



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

UTILIZACION DE LA T.E.C COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA PARA EL
TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos
para optar por el título de Psicóloga Clínica

Profesor guía
Dr. Gino Naranjo

Autora
Ana Lucía Carrión Silva

2010

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA:

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Gino Naranjo
Nº C.C. 1710430487

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE:

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Ana Lucía Carrión S
Nº C.C. 1716780869

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento muy especial al Dr. Gino Naranjo por el apoyo en el desarrollo de la realización de esta tesis, a mis maestros por cosechar y compartir sus conocimientos en la culminación de mi carrera y en especial al Dr. Henry Guerra por facilitarme el material necesario para culminar con este proyecto.

DEDICATORIA

A Dios por guiar mis pasos, a mis padres por enseñarme el verdadero significado del amor familiar, por ser mi ejemplo y la razón por la que me esfuerzo cada día; a mi querida hermana por ser mi mejor amiga, y ser la luz que ilumina mis días; a mis familiares, amigos cercanos por su apoyo; y, a mi Ángel de la Guarda que ha estado conmigo en todo momento sin importar las circunstancias.

RESUMEN

Antiguamente a las personas con problemas mentales se les trataba de una forma cruel, pensando que esto ayudará a la sanación o expulsión de espíritus malignos como se creía; sin embargo con el pasar de los años se ha ido eliminando estas creencias dándole un concepto más humano de lo que es un enfermo mental, tratándolo con todos los cuidados que se requiere.

La *Terapia Electro Convulsiva* tuvo sus inicios mediante experimentos con animales para luego perfeccionarlo con seres humanos, esta técnica fue creada por los Italianos Hugo Cerletti y Lucio Binni, quienes con sus investigaciones dieron popularidad a este tratamiento que busca obtener resultados óptimos, lo que no han hecho los fármacos.

Antes de la aplicación de la TEC se deberá realizar exámenes médicos al paciente, para conocer si es apto o no para este tratamiento, en el caso que si lo sea, se deberá explicar al paciente como a su familia la técnica y el proceso que se va a utilizar, para lo cual se le entregará el formulario *Consentimiento Informado*, que es parte esencial antes de la aplicación del tratamiento, en el que se encontrará las dudas del paciente y su familia.

La Terapia Electro Convulsiva es utilizada específicamente para el tratamiento de enfermedades mentales como son: esquizofrenia, depresión y trastornos bipolares.

La T.E.C no tiene un número de sesiones definidas, dependerá del transcurso de la enfermedad del paciente así como la opinión del médico psiquiatra.

Se utilizó la metodología descriptiva, en el que detalla el desglose de ciertos pacientes para analizar la variabilidad que pueden tener a pesar de poseer la misma enfermedad.

La aplicación de la T.E.C. en el desarrollo de este proyecto, resultó ser beneficiosa para los pacientes tratados, los cuales después de un número determinado de sesiones se pudo observar como algunas de las molestias de su enfermedad se fueron reduciendo gracias a esta técnica.

Se concluye que la TEC es un tratamiento que al ser aplicado con las debidas precauciones se logra obtener excelentes resultados.

ABSTRACT

In the past, people with mental problems used to be treated cruelly, thinking that this would contribute to healing and expulsion of evil spirits as believed; however, as the time passed by, these beliefs have been discarded, giving a more humane concept of what a mentally ill person is and all the care that person requires.

Electroconvulsive Therapy had its beginnings through experiments with animals and then perfected in humans, this technique was created by the Italians Hugo Cerletti and Lucio Binni, whose research gave popularity to this treatment that seeks to obtain optimal results, which drugs have not been able to get.

Before the application of ECT, medical tests must be run on the patient to know if it is suitable or not to apply this treatment on him; in case it is, both the patient and his family must be explained the technique and the process that will be used; with this purpose, the patient will be given the Informed Consent form, which is an essential part before the treatment application since it will contain the patient's and his family's doubts.

Electroconvulsive Therapy is used specifically to treat mental illnesses such as schizophrenia, depression and bipolar disorders.

The ECT does not have a defined number of sessions; it will depend on the course of the patient's illness as well as the opinion of the psychiatrist.

The descriptive methodology was used for detailing the register of certain patients to analyze the variability that they may have despite sharing the same disease.

The ECT application in the development of this project turned out to be beneficial for the patients treated since after a determined number of sessions, it was observed how some of the discomfort of their disease was reduced by this technique.

We conclude that ECT is a treatment that achieves excellent results when applied with due caution.

ÍNDICE

| | |
|-------------------|---|
| INTRUDUCCIÓN..... | 1 |
|-------------------|---|

1 CAPÍTULO I

| | | |
|--------|---|----|
| 1.1 | Antecedentes y evolución de la enfermedad mental..... | 2 |
| 1.1. 1 | Evolución de la enfermedad mental en la Edad Antigua..... | 3 |
| 1.1. 2 | Evolución de la enfermedad mental en la Edad Media..... | 6 |
| 1.1. 3 | El Renacimiento..... | 7 |
| 1.1. 4 | Evolución de la enfermedad mental en el siglo XX..... | 10 |

2 CAPÍTULO II

| | | |
|--------|---|----|
| 2.1 | Historia y surgimiento de la TEC en Quito y el mundo.. | 20 |
| 2.1. 1 | Biografía y aportes de: Hugo Cerletti y Lucio Bini a la TEC. | 23 |
| 2.1. 2 | La historia del surgimiento de la TEC en Quito..... | 26 |
| 2.1. 3 | “Eficacia” o “perjuicio” del uso de la TEC..... | 28 |

3 CAPÍTULO III

| | | |
|--------|---|----|
| 3.1 | Proceso que necesita tener un paciente antes, durante y después de la aplicación de la TEC. | 32 |
| 3.1. 1 | Equipo humano y materiales que se deben utilizar para la aplicación de la TEC a un paciente con enfermedad mental. | 38 |
| 3.1. 2 | Capacitación, cursos que debe tener la persona encargada de aplicar la TEC. | 43 |
| 3.1. 3 | encargada de aplicar la TEC. | 43 |
| 3.1. 4 | Aplicación de la TEC en casos especiales..... | 45 |

4 CAPÍTULO IV

| | | |
|--------|---|----|
| 4. 1 | Enfermedades mentales específicas para el uso de la TEC. | 49 |
| 4.1. 1 | Depresión..... | 49 |
| 4.1. 2 | Esquizofrenia..... | 54 |
| 4.1. 3 | Trastorno Bipolar..... | 57 |

5 CAPÍTULO V

| | | |
|-------|--|----|
| 5. 1 | Impacto psicológico antes y después de la aplicación de la TEC en la familia y el paciente al que se lo aplica. | 59 |
| 5.1.1 | Acompañamiento psicológico que podría tener un paciente que se le ha aplicado la TEC. | 60 |
| 5.1.2 | La Terapia Familiar Humanista. | 60 |
| 5.1.3 | La Terapia Grupal Humanista. | 63 |
| 5.1.4 | La Terapia Individual Humanista. | 64 |
| 5. 2 | Sobreprotección por parte de la familia hacia un enfermo mental. | 64 |
| 5. 3 | Aislamiento social hacia un enfermo mental y a su familia..... | 62 |

6 CAPÍTULO VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA TEC Y REVISIÓN DE CASOS

| | | |
|------|--|----|
| 6. 1 | Consentimiento para que el paciente o uno de los integrantes de su familia den o no la aprobación para recibir T.E.C. | 69 |
|------|--|----|

| | | |
|-----|--|----|
| 6.2 | Estudios realizados y porcentajes obtenidos del tratamiento de enfermedades mentales con el uso de la TEC en el hospital “Carlos Andrade Marín”. | 71 |
|-----|--|----|

7 CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | | |
|-----|-----------------------|----|
| 7.1 | Conclusiones. | 81 |
| 7.2 | Recomendaciones. | 83 |

| | |
|----------------|----|
| GLOSARIO. | 85 |
|----------------|----|

| | |
|--------------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA. | 87 |
|--------------------|----|

INTRODUCCION

El concepto de enfermedad mental tuvo grandes avances con el pasar de los años, iniciando en la Edad Antigua y terminando en el siglo XX.

Los pioneros de la Terapia Electro Convulsiva fueron los italianos: Hugo Cerleti y Lucio Bini, una especie de terapia de choque para ciertas enfermedades mentales, descubrimiento que ayudó a millones de personas con estos problemas.

