a lo largo de la entrevista le cuesta por momentos seguir el hilo de la conversación.

Ailén tiene 67 años, es madre de César. Habla de su hijo como alguien que logró tener emprendimientos, que vivió en una familia con “cierto nivel” y se movió en un ambiente de “buen nivel educativo”. Ella estaba viviendo en el exterior cuando aconteció la primera internación de su hijo. Ailén vivió 4 meses con él luego de las 2 semanas de esa primera internación en 2008. Luego se tuvo que volver a ir por trabajo. Cuando regresa al país 1 año después, su hijo había recibido el diagnóstico de esquizofrenia. Era el año 2009.

Ailén cuenta que en mayo de 2014, luego de algunas internaciones, a César se le aplicó por primera vez ECT. Se trató de una serie de 10 sesiones, a raíz de su primer intento de autoeliminación. En setiembre del mismo año, se le aplica nuevamente ECT, también con serie de 10 sesiones, esta vez a raíz de una fase maníaca que siguió a la recuperación que había tenido. En enero de 2015, César realiza dos intentos de autoeliminación con un período de 20 días entre uno y otro. El segundo y más grave de ellos deriva en otra internación y la aplicación nuevamente de una serie, esta vez de cerca de 20 ECT estando internado. Al salir de la internación César siguió recibiendo ECT de forma ambulatoria durante más de un año. Ailén lo relata de este modo:

A: En mayo de 2014 hizo ese primer intento, estuvo internado, recibió ECT. Salió de la internación y tuvo un periodo bueno de una estabilidad que yo todavía hoy me acuerdo de esos días de César, y parecía el César que uno querría tener. Y después entró como en una cosa maníaca que hubo que volver a internarlo y ahí fue compulsivo, fue espantoso, fue compulsivo, porque él estaba totalmente distinto a lo que... nunca ocurrió algo así con él.

E: Y ese período en que lo viste bien, ¿Cuánto tiempo habrá durado?

A: 20 días, 1 mes. Una cosa así. Que estuvo bien. Y después se fue entrando. Ese buen periodo de él fue llevándolo a una etapa maníaca. Y ahí vuelta a internar y vuelta a ECT.

[...]

A: Le estuvieron haciendo 3 veces por semana, después salió y al poco tiempo el Dr. O le indicó las ambulatorias, que empezó por abril de 2015 y duraron como hasta un año y pico.

E: ¿Y cada cuanto era te acordás?

A: Sé que se fueron espaciando. Creo que al principio fueron semanales, después cada diez días, después cada un poco más. Una cosa así.

Proceso de toma de decisión y manejo de información en relación a la ECT

César relata que algo le han explicado sobre la ECT pero no logra identificar quién fue ni cuándo. La explicación que ofrece tiene que ver con la actividad neuronal en términos generales.

E: ¿Antes de que te aplicaran ya conocías la técnica?

C: No.

E: ¿Y te explicaron de qué se trataba?

C: Sí.

E: ¿Te explicó un médico, un enfermero, te informaste por tus propios medios...?

C: Y un poco de todo, ¿no? No sé. Es un trabajo para reconectar las neuronas... No, la... no sé cuál es la...

E: La función decís...

C: Sí, qué parte del cerebro está relacionada con el sueño, con el hambre, con el empuje, la voluntad.... Yo qué sé, no sé.

E: ¿Y vos con qué lo relacionarías?

C: Y con la voluntad.

Por su parte Ailén, cuenta que ya sabía sobre la ECT porque este procedimiento se aplicó a dos de sus hermanos y ella había firmado para que le aplicaran a uno de ellos.

A: Sí, ahí me acuerdo el momento, porque estábamos mi hermana y yo. Y ahí, en ese proceso conocí al Dr. O, que es el que hoy trata a mi hijo, y me acuerdo de la explicación de la necesidad del tratamiento, y después de las cosas que seguí escuchando en adelante. De la necesidad, de por qué se aconseja el tratamiento. Cuando....

E: El psiquiatra te explicó por qué se aconsejaba...

A: Si yo sé que nos explicó a mi hermana y a mí.

E: y aparte te informaste por tus propios medios....

A: Lo que pasa que después yo ya en esa época estaba participando en grupos de familiares. Por eso me conoce R, que tú hablaste con ella, porque fui durante bastante tiempo al grupo de familiares. Hice un curso de psico-educación con el grupo de familiares.

E: O sea que en ese periodo de tiempo te informaste muchísimo sobre la esquizofrenia...

A: Si

Líber (33 años), uno de sus hermanos, fue quien acompañó a César a la clínica durante más de un año para la aplicación de la ECT ambulatoria, y quien contribuyó junto con su madre a coordinar con diversas instituciones y técnicos para que César tuviera un tratamiento lo más integral posible. En relación a cómo fue brindada la información, Líber nos cuenta que si bien firmó el consentimiento informado para que le aplicaran ECT a su hermano, tiene un recuerdo vago sobre su contenido, ya que era algo asumido de que se iba a realizar, porque ya lo había firmado su madre en varias oportunidades.

E: Y viste que para aplicar, te hacen firmar un consentimiento... ¿vos recordás de haber firmado alguna vez?

L: Sí, sí. Yo firmé sí.

E: ¿Y te explicaba cómo era? ¿Te acordás?

L: No me acuerdo bien qué decía. Hablaba sobre los riesgos. Creo que no sólo es un consentimiento, es un deslinde de responsabilidades también, ¿no?

[...]

E: ¿Vos recordás ese consentimiento te haya aportado...?

C: No, no. Porque a esa altura cuando yo lo tuve que firmar. Ya él había hecho...Ya estábamos relativamente acostumbrados a que se lo tuvieran que hacer. Era algo que ya sabía. Nunca lo había tenido que firmar yo, porque lo habrían firmado otras personas antes. Mi madre presumiblemente, con más probabilidad. Pero, la vez que lo tuve que firmar yo debe haber sido porque era yo quien más lo acompañaba.

Ailén comentó que por su experiencia previa con otros familiares, tenía un grado de información sobre la ECT, y por este motivo aceptó la indicación que los médicos realizaron.

En relación al proceso de toma de decisión, César parece haber estado dispuesto a recibir el tratamiento de ECT cuando sus médicos se lo indicaron.

C: Dr. O [psiquiatra de César] también fue el que decidió dejar de hacérmela.

E: ¿Y te lo consultó? Te preguntó: César, ¿qué te parece?

C: Yo sentía que ya estaba pasado de sensación de... que me sirvió me sirvió. No sé decirte ahora los tiempos ni las sensaciones ni cómo era antes y cómo es ahora, ¿no? Ahí cuando llegó, el momento de finalizar el acatamiento con eso.

Ailén, menciona que César nunca se negó a ningún tratamiento.

Lo que sé es que M, no se negó nunca a ningún tratamiento que le recomendó un médico, ni siquiera a este.

En relación a este punto Líber comenta que él no estuvo directamente involucrado en este proceso, pero recuerda las palabras del médico, que garantizaban una recuperación más rápida que la que se podía obtener con tratamiento psicofarmacológico.

Yo recuerdo que alguna vez alguien no sé en qué momento, no sé si yo estaba directamente cuando lo dijeron o lo propusieron, pero me acuerdo que algún médico dijo que se podía... Que con Electroshock conseguía un resultado inmediato, que con cualquier otra alternativa iba a tener que estar meses dándole medicación, internado para llegar a un resultado similar. Que con 2-3 semanas de... eso me acuerdo, de explicarnos, o proponernos eso. Yo le mando esto, porque así, en poco tiempo consigo determinado resultado que si no me llevaría mucha medicación, mucho tiempo.

Ni César ni su familia relatan haber formado parte del proceso de toma de decisión sobre la aplicación de ECT.

Efectos atribuidos a la ECT

César relaciona la aplicación de ECT con el cambio en su voluntad, y en lograr hábitos saludables, que lo han sacado de los períodos que él vivencia como de depresión, angustia y negatividad.

C: Seguro. ¿Qué opinión tengo? Cuando salí, salí con una sensación de bienestar. De que no se me pase.

E: ¿De qué?

C: que no se me pase esa sensación, digo...

En este fragmento se visualiza un reconocimiento de los efectos inmediatos de la ECT, que por lo que cuenta César y su familia, en su caso tienen un promedio de duración de alrededor de un mes. De todas maneras se valora el efecto beneficioso de combatir, de manera casi instantánea, una sensación profundamente dolorosa:

C: Yo estaba en la hoja. No quería nada, no veía nada bueno en este mundo. Y lo que se me presentaba era sufrimiento. Se me venía a la cabeza era sufrimiento. Y ta. No sé.

E: ¿Y qué hizo la micronarcosis con ese sufrimiento?

C: [Largo silencio] Dame cuenta que si quería salir tenía que dar pasos. Que iban a ser. Yo me acuerdo que cuando me fui de mi casa a la casa de mi amigo de 22 años, dije ahora sí, pumba, soy yo. Y... las cosas en realidad se consiguen paso a paso y se disfrutan y hay que... lo que vale la pena es lo que uno luchó. Eso.

César relaciona ese “salir” que le proporciona la aplicación de ECT con dar otros pasos, otros recursos de que servirse para salir adelante. Cuando se le pregunta de manera explícita por posibles efectos en la memoria, César manifiesta con preocupación que efectivamente relaciona la aplicación de ECT con la pérdida de memoria:

E: Te quería preguntar por el tema de la memoria. Si vos relacionas el tratamiento de micronarcosis con efectos en la memoria...

C: Si. [Silencio]. Por lo menos lo relacionaba en ese momento. Esa era de las cosas que me generaban más dudas, ¿no? Si se equivocan me queman la cabeza....

Ailén también subraya como un elemento destacable la pérdida de memoria que mantiene César incluso hasta al día de hoy:

E: ¿Pero hubo pérdida de memoria?

A: Bueno sí. César llegaba a casa y me acuerdo de verlo con ropa para lavar y me decía, ¿con esto qué hago? No tenía ni idea donde estaba la lavadora. Eso como un detallecito...

E: ¿Esos detalles aparecían como pequeños olvidos?

N: Sí, sí, sí. Después olvidos de que le hablas de temas. De cosas que pasaron, que podrían ser notorias en esa época, de personas, y él no tiene la menor idea.

E: ¿Hasta ahora?

N: Claro.

Ailén también narra episodios de familiares o amigos que iban de visita el fin de semana y en donde César había participado, y que a los pocos días no recordaba nada sobre ese hecho.

E: ¿Vos viste que empezó con una pérdida de memoria muy grande y después fue recuperando?

A: Si, eso sí. Pero se ve que hay cosas que no las recupera. Pero no sé bien ubicar esos hechos o esos acontecimientos de qué época de su vida son, las que no recupera. Si son solamente del período ese en que recibió la convulso [ECT]... o son incluso anteriores. Porque en el momento sabes que perdido total, como te decía, no sabía ni dónde estaba la lavadora.

E: Como confusión sería...

A: Sí confusión sí, pero olvido. Olvido concreto. Y después que fue recuperando sin duda. Ahora, ¿qué cosas perdió? Por lo menos, lo que es seguro que perdió fue las ideas suicidas. Y si eso es lo que se persigue, bueno.

Líber expresa que los olvidos son de los aspectos que él visualiza como más evidentes en relación a los efectos secundarios de la ECT:

Él no se acuerda todos esos años entre 2007 y el 2015, me da la sensación que tiene muy pocos recuerdos.

Además de la memoria, Ailén hace mención a un deterioro cognitivo que observa, entre otras cosas, en el manejo de algunas herramientas como utilizar una tarjeta de débito, que para los 44 años que tiene César no deberían representar gran dificultad. Ella manifiesta no saber si este deterioro cognitivo es resultado del padecimiento mismo o de la ECT.

Entonces hay un aspecto cognitivo de él que está bien, porque tiene una buena base y porque la enfermedad lo atacó tarde también, pero al mismo tiempo uno nota cosas que ha perdido.

[...]

Me aconsejaron que abriera una cuenta en el BROU para que yo le transfiriera el dinero ahí, o sea que él se haga responsable de qué dinero tiene, cuánto le queda. Bueno, esta, la cuestión de administración básica que cualquier adulto debería haber adquirido. Y César se adaptó bien a la idea. Ahora, lo de abrir una cuenta, lo de manejar una tarjeta de débito, el cajero automático, el hacer una transferencia, esas fueron todas cosas que las fue superando pero, no fue fácil.

Líber también comenta que pudo haber daño a nivel cognitivo, pero entiende que es una contraparte de la desaparición de las ideas de autoeliminación en César.

Yo tengo sentimientos encontrados con respecto al tratamiento, porque por un lado le atribuyo bastante de los deterioros cognitivos que noto en él, pero por otro lado, siento que ta, que le salvó la vida, entonces, qué sé yo

[...]

Si. Pero de lo cognitivo, estoy convencido de que tiene, de que ha perdido, no sé si irremediamente o qué, pero... ha quedado con carencias. Quedó con carencias si....

Por su parte, Líber observa que en lo que respecta a la expresividad y la afectividad, ha habido cambios para mejor.

L: Y hoy está en una situación inimaginable en aquel entonces. Estar viviendo en esta casa, ya no con mi madre, haciendo actividades. Mucho más expresivo

E: ¿Vos decís la forma de hablar?

L: No tanto la elocuencia, pero sí de expresarse, de hablar. Antes no hablaba. Cuando hablaba era más elocuente que ahora, pero de hablar con nosotros, con mi madre sobre todo, que es una relación que siempre fue tensionada. De preguntar cosas, de preguntarte cómo andas y en general de expresarse y de conectarse, de empatizar. Sí.

Líber, quien acompañaba a César a realizarse las ECT ambulatorias durante ese año, narra unos efectos inmediatos inusuales de la aplicación de ECT.

L: Además él, cuando iba ambulatorio, le hacía un efecto raro la anestesia que tenía unos minutos de un estado medio raro que se despertaba y no entendía nada...

E: Como confusión...