La *Terapia Electro Convulsiva* (T.E.C) tiene beneficios para las depresiones, esquizofrenia y bipolaridad; y, perjuicios como la amnesia y confusión temporal.

Al paciente que se le va aplicar la T.E.C requiere previamente de exámenes generales para saber si le aplica o no esta técnica.

El impacto psicológico, la sobreprotección o aislamiento que se da a un enfermo mental puede ir de la mano de un posible acompañamiento psicológico.

El *Consentimiento Informado* y los formularios son un requisito indispensable antes de la aplicación de la *Terapia Electro Convulsiva*, estos deben ser entregados y explicados por el médico y si el paciente o familiares tuvieran dudas deberán ser aclaradas.

CAPITULO I

1.1. Antecedentes y evolución de la enfermedad mental

La enfermedad mental es considerada como una patología, es decir, el conjunto de síntomas de una enfermedad.

El concepto enfermedad mental también se lo atribuye a un buen número de patologías, es por ello que siempre es necesario individualizar a las diferentes enfermedades mentales ya que es muy complicado generalizar a todas ellas sin tener una variada clasificación para que puedan ser explicadas individualmente ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas diferentes, es por ello que hay diversos tipos de opiniones y conceptos acerca de lo que es la enfermedad mental, “la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal”¹

La enfermedad mental ha ido evolucionando con el pasar de los años, antiguamente, los grupos humanos estaban organizados en tribus nómadas, no demasiado numerosas, que se disputaban los recursos entre sí y que vivían bajo las órdenes de un jefe, el más anciano, el más inteligente o el más fuerte, quien era el que tomaba las decisiones, el que se encargaba de los problemas, el que curaba a los enfermos y el que se hacía responsable de la supervivencia.

El pensamiento era mágico y las curaciones tanto del cuerpo como del alma, incluían hierbas y rituales; y hasta el día de hoy, aún siguen existiendo estas organizaciones sociales, lejos de los lugares desarrollados, conservando sus costumbres y sus creencias y utilizando medios arcaicos para curar a su gente, que a pesar de ser rudimentarios, no dejan de ser modos terapéuticos operativos y eficaces.

¹ Foucault, Michel, (1991). Enfermedad mental y personalidad (Cap 4, pp.84). Madrid: Paidós

A la enfermedad mental se le consideraba también como una perturbación de índole diabólica o producto de hechizos suministrados por brujas, los enfermos mentales eran reclusos en lugares deplorables y ocultos como motivo de vergüenza familiar, interpretándose como un castigo divino; porque cuando el hombre no puede comprender algún fenómeno natural trata de encontrarle una explicación sobrenatural, sin embargo se ha llegado a la conclusión de que una enfermedad mental está relacionada con los cambios de carácter y emoción de las personas, pudiendo ser de índole congénito, interpersonal y emocional.

1.1.1. Evolución de la enfermedad mental en la Edad Antigua

Los primeros médicos de Babilonia fueron sacerdotes que se ocupaban de las enfermedades mentales que eran consideradas como posesiones diabólicas; para su tratamiento se utilizaban métodos relacionados con la magia, complementados con la religión debido a las creencias de aquella época.

Posteriormente aparecieron médicos que no eran sacerdotes, quienes trataban las patologías externas del paciente como curar heridas, utilizando para su tratamiento plantas. Este tipo de tratamientos eran utilizados por la confianza que tenían con la medicina natural, la fe que ponían y por la experiencia de algún buen resultado en su curación.

Los egipcios por otro lado crearon un templo donde los pacientes tenían la posibilidad de asistir y estar entretenidos, participando en excursiones, grupos de danza y dibujo más no en la soledad de sus hogares pensando únicamente en su enfermedad.

En el año de 1550 A.C en la historia de la enfermedad mental, se dice que el único órgano que puede localizar las funciones mentales es el cerebro, abriendo un gran vacío para la gente que no sabía el concepto de este tema; los griegos interesados con esta teoría, fueron los primeros en estudiar estas

enfermedades dividiendo al estudio de la mente y de la religión, afirmando que éstas tienen su origen natural, perdurando hasta fines del siglo XVIII.

“En los primeros tiempos de la cultura griega, la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura. Dentro de esta tradición, la locura era el resultado de la posesión de los espíritus malignos personificados por dos diosas, Manía y Lisa, que eran enviadas por los dioses en estado de cólera.”²

Otro aporte importante que impartieron los griegos fue la inclusión de tres tratamientos psicológicos como la interpretación de los sueños, la inducción del sueño y hablar con el paciente.

En esta civilización aparece Hipócrates, considerado el padre de la Psiquiatría, quien pensaba que la enfermedad mental se producía debido a diversas consecuencias como el abuso del alcohol, complicaciones orgánicas, entre las más importantes; otro punto es la teoría que las enfermedades se producen por una mala conexión entre los cuatro humores que tiene una persona, como la bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema; los clasificó a estos trastornos por excesos, pues afirmaba que si hay abundancia de bilis amarilla podría causar ira; el exceso de bilis negra podría provocar demencia; y, melancolía.

Con los aportes de Hipócrates y de médicos griegos de esa época, poco a poco ha ido avanzando el estudio de la disfunción cerebral, haciendo un desarrollo desglosado de lo que realmente puede generarla.

“El médico griego quien primero asegura el papel fundamental que el cerebro desempeña en funciones tales como pensar, soñar y sentir, siendo este órgano el que enferma cuando deliramos o nos volvemos locos.”³

² Coto, Esteban, Gómez, Fontanill, y Belloch, Amparo. Manual de Psicopatología. (Tomo 1 pp6) España: Mc graw hill

³ Garnica Rodrigo, Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría (Tomo 1, pp 17) México: Trillas

Continuando en la historia, Platón defendía la parte mística de la forma de ser y del comportamiento de las personas, llevándolo al estudio de la dualidad psico-física de la naturaleza del hombre, donde existían dos tipos de almas: el alma racional y el alma irracional, se podía distinguir un trastorno de la mente cuando el alma irracional se enferma al romper una conexión débil que la une con el alma racional.

Aristóteles también distinguió las dos almas estudiadas por Platón, sin embargo manifestaba que estas almas no podrían separarse debido a que son una unidad en el ser humano, negaba también la existencia de enfermedades psicológicas ya que toda enfermedad tiene sus raíces en estructuras físicas.

“Se darán cambios menores en la denominación de los enfermos, pero la preocupación principal de los médicos antiguos será localizar el órgano enfermo (suponiendo, incluso que el alma es un órgano), más que ponerse de acuerdo acerca de los diagnósticos que realizan.”⁴

Avanzando un poco más en la evolución de la *enfermedad mental*, los romanos se asemejaban mucho al pensamiento griego, sin que hayan aportado con el estudio de este tema pues se basaban en estudios anteriores; sin embargo en esta época Asclepiades logra distinguir las ilusiones de las alucinaciones, como la división de enfermedades agudas y crónicas.

Otro de los pocos personajes que aparecieron en la época Romana es Sorano, considerado como una de las personas más humanas de aquel entonces, debido a la insistencia que planteaba al decir que el tratamiento a un enfermo mental debe ser humanitario y que el personal que trabaje debe ser instruido; otra de las aportaciones importantes fue el concluir que los factores culturales pueden influir en el tratamiento de estos pacientes.

Llegando al *Feudalismo* en Europa Occidental, las enfermedades mentales eran descritas como posesiones demoníacas, creándose en el siglo XIII varios hospitales con áreas especializadas en Suiza y Alemania; el primer hospital en

⁴ Garnica Rodrigo, Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría (Tomo 1, pp 93) México: Trillas

Europa para enfermos mentales fue fundado en el año de 1409 en Valencia España.

1.1.2. Evolución de la enfermedad mental en la Edad Media

Los árabes fueron pilar fundamental en la *Edad Media* ya que aportaron con un conocimiento científico, como la traducción al Sirio de las numerosas obras escritas por Hipócrates, Aristóteles y Galeno para poder continuar con la tradición de la medicina griega y romana; trasmitiéndola al resto de occidente.

Esta etapa se caracterizó por la acusación de brujería que se daban a los trastornos mentales. Las mujeres que eran denominadas brujas, a menudo confesaron haber realizado ciertas actividades que para otros era imposible ejecutarlo, como volar por el aire; quienes analizaban estos sucesos deducían como relatos esquizofrénicos; se decía que tienen zonas insensibles al dolor en diferentes partes del cuerpo, interpretado como casos de histeria.

Este relato fue el que causó más debates ya que la histeria se presentaba más en mujeres que hombres y en este caso las personas que narraban estos acontecimientos eran denominadas brujas, con esto se llegó a la conclusión de que todas las historias descritas eran solamente producto de su imaginación.

En el año de 1486, los teólogos Alemanes Heinrich Kramer y Johann publican un texto llamado “El martillo de las brujas” considerado el código de los castigos tormentosos y de los exorcismos que se aplicaban a los hechizados y luego eran cremados para que dejen de lamentarse como una forma de piedad, las personas sometidas a este castigo fueron especialmente enfermos mentales.

La locura no era tomada en cuenta como una enfermedad mental en la Edad Media, sino como un mandato de Dios o posesión diabólica, es por ello que:

“Es costumbre decir que el loco de la Edad Media era considerado un personaje sagrado puesto que poseído.”⁵

La Iglesia tuvo que determinar si una persona que presentaba una conducta desviada era un aliado del demonio o un santo. La indecisión de esta elección se debía a que algunos trastornos mentales parecían tener un significado relacionado con la religión.

1.1.3. El Renacimiento

“La Época del Renacimiento, por otra parte, está guiada por dos líneas de pensamiento fundamentales respecto del enfermo mental: por una parte, se recogen los elementos populares de la posesión demoníaca proveniente de la Edad Media; por la otra, se establece toda una normatividad sobre el trato que deberá darse a los poseídos.”⁶

La posesión demoníaca y la brujería fueron explicaciones comunes para las enfermedades mentales; el tratamiento prescrito era la tortura y la cremación para liberar el alma del desdichado, esto es parte del Renacimiento debido a las secuelas que dejó la Edad Media, sin embargo, con el pasar de los años ya no se continúa con este tipo de pensamiento arcaico.

El Renacimiento tenía como propósito crear un espíritu de humanismo y conocimiento, buscando métodos para la curación del enfermo mental mediante la purificación de arriba hacia abajo de la persona enferma hundiendo sus pies y manos en vinagre hasta que se duerma o dejándolo en este estado hasta que se despierte, de esta forma el paciente se recuperaba de su enfermedad.

Otro de los tratamientos utilizados en el Renacimiento es el uso del agua:

⁵ Foucault, Michel, Historia de la locura en la época clásica. (Tomo 1, pp 100) Francia: FCE

⁶ Garnica Rodrigo, Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría (Tomo 1, pp 94) México: Trillas

“El agua tiene poderes de impregnación, que la colocan en primer lugar entre los humectantes, pero también tiene, en la medida en que puede recibir cualidades suplementarias como el frío y el calor.”⁷

Las bebidas calientes eran muy consumidas en el siglo XVII ya que generaban relajamiento y tranquilidad para el organismo de los enfermos.

Sin embargo a finales del siglo XVIII los poderes que tenía el agua se van apagando con el transcurso de los años, por haberle dado un uso extremo, debilitando las propiedades del agua por las mezclas.

Otro método terapéutico muy interesante para el tratamiento de enfermos mentales en esta época fue la utilización de la música.

“Desde el Renacimiento, la música había recobrado todas las virtudes terapéuticas que le había conferido la antigüedad. Sus efectos eran notables, principalmente sobre la locura.”⁸

En esta época, se decía que la música era de gran ayuda para mucha gente, el solo escuchar conciertos de varios instrumentos ayudaba al cuerpo a tener una sensación de equilibrio.

Mientras algunos enfermos sentían paz y equilibrio, a otros se los encerraba en asilos por considerarlos desequilibrados; sin embargo para el año de 1656, se construyó un edificio en Francia, cuyo propósito era admitir a gente insana, lastimosamente se los juntó con huérfanos, pobres, ancianos, enfermos terminales, prostitutas, etc., siendo un peligro para todos. A los que no se les internaba vagaban siendo despreciados y maltratados, pese a esto en los años de 1800 empieza en Francia la Psiquiatría Científica con la obra del médico francés Phillips Pinel, que fue de gran ayuda para la comunidad, ya que su propósito era el cambiar la forma de actuar de la sociedad hacia los enfermos

⁷ Foucault, Michel, Historia de la locura en la época clásica. (Tomo 1, pp 490) Francia: FCE

⁸ Foucault, Michel, Historia de la locura en la época clásica. (Tomo 1, pp 502) Francia: FCE

mentales, para que puedan ser considerados como seres humanos que merecen tener un tratamiento médico.

“Con Pinel no sólo se cambia la actitud médica hacia el enfermo mental, sino que se inician los primeros intentos de investigación científica en este campo.”⁹

Pinel liberó a los enfermos mentales de sus cadenas dándoles la oportunidad de que sean atendidos con humanismo, como se lo merecen.

Otro de los médicos destacados en la psiquiatría de esta época es Jean Martin Charcot, fue el primero en realizar estudios de la histeria, demostró que la hipnosis lograba provocar parálisis en sujetos normales y que podía aliviar los síntomas de los pacientes histéricos por sugestión hipnótica.

Estudió las diferencias entre pacientes con lesiones orgánicas y los que tenían síntomas de origen psicológico, como él los llamaba de origen histérico.

El estudio de la histeria de Charcot fue de gran importancia, debido a que su teoría indicaba que un malestar del útero provoca un trastorno en el comportamiento de la mujer, llegando a la conclusión que la histeria es más común en mujeres que en hombres.

En el año de 1860 Morel, psiquiatra, postula en su tratado de enfermedades mentales que algunas de éstas pueden transmitirse por herencia debido a las agresiones del medio que nos rodea, como la alimentación, el abuso de drogas o alcohol, el clima, la consanguinidad, entre otras, provocando patologías, especialmente del sistema nervioso central, y así manifestándose mediante trastornos mentales.

⁹ Garnica Rodrigo, Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría (Tomo 1, pp 94) México: Trillas

1.1.4. Evolución de la enfermedad mental en el siglo XX

En el siglo XX aparecen diferentes psicoterapias y el surgimiento de la psicofarmacología.

Entre los principales psiquiatras de esta época que se dedicaron al estudio de la enfermedad mental se destacaron los siguientes:

- Emil Kraepelin psiquiatra alemán, puso orden y claridad en la comprensión de la locura, construyendo una clasificación racional de las enfermedades llamadas mentales, sus estudios los dedicó principalmente a la psicosis maníaco-depresiva y a la demencia precoz (esquizofrenia), considerándola como una enfermedad irreversible. Describió clínicamente la totalidad de las enfermedades mentales y las clasificó en función de su gravedad.
- Eugen Bleuler, afirmó que la patología psíquica que Kraepelin denominaba demencia precoz, la llamó esquizofrenia o mente dividida; consideró que lo más característico de esta enfermedad no es la enajenación o locura sino la ruptura de la conciencia.
- Karl Jaspers, filósofo y psiquiatra, se acerca al horizonte de la moderna filosofía existencial, rechaza la calificación de existencialista y prefiere definirse como filósofo de la existencia. Preocupado por el problema religioso, si bien ajeno a cualquier confesión concreta, descubre la existencia humana como un fracaso ante una trascendencia inasequible. En su Psicopatología general realiza un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana. Influyó notablemente en la psicopatología y en la psicoterapia en general.
- Ernest Kretschmer, partió del estudio de enfermos mentales, dándose cuenta de que ciertas psicosis se daban preferentemente en individuos de ciertos rasgos físicos; posteriormente extendió sus observaciones a

individuos normales; en su concepción lo físico y lo psíquico se investigan como dos aspectos de un mismo individuo.