L: Sí, pero era más que confusión porque se quería parar, se quería ir a... estaba como... no, era más que confusión... era como un estado entre estar sedado y no estar sedado porque agarraba las cosas y hacía así (hace un rollito con el almohadón, en las costuras). Era dos o más ponele. 5-10 minutos que tenías que tratar que se quedara en la cama, que no se levantara, que no se fuera, que no...

E: Eso cuando se despertaba de la anestesia...

L: Sí, se despertaba en un estado de confusión de que...

E: Inquieto....

L: Sí, inquieto e inconsciente además. O sea, despierto pero inconsciente, porque hablabas y capaz que te miraba y además no podía hablar... este... y siempre hacía algo que agarraba una sábana y empezaba a hacer así, las costuras... como que buscaba hacer algo como "qué pasa, qué pasa", pero sin verbalizarlo. Pero sí, eso fue varias veces. Y después a los minutos iba recobrando la conciencia, y se sentaba en la cama, esperaba. Este, ahí lo controlan, no sé si le controlan la presión. Le dan un vaso de Coca Cola, porque él está en ayunas además. Y a los minutos se va. Pero eso es excepcional. Porque la mayoría de los pacientes duermen 20 minutos, media hora y se levantan medio confundidos pero no así, no con ese estado de César. De hecho los médicos no sabían bien porqué tenía esa reacción pero le trataban de ir ajustando la anestesia y de hecho me parece que lo que terminaron haciendo fue no sé si aumentándole la dosis o cambiándole la droga, no sé de qué manera, sedándolo un poco más. Entonces él dormía más tiempo, pero no tenía esa reacción.

Estos efectos nunca fueron del todo esclarecidos por los técnicos que aplicaban ECT a César.

En Ailén se observa que la ECT está vinculada a un tratamiento de último recurso que contribuyó a salvar la vida de su hijo, en un momento donde parecía no haber respuestas en torno a los reiterados intentos de autoeliminación de César.

Que en ese momento, de una crisis tan terrible como es la de un intento de suicidio, tener la posibilidad de este tratamiento (ECT) en condiciones lo más humanas posibles, supongo que habrá ayudado a salvarle la vida.

Para Ailén la ECT también significó un período de estabilidad, que fue breve, y la causa de los graves problemas de memoria que actualmente tiene su hijo.

César piensa en la ECT como un tratamiento que ayuda a reconectar neuronas en una zona del cerebro relacionada con la voluntad. En este sentido él habla de este tratamiento como algo que le ayudó a reconectar con el empuje, con las ganas y la voluntad.

C: Es un trabajo para reconectar las neuronas... No, la... no sé cuál es la...

E: La función decís tú...

C: Sí, qué parte del cerebro está relacionada con el sueño, con el hambre, con el empuje, la voluntad... Yo qué sé, no sé.

E: ¿Y vos con qué lo relacionarías?

C: Y con la voluntad.

E: Decís que no sabes en qué parte del cerebro se relaciona pero sabes que a vos te influyó en la voluntad, digamos...

C: Si, si.... Fue una parte que sin duda, ahora me falta ¿no? , pero igual la tenía recontra dormida. Pero bueno...

Por otra parte César relaciona la ECT a un método de tratamiento más, que lo ha ayudado a salir de una situación difícil para él y le permitió en un momento crítico a adquirir hábitos saludables.

Líber, por su parte, expresa sentimientos encontrados en relación a la ECT:

No sé si habrá alguna película que lo pinte de manera imparcial, como que siempre es algo, este, dramático... es dramático en la realidad, pero ta. Este... [Silencio]. Yo tengo sentimientos encontrados con respecto al tratamiento, porque por un lado le atribuyo bastante de los deterioros cognitivos que noto en él, pero por otro lado siento que le salvó la vida, entonces, que sé yo. Pero también tengo la sensación que fue shockeante. En algún momento debe haber sido shockeante asumir que se hacía, además que uno no conoce. Yo no sé si se hace en todo el mundo... eso tengo duda...

Modelos Explicativos

Cesar da cuenta que ese desfasaje con la realidad circundante, el entorno social que lo rodeaba, empezó a tener un peso en cómo él visualizaba su propio padecimiento.

Y claro, ahí todos mis amigos estaban en facultades. Con sus objetivos claros. Padres de familia. Importantes pero.... No sé si importantes.... Pero bueno, como se te estructura un poco, me parece esa sensación. [Inaudible] andaba medio rebelde yo.... y no se....

Este desfase del que César hace mención se traduce en una imposibilidad de adaptación a una realidad que es la de su grupo de pertenencia, sus amigos, familiares, compañeros de trabajo, y la sensación de que la conciencia de esa imposibilidad empieza a generar efectos, que en el caso de César se traducen en “negatividad”.

Eh... [Resopla] bueno, siempre fui medio rebelde contra la realidad ¿no? Por hacerme el crack me.... Por un lado eso que... [rasca la mesa] Como que nada, lo de mi padre, eso. Al ser negativo, yo me fui transformando en un ser bastante negativo con mi realidad... Traté de por un lado... No sé, capaz que con esa imagen de que... no sé, que todos los artistas fenómenos son medios locos. Capaz que por un lado, un poquito de eso hay. Un poquito de eso... [Silencio]

Según su madre, si bien César fue diagnosticado con esquizofrenia relativamente tarde (34 años) comenta que venía con “trastornos” de tiempo atrás:

César en su adolescencia ya había sido tratado por depresión, después siempre fue muy retraído. Un tipo bastante poco conversador, digamos, pero tuvo un desarrollo normal. Terminó sexto de secundaria y después llegó a hacer una carrera de gastronomía y hotelería que le costó mucho terminar. Una carrera que hubiera durado 3 años, él estuvo como 7 arrastrando la cosa.

Ailén también hace referencia a un “comportamiento tan imposible de entender”. A su vez Cesar hace referencia a asuntos que ha podido visualizar a través de un proceso terapéutico en relación a su problemática vincular y a su padecimiento.

Rol del psiquiatra

César no tiene observaciones especiales sobre el desempeño de los psiquiatras que han trabajado con él. En general cuando se refiere a su psiquiatra lo hace desde un lugar que se podría leer como familiar o de no cuestionamiento.

E: ¿Qué opinión tenés? ¿Sentís que te hace bien? ¿Cómo te ha hecho?

C: Si sí. Creo que... Dr. O mi psiquiatra, fue el que me lo había recetado. Lo que no sé es si antes de verlo a él... Si siempre fue mi psiquiatra. Tiene que haber sido él el que me lo recetó en Villa Carmen, ¿no? Porque no me acuerdo de los.... terapeutas de allá....

Sin embargo Ailén expresó gran disconformidad con el trato que recibió su hijo por uno de los psiquiatras que trató a César.

En manos del Dr. X que demostró ser un tipo totalmente insensible y poco responsable de un paciente que venía siendo paciente de él desde hacía 2 años y medio, por lo menos. Es bruto se ve. Aparte de que ta, no le tengo aprecio ninguno. No sé si alguna vez le habrá hecho bien a un paciente ese tipo.

Ailén reconoce que el cambio de psiquiatra significó un hecho trascendental para el mejoramiento de César. Destacando aspectos como el trato empático, así como la circulación y manejo de información.

El Dr. O se iba de vacaciones, pero lo siguió un psiquiatra que conocía, que para mí fue una bendición, saber que iba a tener alguien, em, ahora se me escapa el nombre, pero un muchacho joven estaba trabajando todavía en el Centro de Rehabilitación, o sea que lo conocía a César de Sur Palermo y era un tipo que a mí me caía muy bien también, un tipo muy cálido.

Salud Pública- Salud Privada

En relación a los prestadores de salud, tanto Ailén, como Líber coinciden en que el manejo de la mutualista en torno a los días de internación que tenía César empeoraron la situación.

Ailén lo expresa de esta manera:

A: El 8 de enero de 2015 había tomado pastillas también. Lo internaron y ahí fue la debacle. Lo dieron de alta a los 6 días sin hacerle nada.

E: Y salió igual...

A: Y salió para hacer un intento peor ese 25 de enero.

E: El mismo mes...

A: Menos de 20 días después.

Líber, por su parte, además hablar del malestar que produjo este asunto, también menciona los movimientos que tuvieron que hacer para que César pudiera tener más días de internación:

L: Ta, fue una internación larga. Fue...

E: ¿Cuánto tiempo?

L: Y por lo menos un mes y medio... yo recuerdo que teníamos el inconveniente de que se le acababan los días en la mutualista que tenía. Entonces había que.... pudimos... ahí justo mi madre adquirió el derecho o algo de eso, de que estuviera por su FONASA, o por la jubilación o no sé qué. Entonces pasó a FONASA, se cambió de mutualista y pudo hacer una internación, la internación que ameritaba, porque estaba el inconveniente que se terminaba

viste.... No sé si estás al tanto de los días de internación psiquiátrica que es todo un drama en alguna situación.

E: ¿Él en qué mutualista estaba?

L: En el CASMU. Y no tenía ningún día. Ese año tuvo varias internaciones consecutivas, a partir de la que fue por manía, después salió muy deprimido, y volvió a estar internado y volvió a salir y... fueron varias ahí....

E: Ese año...

C: Sí, y justamente, salía porque no tenía días, entonces como que lo apuraban la salida y...

Según nos relata Ailén, estos inconvenientes de los días de internación, o de “apurar el alta”, provocaron que César tuviera un último y más agresivo intento de autoeliminación.

Abordajes no psiquiatrizantes

Hoy en día Cesar realiza Taichi, mindfulness, clases de pintura, va dos veces por semana a actividades en un Centro de Rehabilitación, y realiza tareas variadas en un hotel de un amigo.

M: Taichi, *mindfulness*. Y estoy haciendo una especie de pasantía....

E: ¿Y de qué se trata la pasantía?

M: Pasantía no... cocino. Y lavo. Es un amigo mío. Y como meta tengo si en un momento llega, de cobrar algo, de aprender. Recién está arrancando. Arrancó hace un par de meses y bueno, aprender la administración del funcionamiento...

César tuvo la posibilidad de desarrollar su emprendimiento laboral gastronómico con el apoyo económico de su familia. Su formación ha pasado por la fotografía, la computación, la hotelería y turismo, hasta desembocar en la gastronomía.

Al momento de la entrevista César está viviendo en una casa de medio camino, hace 6 meses. Estas casas son gestionadas por el centro de rehabilitación al que concurre. Las mismas tienen por objetivo que un grupo de personas con padecimiento de lo psiquiátrico puedan convivir y desarrollar actividades de autonomía y gestión de la casa de manera colaborativa. Hay un grupo de educadores que permanecen las 24hs con los residentes, repartidos en varios turnos.

4. Discusión: Otras formas de vivir necesitan otras formas de nombrar

En este apartado considero interesante poder dar visibilidad a las insistencias que se dieron en el trabajo de campo (Fernández, 2007). Las insistencias se pueden entender como las palabras, sensaciones, afectaciones, gestos, expresiones, temas que han ido apareciendo y reapareciendo en las entrevistas que se realizaron. Las mismas serán puestas en juego con algunos de los conceptos-herramientas seleccionados para realizar el análisis del material y con las categorías de análisis que surgieron del trabajo de campo en la sistematización de datos mediante el software MAXQDA. De esta manera el apartado se presentará organizado en torno a los objetivos y preguntas propuestas en esta tesis, para luego abordar las imágenes de pensamiento que se han identificado en las entrevistas, así como también serán analizados los EM que ponen en juego las narrativas de los participantes de la investigación. Las citas que se realizan harán mención de los seudónimos utilizados en el capítulo anterior, mientras que para los psiquiatras se utilizará la sigla EP: “entrevista a psiquiatra”, seguido de un número que diferencie a los entrevistados; de esta manera serán citados como EP1, EP2 y EP3.

4.1- Proceso de toma de decisión y manejo de información en relación a la ECT

Se identificaron tres factores que incidieron con mayor peso en el proceso de toma de decisiones y manejo de información de los casos analizados. El primero es el de las redes comunitarias, familiares y de amistad. Sobre todo la presencia de la familia en el proceso y cómo ésta hace circular la información en un momento que puede ser de vulnerabilidad para la persona que se le ha indicado ECT. Se observó que tanto Antonio como Mario sintieron que el manejo de información por parte de sus familiares fue escaso, teniendo una actitud más bien pasiva a la hora de relacionarse con los psiquiatras. En el caso de Mario, de 58 años, su médico le transmitió que los problemas que él manifestaba en relación a la memoria se debían a su edad. En este caso se observa que la información transmitida fue errónea. Estos factores generaron una sensación de incertidumbre en ellos en relación a dicho tratamiento, reduciendo así el proceso de toma de decisión a una indicación que el psiquiatra le informa al familiar de manera unidireccional. En ambos casos los participantes lo plantearon como una única opción, sin alternativa posible. Es importante aclarar que esta falta de protagonismo en la toma de decisión, no fue vivida como un factor negativo por parte de ellos, sino más bien como algo dado.

En cuanto al manejo de información, tanto en el caso de Horacio como en el de César la familia jugó un rol importante marcando el desarrollo de los procedimientos y la interacción con los psiquiatras. En Horacio se observó más protagonismo de su parte, siendo él mismo

quien se comunicaba con los psiquiatras y llegando a firmar el consentimiento informado, mientras que en el caso de César fue su familia la que tuvo más protagonismo en el proceso y la que le comunicó sobre las características del tratamiento.

En lo que respecta a los familiares, tanto Ofelia -cuñada de Antonio- como Ailén -madre de César- expresaron contar con información sobre la ECT previamente al momento de indicación. Ambas expresaron también haber tenido niveles más o menos fluidos de intercambio con los psiquiatras en relación a la aplicación de ECT, con la diferencia que Ofelia entendió esta comunicación más como una aceptación del tratamiento, mientras que Ailén manifestó haber tenido instancias de intercambio y discusión con el psiquiatra tratante. Líber, hermano de César, también manifestó haber recibido información al respecto, en un grupo de familiares al que asistía su madre.

Se puede afirmar que el modo en que la familia se posicionó e intervino en cada caso, fue determinante en la forma en que se dieron los procesos de toma de decisiones.