- Adolf Meyer fue uno de los pioneros de la introducción del psicoanálisis en los Estados Unidos. Entre 1902 y 1910 dirigió la técnica del psicoanálisis en el tratamiento de la demencia precoz (esquizofrenia). Elaboró el primer compendio sobre la filosofía de la terapia ocupacional, lo cual ha puesto como fundador y padre de la misma. Es uno de los fundadores del movimiento de *higiene mental* y es un introductor de dicho concepto, entendido como la posibilidad de conseguir y mantener la salud mental; se destacó también por sus esfuerzos para conseguir que la psiquiatría sea reconocida como una rama de la medicina.
- Kurt Schneider se interesó en mejorar el método de diagnóstico en psiquiatría, donde enfatiza que las identidades psicopáticas son “aquellas personalidades que sufren por su anormalidad o hacen sufrir, bajo ella, a la sociedad.”¹⁰
- Sigmund Freud pionero del psicoanálisis, estudió la hipnosis, utilizándola para tratar casos de neurosis, sin embargo, “abandonó esta técnica porque era un mal hipnotizador”¹¹; creó el término psicoanálisis para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños denominado la *cura del habla* con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Estos recuerdos se manifiestan normalmente a través de los actos fallidos y de los sueños.

La asociación libre exige al paciente decir cualquier cosa que le venga a la mente en el transcurso del relato de sus síntomas o de sucesos históricos.¹²

¹⁰ Kurt Schneider, *Las personalidades Psicopáticas*” (Tomo 1 pp 32) Madrid: Morata

¹¹ Joaquín Grau, *Tratado teórico-práctico de anatheóresis*. Recuperada 26 Febrero de 2010 de: http://www.grau-anatheoresis.com/frames3/tratado_14.htm

¹² Dicaprio, Nicholas, *Teorías de la Personalidad*. (Tomo 1 pp35) México: Will, Mcgraw

- Alfred Adler, quien fundó la escuela de psicología individual diferenciándose de la de Freud ya que Adler consideró que el ser humano surge de una parte cultural y social y no sexual como lo afirmaba Freud.

Otros de los puntos que diferencia a Adler de Freud, es que Adler no postuló etapas del desarrollo como lo realizó Freud, sin embargo, recalcó la importancia del entorno de la familia en un niño en crecimiento.

En este siglo, aparece la corriente del *Conductismo*, que estudia el comportamiento observable de un conjunto de estímulo y respuesta que tiene una persona. El *Conductismo* minimizó el estudio interno de los procesos de la mente, así como sentimientos y emociones, remplazándolo por el comportamiento de un individuo en base al medio que lo rodea.

Entre las figuras más destacadas:

- John Watson, psicólogo, fundador del conductismo en 1913, creó la Escuela Psicológica Conductista, formuló la teoría psicológica de estímulo y respuesta, ayudando al incremento de investigaciones del estudio de animales y seres humanos, basados en sus acciones desde la infancia hacia la edad adulta.

En sus observaciones Watson se centra en las reacciones sensoriales y motoras frente a estímulos ambientales y concluye que los procesos psíquicos son originados por actividades musculares.

Por otro lado Iván Pavlov realizó investigaciones sobre el funcionamiento de las glándulas digestivas en perros, por lo que él lo denominó secreciones psíquicas, es decir, las producidas por las glándulas salivales sin la estimulación directa del alimento en la boca.

Pavlov notó en su experimento cuando un perro escuchaba las pisadas de la persona que habitualmente venía a alimentarlo, salivaba antes de que se le ofreciera efectivamente la comida; no obstante, si las pisadas eran de un desconocido, el perro no salivaba. Estas observaciones le inspiraron para llevar a cabo numerosos estudios que fueron la base del Condicionamiento

Clásico. Nunca se consideró un psicólogo, y hasta el fin de sus días sostuvo que era un fisiólogo.

- Aaron Beck, es considerado como un revolucionario en el estudio de la conducta y es el creador de un poderoso, famoso y efectivo método psicoterapéutico: La Terapia Cognitiva.

Puede decirse que es un Psiquiatra que hurgó en los caminos de la investigación psicoterapéutica. Comenzó practicando psicoanálisis y en sus entrevistas de trabajo, descubrió que el método de asociación libre de ideas, método esencial de los psicoanalistas de entonces, no era tan útil como se esperaba, y que, por el contrario, la participación activa del terapeuta en calidad de orientador, tendía a generar resultados más rápidos y satisfactorios.

Fue así como comenzó a trabajar en las ideas de los pacientes, en la forma como las construían y expresaban, y desarrolló constructos conceptuales muy útiles que más tarde serían parte de su arsenal terapéutico, entre ellos: los “pensamientos automáticos”, las “distorsiones cognitivas” y la “reestructuración cognitiva”. Categorizó tres tipos de pensamientos que producían o sostenían la mayor parte de las respuestas afectivas disfuncionales que encontraba.

Otra de las corrientes importantes que también aparecieron en esta época fue la *Humanista*, una de las figuras más representativas como:

- Carl Rogers, es uno de los autores más conocidos del movimiento humanista, se enfocó en la “Terapia Centrada en el Cliente”, donde la misma persona que acude a su tratamiento es la responsable del progreso de su mejora, sus teorías no solo abarcan la relación que existe entre el cliente y el terapeuta, sino con su entorno familiar y social.

El enfoque terapéutico de Carl Rogers se centra en comprender al otro, donde el terapeuta llega a ser el espejo de la vida del cliente.

Esta teoría se construye a partir de lo que llama la tendencia a actualizarse, es decir, la motivación innata que tenemos a desarrollar todas nuestras capacidades al máximo, Rogers se interesa por el progreso de la persona y confía en sus posibilidades innatas del crecimiento interior.

- Abraham Maslow identificó una jerarquía de necesidades que motivan el comportamiento humano, es decir, cuando las personas logran cubrir sus necesidades básicas pueden buscar la satisfacción de otras más elevadas. La jerarquía propuesta por Maslow, se compone de las siguientes necesidades, en orden ascendente:
 - Necesidades fisiológicas: hambre, sed, sueño, etc.
 - Necesidades de seguridad: sentirse seguro y protegido, fuera de peligro.
 - Necesidades de pertenencia a un grupo y amor: agruparse con otros, ser aceptado y pertenecer al grupo.
 - Necesidades de estima: lograr el respeto, ser competente, y obtener reconocimiento y buena reputación.
 - Necesidades de autorrealización: utilización plena del talento y realización del propio potencial.

- Thomas Szasz y David Cooper dieron inicio al movimiento antipsiquiátrico en la década de los 60 en Inglaterra, tema de gran cuestionamiento para la sociedad, ya que la enfermedad mental se convirtió en un mito, calificando a los psiquiatras como personas que tenían poder opresivo sobre sus pacientes, su propósito era rechazar el concepto básico que se tenía de enfermedad mental como algo anormal y centrarlo en un contexto histórico para ubicarlo dentro de lo económico e histórico-social.

La antipsiquiatría nació como una lucha dentro de las instituciones psiquiátricas, debido a la represión y la violencia que existía dentro de los manicomios.

El movimiento antipsiquiátrico también fue impulsado por pacientes que tuvieron experiencias desfavorables en el cuidado psiquiátrico. Es decir,

quienes sintieron que habían sido dañados por la psiquiatría o que creyeron que podrían haber sido tratados por otro tipo de enfoques.

También hubo oposición al aumento de conexiones entre la psiquiatría y las compañías farmacéuticas, las cuales se volvían cada vez más grandes y poderosas, sin darse cuenta que detrás de éstas se esconden intereses económicos y políticos.

Uno de los puntos más importantes de este movimiento fue promover que, el enfermo mental no es anormal, sino una víctima inocente de un sistema enfermizo que desciende de un medio que manifiesta los conflictos de la sociedad.

La historia de la *enfermedad mental* complementada con la de la psiquiatría logró su máximo progreso durante el siglo XX, gracias a la aparición de psicoterapias y psicofarmacología.

- Jacques Joseph Moreau de Tours fue el primer psicofarmacólogo que utilizó medicamentos para el tratamiento de enfermedades mentales, como la marihuana ya que consideraba que los efectos de esa planta constituían un medio poderoso y único de exploración en materia de patogenia mental. Consideró que el delirio era de una naturaleza idéntica al estado onírico.

Después de Moreau de Tours se emplearía gran variedad de medicamentos, como el cloroformo y el éter mediante inhalaciones; el hidrato de clora, descubierto en 1869; la hiosciamina, la cocaína, preconizada por Freud en el tratamiento de la adicción a morfina; el azul de metileno, etc, y los barbitúricos y la histamina.¹³

Todas estas sustancias tenían como propósito sedar al paciente, es decir, que se duerma y permanezca en un estado de anestesia.

¹³ Garnica, Rodrigo. Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría. (Tomo 1, pp68) México: Trillas

- Pierre Deniker y Jean Delay demostraron los beneficios antipsicóticos de la clorpromazina, utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia, el cual fue muy eficaz.

También fue a partir de ese primer fármaco que las investigaciones llevaron al descubrimiento de los medicamentos con acción antidepresiva; y una vez iniciada ésta era el estímulo para iniciar o consolidar los descubrimientos del resto de sustancias con acción sobre el sistema nervioso: las diazepaminas, el carbonato de litio (descubierto por el australiano Cade en 1949), etcétera.¹⁴

La aparición de la psicofarmacología ha marcado a la psiquiatría, llegando a ser parte primordial para el tratamiento de muchas enfermedades mentales.

En América se da la construcción del primer hospital de este Continente en el año de 1524, en México nombrado Hospital de Jesús Nazareno, destacándose un sacerdote que con arduo trabajo brindó cuidado a enfermos durante muchos años.

Acercándonos más a lo que es nuestro país en los años de 1605 y 1656 en la Real Audiencia de Quito se podía ver como el tratamiento a enfermos mentales en los hospitales que no contaban con una especialización, se les suministraba brebajes de purgas y jarabes, los pacientes y sus familiares consideraban a los hospitales como un sitio para la curación de dolencias y encontrar alimento y abrigo, ya que era el único lugar donde podían quedarse hasta el día de su muerte.

Al albergar a mucha gente en los hospitales con todo tipo de dolencias, la higiene fue uno de los problemas más grandes que se daba, sin embargo la asepsia se introduce en la práctica médica como estrategia para evitar la contaminación y los riesgos que causan las infecciones, que podrían llevar a la muerte de uno o varios pacientes.

¹⁴ Garnica, Rodrigo. Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría. (Tomo 1, pp71) México: Trillas

La idea de la creación de los hospicios nació en Europa para acoger a gente descontrolada, con esta idea europea se inicia la construcción del actual Hospital Psiquiátrico San Lázaro de Quito en el año de 1751, con la dirección de Juan Nieto Polo de Águila, quien trabajó con el Presidente de la Real Audiencia de Quito proporcionando este hogar a la Compañía de Jesús para vivienda de las personas que lo necesitaban.

La expulsión de los jesuitas en el año de 1767 fue la pauta para que la casa de ejercicios y noviciados sirvan como cuartel y lo que pertenecía al colegio Máximo sea destinado para la fundación del Hospicio, sin embargo, la intervención de varios Obispos encargados, se distribuyó en nuevas divisiones, fundándose en 1785 el Hospicio Jesús María y José y el 14 de Marzo de 1786 se funda el Hospital San Lázaro de Quito por un obispo de la misma ciudad, con el fin de albergar a locos, leprosos, ancianos, huérfanos, pobres.

La Gobernación solicitó al cabildo que tanto el Hospicio como el Hospital sean declarados Instituciones Nacionales. Para el año 1864 había 104 leprosos, 147 albergados pobres, y 11 enfermos mentales.

El slogan del Hospicio es:

“HOSPITAL SAN LAZARO PATRIMONIO DE LA PSIQUIATRIA EN AMERICA”¹⁵

*Hospicio viene del latín Hospitium: casa donde se albergaba a peregrinos y pobres; hospedaje; hospedería de las comunidades religiosas. Asilos para niños, pobres y huérfanos.*¹⁶

¹⁵ López Hugo (2007) Relato de los tratamientos que se han utilizado en el Hospital “San Lázaro” desde su fundación. Recuperada el 27 de Mayo del 2009 de: <http://www.hpsl.gov.ec/index2.asp?id=202>

¹⁶ Cruz Efrén, El Loco y la Institución Mental (Tomo 1, pp 31) Ecuador: Abya Yala

Foto 1.1. Hospital San Lázaro de Quito



Fuente: Gabriel Gonzales

El primero en administrar este sitio fue Don Francisco Borja y Larraspuro. Para que haya ingresos económicos creó una fábrica de zapatos, laboraba la gente que estaba aún en sus cabales o los que generalmente podían dar sus servicios.

El hospicio físicamente se encontraba distribuido de la siguiente manera:

“Tenía claustros, tumbados altos, una división que hay entre los claustros junto a la grada principal con puerta y llave; esta se hizo para dividir el sitio para los hombres y las mujeres, otra división para los lugares comunes. Entrando por otra puerta en el espacio de los dos corredores, ocho cuartos con puertas de madera y cuatro de ellos con ventanas a la calle, rejas de hierro en donde viven las mujeres pobres.”¹⁷

Las construcciones antiguas tenían muchas divisiones y pasadizos los cuales se conectaban para facilidad de las personas que estaban a cargo de los pacientes.

¹⁷ Cruz Efrén, El Loco y la institución Mental (Tomo 1, pp 45) Ecuador: Abya Yala

Las personas que estaban internas en el hospicio tenían problemas de piel, se les aplicaba ungüentos y aceites especiales que eran donaciones realizadas por otros países y que poco a poco fueron disminuyendo, lo que motivó a los encargados del hospicio a poner ciertas reglas para aquellas personas que ingresaban como a las que se encontraban en la institución, siendo éstas las siguientes:

- Entregar una mudada de ropa al año a cada persona, si ésta abandonaba el hospicio debía dejar la misma para otras personas.
- Regirse a los diversos horarios: levantarse a las cinco y treinta de la mañana para su aseo; a las seis de la mañana debían ir a la capilla a orar; a las siete de la mañana desayunaban y luego debían trabajar los que se encontraban en buenas condiciones hasta las diez; a la hora del almuerzo el capellán debía darles la bendición para que puedan sentarse a la mesa; posteriormente regresaban a trabajar hasta las cinco de la tarde, para luego cenar e ir a la capilla a rezar el rosario e inmediatamente dirigirse a sus habitaciones; a las ocho de la noche se apagaban las luces.

El camino que ha recorrido el Hospital San Lázaro de la ciudad de Quito está profundamente relacionado con el desarrollo histórico social de los siglos 18, 19 y 20.

CAPITULO II

2.1. Historia y surgimiento de la TEC en Quito y el mundo

Antes de que sea utilizada la *Terapia Electro Convulsiva* (TEC) se administraba insulina para estimular el apetito en pacientes que sufrían enfermedades crónicas, incluyendo a enfermos que estaban hospitalizados por enfermedades mentales graves.

*En la antigua Roma, sin que se conociera exactamente sobre la electricidad, los médicos de ese tiempo ya la explotaban y así es como los romanos se daban toques eléctricos para curar las jaquecas y para expulsar a los demonios de su cuerpo.*¹⁸

En Roma se da la creación de una gran cantidad de alternativas para la curación de dolencias especialmente las ubicadas a nivel de la cabeza. Se decía que al poner un pez en la cabeza del enfermo, éste tenía una especie de aparato eléctrico en su cabeza que emitía una gran cantidad de electricidad de aproximadamente 30 voltios, donde la persona no emitía convulsión alguna, sin embargo, se podía ver como mejoraba el dolor sin ninguna clase de medicamento. Por otro lado en Etiopía, los misioneros Jesuitas optan por aplicar estas mismas descargas, pero para la expulsión de demonios en pacientes psiquiátricos.

4.1

Aldini utilizó corriente para el tratamiento de la melancolía, esta corriente es continua y de intensidad constante, es por ello que se la denomina corriente galvánica. Esta corriente es de baja tensión, es decir, de 60 a 80 voltios, se la denomina también *constante* debido a que mantiene su intensidad estable durante el tiempo de su aplicación. Esta corriente era muy utilizada debido a su acción como sedante, analgésica en el caso de dolores de cabeza, para la cicatrización de heridas y cicatrización de fracturas.

¹⁸ Guerra, Henry, Mayorga José y Riofrío Iván. Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 9) Ecuador: Ph

La aplicación de la corriente galvánica dejó de ser popular en nuestros días, debido a la sustitución de otras modalidades de aplicación de corriente y a los accidentes que se daban por su mal uso como es quemaduras a nivel cutáneo ocasionados por el mal contacto de los electrodos con la zona a tratar, lo que ocasionó la concentración de corriente en un solo punto.