El segundo factor, muy relacionado al primero, es el peso del nivel socio-económico y educativo de la persona que recibió ECT y su familia. Se observó que tanto en los casos de Horacio como César tuvieron más acceso a la información y más participación en la toma de decisiones. En este punto cabría preguntarse cuánto peso pudo haber tenido el hecho de pertenecer a sectores socio económicos más altos que los casos de Mario y Antonio. Este factor parece estar estrechamente vinculado al acceso a prestadores de salud privados, pero también a la forma del vínculo con los médicos tratantes y el nivel de comprensión en la comunicación. En virtud de lo antes expuesto resulta pertinente traer el caso de Horacio, ya que él fue el único que expresó haber tenido una comunicación fluida con los psiquiatras que indicaron la ECT, haciendo él mismo la aclaración explícita de que el factor económico influyó de manera determinante en el tipo de comunicación que los psiquiatras establecieron con él. También vale mencionar que Horacio fue el único en tener continuidad en estudios terciarios, si bien no los finalizó.

El tercer factor determinante del proceso de toma de decisión y manejo de información lo constituye la tensión entre salud pública y salud privada. Resulta interesante mencionar en este sentido que en el consentimiento informado que utiliza el Hospital Vilardebó, no figura información sobre el médico psiquiatra que indica la ECT. Esta información podría resultar necesaria sobre todo en salud pública, donde no existe una clara referencia de los médicos psiquiatras tratantes y, cuando la hay, los tiempos de lapso entre una y otra entrevista resultan demasiado extensos. Asimismo, se entiende de vital importancia en el caso de que la persona, su familiar o un tercero involucrado quieran acceder a esa información en el contexto de un seguimiento en el marco del tratamiento. Dicha información implica,

entonces, un cierto grado de responsabilidad por parte de quien indica la ECT, lo que genera a su vez, una mayor precaución a la hora de indicar un tratamiento de estas características. Además, se aporta a la información de la historia clínica un dato que puede ser valioso para la comunicación con futuros médicos tratantes. Vale mencionar que la información sobre el médico psiquiatra que indica ECT aparece en el manual que el HV utiliza como modelo para sus prácticas en esta materia. El texto al que se hace referencia se titula “Terapia electroconvulsiva, un texto programado” (2001).

Otro aspecto que vale destacar es la formulación de la pregunta sobre la eficacia de la ECT. Mientras en el manual figura “¿Es efectiva la ECT?”, en el documento del HV se formula: “¿Cuán efectiva es la ECT?” cambiando así el sentido de la pregunta, ya que se da por sentado que es efectiva. Lo mismo ocurre con la pregunta sobre si es segura la ECT. Mientras en el manual se sugiere formular: “¿Es segura la ECT?”, en el consentimiento informado utilizado por el HV versa: “¿Qué tan segura es la ECT?”. Este cambio en la formulación de las preguntas no se considera menor, puesto que hace a la calidad de información que recibe el familiar y la persona que recibirá ECT.

Se coincide con Rose (2005), y Rakkumar (2006), cuando afirman que previo a dar su consentimiento informado para un tratamiento médico de cualquier índole, las personas deben tener la posibilidad de decidir, y para ello deben tener información adecuada sobre los beneficios y los riesgos, y tener la libertad de elegir si deben o no someterse a dicho tratamiento. Chakrabarti y Sandeep (2010) en sus estudios sobre esta temática encontraron que “los pacientes a menudo estaban insatisfechos con todos estos aspectos del procedimiento de consentimiento mientras recibían ECT” (p.527, traducción propia).

Fisher y Johnstone (2011) mencionan que el consentimiento informado implica factores interpersonales y sistémicos que deben ser abordados de manera compleja. Los autores afirman en su trabajo que en pocas oportunidades se ofrecen alternativas de tratamiento a quien tiene indicada ECT, y en tal sentido las personas pueden consentir porque sienten que han tenido pocas opciones. Esta concepción deriva en la idea de último recurso.

El *Royal College of Psychiatrists* impulsa el Servicio de Acreditación de Terapia Electroconvulsiva (ECTAS, por sus siglas en inglés) que trabaja con clínicas de ECT para asegurar y mejorar la calidad de la administración de este tratamiento. Dicho servicio establece un protocolo en relación al consentimiento informado y el manejo de información que nos interesa poder mencionar.

La información para pacientes y cuidadores está escrita de manera simple y clara y puede proporcionarse en otros idiomas además del inglés (asegurando la relevancia cultural si es necesario). Está disponible en formatos fáciles de usar para personas con dificultades

visuales / auditivas / cognitivas o dificultades de aprendizaje. Audio, video, materiales simbólicos y pictóricos, pasaportes de comunicación y firmantes se utilizan según sea necesario. (Royal College of Psychiatrists, 2018, p.22)

Se subraya entonces que las personas que van a recibir ECT sean informados teniendo en cuenta sus dificultades de comprensión o discapacidad, utilizando medios audiovisuales si es necesario, así como otro tipo de materiales. El ECTAS también menciona que “el consentimiento de los pacientes nunca se obtiene a través de ninguna forma de coerción” (p.23). Asimismo resulta pertinente mencionar que dicho servicio se conforma por técnicos de la salud mental, cuidadores, y usuarios. Se integra a los usuarios y cuidadores en los comités que evalúan las prácticas de las clínicas, además de hacer visitas a las mismas.

A un nivel más macro del manejo de la información, se toman los datos recabados de índole cuantitativa, a los que se pudo acceder en esta investigación, que nos advierten en términos comparativos que Uruguay sigue aplicando la misma cantidad de ECT que hace 25 años. Como se abordó en el capítulo uno, según fuentes nacionales (Otegui et al, 1994), el promedio anual para el 1992 en el Hospital Vilardebó era de 3540 sesiones de ECT, cifra levemente menor a las 3964 sesiones para el año 2016 en la misma institución. Vale mencionar que no existían registros sistematizados disponibles sobre la aplicación de ECT previo al año 2009 en dicha institución, lo que parece indicar que la Ley N° 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud, pudo tener un impacto positivo en este sentido. Respecto al sector privado, queda la duda si disminuyó o aumentó este promedio, puesto que no existe información disponible sobre este tratamiento. Estos datos permiten plantearnos la necesidad de que la ECT tenga un mayor nivel de regulación, a efectos de tener un registro sobre este tratamiento, y poder efectivizar un seguimiento más exhaustivo del mismo. La correcta sistematización de los datos mencionados, constituye un elemento fundamental para la garantía de los DDHH de quienes tienen indicado este tratamiento en salud mental. En este sentido se entiende pertinente la existencia de un Órgano de Revisión que pueda realizar un seguimiento adecuado sobre este asunto, como lo establece la ley argentina de salud mental, -ley n.º 26.657, art. 38- “con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental” (Argentina, 2010).

En los casos estudiados se observó que los medios utilizados para transmitir la información sobre ECT, fueron escasos y poco accesibles para quienes recibieron dicho tratamiento y su familia. Los casos en los que se manejó más información y se participó más activamente del proceso de toma de decisiones, se debieron a que existió una clara iniciativa por parte de quien recibió ECT o su familia, tanto para informarse como para interactuar con los psiquiatras que indicaron dicho tratamiento.

4.2- Efectos atribuidos a la ECT

Uno de los efectos que se puede visualizar con más claridad en las narrativas de los entrevistados es el de la rapidez de respuesta de la ECT, asociado a la imagen de la inmediatez. Este efecto es identificado por todas las personas entrevistadas, mayormente asociado a un efecto beneficioso, si bien también se lo mencionó como un efecto nocivo. Esta rapidez en la respuesta estuvo asociada a quitar sensaciones de malestar, alucinaciones e ideas de muerte en algunos de los entrevistados, pero también como un elemento de tranquilidad para algunos de los familiares, puesto que representaba sacar de una situación de riesgo a quien tenía intentos de autoeliminación.

Otros de los efectos más frecuentemente mencionados fue la pérdida de memoria, que se visualizó en todos los casos abordados. En el caso de Horacio narró no sólo cómo los olvidos abarcaron varios años previos de memoria autobiográfica, sino también borraron registros sobre los estudios que realizó. En el caso de Mario, esta pérdida de memoria se vivencia de manera ambigua, ya que si bien él manifiesta haberse olvidado de muchas cosas, también menciona que olvidar ha sido beneficioso para él. En el caso de César los olvidos han sido profundos y severos, llegando a olvidar hechos recientes en el día a día, ya pasado más de un año de la última sesión de ECT. César no recuerda si tuvo otro psiquiatra tratante previamente al actual, cuestión que deja entrever esta pérdida de memoria, ya que según sus familiares él estuvo en tratamiento con otro psiquiatra durante más de dos años y medio. Un elemento que podría explicar esta profunda pérdida de memoria, es que César estuvo recibiendo ECT de mantenimiento durante más de un año, de forma periódica.

Uno de los psiquiatras entrevistados comenta que la pérdida de memoria a corto plazo podría verse como beneficiosa en el entendido de que borraría los contenidos terroríficos de las alucinaciones, por ejemplo, pero que él no está de acuerdo con esa modalidad de utilización, ya que esos contenidos alucinatorios están asociados a experiencias traumáticas que se pueden trabajar a nivel psicoterapéutico. No obstante, el entrevistado identifica que la práctica común sigue siendo la de atacar el síntoma.

Yo he visto pacientes que han mejorado mucho con la ECT, y todos, lo que te dicen es que tienen una pérdida de memoria a corto plazo. La memoria reciente, de hechos, que si me preguntas no me parece que sea un grave problema, porque, es más, de alguna forma es buscado, porque la experiencia alucinatoria cuando es terrorífica es muy jodida. Y que una persona se olvide de eso, en principio parecería que no lo complica, o lo beneficia. Si esos contenidos alucinatorios y delirantes tienen que ver con su historia de vida, traumática y que lo bueno sería procesarlo a través de otras estrategias psicoterapéuticas, ahí uno podría decir, no está bueno, pero de eso yo voy a intentar generar una línea acá de trabajo, que en psiquiatría no se ha hablado mucho, que es que en un porcentaje elevadísimo de personas que han desarrollado psicosis, han tenido experiencias traumáticas muy jodidas. Y tú ves que en la entrevista, a las personas con esquizofrenia eso no se pregunta. [EP2]

Se puede pensar que este atacar el síntoma es un modo de generar una respuesta a un padecimiento. En ese sentido, otro de los psiquiatras entrevistados cuestiona lo que se entendía por respuesta en su equipo de trabajo, además de mencionar los efectos de este tratamiento sobre la memoria.

En términos biomédicos, amnesia inmediata. Disminuía aún más la escucha psiquiátrica. Se sostenía una lógica en la cual lo comunicacional era aún más empobrecido, porque era un efecto de borramiento. Si vos tenías un discurso en el cual tu práctica psiquiátrica considera que el pensamiento del otro es delirante y delirante quiere decir que no tiene ningún valor en términos de legitimidad. Con electroshock eso era aún menos. Al ser la respuesta que era más rápida. Súper discutible el término de respuesta por otra parte. [EP1]

Aquí el entrevistado habla de una disminución de la escucha psiquiátrica como un efecto de la ECT. Resulta interesante lo que se expresa en este fragmento, visualizando como un efecto de la ECT, la propia práctica de los psiquiatras como de no escucha y falta de empatía.

El daño cognitivo fue otro de los efectos que también se le atribuye a la ECT. En el caso de Antonio, esta idea aparece representada en la imagen de neuronas que se queman, tanto las neuronas malas como las buenas. Breggin (2008) es uno de los autores que más ha reafirmado los efectos de daño cognitivo como “disfunción mental generalizada irreversible con apatía, deterioro de las habilidades sociales, problemas para centrar la atención y dificultades para recordar cosas nuevas” (p.234), así como impactos directos en la capacidad de aprendizaje. Por su parte, tanto la madre como el hermano de César expresaron la certeza de que él presenta un daño cognitivo evidente que se expresa, entre otras cosas, en el manejo de herramientas cotidianas. Si bien no están del todo convencidos de que este daño sea únicamente debido a la ECT, no dudan en reconocer un retroceso en las capacidades cognitivas de su familiar.

Por último, cabe mencionar que en distintas ocasiones, no se logró diferenciar por parte de usuarios y familiares cuáles efectos correspondían a la ECT, y cuáles a otros tratamientos, como el farmacológico, o la evolución del propio padecimiento. Se pueden pensar dos razones por las que se dio esta falta de certeza de los entrevistados sobre los efectos de este tratamiento. La primera tiene que ver con la forma de comunicación y calidad de información que se le ofreció tanto al usuario como a su familia respecto al tratamiento, elemento que originó confusión respecto a qué causó qué efecto. La segunda tiene que ver con la falta de un correcto seguimiento de los tratamientos, que no permitió monitorear cómo evolucionó la persona que recibió ECT a lo largo del tiempo. Ambas razones están conectadas, y son parte de un correcto proceso de tratamiento.

4.3- Imágenes de la enfermedad

Existen en las narrativas de los entrevistados, imágenes dogmáticas en relación a la enfermedad, que se pueden visualizar en expresiones como la de Horacio:

Tú sabes por estudios científicos, las personas que tienen esquizofrenia, y más si es grave, crónica y persistente, difícilmente accedan a ningún trabajo, por un déficit neuronal que viene del embarazo, del embrión. (Entrevista a Horacio)

En este sentido se podría vincular esta imagen de pensamiento al EM de *disease*. Los modelos explicativos de la psiquiatría como el de patología, ofrecen un panorama muy desalentador para los que sufren un padecimiento de lo psiquiátrico, puesto que se parte de un principio de incurabilidad. Este elemento es especialmente impactante a la hora de pensar un proyecto personal propio, al plantear la dependencia a un fármaco u otro tratamiento de por vida. En el caso de César, se puede observar cómo la imagen de pensamiento de la enfermedad incurable está bien presente en sus dudas sobre si algún día podrá dejar de tomar psicofármacos. César manifiesta que apuesta a una vida en contacto con la naturaleza y con una dimensión espiritual, pero el hecho de depender de la medicación lo desanima.

C: Si. Como que dejaría dejar de tomar la medicación y tener una vida natural, consumir cosas de la naturaleza. Consumir y ser parte de la naturaleza. Pero bueno. Tengo claro que el equilibrio por ahora lo logro con la medicación.

E: Tenés claro que por ahora tomas la medicación pero después...

C: Claro, por ahora. No sé si es crónico. Creo que es crónico.... Entonces no sé... [suspira]

Aquí se podría hablar de la incurabilidad como otra imagen dogmática de pensamiento. En este sentido, Martínez Hernández (2013) afirma que:

En ese contexto [*disease*], los síntomas del trastorno remiten a una alteración cerebral profunda pero desconocida, que se considerará semejante a las alteraciones cerebrales encontradas en la parálisis general. Ese modelo explicativo proveniente de la anatomía cerebral se aliaba, en el último caso, a un modelo causal, de tal modo que el criterio etiológico tampoco será desconsiderado como modo válido de establecer una clasificación. (p.477)

Esta imagen de pensamiento que llamamos de incurabilidad, la vinculamos al EM biomédico que Kleinman (1979) y Winkelman (2009) llaman *disease*. Dentro de esta imagen de incurabilidad, la ECT tiene validez como dispositivo que opera sobre un "cerebro enfermo". En este tratamiento se despliega la promesa de práctica científica probada y eficaz y está, por consiguiente, legitimada.

Winkelman (2009) afirma que se puede dar una negociación entre distintos EM en el entendido que no hay EM puros, sino que más bien conviven de diversas maneras. En tal sentido se podría afirmar que las imágenes de pensamiento en relación a la patología-*disease* permearon en los relatos/discursos de Horacio, pero también se produjeron otras imágenes de pensamiento en relación a cómo abordar el padecimiento. Estas otras imágenes dejaron ver una confrontación directa con aquella concepción de patología. Horacio menciona a los Grupos de Escuchadores de Voces como un abordaje legítimo y terapéutico. Dice Horacio a este respecto:

A estar solo encerrado en la casa, y que nadie te dé pelota. Saber que estás en un lugar que te van a escuchar el disparate que tú quieras decir y te dan un aplauso, y te dan para adelante. Es terapéutico, ¿verdad? Aunque no lo cure, aunque no tome la medicación. Pero, ¿qué pasa? Los psiquiatras se niegan a todas esas cosas. (Entrevista a Horacio)

En este fragmento se observa entonces en Horacio esta negociación entre EM, y una mixtura de imágenes de pensamiento que confluyen.

Según uno de los psiquiatras entrevistados, la imagen de enfermedad es distinta a la de sufrimiento. Con respecto a este sufrimiento, el entrevistado apunta que no es tarea de la psiquiatría tratarlo.

La psiquiatría en la actualidad mantiene su rol tradicional de ocuparse de la enfermedad mental. [...] Y bueno, yo creo que en los hechos, llegan a las consultas psiquiátricas y en los hechos, los psiquiatras se ocupan de un montón de cosas que no tienen que ver con la enfermedad mental, que tienen que ver con el sufrimiento, con el conflicto, con el malestar, y que no... Y no con el concepto de enfermedad mental. (EP3)

Estas afirmaciones se podrían vincular con un artículo publicado por Casarotti et al (2004) en el cual los autores afirman que hay determinados padecimientos que son de una evidente causalidad orgánica, y que únicamente desde una “perspectiva psiquiátrica” sería pertinente abordarlos:

Los psiquiatras que asisten a pacientes con trastornos agudos (depresiones melancólicas, cuadros maníacos, psicosis delirantes agudas, etc.) enfrentan realidades patológicas donde la causalidad orgánica “salta a la vista” [...] Sólo teniendo de los problemas psiquiátricos una “perspectiva psiquiátrica” es que pueden ser el instrumento de información correcta que hace falta para que el público en general modifique la actitud negativa que, dirigida contra el “electrochoque”, se origina en la incomprensión de la realidad y de la naturaleza de la enfermedad mental. (p.35)

En esta misma línea argumental es que en el mencionado artículo también se “legitima” la utilización de ECT:

De los métodos físicos para mejorar este orden psíquico desorganizado, la ECT es el que más evidencia la realidad de ese trastorno en la “reactividad” y el que más sorprende al psiquiatra por sus efectos. (p.35)

Como se expresa en este fragmento, se habla de un orden a restaurar, evidenciando un discurso con fuertes componentes biomédicos. En todo caso, esta diferenciación se vincula más a dos modelos de observación que entran en disputa. En este sentido, las afirmaciones que realizan los psiquiatras entrevistados constituyen un régimen de verdad, que como plantea Fernández (1999) “establece un tipo particular de narrativa válida en el campo disciplinario” (p.258). En este punto se torna interesante poder preguntarnos sobre qué narrativas se ponen en juego cuando las disciplinas entran en diálogo. ¿Qué sucede con los regímenes de verdad en lo interdisciplinar?

Resulta interesante también remarcar cómo se diferencia enfermedad de sufrimiento, en cuanto a la lectura de los EM que se despliegan en los discursos de los psiquiatras. Se habla de enfermedad en términos de patología-*disease*, diferenciándola de aflicción-*illness*. ¿Se podría afirmar que las imágenes de pensamiento en relación a la aflicción-*illness* permearon en los relatos/discursos del psiquiatra entrevistado?

4.4- Imágenes del trabajo

Resulta pertinente dar relevancia a un elemento que apareció en todos los casos. Se trata del lugar que adquiere la trayectoria laboral como mecanismo de inclusión social en las imágenes de pensamiento de las personas participantes de la investigación. A veces este hecho funciona como mero elemento de inclusión, donde se corre el riesgo de asociar la salud con la funcionalidad, con la idea de que mientras uno trabaja, está sano. En el caso de Antonio, su relato refiere a que el trabajo fue causa de padecimiento. César tuvo buenos trabajos y su padecimiento estuvo signado por su dificultad con el sostén de sus empleos. Horacio, si bien nunca tuvo un trabajo formal remunerado, tuvo una actividad que le exigía obligaciones, en la que se sentía útil. Mario narra gran parte de su vida a través de su actividad laboral. Sin dudas el factor laboral tiene impacto directo en cómo se vivencia el padecimiento, y la falta del mismo se experimenta a su vez con gran frustración, generando una sensación de inutilidad. Se puede decir entonces que el trabajo ha sido una de las

temáticas más insistentes y frecuentes en las entrevistas realizadas, de los asuntos más mencionados, y en este sentido produjo diversas imágenes de pensamiento.

Una de las imágenes tuvo que ver con el formar parte de algo, de un grupo o institución, es decir, el sentido de pertenencia e inclusión y la cooperación y la solidaridad entre compañeros. También se aludió al prestigio social en lo que hace a la imagen de sí mismo en el campo social, como valor social de la propia actividad. Otra imagen frecuente que emergió fue la de productividad y utilidad. Esta imagen también estuvo muy emparentada con el empleo del tiempo, la economía del quehacer cotidiano, el uso útil del tiempo, al estar ocupado, como distracción o forma de no pensar en los problemas. Asimismo emergieron imágenes relacionadas a la frustración por no poder acceder a un buen trabajo, mejor remunerado y más estable. Apareció también una imagen relacionada al estrés por mantener el empleo o adaptarse a su reglamento, y la angustia por no tenerlo o haberlo perdido y ya no poder recuperarlo.

Para las imágenes de pensamiento mencionadas se expondrán a continuación, fragmentos de algunas entrevistas.

Se pueden vincular las imágenes relacionadas a sentirse productivo o reconocido como imágenes dogmáticas del pensamiento, muy marcadas por las reglas del mercado en cuanto a capacidad de producir. El sentirse reconocido como trabajador productivo, es vivenciado como un elemento saludable y de adaptación, haciendo “contrapeso” con las imágenes de inutilidad y de incapacidad asociadas a la imagen de enfermedad. El problema que muchas veces se presenta es que frente a la gran exigencia de mantener un rol productivo en el mercado laboral, se termina agravando una situación de padecimiento que se podría haber evitado o prevenido. Miriam Wlosko (2015) reflexiona desde la psicodinámica del trabajo sobre este asunto:

La evaluación se transforma así en un mandato de “tener que ser competitivos” [...] Gran parte del sufrimiento y la patología mental en el mundo del trabajo está ligada a estas nuevas modalidades de evaluación, las que dan lugar a una angustia específica: la de no estar a la altura, o ser considerado “insuficiente”, despertando sentimientos de incompetencia ansiógena. (p.423)

Esta exigencia de productividad en el caso de Antonio, sumado al mandato de mantener a su familia, generó en él un estrés que fue *in crescendo* hasta derivar en una crisis. El mandato de productividad que impone el sistema con sus reglas, como se mencionaba anteriormente, invisibiliza el padecimiento que no se ajusta a los tiempos del mercado laboral.

Trabajaba... trabajaba por la cuenta. Pero también un estrés del trabajo que me llevaba a estar al mango, ¿viste? [...] Muy ansioso, muchas horas, dormía 2 horas por día, 3 horas. Venía del laburo, me bañaba, comía y seguía laburando en casa de noche. Fue mucho trabajo para haber absorbido. (Entrevista a Antonio)

El nivel socio económico del entorno familiar de Antonio no le permitió no trabajar, cuestión que según él resultó determinante como disparador de su padecimiento. En el caso de Horacio, el nivel de ingresos de su familia le permitió realizar otro tránsito donde le fue posible realizar otras tareas sin necesidad de generar ingresos, y en este sentido el trabajo no ofició de factor estresor para él. En estas diferencias de las condiciones materiales y subjetivas de vida se puede observar lo que Raikhel y Garriot (2013) entienden las trayectorias subjetivas de padecimiento en el plano multidimensional, donde el tránsito está compuesto por lo biológico y lo social, pero también por lo legal, lo cultural y lo político.

Ailén comenta sobre su hijo César que los primeros signos de malestar, los más visibles, se expresaron a través de su errática agenda laboral, en donde había parte del año en la que no trabajaba:

Sus signos de inadaptación eran que él esos años que tuvo el restaurant trabaja durante el verano pero después no hacía nada el resto del año (Entrevista a familiar de César).

Resulta interesante observar lo que plantea la nueva ley de salud mental aprobada en nuestro país a fines de 2017 en su definición de Salud Mental. En su artículo 2 la define como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Ley N°19.529, 2017). Este fragmento nos lleva a pensar que la ley tiene una imagen dogmática en torno al trabajo, relacionado con la imagen de productividad-utilidad.

Aparecen también otras imágenes de pensamiento que relacionan el mundo laboral a la cooperación, la solidaridad, lo compartido, al compañerismo, el tránsito y movilidad en el espacio. Estas imágenes están relacionadas a procesos saludables y de inclusión, que son vivenciados como aspectos positivos, que potencian vínculos y generan comunicación.

Antonio vincula la actividad laboral a lo saludable, opuesto a la enfermedad, haciendo referencia a lo identitario, pero también a una forma comunitaria de hacer las cosas.

A: He dejado la vereda de la enfermedad, para pasar a la vereda del trabajo.

E: ¿Vos crees en trabajar en equipo?

A: Sí, sí. Por supuesto que sí. Es una forma comunitaria de hacer las cosas.

E: ¿Y ha funcionado?

A: Claro, funcionó. En mi caso funcionó. (Entrevista a Antonio)

[...]

Me gustó. Las reglas del cooperativismo, y todo. Los principios del cooperativismo es que hay que tener voluntad propia, no se puede obligar a una persona.[...] Es un estilo de vida diferente porque si sos cooperativista no tenés patrón, aunque los compañeros te dicen, hace esto... [risas] pero no tenés patrón. (Entrevista a Mario)

Mario también pone al trabajo como una de las cosas que le ayudó, además de la ECT, a recuperarse:

[Para recuperarse] hay que poner fuerza de voluntad, porque no es sólo el electroshock. Fuerza de voluntad, el trabajo. (Entrevista a Mario)

César, por su parte, afirma que el ambiente de trabajo lo ha ayudado, por el hecho de estar en contacto con otros, en un ambiente que le es ameno.

E: Bien... ¿Y a vos te hace bien estar allá?

C: Si, si...

E: Ver otra gente, estar en contacto con otros...

C: Eso...

E: Como quien dice formas parte del grupo de trabajo

C: En eso estamos... (Entrevista a César)

Horacio cuenta que motivado por la rehabilitación psicosocial, hizo intentos de trabajar, pero no logró hacerlo, salvo por breves períodos. La actividad laboral para él estuvo más emparentada con poseer un status determinado y a la realización profesional, que de la subsistencia. En este sentido, el valor que da Horacio a lo laboral es distinto a los otros entrevistados, porque se ponen en juego la capacidad de rendimiento y el estrés. Él cursó 5 años en la Escuela de Servicio Social, formación académica que según lo relata, le ha servido mucho para coordinar grupos en los que participó.

4.5- Imágenes de la pobreza-soledad-estigma-marginalidad

En el análisis de las entrevistas se puede observar que las categorías “salud pública/salud privada” y “red familiar/redes vinculares” aparecen frecuentemente asociadas. Este vínculo parece ser de índole causal ya que quienes se atienden en salud pública pertenecen mayoritariamente a sectores socio-económicos bajos, manifestaron tener menor apoyo de

las redes familiares, vinculares o comunitarias. De esta forma la pobreza aparece asociada a ser usuario de la atención en salud pública, pero también a la falta de redes de contención familiar, de amistad o comunitarias.

En este sentido se observa que el fenómeno de la pobreza no sólo se ve expresado en la falta de recursos económicos y por consiguiente en la dificultad para el acceso a médicos de “calidad” y diversos especialistas de la salud mental, sino que también implica una red vincular dañada. Por los motivos antes expuestos, el abordaje sobre el factor de la pobreza en el marco de la atención en salud pública, requiere también considerar la dimensión comunitaria, interrelacional y subjetiva. Un ejemplo de esto se puede observar en la narrativa de Antonio en relación a un grupo del que formó parte con el que viajó fuera del país.