La *Terapia Electro Convulsiva* aparece a partir de la hipótesis del psiquiatra Ladislau Joseph Von Meduna, quien notó que los ataques de epilepsia causaban una leve mejoría en sus pacientes con esquizofrenia, postuló que valía la pena inducir ese tipo de convulsiones para obtener alivio. Trabajó con epilépticos y desarrolló diversos tratamientos de choque en los que un fármaco parecido al alcanfor actuaba como agente convulsivante y producía ataques tan violentos que a veces los pacientes sufrían fracturas de huesos.

El éxito de Von Meduna llevó a Hugo Cerletti y su discípulo Bini, a buscar un estímulo menos doloroso para el paciente, de esta manera se realizó el primer TEC en seres humanos, tras estudios preliminares en perros, en abril de 1938. Cerletti comenzó a usar en su clínica ubicada en Génova la Terapia Electro Convulsiva para aliviar la depresión severa, desde entonces la TEC fue la única terapia eficaz utilizada en psiquiatría.

En 1937 en Roma se da origen al electroshock (tratamiento psiquiátrico en el cual se intervienen numerosas convulsiones mediante la utilización de electricidad), aplicados en pacientes esquizofrénicos con delirios o alucinaciones y en depresiones muy graves, comprobándose que este tratamiento era muy eficaz.

El electroshock no fue la primera forma de provocar convulsiones, sin embargo fue la primera terapia eficaz en el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas.

Por primera vez los psiquiatras se daban cuenta que este proceso terapéutico daba resultado por ser una herramienta biológica eficaz para el paciente cuando se lo realiza con responsabilidad y preparación previa.

Cuando se empezó a utilizar el electroshock, no existía una variedad de tratamientos farmacológicos al alcance de médicos, enfermos y familiares de pacientes que necesitaban ayuda a sus distintos problemas mentales.

Con el apareamiento de novedosos tratamientos farmacológicos como: antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos, se da el desvanecimiento temporal de la TEC a lo largo de la década de los setenta.

En los últimos años varios profesionales expertos en el tema de la TEC, analizaron que el tratamiento del electroshock debe retornar debido a que los fármacos y la psicoterapia no han conseguido dar la misma respuesta que puede dar la TEC.

“La decisión de utilizar la TEC suele reservarse para los pacientes que no han respondido a los fármacos o para los casos en los que o los efectos secundarios asociados al tratamiento farmacológico no pueden ser bien tolerados o cuando el estado del paciente, a causa de una notable hiperactividad, insomnio, negativa a comer o beber o conducta suicida es tal que la rápida mejoría que se puede conseguir con la TEC es esencial e incluso, en algunos casos vital.”¹⁹

Hoy en día se calcula aproximadamente que alrededor de un millón de personas en el mundo reciben TEC cada año, básicamente de 6 a 12 tratamientos repartidos de 2 a 3 veces por semana, dependiendo del médico tratante.

Actualmente la *Terapia Electro Convulsiva* consiste en pasar de 70 a 130 voltios, en un tiempo de 1 a 5 décimas de segundo a través de electrodos

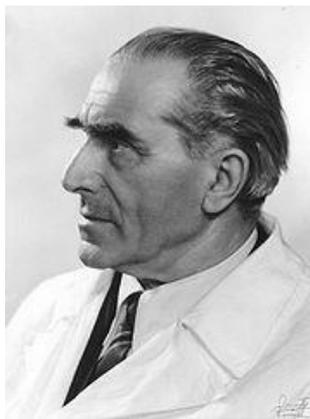
¹⁹ Kaplan, Harold y J Sadock Benjamín. Tratado de Psiquiatría (Tomo 2, pp 1556) España : Medica Panamericana

ubicados en la cabeza del paciente, esta electricidad despolariza las neuronas del cerebro, generando una crisis epiléptica parcial, lo que hace que las neuronas liberen mediadores y factores tróficos que originan la creación de nuevas neuronas.

Este tratamiento se da tres veces por semana aproximadamente, el número de sesiones dependerá del diagnóstico de la evolución que realice el médico, los efectos secundarios suelen ser suaves si se tiene presente como se lo aplique.

2.1.1. Biografía y aportes de: Hugo Cerletti y Lucio Bini a la TEC.

Foto 2.1. Hugo Cerletti



Fuente: Adimir Antonini

Hugo Cerletti nació en Conegliano, en la región de Veneto, Italia, el 26 de septiembre de 1877 y murió en Roma, el 25 de julio de 1963; estudió Medicina en Roma y Turín. Luego de haber culminado con sus estudios, fue nombrado Jefe del Instituto Neurobiológico, en Milán. Se especializó en neurología y neuropsiquiatría, aprendió con los más ilustres neurólogos de la época como Pierre Marie y Dupré en Francia, en Alemania con Emil Kraepelin, nombrado el padre de la psiquiatría científica moderna y Alois Alzheimer quien fue el descubridor de la forma más común de demencia senil, que hoy en día tiene su nombre.

En el año de 1924 fue llamado para cubrir con la vacante de docente en Neuropsiquiatría en Bari; en 1928, asumió el cargo de Profesor Enrico Morselli, en la Universidad de Génova.

“En 1932, Hugo Cerletti (1877-1963), en la Clínica Neuropsiquiátrica de Génova, practicó autopsias a los enfermos muertos de epilepsia y notó un endurecimiento en un sector de cerebro conocido como asta de Ammon.”²⁰

Este endurecimiento llamó mucho su atención llegando a la conclusión de que esto era la causa de los ataques epilépticos, ya que pensaba que estas sustancias que se usaban para producir las convulsiones posiblemente podrían causar este efecto en el cerebro, por lo que recurrió a la estimulación eléctrica.

En 1935, se convirtió en el Presidente del Departamento de Enfermedades Neurológicas y de la Universidad de Roma “La Sapienza”, en donde desarrolló la terapia electroconvulsiva para el tratamiento de varios tipos de trastornos mentales, dándole mucha reputación hasta nuestros días.

Cerletti utilizó por primera vez el electoshock con fines terapéuticos en seres humanos después de una cantidad de experimentos que solía realizar con animales consecuentemente con ataques de epilepsia; es uno de los pioneros de la TEC, ya que realizó varios estudios con cerdos, a los cuales los anestesiaba en el matadero y luego les aplicaba descargas eléctricas antes de ser sacrificados.

Con ello decide en el año de 1938 hacerlo con una persona que tenía esquizofrenia, alucinaciones, delirios y confusión, que lo llevó a un estado de normalidad de la mente a este paciente.

En los años siguientes, Cerletti y sus compañeros experimentaron con miles de electroshocks en cientos de animales y pacientes y fueron capaces de acordar su utilidad y seguridad en la práctica clínica, con varias indicaciones, como en

²⁰ Franz, Alexander y Selesnick Sheldon. (1970). Historia de la Psiquiatría (Cap 1, pp. 341). Barcelona: ESPaxs

la esquizofrenia aguda, enfermedad maníaco-depresiva, episodios de depresión mayor.

En el año 1950 Cerletti recibió el doctorado honoris causa otorgado por el Colegio de la Sorbona de la Universidad de París y de una lista de premios y títulos. Publicó 113 trabajos originales sobre la patología de placas seniles en la enfermedad de Alzheimer, sobre la estructura de Neurología, la barrera sangre-cerebro, la sífilis, etc.

Lucio Bini nació en el año de 1908 y muere en el año de 1964, fue un psiquiatra italiano y profesor de la Universidad de Roma “La Sapienza”.

Foto 2.2. Lucio Bini



Fuente: Rocco Antonio Pisani

En el año de 1938 fabricó el primer aparato de electroshock de corriente alterna, con un potenciómetro que regula de 50 a 150 voltios. En el 3er Congreso Internacional de Neurología en Copenhague en agosto de 1939, comunicó sobre el primer uso del electroshock para inducir un ataque con fines terapéuticos en pacientes psicóticos.

Lucio Bini con Hugo Cerletti, investigaron y descubrieron la técnica de la terapia electroconvulsiva, una especie de terapia de choque para ciertas enfermedades mentales, descubrimiento que ayudó a millones de enfermos mentales como a varios trastornos desconocidos por varias personas. Anunciaron la *Terapia Electro Convulsiva* en el mundo, visitando los Países Bajos, Francia, Suiza, Inglaterra, y los Estados Unidos.