Me han dado una oportunidad. Hemos ido a Rosario, a Santa Fé, a pasear, 11 horas de viaje, estuvimos 3 días. Mi hijo cuando le conté, me dijo: “¡papá te fuiste a pasear!”. (Entrevista a Antonio)

El hecho del viajar constituye un elemento no menor, que hace a la salud mental y a la calidad de vida de un sujeto y que se relaciona con el derecho a la circulación, que junto a vivienda, trabajo, educación y recreación forman parte de derechos vulnerados que produce la pobreza y marginación. Pobreza y marginación que asociados a un padecimiento de lo psiquiátrico produce fuertes niveles de aislamiento.

Es también importante poder visualizar cómo se refleja en los discursos de los psiquiatras, una fuerte conexión entre la persona pobre con padecimiento de lo psiquiátrico y el daño de las redes que hacíamos mención anteriormente. A continuación presentamos fragmentos de dos de los psiquiatras entrevistados que trabajan en el ámbito público sobre cómo se vinculan estas dimensiones.

El motivo social es: pacientes que estando entre comillas compensados de su patología aguda, no pueden egresar del hospital porque no tienen dónde ir. Es decir, son pacientes que tienen alguna patología grave que influye significativamente en su capacidad de autodeterminación o autosustento. Y no tienen un lugar, familiar, comunitario o terapéutico, que los reciba fuera del hospital. Entonces permanecen en el hospital porque no tienen a donde ir, y porque tienen una patología grave. (EP3)

Esta conexión entre pobreza y hospitalización es otra de las imágenes dogmáticas de pensamiento que emergen y que resulta interesante poder visualizar, ya que parecería no haber otra alternativa para las personas en circunstancias de vulneración social con padecimiento psíquico que la internación. En consonancia con lo antes expuesto, Galende

(2006) afirma en relación a este tema:

Locura y pobreza, marginalidad y encierro, aislamiento y control del loco, hacen que la ecuación locura- internación tenga un cierto estatuto natural en la conciencia de la sociedad y también en la de los médicos que vendrán a ocuparse de ella. (p. 31)

En los siguientes fragmentos, dos de los psiquiatras entrevistados ponen de manifiesto también, esta conexión entre redes de apoyo y nivel socio económico:

Lo que he notado bueno, la influencia de la pobreza y la marginalidad incide bastante en lo que es el sostén, el apoyo. No es que sea sólo material, viste. Daría la impresión que la familias sometidas a la pobreza y la marginalidad, cuando están desestructuradas, ese combo, ese impacto, deja mucho más en vulnerabilidad a las personas que tienen algún trastorno mental. Las familias de mejor nivel socio económico, o clase media, por más que tengan disfunciones grandes, como que pareciera que tienen más recursos, materiales sin duda, pero también siempre hay algún familiar en la vuelta, algún otro apoyo. (EP2)

[...]

El aspecto ahí que interviene es que el sistema público trabaja con poblaciones de... Peor nivel socioeconómico, en los cuales el trabajo en lo comunitario es mucho más necesario. (EP3)

En estos fragmentos los psiquiatras expresan que visualizan claramente el íntimo grado de conexión que se da entre las dimensiones de nivel socio económico bajo y las escasas o nulas redes vinculares. Este factor tendrá diferentes grados de impacto, según el nivel de dependencia que establezca la persona con la institución en la que se encuentra internada, y de la mayor o menor presencia de las redes que mencionábamos. También se visualiza la falta de otros dispositivos capaces de ofrecer a quienes egresan del hospital una alternativa de vida fuera del mismo, que atienda las vulneraciones mencionadas por los psiquiatras entrevistados.

Por otra parte se observa que desde la política pública no se ofrecen alternativas viables para las personas con padecimiento de lo psiquiátrico que se encuentran internadas y no cuentan con redes de contención en el afuera. De esta manera se puede pensar en una imagen dogmática de pensamiento de pobreza-soledad-estigma-marginalidad.

Se considera pertinente en este punto traer una lectura en clave de DDHH, en lo referido a la nueva ley de Salud Mental, la Ley N° 19.529. Como se mencionó en el capítulo 1 de esta tesis, la ley uruguaya no considera como determinantes los factores históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos en la salud mental, como sí lo establece la

Ley N° 26.657 de Argentina. En cambio la ley uruguaya considera a la salud mental como una relación de causalidad entre productividad- normalidad-trabajo-comunidad-bienestar, lo que constituye una visión reduccionista del padecimiento y establece las condiciones dadas para un abordaje también reduccionista y limitado de las personas y fomenta imágenes de pobreza-soledad-estigma-marginalidad.

4.5- Imágenes de memoria colectiva

Mientras se desarrollaban las entrevistas, ocurrieron situaciones que me convocaron a pensar en lo referido a la memoria colectiva. En el siguiente fragmento tomado de mi cuaderno de campo, se observa una situación colectiva que se da en el patio de la residencia en donde vivía uno de los entrevistados:

Él mismo les daba participación a otros, y algunos comentarios de compañeros completaban una escena que él venía narrando, para clarificarla. Esto me dio la idea de la memoria colectiva como un ejercicio cotidiano fruto de compartir la vida. En este sentido me alegré de poder ser parte de una ronda de conversación que, si bien tuvo sus momentos de dispersión, también aportó y enriqueció el relato de Antonio. (Cuaderno de campo 17-1-19)

En cuanto a los efectos en la memoria que aparecen tras una trayectoria de vida con tratamiento psiquiátrico, la construcción de una memoria colectiva parece ser una forma de protección y preservación de elementos de la propia historia. Esta imagen de memoria colectiva aparece en las entrevistas, por ejemplo en el testimonio de Horacio cuando cuenta los efectos de las primeras veces que recibió ECT:

Ahí me quedó una laguna tan grande de los 4 o 5 años anteriores. Una laguna tan grande en el cerebro. Porque te los borra. [...] Vos sabes que uno esta tan desesperado que de a poquitito va reconstruyendo cómo fue eso, ¿no? Pone un dato acá, una fotografía allá, el relato de una novia que tuve que me contaba. Fui reconstruyendo las cosas. No todo. (Entrevista a Horacio)

En el caso de Horacio, la necesidad de recuperar fragmentos de su propia historia, hizo que recurriera a armar una suerte de collage de sus propios recuerdos. Antonio, por su parte, expresa un efecto sobre las neuronas y olvidos que se remontan hasta la infancia. Además sucede que en esta reconstrucción de la memoria un compañero del residencial aporta también a parte de su relato:

A: La micronarcosis te quema las neuronas, las neuronas malas y también te quema las buenas. Un poco fue la falta de memoria, ahora que estoy hilvanando. Porque yo me mando las pastillitas. No para acodarme lo del pasado, sino para empezar de vuelta en cero.

E: ¿Pero vos decís que la micronarcosis influyó en la falta de memoria?

A: Sí, ¡por supuesto que sí! ¿Verdad que sí Rodríguez? [Lo mira a P1]

P1: Te olvidas de muchas cosas.

E: ¿Y te olvidaste de cosas muy anteriores?

A: Ah sí, de cuando era niño. Y todas esas cosas

E: ¿Vos decís que es un efecto de la micronarcosis?

A: Pienso que sí. (Entrevista a Antonio)

En otro momento de la entrevista con Antonio se vuelve a crear un relato colectivo, esta vez no por iniciativa de él, como el fragmento anterior, sino porque uno de sus compañeros, que estaba escuchando la conversación, interviene para aportar un dato que al parecer se le estaba pasando por alto:

E: Estábamos hablando de cosas que habías olvidado de cómo hacer. ¿Te olvidaste de armar el mate?

A: No, tanto no, porque el mate va conmigo.

P2: Se había olvidado del cigarro. [Un compañero sentado en el fondo responde que se había olvidado del cigarro].

E: ¿Te habías olvidado del cigarro?

A: Ah sí. 3 meses sin fumar después de la micronarcosis. Hasta que un día, uno me dice "toma Antonio". Me convidaron de vuelta y agarré. 3 meses sin fumar me pasé.

E: ¿Cómo fue?

A: Después de la micronarcosis, de las últimas ya, y mi cuñada me dice: "¿querés un cigarro, un Nevada? Y yo: ¿Yo fumaba? Y ella dice: "ah no, no, la verdad que no" se calló la boca viste. A la semana me viene a ver de vuelta y estaba fumando. Dice: "¿Qué te pasó Antonio? "Ah, me convidaron". El diablo mete la cola por todos lados, ¿verdad Richard?

P2: ¡Se había olvidado de fumar!

E: Te habías olvidado de fumar...

A: En serio, esto es posta, posta. Patente lo que me pasó. Es como el que toma alcohol. Un día deja de tomar y al otro día lo invitan y arrancas de vuelta con el alcohol. (Entrevista a Antonio)

Olvidarse de fumar, conducta tan arraigada como en el caso de Antonio, resulta impactante ya que este hábito suele estar muy arraigado en la vida cotidiana de la persona. Al perder esa memoria de los cigarrillos, se pierde, por ende, la memoria de la propia historia, más allá de que el hecho mismo de fumar pueda ser nocivo. Pero lo que importa remarcar en este ejemplo es más que nada el alcance que puede llegar a tener los olvidos, resultantes de la ECT.

4.7- Imágenes de la inmediatez

Estas imágenes están asociadas a la categoría de análisis rapidez de respuesta. Hace referencia a tomar a la ECT como una solución inmediata y eficaz. En muchas ocasiones se la menciona como un efecto beneficioso de la ECT, sobre todo en relación a los tratamientos psicofarmacológicos, ya que como plantea Antonio, el mejoramiento ocurre más rápidamente:

Con la micronarcosis se acorta la etapa de recuperación, que te lleva con pastillas a largo plazo. Ganas tiempo a la enfermedad. (Entrevista a Antonio)

Uno de los psiquiatras entrevistados también plantea que según algunos de los colegas con los que trabaja, la aplicación de ECT es realizada para acortar el período de internación, lo que dejaría entrever que la indicación iría más allá de un cuadro específico, centrándose en el tiempo de respuesta.

Y el otro tema del cual yo no tengo una experiencia personal, pero que tengo una noción dialogada que es el uso de la ECT para el acortamiento de los tiempos de hospitalización. (EP3)

Otro de los psiquiatras entrevistados plantea algunos cuadros específicos para los que la ECT ofrece mejores resultados en relación a la rapidez de respuesta, haciendo la salvedad de que hay aspectos de este tratamiento que quedan por fuera de la monitorización.

Comparativamente en general las respuestas eran más rápidas en ideas suicidas, excitación psicomotriz que incluye insomnio, e ideas delirantes y alucinaciones. Era una respuesta más rápida comparando psicofármacos con electroshock. Hay varias cosas que no se medían. (EP1)

Líber, hermano de César, también destaca este aspecto diferencial de la ECT. En su caso la información le fue transmitida por un médico, quien le advirtió de este beneficio.

Me acuerdo que algún medico dijo que se podía... Que con electroshock conseguía un resultado inmediato, que con cualquier otra alternativa iba a tener que estar meses dándole medicación, internado para llegar a un resultado similar. (Entrevista a familiar de César)

Según otro de los psiquiatras entrevistados, el argumento de la inmediatez de la ECT, es manejado por algunos colegas, dejando entrever que hay otros que no opinarían igual. Se observa que en este testimonio aparece la referencia a la falta de espera.

Hay médicos que tienen la concepción de que es mejor hacer una ECT antes, a esperar a que un paciente se estabilice con psicofármacos. (EP2)

Se observa, que ya desde 1980 se destacaba la rapidez de respuesta de la ECT como un elemento novedoso y beneficioso para tratar los padecimientos, como planteaba la Dra. Debellis (1980): “El Electro Shock acorta el período evolutivo de la crisis de melancolía de meses a días” (1980, p. 135).

Po último, uno de los psiquiatras entrevistados recuerda cuál era la posición del equipo del cual formaba parte en términos de evaluar la inmediatez de la respuesta.

Pero no había una discusión sobre la legitimidad del discurso del otro, o de la posición subjetiva de existencia del otro, ese paciente no era un sujeto par. No había discusión sobre y si lo hacemos más lento. Y si paramos un poco más para seguir los ritmos de esta persona. Había que hacerlo rápido, que sea rápido era un valor per sé.

E: ¿Rápido en términos de eficiencia?

Totalmente. En costo beneficio. En costo de psicofármaco comparado con el electroshock. Esto estaba por supuesto. Era algo incuestionado. No reflexionado. Eso no era interrogable. (EP1)

4.8- Imágenes de incapacidad

En las entrevistas realizadas se asocia esta imagen a las ideas de desafiliación y exclusión, sobre todo referido al mundo laboral, puesto que la persona no está en condiciones legales de buscar un trabajo formal, lo que lo limita no sólo materialmente sino, como se observó en el apartado de imágenes del trabajo, en otros ámbitos y aspectos de su vida.

También se despliega el argumento jurídico, que es vivido como una limitante para la actividad laboral, como lo explica Antonio en el siguiente fragmento.

Tengo una jubilación que me impide trabajar. 100% de incapacidad laboral, otorgada por el BPS. ¿Qué pasa si yo trabajo y me descubren? Me sacan la jubilación y tengo que pagar retroactivamente todo el dinero que la caja me aportó para mí. Entonces yo opté por una buena: alejarme, dejar a los muchachos tranquilos, que son pasivos, para no entorpecer mi interferencia con ellos. (Entrevista a Antonio)

Como se puede observar en el relato de Antonio, tal limitante no sólo afecta los ingresos sino la vida social que trae aparejada la actividad laboral, en este caso en su grupo de trabajo.

En el siguiente fragmento se observa cómo Horacio establece una fuerte asociación entre su diagnóstico médico y la incapacidad. Esta asociación ya no tiene que ver con el aspecto jurídico sino con la abstracción y planificación.

Y si uno no va a un psiquiatra y le explica, a tiempo, termina dándole un garrotazo a alguien o deriva en esquizofrenia. Y la esquizofrenia es incapaz de planificar un hecho. No es como los asesinos de Estados Unidos que matan 500. Lo ponen así porque es más fácil. El esquizofrénico es incapaz de hilar un hecho. Es incapaz de hilar 3 o 4 sucesos seguidos. (Entrevista a Horacio)

Esta incapacidad de planificar un hecho está asociada a la violencia, y a la necesidad de consultar con un psiquiatra para poder prevenir actos violentos que son catalogados por Horacio como impredecibles. Esta otra imagen de incapacidad se puede vincular entonces con la peligrosidad, elemento que no apareció en los otros casos.

Por último nos resulta interesante traer la concepción que aporta la legislación argentina -ley n.º 26.657- donde se parte de una presunción de capacidad, evitando declarar a la persona incapaz en todos los planos de su vida. La ley establece en el artículo 3 del capítulo II: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas” (Argentina, 2010). Esta presunción de capacidad está sustentada por el cambio de paradigma que propuso la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en el modelo jurídico sustitutivo de protección hacia un modelo social que propone los modelos de apoyos, basándose en que las causas de la discapacidad siempre son sociales, y en este sentido la persona con discapacidad es capaz de aportar a la sociedad desde la diferencia. Establece la CDPD en su artículo 12:

Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida [...] Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica. (CDPD, 2006, art. 12)

De esta manera se abordan cuáles serían los apoyos en áreas específicas para la persona que sufre un padecimiento de lo psiquiátrico, para lograr la mayor autonomía e independencia posible.

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. (CDPD, 2006, art. 26)

5. Conclusiones

5.1- Proceso de toma de decisión y manejo de información en relación a la ECT

En relación al proceso de toma de decisiones se dieron dos escenarios. El primero lo constituye el caso de Horacio quien expresó que la primera vez que recibió ECT fue sin su consentimiento, e incluso en contra de su voluntad. Luego hace referencia a una segunda etapa en la cual participó de forma activa en la toma de decisiones respecto la ECT, cuestión que influyó como factor decisivo para establecer la confianza con el médico que indicó el tratamiento y generó una buena disposición hacia el mismo. El segundo escenario lo constituyen los casos de Mario, Antonio y César, quienes manifestaron no haber recibido información al respecto, o haberla recibido de forma parcial. En cuanto al proceso de toma de decisiones, expresaron no haber sido parte del mismo, en lo que hizo a la indicación y aplicación de ECT.

En cuanto a los familiares, todos expresaron niveles de conformidad con la forma en que se llevó a cabo el proceso de toma de decisiones, si bien manifestaron que hubo inconvenientes en la forma en que fue manejada la información. En algunos casos la familia buscó información por sus propios medios, por medios escritos o asistiendo a grupos de familiares. En la mayoría de los casos los familiares no participaron de forma activa de la decisión, sino que el proceso se dio mediante la propuesta del psiquiatra sin plantear la ECT como una opción a tomar mediante un proceso de reflexión y decisión, sino como única posibilidad. Vale mencionar que en ningún caso los familiares se negaron a la aplicación de este tratamiento.

En consonancia con lo que han expresado los participantes de esta investigación, se podría afirmar que el nivel socio económico y educativo de los participantes, parece haber incidido en la cantidad y calidad de información manejada, así como el nivel de protagonismo en el proceso de toma de decisión sobre la ECT.

Que los involucrados sean consultados y participen activamente sobre las decisiones que se toman en torno a su vida y los tratamientos que reciben, parece ser un camino a transitar para producir planes más integrales de abordaje en salud mental, donde los tratamientos representen más garantías para los usuarios, tanto en el cuidado de su salud mental, como de los DDHH.

Como se vio en las recomendaciones de ECTAS, establecer protocolos para transmitir la información de forma clara y entendible según el nivel de comprensión de la persona a la que va dirigido, es una forma de asegurar ciertos estándares en torno a las prácticas de ECT, tanto en la salud pública como en la privada. En dichas recomendaciones queda planteada la importancia de ofrecerle al usuario alternativas de tratamiento a la ECT, para

promover la decisión autónoma del usuario y su familia, cosa que no se dio en ninguno de los casos estudiados.

Por otra parte, proveer información sobre el médico psiquiatra que indica la ECT en el consentimiento informado, como lo sugiere el manual "Terapia electroconvulsiva, un texto programado" (2001), parece apuntar a una mejor circulación de la información entre los técnicos, y asegura un seguimiento más integral a mediano y largo plazo, ya que se realiza una "trazabilidad" sobre los tratamientos recibidos por el usuario en salud mental.

5.2- Efectos atribuidos a la ECT

En torno a los efectos atribuidos a la ECT, aparecieron distintas imágenes entre los participantes, que fueron descritas en el capítulo anterior. Si bien la gran mayoría de entrevistados identificó que la ECT había afectado negativamente algún aspecto de su vida cotidiana, este hecho no fue expresado como un factor determinante. Todos los entrevistados que recibieron ECT reconocieron que tuvieron pérdida de memoria autobiográfica, que persiste en parte hasta el momento de la entrevista, que se extiende por a un año como mínimo, ya que uno de los criterios de exclusión fue que haya pasado al menos un año de la última sesión de ECT. Algunos participantes hicieron referencia a una "laguna en el cerebro". Tanto quienes recibieron ECT como sus familiares, se refirieron a los problemas en la memoria como "un costo justo", a cambio de los beneficios del tratamiento..

Los olvidos, en algunos casos, fueron mencionados como algo buscado, bajo el argumento de "mejor olvidar ciertas cosas" dolorosas o perturbadoras para quien las vivenció. También se mencionaron olvidos profundos y preocupantes desde la familia, que no sólo tenían que ver con los olvidos de hechos acontecidos sino también sobre cómo hacer determinadas actividades que antes se hacían como cocinar, manejar, entre otras.

Otro de los efectos atribuidos a la ECT fue el daño cognitivo, explicitado en dos de los cuatro casos abordados. Estos daños se vieron más frecuentemente asociados a pérdida de capacidad de entendimiento. También se mencionó la falta de expresividad o apatía. En dos de los cuatro casos, se manifestó la dificultad para diferenciar tanto las causas de estos olvidos como del daño cognitivo, puesto que expresaron no saber si debido a la aplicación de ECT, o "por la evolución propia de la enfermedad".

En todos los casos se expresó que la ECT había tenido los resultados más visibles en el corto plazo, ya que identificaban que los factores que determinaron la mejoría a mediano y largo plazo, habían sido la integralidad en el abordaje, es decir, la complementación con

actividades de rehabilitación, participación en espacios colectivos, tratamientos no psiquiátricos y actividades laborales, entre otros

5.3- Significados atribuidos a la ECT

En relación a los significados que quienes recibieron ECT y su familia le confirieron a dicho tratamiento, se identificaron cuatro expresiones que insistieron en todas las entrevistas realizadas. En primer lugar se hace referencia a “un tratamiento necesario, pero no suficiente”. Esta afirmación transmite la idea de que la ECT es útil en tanto es complementada con otras formas de abordajes. En segundo término apareció la expresión “algo temporal”. Se observó que varios entrevistados expresaban el carácter puntual, es decir, de no tomarlo como un tratamiento crónico o para largos períodos. Esta preocupación viene aparejada del daño que podría producir la aplicación sostenido o prolongada de dicho tratamiento. En tercer lugar apareció la expresión “rapidez de respuesta”, ésta fue dicha en dos sentidos: i). en comparación con otros tratamientos y como beneficio, en el sentido de “ganar tiempo a la enfermedad”, y ii). como respuesta inmediata que funciona “de parche”, como resultado de la falta de tiempo para el cuidado y la escucha, que respete los tiempos que necesita una persona para recuperarse de un padecimiento. Por último apareció la expresión “último recurso”, que fue utilizada para hablar de que la ECT funcionó en situaciones de crisis y de riesgo tanto para la persona como para terceros. Dentro de esta expresión también se hizo referencia al hecho de que la ECT puede salvar una vida en términos de evitar un intento de auto eliminación.

5.4- Las redes y lo grupal

Todos los entrevistados que recibieron ECT, expresaron que la presencia de familiares, amigos, compañeros y profesionales de la salud empáticos hicieron que se sintieran mejor en relación al padecimiento, y que aportaron a su mejoría. En todos los casos estas redes funcionaron como apoyo y sostén en los momentos difíciles pero también en el día a día, una vez terminada la crisis, colocando el plano vincular como un importante factor de salud.

Se vincula esta categoría con las imágenes de memoria colectiva, en donde esta red sobre todo de amistad y familiar ha funcionado en muchas ocasiones como un apoyo y una ayuda para recuperar fragmentos de la memoria autobiográfica que habían desaparecido. Rearmando el puzle, como relató Horacio cuando se refirió al modo de recuperar eventos de su vida que había olvidado.

También aparecen en esta categoría las imágenes del trabajo en donde esta red funciona como una conexión con un ámbito laboral formal que aparece como hostil o inalcanzable. De este modo las redes ofrecen espacios de más protección en donde la persona con padecimiento de lo psiquiátrico puede insertarse para realizar una actividad laboral que le permita no sólo obtener una remuneración económica sino también un espacio de interacción social y amistades. Esto se vio de forma más clara en el caso de César quien empezó a trabajar en el emprendimiento de un amigo, con tiempos y tareas que eran realizables para él, en donde se sintió útil e integrado a un grupo humano.

Asimismo se vieron otras formas de integración vinculadas a lo laboral en los otros tres casos, pero quizás estas formas estén más emparentadas con la categoría lo grupal como dispositivo de salud, puesto que lo que rescataban los entrevistados era más el efecto positivo de compartir actividades con otros, en donde se daban lazos de solidaridad, comunicación, además de lo estrictamente laboral. El orden de los factores trabajo, compartir con otros, sentirse incluido, recreación, varía según los casos, pero es claro que estos elementos aparecieron siempre muy asociados.

5.5- Problemas del mutualismo

Una de las tensiones en relación a salud pública y salud privada fue la limitación en los días de internación. En el sistema de mutualismo hay un límite de 30 días de internación al año. Esta limitación temporal causó problemas y fuentes de estrés para la familia sobre todo, y motivó preocupación para pensar la logística de cómo proceder en el escenario de que los días de internación que no resultaban suficientes. En este sentido se observa que el sistema de mutualismo está en desventaja en relación a la atención en salud pública, no sólo por la limitación en los días de internación, sino por la falta de alternativas de tratamientos en lo referido a salud mental, como son los proyectos laborales, recreativos y dispositivos grupales que lleva a cabo el centro diurno del Hospital Vilardebó y la oferta de talleres y grupos de algunas policlínicas en salud mental, así como actividades llamadas de “rehabilitación”.

5.6- Rol del enfermo- imágenes de incapacidad

En el proceso de lectura y análisis de las entrevistas se logró establecer una conexión entre la imagen de incapacidad con algunas categorías de análisis utilizadas en la sistematización de datos. Una de ellas fue la categoría “rol del enfermo”. Como se mencionó en el capítulo 2, el EM rol del enfermo está vinculado a las dificultades y posibilidades en la concreción de un proyecto de vida para las personas que tienen asignado un diagnóstico médico en salud

mental. Esta presunción de incapacidad afecta lo laboral, lo habitacional, lo vincular y puede ser expresado tanto por la persona que sufre el padecimiento, como por su familia. En las diversas entrevistas los participantes expresaron las dificultades que les generaba estar declarados incapaces, desde el no poder casarse ni poder votar, hasta la imposibilidad de acceder a un trabajo formal.

En este sentido, y retomando lo mencionado en el final del apartado sobre imágenes de incapacidad del capítulo anterior, se plantea en este momento hacer un breve análisis en lo referido a legislación, para observar cómo se aborda el tema en la ley de salud mental recientemente aprobada en nuestro país-ley n.º 19.529, art. 2-. Dicha ley sólo hace referencia a la incapacidad en el artículo 40, en relación a los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental: “Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones” (Uruguay, 2017). Siendo esta es la única referencia que se realiza en la ley sobre este asunto, parece claro que se expresa una concepción que no hace más que perpetuar el lugar del que padece como objeto de asistencia. En cambio el modelo de la Ley N° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, en su artículo 3 establece: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas” (Argentina, 2010). Este artículo deja entrever que se deja el modelo que concibe al que padece como un objeto de asistencia para pasar a un modelo donde se lo entiende como sujeto de derecho, como protagonista de los cambios de su propia historia y en donde se piensa en brindar apoyos en áreas específicas, según las necesidades de cada persona, sin declararla incapaz, inhabilitando todas las áreas de vida.

5.7- La interdisciplina

Uno de los hallazgos más novedosos de esta investigación fue la relevancia que los entrevistados le dieron al rol del trabajo interdisciplinar en el proceso de mejoría y la obtención de una mejor calidad de vida por parte del usuario y su familia. Esta dimensión fue destacada tanto por quienes recibieron ECT como por los familiares. La importancia del trabajo en conjunto y en coordinación no sólo se mencionó entre profesionales sino también entre los actores principales de la vida del sujeto, contando al propio usuario y a su entorno, es decir, las redes comunitarias, familiares y de amistad.

Resulta pertinente analizar de qué modo aborda lo interdisciplinar la nueva de Ley de Salud Mental de Uruguay. Para ello vamos a realizar una breve comparación con la ley argentina

26657. En primer lugar, mientras que en la ley argentina se hace mención a la interdisciplina en 12 de los 46 artículos que la conforman, en la uruguaya aparece en 7 de sus 48 artículos. En relación a la integración del equipo interdisciplinario, si bien se habla de idoneidad (ley uruguaya) y pertinencia (ley argentina) de las diferentes disciplinas y áreas de trabajo relacionadas a la salud mental, en la ley uruguaya -ley n.º 19.529, art. 19- esta idoneidad se restringe únicamente al campo de la salud, al referirse a “trabajadores la salud” (Uruguay, 2017), dejando fuera de la órbita del equipo interdisciplinario a otras áreas y campos disciplinares como el trabajo social o la terapia ocupacional, especialidades que sí menciona la ley argentina -ley n.º 26.657, art. 8- además de “otras disciplinas o campos pertinentes” (Argentina, 2010).