Cerletti y Bini tomaron la decisión de probar su técnica experimental en un esquizofrénico psicótico agudo. El éxito de sus resultados, comunicados en 1938, condujeron a una eventual sustitución de la terapéutica convulsiva por pentilenotetrazol por su contrapartida eléctrica. Esta nueva modalidad de tratamiento convulsivo fue denominada inicialmente terapéutica de electrochoque, para después ser rebautizada como terapéutica electroconvulsiva (ECT, TEC).²¹

En el año de 1975 en Roma y en 1977 en Cagliari - Italia se da la creación del Centro Lucio Bini, es una asociación conformada por psicoterapeutas y psiquiatras, este centro trata trastornos psicológicos y psiquiátricos, enfocados en ansiedad, depresión, hiperactividad, trastornos del estado de ánimo, problemas sexuales con origen psicológico, prevención de suicidio.

Con el gran aporte de Bini y Cerletti a su máxima creación de lo que hoy en día es la *Terapia Electro Convulsiva*, sus estudios previos en animales para finalmente aplicarla a un ser humano teniendo resultados positivos, médicos como pacientes agradecen la existencia de esta Terapia debido a la mejoría que han visto o sentido.

2.1.2 La historia del surgimiento de la TEC en Quito

En los años 30 el trato al enfermo mental fue algo ruda por los médicos,

²¹ Ibid.

*“Recurrían a los “abscesos de fijación” para “locos furiosos”; al inyectar aceite de trementina en cara externa de muslos se provocaban dolorosos abscesos asépticos que fijaban al paciente al piso y así se tranquilizaba”.*²²

En el año de 1940, se le nombra médico del Hospital San Lázaro de la ciudad de Quito al Dr. Fernando Cazares de la Torre, por ser un buen representante de la psiquiatría ecuatoriana, ya que ha luchado a diario para que los pacientes no sean sometidos a un encierro, ataduras con sogas y otros maltratos fuertes que solían darse en la época; logrando la utilización de algunos sedantes, como la aplicación de choques con Cardiazol.

En 1941, con la ayuda del psiquiatra alemán Waldemar Unger, refugiado en el Ecuador, se empieza a dar tratamientos de choques insulínicos, que se los dio uso hasta los años sesenta.

En 1944, el Hospital psiquiátrico de St. Elizabeth, en Michigan, Estados Unidos, da uso por primera vez al electroshock, lo que posteriormente será conocido por los demás países que necesitan la utilización de este método, como es el caso de Ecuador.

En los años setenta la prescripción de antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos, eran comercializados en el país y administrados día a día por los médicos del Hospital San Lázaro. Al no tener estos medicamentos, el Dr. Lauro Escobar director de este hospital en aquella época solicitaba se prepare cápsulas de carbonato de litio en la Botica Alemana, muy famosa y conocida en la ciudad de Quito.

²² López Hugo (2007) Relato de los tratamientos que se han utilizado en el Hospital “San Lázaro” desde su fundación. Recuperada el 27 de Mayo del 2009 de: <http://www.hpsl.gov.ec/index2.asp?id=202>

En los años ochenta y noventa, gracias a los buenos oficios del Director del Hospital San Lázaro y del Dr. Julio Endara C., director del hospital Psiquiátrico que lleva su nombre, la Orden de Malta hacía donaciones de medicinas, algunas de ellas no existentes ni conocidos en el país, sin embargo, los médicos del Hospital ya las prescribían y también recetaban otras que nunca se los comercializó en el Ecuador.

Este Hospital siempre ha estado informado de los avances de la psicofarmacología, es por ello que desde su fundación se ha visto la continua atención hacia los más necesitados.

2.1.3. “Eficacia” o “Perjuicio” del uso de la TEC

La TEC sigue siendo tema de gran controversia, gran parte de este contenido se refiere a su beneficio y los efectos secundarios que podría provocar. Para muchos pacientes con solo escuchar Terapia Electro Convulsiva les puede dar la idea de que tendrá una pérdida de memoria permanente, esta técnica es recomendable por cientos de médicos psiquiatras, no obstante este procedimiento solo debería utilizárselo como último recurso cuando los medicamentos ya no funcionan.

Se investigó que, para al menos de la mitad de las personas que reciben este tratamiento, la mejoría es solamente temporal, el complemento a esta técnica son los medicamentos y la psicoterapia, mientras que para el resto de los pacientes continúan recibiendo el tratamiento solamente con TEC.

Uno de los beneficios principales de la TEC, es que ha mostrado ser muy efectiva en depresiones severas, melancolía involutiva, las cuales aparecen en la edad media de vida de la persona, este tratamiento da un alivio a los síntomas de las enfermedades anteriormente mencionadas.

Es necesario identificar a los pacientes que se les va a aplicar la TEC, examinarles si tienen algún tipo de problema cardiovascular y detectar la

presencia de complicaciones mediante un control de parámetros vitales como la presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración, entre otros.

Con este tratamiento, las alteraciones del ritmo cardíaco son frecuentes, ya que algunos de los pacientes tienen taquicardia, debido a que el estímulo eléctrico cerebral origina una enérgica activación del sistema nervioso.

La mayoría de estas perturbaciones se resuelve rápidamente, a veces es necesaria la aplicación de alguna medicación extra.

“La tasa de mortalidad de la TEC es del 0,002 por tratamiento y 0,01 por paciente; las muertes se presentan casi siempre después de la administración de la terapia, siendo las causas cardiovasculares las más frecuentes.”²³

Cabe mencionar que si se cuenta con todos los equipos y material humano para la realización de la TEC, éste puede ser aplicado aún en pacientes con cardiopatías severas siempre que el paciente se encuentre vigilado de su cardiólogo, quien será la persona que autorice o no la aplicación de este tratamiento a su paciente.

Se entiende que otra de las complicaciones es la convulsión prolongada que se refiere a constantes temblores inducidos por el paciente, esta convulsión no es muy común y suele tener un tiempo más extenso. Normalmente a un paciente que se le aplica la TEC la duración es de 25 segundos, se le denomina *Prolongada* cuando ésta logra los 180 segundos lo cual quiere decir 3 minutos, ciertas veces puede llegar a incrementarse el riesgo de arritmias y alteraciones de la memoria.

Después de la aplicación de la TEC se ha presentado ciertos obstáculos como lo es la cefalea y puede darse en pacientes depresivos, independientemente de que se realicen o no TEC, el problema de la cefalea puede estar relacionado con el espasmo muscular asociado al estímulo convulsivo que se da al

²³ Guerra, Henry, Mayorga José y Riofrío Iván. Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 109) Ecuador: Ph

momento de la aplicación. Puede ceder con analgésicos comunes como el paracetamol, ibuprofeno y otros, los cuales deben ser administrados por vía oral y en raras ocasiones pueden ser necesarios los analgésicos mayores. Las náuseas y el vómito también se presentan en ciertos pacientes, con lo que se expresa intolerancia al anestésico.

Otro perjuicio de la TEC es la excitación o delirio postictal, caracterizada por ser un cuadro de confusión y agitación a nivel motor al momento que la anestesia empieza a desaparecer, se dice que puede verse en un 10% de los casos. Posteriormente este delirio puede darse debido a distintos factores como lo es una excesiva dosis eléctrica al paciente, una dosis pequeña de anestésico o de relajante muscular.

Las alteraciones cognitivas también aparecen en ciertos pacientes que se les ha aplicado la TEC, estos son los que más limitan el uso de este tratamiento ya que la aplicación de los electrodos es bilateral, y favorece la aparición de cuadros de confusión. Se investigó que esta alteración, puede ser duradera, sin embargo, en la mayoría de pacientes la orientación se restablece en los 45 minutos post TEC.

Estos efectos a nivel cognitivo encierran un déficit de atención y concentración, amnesia anterógrada, esto quiere decir que los nuevos sucesos no son transferidos a la memoria a largo plazo, con lo cual la persona que la sufre no será capaz de recordar nada.

Varios de estos trastornos se corrigen al finalizar el número de tratamientos, la amnesia retrógrada mejora en forma más gradual que la anterógrada.

“El rasgo más sorprendente del período post tratamiento es que el paciente sufre una amnesia de grado variable para los sucesos recientes. Esta amnesia puede durar varias semanas o meses después del tratamiento, pero finalmente

*la mayoría se restablece. Cualquier cambio cerebral que tenga lugar es reversible y muy raramente se observa deterioro cerebral persistente.*²⁴

Una de las complicaciones que más preocupa a pacientes que se les va a aplicar la TEC, es el peligro de posibles fracturas óseas; temor que se ha reducido debido al uso de medicamentos que disminuyen la contracción muscular.