Es curioso que en el mismo artículo sobre el equipo interdisciplinario, la ley uruguaya -ley n.º 19.529, art. 19- prevé la falta de recursos humanos para su conformación: “Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley” (Uruguay, 2017). Cabe mencionar que la ley argentina en el artículo homólogo -ley n.º 26.657, art. 13- hace mención explícita a la igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios e instituciones, cosa que no aparece tampoco en la uruguaya.

Lo que se viene mencionando tiene conexión con el rol de psiquiatra, otra de las categorías de análisis que insistieron en esta investigación. El rol del psiquiatra varió entre garantista hasta saber no cuestionado y ejercicio discrecional, en el entendido de un profesional trabajando solo y manteniendo interacciones unidireccionales con el medio. Sin embargo no es únicamente quien desempeña este rol que genera dificultades para el trabajo interdisciplinario, sino que es la ley, en tanto confiere poder de resolución y responsabilidad a determinados actores y no a otros. De esta manera se vuelve evidente que sin una normativa que proponga otras reglas de juego más interdisciplinarias, no habrá prácticas profesionales más integrales.

En los cuatro casos se expresó que el tratamiento dependía demasiado del perfil del psiquiatra, lo que habla de la falta de procedimientos consensuados en torno a cómo debe actuar un profesional de salud mental en la situación de indicación de ECT. No se trata de limitar las prácticas de una sola disciplina, sino de abrir el abanico a otras disciplinas pero también a otros trabajadores de la salud mental que no son profesionales. La importancia de que las responsabilidades sean conjuntas puede ayudar a la no concentración de poder por parte de un solo profesional, y ayuda a que el tratamiento no dependa de ese profesional sino de un equipo que pueda confrontar posturas y saberes.

En este sentido se valora relevante la experiencia de ECTAS en el entendido que evalúa y monitorea las prácticas de ECT de forma interdisciplinar e intersectorial, ya que participan también usuarios y cuidadores de los comités y equipos evaluadores, donde la percepción de quien recibe ECT está presente.

Se observa, por último, que en esta misma línea de pensamiento de lo interdisciplinar, la importancia de políticas públicas intersectoriales es igualmente necesaria. Una ley de salud mental sola, aunque sea la ideal, no es suficiente si no está rodeada de políticas públicas que vayan en consonancia con los derechos humanos y sociales que se pretende proteger. A saber, políticas públicas no sólo en lo referente a la salud mental, sino también la salud física, la educación, el trabajo, la vivienda, la recreación y la circulación. Esta intersectorialidad es imprescindible para pensar coordinadamente políticas que pretendan abordar el fenómeno que se expresó en las imágenes de pobreza-soledad-estigma-marginalidad, que se analizaron en el capítulo anterior.

A modo de cierre

Para empezar este último apartado consideramos pertinente afirmar que los EM referentes a la patología (*disease*) incidieron de forma significativa en las imágenes de pensamiento de los participantes de la presente investigación, sobre todo en relación a las concepciones sobre salud y enfermedad. Asimismo se observó que los EM referentes a la patología orgánica fueron los que se asociaron a la ECT.

Dicho esto, creemos importante mencionar que la regulación de la ECT no sólo es necesaria para generar protocolos de actuación claros y garantistas, sino que también debe asegurar la integralidad del abordaje. En tal sentido la información que se relevó en el trabajo de campo indica que al incluir en el proyecto de tratamiento y en la toma de decisiones al usuario y a su familia, se asegura una mayor adhesión al tratamiento, y por ende, mejores resultados. El caso más paradigmático en relación a esto lo constituye César, donde, con la participación protagónica y activa de su familia, se logró realizar un trabajo coordinado con distintos profesionales de diversas instituciones, en distintas áreas y momentos de su recuperación. Esto resultó en una intervención beneficiosa para él y generó también efectos favorables para su familia y su entorno. En este caso actuaron coordinadamente diversos profesionales de la salud mental, redes comunitarias, familiares y de amistad, instituciones de rehabilitación, dispositivos de expresión artística, y grupos de pares. En el caso de Horacio, sucedió algo similar por el grado de apoyo familiar y por el alto nivel de intervención institucional, pero a diferencia del caso de César, esta intervención

no se dio de forma coordinada. Vale mencionar que en ambos casos el pertenecer a un nivel socio económico medio-alto influyó de manera significativa en el acceso a instituciones y profesionales que dedicaron más tiempo y escucha, así como el nivel educativo del usuario y la familia aportó un diferencial en la comunicación con los actores involucrados, sobre todo los profesionales.

Se hace necesario entonces, poder avanzar hacia una legislación más garantista en materia de acceso a la información y toma decisiones, que aporten al fortalecimiento de una perspectiva de DDHH en salud mental, tanto para prestadores privados como públicos, acortando así la desigualdad de oportunidades que existe hoy en día. Una legislación que incentive un abordaje integral de los padecimientos, debe incluir los saberes de los usuarios de los servicios de salud mental, y que éstos puedan verse reflejados en reglamentaciones concretas dentro del marco de la Ley N° 19.529. Asimismo se considera imperioso avanzar hacia un modelo social de discapacidad, partiendo de la presunción de capacidad y haciendo especial énfasis en un modelo de apoyos específicos que favorezcan la autonomía e independencia: Ley n° 26.657 (Argentina, 2010), Standards for the administration of ECT (Royal College of Psychiatrists' Centre of Quality Improvement, 2019), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

De lo antes expuesto se desprende que es necesario destinar presupuesto para el próximo período (2020-2025) con el objetivo de nutrir y robustecer una política en salud mental que apunte al trabajo en comunidad, haciendo especial énfasis en el primer nivel de atención con enclave territorial, a la luz del compromiso de la Ley N° 19.529 de cerrar las estructuras asilares y monovalentes para el año 2025. También se hace evidente la necesidad de crear un instrumento de evaluación y monitoreo de las prácticas de ECT que haga especial énfasis en las clínicas privadas de las cuales no existe información disponible en la actualidad.

Continuando con lo interdisciplinar, en los cuatro casos se identificó que la ECT funcionó beneficiosamente a corto plazo. Por efecto beneficioso se entendió aplacar un síntoma. Cuando el tratamiento se basaba sólo en la ECT, y no había tratamientos complementarios, volvían las crisis, las recaídas y nuevas series. Sólo cuando se incluyeron otros tratamientos, se visualizó una mejoría sustancial, por lo que se puede inducir que la ECT no puede pensarse como tratamiento único, lo que refuerza la necesidad de un modelo integral de abordaje en salud mental. Vale mencionar que en las narrativas de los psiquiatras entrevistados también apareció la importancia de introducir otras perspectivas en el abordaje en salud mental, pero ponderaron que aún existe una gran mayoría de colegas

que se oponen a esto. Se destacaron dificultades relacionadas a ponerse en el lugar del otro, la falta de escucha, y el temor a perder un lugar privilegiado en los tratamientos, elementos que suponen importantes obstáculos para avanzar hacia un modelo más integral en la atención en salud mental.

En lo que hace a los significados atribuidos a la ECT, dicho tratamiento se relacionó a “algo temporal” como expresó Antonio, y asociado a la inmediatez, a la pérdida de memoria autobiográfica y de trabajo. Por su parte Mario se refirió a la ECT como algo necesario pero no suficiente, mientras que Horacio hizo mención a una solución rápida. Es así que el efecto beneficioso más frecuentemente mencionado fue la rapidez de respuesta que ofrece el tratamiento en comparación a otros. Este significado beneficioso parecería responder a una actitud menos empática y de falta de escucha por parte de los profesionales de la salud mental.

Por último me interesa traer dos preguntas que atravesaron toda la investigación. ¿Cómo esas vidas nombran sus experiencias?, ¿Cómo se nombran a sí mismas? Estas preguntas tratan sobre cómo abordar una escucha desde la intemperie. A la intemperie la pienso como una cierta incomodidad que nos exige estar alertas, no recostarnos sobre los presupuestos que nos ofrecen las certezas ansiolíticas. Como plantea Armonía Somers en su libro “La mujer desnuda”, una vida tiene la posibilidad de nacer muchas veces. Somers (2009) utiliza la imagen del descabezamiento de Rebeca Linke, la protagonista, que luego se la coloca nuevamente, esta vez, como un casco de combate. A partir de ese momento esta mujer nace nuevamente, abandona las certezas previas, la moral dominante, y se descubre distinta, allí se produce un quiebre. Al despojarse de su cabeza, se despojaba también de las convenciones que alambraron su sentido común durante toda su vida. Este quiebre implica ver distinto, percibir de otro modo al que venía percibiendo. Afirma Somers (2009): “Había llegado quizá el momento preciso en el que cada uno debía vivir su acontecimiento propio” (p.15). Esta idea del acontecimiento propio nos lleva al concepto de proceso de singularización (Guattari, 2013), por el cual se crea el acontecimiento propio y único de un sentido novedoso. En vínculo con el cometido de esta investigación, queda resonando e insistiendo la pregunta que nos exige percibir distinto: ¿Cómo esas vidas nombran sus experiencias?, ¿Cómo se nombran a sí mismas?

Este desafío requiere pensar una salud mental más inclusiva e integradora de los saberes de aquellos que sufren de un padecimiento de lo psiquiátrico. La tarea que se planteó esta investigación, fue la de abrirse a la escucha de saberes que, como afirma Percia (2013), son saberes del rechazo, saberes compartimentados en las vulneraciones vividas, saberes divididos y aislados, y que en muchas ocasiones tienden por sí mismas al aislamiento.

Estos saberes del rechazo se vinculan con la noción de malestar social (*sickness*) que Winkelman (2009) define como experiencia del rechazo y que refiere a la vivencia de estigmatización que perciben las personas con padecimiento de lo psiquiátrico, desde su entorno social. Es por esto que se realizó un trabajo de descompartimentar y desclandestinizar estas experiencias y saberes para que lo singular se presente. Para realizar esta tarea, fue necesario entonces, poder escuchar las trayectorias subjetivas de los participantes, en donde emergieron los EM (Kleinman, 1980) relacionados al concepto de patología y de aflicción, así como al rol del enfermo. Asimismo, se observó que se daban negociaciones entre los EM (Winkelman, 2009) más patologizantes y los EM del padecimiento subjetivo.

Es importante poder continuar trabajando con las narrativas de las personas con padecimiento de lo psiquiátrico, aportando a la colectivización de los saberes tanto en la academia como en la comunidad, y a nivel territorial. Este compartir resulta de vital importancia para potenciar procesos de singularización y subjetivación que, como plantea Guattari (2013), confrontan con los modos de subjetividad capitalística y se plantean como una respuesta “que busca encaminar la singularidad hacia la construcción de un proceso que pueda cambiar la situación, y tal vez no sólo localmente” (p.65). De esta manera se piensan los procesos de subjetivación, como procesos que incentiven a que las personas con padecimiento de lo psiquiátrico se construyan como protagonistas activos de su propia vida, formando parte de colectivos que permitan producir lo novedoso en base a la potencia del encuentro. En este sentido se observó que los participantes ponderaron la importancia de lo colectivo como dispositivo que incidió en su mejoramiento, y como espacio en donde compartir desde lazos de solidaridad y de cuidados de sí mismos con otros.

Se han identificado en este estudio dos dimensiones de la memoria que nos parece pertinente problematizar. En primer lugar la memoria personal perdida, la memoria de la propia historia que se siente como arrebatada a partir de la aplicación de la ECT. La recuperación de esta memoria personal fue vivida por los participantes como factor que contribuyó a mejorar su salud mental, constituyéndose así como un derecho a su propia historia, singular, que hace a su identidad. En segundo lugar se identifica la construcción de la memoria colectiva como una forma de narrativa singularizante. Esta memoria colectiva fue una de las imágenes de pensamiento que aparecieron en las narrativas de la mayoría de los participantes de la investigación, dándole a esta memoria una función de preservación de la propia historia de vida, singular y colectiva. Pero además se identifica que esta investigación aporta a la memoria colectiva, en el entendido que rescata y recupera narrativas que ayudan a entender de una forma más profunda la problemática de la aplicación de la ECT en nuestro país y que, en ese sentido, puede aportar elementos

para pensar el rol de este tipo de tratamientos en el marco de los abordajes en salud mental en el contexto de la reglamentación de la Ley N° 19.529. Desalambrar estas memorias ha constituido, entonces, una de las principales tareas a la que nos hemos encomendado en este estudio, como forma de exploración y profundización de lo novedoso.

Referencias bibliográficas

Amarante, P. (2016). *Salud mental y atención psicosocial*. Madrid: Grupo 5.

Amarante, P. y Freitas, F. (2015). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatry Publishing.

Anderson, C., Skegg, P., Hackett, M. y Snelling, J. (2004). *Use of electroconvulsive therapy (ECT) in New Zealand: a review of efficacy, safety and regulatory controls*. Recuperado de <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/ect-review.pdf>

Apud, I., Techera, A. y Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido*. Montevideo: Udelar-Csic.

Argentina. (2010, diciembre 2). Ley n.º 26.557: Derecho a la protección de la salud mental. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Argentina. Provincia de Río Negro. (1991, octubre 10). Ley n.º 2.440: Salud mental: tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental. Recuperado de https://salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/documentos/salud_mental/Ley%20N%202440%20Salud%20Mental%20Rio%20Negro.pdf

Arshad, M. y Khan, M. (2007). Awareness and perceptions of electroconvulsive therapy among psychiatric patients: a cross-sectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry*, 7, 27-33. doi: 10.1186/1471-244X-7-27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17584946>.

Atchugarry, M., Castillo, R., Castro, G., Flores, D. y Lyford Pike, A. (1993). ECT de mantenimiento. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, 326, 36-42.

Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos: Vol. 3. La invención del cuerpo*. Montevideo: Banda Oriental.

- Barthes, R. (1967). *La muerte del autor* (Trad. C. Fernández Medrano). Recuperado de <https://teorialiteraria2009.files.wordpress.com/2009/06/barthes-la-muerte-del-autor.pdf>
- Blakeslie, T. (1983). *The right brain: A new understanding of the unconscious mind and its creative powers*. New York: Berkeley.
- Brecia, S. (2008). *Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Vilardebó, año 2006* (Monografía de Postgrado en Psiquiatría). Universidad de la República.
- Breggin, P. (2008). *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*. New York: Springer.
- Brigidi, S. y Comelles, J. (2014). *Locuras, culturas e historia*. Catalunya: Publicaciones URV.
- Brodaty, H., Berle, D., Hickie, I. y Mason, C. (2003). Perceptions of outcome from ECT by depressed patients and psychiatrists. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 196–199. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01129.x>
- Bruno, A. (1941). Resultados obtenidos en clínica psiquiátrica con el empleo de los métodos modernos de shockterapia en cuatro años de experiencia personal. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 6(35), 33-38.
- Cainfo, Ielsur y Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. (2016). *Aportes para la transformación del modelo de atención en salud mental en el Uruguay. La experiencia transitada a partir del uso de la ley de acceso a la información pública*. Recuperado de <http://www.cainfo.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Saludmental.pdf>
- Canavera, J. (s/f). Notas sobre la crítica de la imagen dogmática en la obra de Gilles Deleuze. *Revista de Filosofía*. 40(2), 83-108. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RESF/article/download/50057/46531>

- Caponi, S. (2014). *Loucos e degenerados. Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cardozo, D. (2018). *Desmanicomialización en el Uruguay: experiencias de gestión colectiva en dos emprendimientos de trabajo-acogida-vida*. (Tesis de Maestría, Universidad de la República, Montevideo). Recuperado de
- Carney, S. (2003). Electroconvulsive therapy. Recent recommendations are likely to improve standards and uniformity of use. *BMJ*, 326, 1343–4. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7403.1343>.
- Casarotti, H., De Pena, M., Otegui, J. y Bepali, Y. (1995). Recomendaciones al MSP en relación a la normatización del tratamiento por estimulación cerebral o tratamiento electroconvulsivo - TEC. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 330, 45-55.
- Casarotti, H., Otegui, J., Savi, G., Zurmendi, P., Gold, A. y Galeano, E. (2004). Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68, 7-41.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (Argentina) (2014, diciembre 9). *Ley nacional de salud mental : informe de la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la ley 26.657* [Resumen]. Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/06/Resumen-Organ-de-Revision-de-Salud-Mental.pdf>
- Chakrabarti, S. y Sandeep, G. (2010) Electroconvulsive therapy: a review of the knowledge, experience and attitudes of patients regarding the treatment. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 525-537. doi: <https://doi.org/10.3109/15622970903559925>
- Coll, O. (2008). *Cátedra de Psiquiatría 1908-2008. Un siglo de pensamiento psiquiátrico nacional*. Montevideo: Artemisa.
- Comelles, C. y Hernáez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.

Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental. (2017, mayo 5) Comunicado a la opinión pública. *La Diaria*. Recuperado de https://ladiaria.com.uy/media/attachments/ComisionNacionalporunaLeydeSaludMental_mayo2017.pdf

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Debellis, J. (1980). Los psicofármacos y los tratamientos de choque. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 268, 131-139.

Del Barro, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>

Deleuze, G. (2003). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1998). *El Anti-Edipo*. Barcelona: Paidós.

Deleuze, G., Guattari, P.F., y Pérez, J.V. (2004). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona: Pre-textos.

De León, N. y Kakuk, M. J. (2013). Una disyunción política necesaria: "Derechos humanos y Salud Mental". En N. de León (Coord.). *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 65-77). Montevideo: Levy

De León, N. (2013). Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En N. De León (Coord.) *Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros, UdelaR-CSIC.

De León, N. y Techera, A. (2017). Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la Región. En N. de León (Coord.), *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp. 51-68). Montevideo: Psicolibros

Denzin, N. y Lincoln, Y. (Eds.). (1994). *The sage Handbook of Qualitative Research*. California: Sage.

Di Segni, M. y Cusmanich, S. (1993). Electroshock: estudio de los reparos de los psiquiatras para su uso. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 326, 19-30.

Duffau, N. (2013). La historia de la locura en Uruguay. Una reflexión historiográfica en torno a la obra de José Pedro Barrán. *Revista de la Biblioteca Nacional*, 5(8), 205-215. Recuperado de http://anaforas.fic.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/10925/4/revista_bibna_nro_8.pdf

Fernández, A. M. (2007). *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.

Fielitz, P., Moreira, A. y De María, M. (2016). Electroconvulsoterapia en el primer episodio de esquizofrenia: impacto en la evolución. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80, 26-32.

Fink, M. (1999). *Electroshock, Restoring the Mind*. New York: Oxford University Press.

Fischer, P. y Johnstone, L. (2011). Patients' Perceptions of the Process of Consenting to Electroconvulsive Therapy. *Journal of Mental Health*, 20(4), 347-354. doi: <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.577116>

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la Época Clásica: Vol. 1*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (2001). *Los anormales. Curso en el Collège de France: 1974-1975*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

- Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (1977). The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-58. doi: <https://doi.org/10.1007/bf00114809>
- Guattari, F., y Rolnik, S. (2013). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Hernández, P. (s.f). Tratamiento neuroquirúrgico de trastornos psiquiátricos refractarios. Recuperado de <http://www.sunc.com.uy/neuropsiquiatria.html>
- Itza, B. (2017). *Alteraciones y movimientos. Estrategias de incidencia de Radio Vilardevoz en la construcción de nuevos imaginarios sociales de la locura en Uruguay*. (Tesis de Maestría, Universidad de la República, Montevideo).
- Johnstone, L. (1999). Adverse psychological effects of ECT. *Journal of Mental Health*. 8(1), 69-85. Recuperado de <http://www.actionautonomie.qc.ca/parechocs/pdf/johnstoneect.pdf>
- Junges, J. (2005). Bioética como casuística e como hermenéutica. *Revista Brasileira de Bioética*, 1, 28-44. doi: <https://doi.org/10.26512/rbb.v1i1.8040>
- Kaplan, R. (2013). Deep sleep therapy in Australia. *Australasian Psychiatry*, 21(5), 505-506. doi: <https://doi.org/10.1177%2F1039856213499621>

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A., y Sung, L. (1979). Why do indigenous practitioners successfully heal?. *Social Science & Medicine*, 138, 7-26. Recuperado de <http://www.religion.emory.edu/faculty/robbins/Pdfs/KleinmanHealArticle.pdf>

Leiknes, K., von Schweder, L. y Høie, B. (2012). Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. *Brain and Behavior*, 2(3), 283-344. doi: <https://doi.org/10.1002/brb3.37>

Levav, I. y González Uzcátegui, R. (1998). The use of electroconvulsive therapy in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal of Public Health*,3(2) doi: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fbrb3.37>

Lloyd, K., Jacob, K., Patel, V., Louis, L., Bhugra, D. y Mann, A. H. (1998). The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological Medicine*, 28 (5), 1231-1237. doi: <https://doi.org/10.1017/s0033291798007065>

Lyford-Pike, A. (1990). Parkinson y ECT. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 55, 121-123.

Londoño, L., Maldonado, F. y Calderón, C. (2016). *Guía para construir estados del arte*. Bogotá: IcoKn. Recuperado de <http://iconk.org/docs/guiaea.pdf>

Mankad, M., Beyer, J., Weiner, R. y Krystal, A. (2010). *Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Martínez Hernáez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Martínez Pesquera, G. y Olaondo, L. (1990). Repercusión del electroshock en el encéfalo. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 5, 124-192.

Matthews J.D., Siefert C.J., Blais M.A., Park L.T., Siefert C.J., Welch C.A., ... Fava M.(2013). A double-blind, placebo-controlled study of the impact of galantamine on anterograde memory impairment during electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*. 29, 170-178. doi: 10.1097/YCT.0b013e31828b3523

Ministerio de Salud Pública (Uruguay). (1986). *Programa Nacional de Salud Mental*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986_0.pdf

Muñoz, F. y Jaramillo, L. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 2340-2733. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>

Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Washington: Autor. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1978, setiembre). *Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud : Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud*. Alma Ata. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>

Otegui, J., Lyford-Pike, A., Zurmendi, P., Savi, G., Flores, D. y Castro, G. (1995). ECT in adolescents and children in private hospitals in Montevideo (Uruguay). *Convulsive Therapy*, 11(1), 73. Resumen recuperado de https://journals.lww.com/ectjournal/Citation/1995/03000/7_Electroconvulsive_therapy_and_ECT_in_adolescents.29.aspx

- Palacios, A. y Iglesias, G. (2017). La conversión de los derechos de las personas con discapacidad. La salud mental y los derechos humanos ¿logros para mañana? En *Salud mental, comunidad y derechos humanos*. (pp. 15-50). Montevideo: Psicolibros.
- Percia, M. (2017). *demasiás locuras normalidades. meditaciones para una clínica menor*. Buenos Aires: La Cebra
- Percia, M. (2017). *Estancias en Común*. Buenos Aires: La Cebra.
- Pena, L., Lema, S. y Silva, C. (2017). Consentimiento informado en Salud Mental. En *Salud mental, comunidad y derechos humanos*. (pp. 69-88) Montevideo: Psicolobros
- Philpot, M., Collins, C., Trivedi, P., Treloar, A., Gallacher, S. y Rose, D. (2004). Eliciting users' views of ECT in two mental health trusts with a user-designed questionnaire. *Journal Mental Health*, 13, 403-413. doi: <https://doi.org/10.1080/09638230410001729843>
- Raikhel, E. y Garriot, W. (2013). *Addiction Trajectories*. London: Duke University Press.
- Rajagopal, R., Sandeep, G., Kehhra, N. y Chacrabarti, S. (2012). Knowledge, experience & attitudes concerning electroconvulsive therapy among patients & their relatives. *Indian Journal Medical Research*, 135 (2), 201–210. doi: 10.4103/0253-7176.135376
- Rajkumar, A., Saravanan ,B. y Jacob, K. (2006). Perspectives of patients and relatives about electroconvulsive therapy: a qualitative study from Vellore, India. *The Journal of ECT*, 22 (4), 253-258. doi: <https://doi.org/10.1097/01.yct.0000244237.79672.74>
- Rajkumar, A., Saravanan, B. y Jacob, K. (2007). Voices of people who have received ECT. *The Journal of ECT*, 4 (4), 157-64. doi: <https://doi.org/10.20529/IJME.2007.064>
- Real Academia Española (2019). *Diccionario de la lengua española*. (23a. ed) Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>

- Retamozo, M. (2016). Instrucciones para hacer un proyecto de tesis en Ciencias Sociales. En C. Gallego, A. Mejía e Y. Paredes (Coord.) *¿Cómo investigamos?* (Vol. 4). México: UNAM. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/145/14531006007.pdf>
- Rose, D., Wykes, T., Bindman, J. & Fleischmann, P. (2005). Information, consent and perceived coercion: patients' perspectives on electroconvulsive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 186 (1), 54-59. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.54>
- Rose, D., Wykes, T., Bindman, J & Fleischmann, P. (2003). Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ*. (326), 1-5. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7403.1363>
- Royal College of Psychiatrists' Centre of Quality Improvement. ECT Accreditation Service. (2019). *Standards for the administration of ECT* (14a. ed.). Recuperado de [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/electro-convulsive-therapy-clinics-\(ectas\)/ectas-14th-edition-standards.pdf?sfvrsn=932fa3b4_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/electro-convulsive-therapy-clinics-(ectas)/ectas-14th-edition-standards.pdf?sfvrsn=932fa3b4_2)
- Ruiz-Peña, M. (2004). La terapia electro convulsiva tec en el Hospital Psiquiátrico Villahermosa 2002. *Salud en Tabasco*, 10(3), 288-294. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48710305.pdf>
- Sackeim, H. (2014). Autobiographical memory and electroconvulsive therapy: do not throw out the baby. *Journal of ECT*, 30(3), 177-86. doi: <https://dx.doi.org/10.1097%2FYCT.000000000000117>
- Savi, G., Galeano, E., Otegui, J., Zurmendi, P., Lyford-Pike, A. y Flores, D. (1996). Safety of electroconvulsive therapy (ECT) in psychiatric patients with high risk medical disease. *Convulsive Therapy*, 12, 73.

Service User Research Enterprise (SURE), Institute of Psychiatry. (2002). Review of consumers' perspectives on electroconvulsive therapy. *Final Report. UK Department of Health*. Recuperado de <http://www.ect.org/resources/consumerperspectives.pdf>

Sicco, A, y Brito del Pino, J, (1939). Nuestra experiencia en terapia convulsivante. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 4 (22), 37-63.

Somers, A. (2009). *La mujer desnuda*. Buenos Aires: El cuenco de plata.

Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata

Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. En J. Llambías, *Salud: Políticas y Paradigmas* (pp. 1-26), York: York University Bookstore.

Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley n° 18.211: Creación del Sistema Nacional del Sistema de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

Uruguay. (2007, noviembre 11). Ley n° 18.381: ley de acceso a la información pública. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18381-2008>

Uruguay. (2017, setiembre 19). Ley n° 19.529: ley de salud mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Vamos, M. (2008). The cognitive side effects of modern ECT: Patient experience or objective measurement? *The Journal of ECT*, 24, 18–24. doi: <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e31815d9611>

Vasilachi (2009). *Metodología Cualitativa de Investigación*. Barcelona: Gedisa.

Von Meduna, L. (1939). La técnica actual de la Cardiazolterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 4 (22), 27-34.

- Von Meduna, L. y Rohny, B. (1939). Estudio comparativo del tratamiento con insulina y Cardiazol. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 4 (22), 9-24.
- Wells, K., Newton Scanlan, J., Gomez, L., Rutter, S., Hancock, N., Tuite, T., ... Halliday, G. (2018). Decision making and support available to individuals considering and undertaking electroconvulsive therapy (ECT): a qualitative, consumer-led study. *BMC psychiatry*. (18), 236. doi: 10.1186/s12888-018-1813-9.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America, Bad Science, Bad Medicine and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. New York: Basic Books.
- Winkelman, M. (2009). *Culture and Health, applying medical antropology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wlosko, M. (2015). Clínica de los procesos subjetivos en relación al trabajo: el abordaje de la Psicodinámica del Trabajo. *Vertex: revista argentina de Psiquiatría*. 26(124), 417-426. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex124.pdf>