En el proceso de investigación se ha podido constatar que después de la aplicación de la TEC, existen beneficios para el paciente como evitar que tenga recaídas, mejorar su capacidad de pensar y restituir sus emociones a un estado saludable; es importante señalar que los mismos variarán de acuerdo al tipo y gravedad de su enfermedad.

Con esto se quiere decir que no todos los casos ni todos los seres humanos somos iguales para recibir de la misma manera un tratamiento, depende mucho de cómo se lo aplique, evolucione y responda el paciente.

²⁴ Franz, Alexander y Selesnick Sheldon. (1970). Historia de la Psiquiatría (Cap 1, pp. 340). Barcelona: ESPaxs.

CAPITULO III

3.1. Proceso que necesita tener un paciente antes, durante y después de la aplicación de la TEC

Previo al tratamiento de la TEC, se deberá comunicar a sus familiares y al paciente la necesidad de realizarse exámenes de laboratorio y de imagenología cerebral para que no haya problemas al momento de la aplicación de la TEC. Los exámenes pueden ser los siguientes:

- *Hemoleucograma y sedimentación*
 - *Uremia, creatinina*
 - *Citoquímico de orina*
 - *Radiografías de tórax y columna*
 - *Electrocardiograma*
 - *Tomografía axial computarizada*²⁵
-
- El *hemoleucograma* ayuda para el diagnóstico de ciertas infecciones. Examina las células de la sangre: Globulos Rojos, Leucocitos, Linfocitos y Plaquetas. La Sedimentación mide indirectamente qué tanta inflamación hay en el cuerpo, calculando la distancia que los glóbulos rojos se caen de arriba de un tubo vertical durante una hora. Sin embargo, rara vez lleva directamente a un diagnóstico específico.
 - La *Uremia* es un conjunto de síntomas cerebrales, respiratorios, circulatorios, digestivos, dados por la acumulación en la sangre y en los tejidos de sustancias perjudiciales del metabolismo orgánico, las cuales son eliminadas por el riñón cuando el estado es normal. La Creatinina es una sustancia que desecha el metabolismo, ésta es filtrada por los riñones y excretada en la orina. Para saber la correcta función de los riñones es mediante la medición de la creatinina.

²⁵ Guerra, Henry, Mayorga José y Riofrío Iván. Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 16) Ecuador: Ph

- El *Citoquímico de orina* es una evaluación física, química y microscópica de la orina. Éste análisis detecta y mide compuestos que salen a través de la misma.
- Las *Radiografías de tórax y columna* generan imágenes del corazón, los pulmones, las vías respiratorias, los vasos sanguíneos así los huesos de la columna y el tórax.
- El *Electrocardiograma* es la representación gráfica de la actividad eléctrica que tiene el corazón.
- Tomografía axial computarizada es una exploración de rayos X, las cuales producen imágenes detalladas de cortes axiales de todo el cuerpo. En lugar de obtener una imagen como la radiografía convencional, ésta obtiene múltiples imágenes al rotar alrededor del cuerpo.

Otro examen importante y necesario que se presencié en las prácticas pre profesionales es el neurológico que estudia las funciones cerebrales, ya que con profundidad se puede saber el problema clínico de una persona, complementándose con la historia general del paciente.

Si el paciente se encuentra apto para la aplicación de la TEC se debe fijar ciertas metas como:

- *Establecer el estado cognitivo y psiquiátrico de base, como punto de referencia para apreciar la respuesta y los efectos colaterales cognitivos.*
- *Identificar y tratar factores médicos que se asocien a un aumento de riesgo de efectos adversos.*
- *Iniciar el proceso de consentimiento informado.*²⁶

Con ello tanto su familia como el paciente tendrán más seguridad del proceso a realizarse con la TEC.

²⁶ *Ibíd.*

Para aplicar la *Terapia Electro Convulsiva*, intervienen los siguientes profesionales:

- Un anestesista
- Un médico psiquiatra
- Un enfermero
- Un auxiliar

Se debe tomar en cuenta las siguientes recomendaciones antes de la aplicación de la TEC:

1. La noche anterior el paciente debe estar en ayuno absoluto como mínimo 8 horas, o dependiendo de la sugerencia del médico.
2. Al paciente se le debe retirar el esmalte de uñas, lentes postizos, prendas ajustadas, prótesis dentales, etc.
3. El paciente debe usar pijama o camisón para mayor comodidad.
4. El paciente debe realizar micción previa.
5. Hablar con el paciente antes del tratamiento para tratar de relajarlo y de aislar tensiones, evitando que tenga ideas negativas de la TEC., como:
 - 5.1. Permitirle que exprese todos sus miedos, de esta manera intentará disminuir lo que le provoque angustia.
 - 5.2. Evitar comentarios en voz baja, ya que esto podría ponerle muy nervioso y posiblemente desista al tratamiento.
 - 5.3. Siempre hay que tratar que la mente del paciente se encuentre ocupada para que la espera de la TEC no le resulte tan larga.
6. Por prescripción médica se deberá interrumpir la medicina oral la mañana que se va a realizar el tratamiento.
7. Se deberá colocar al paciente en la cama o camilla boca arriba, para facilidad del médico y su grupo de trabajo.
8. Se le colocará vía venosa la medicación indicada por el anestesista, acompañada de un relajante muscular y con suficiente oxigenación.

9. Se colocará una gasa empapada con gel, a los lados de la cabeza para facilitar la conducción de corriente y evitar posibles quemaduras. Es necesario también colocar un mordedor en la boca para evitar que se lesione la lengua.

El médico tratante, empleará la *Técnica bilateral o unilateral*, que consiste en colocar los electrodos en ambas zonas frontotemporales o en el hemisferio no dominante e inmediatamente procederá a la aplicación del paso de corriente eléctrica, provocando una convulsión.

“El uso tradicional es colocar los electrodos bifrontotemporalmente, situados con su centro aproximadamente a unos dos centímetros y medio por encima del punto intermedio de una línea imaginaria trazada desde el trago del oído hasta el canto externo del ojo. No es necesaria una medición precisa a causa de la acusada difusión de flujo de corriente secundaria a las propiedades aislantes del cráneo.”²⁷

Por otro lado, la TEC bilateral se aplica más en pacientes con riesgo vital que tienen enfermedades mentales severas y no han tenido la posibilidad de responder a otro tipo de tratamiento. También se utiliza la TEC a pacientes deprimidos, es decir, con riesgo de suicidio agudo, psicosis con manía o sin ella, poco estado nutricional, a pacientes que desean recibir la TEC con más potencia ya que tienen una preferencia por esta técnica, a pacientes con catatonía, y generalmente a

“Pacientes que se encuentran en condiciones médicas severas que incrementen el riesgo de anestésias repetidas; ya que la TEC bilateral se convertirá en un procedimiento más confiable, más rápido y que lleva a minimizar el número de inducciones anestésicas.”²⁸

²⁷ Kaplan, Harold y J Sadock Benjamín. Tratado de Psiquiatría (Tomo 2, pp 1554) España : Medica Panamericana

²⁸ Guerra, Henry, Mayorga José y Riofrío Iván. Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 18) Ecuador: Ph

La TEC unilateral derecha podría utilizarse para pacientes que no son severamente enfermos como con depresión que no se encuentran en riesgo de morir.

Después de la aplicación de la TEC unilateral derecha en los primeros tratamientos, si el paciente presenta deterioro en su memoria o confusión severa se deberá cambiar los electrodos al lado izquierdo para obtener mejor respuesta.

“Los pacientes zurdos considerados para TEC unilateral derecha, plantean un problema interesante, pues en el 98% la función del lenguaje se encuentra en el hemisferio cerebral izquierdo de los diestros, y en el 90% de los zurdos. Por lo que es comprensible que se entienda este hecho fisiológico y se comience con la TEC del lado derecho, incluso en zurdos.”²⁹

Tanto la aplicación de la TEC unilateral como la bilateral luego que el médico ha determinado qué es importante, se deberá recomendar al paciente que continúe con esta técnica dependiendo de qué lado de su cerebro responde mejor a este tratamiento.

10. Es importante señalar que al paciente una vez anestesiado se le induce electricidad de 70 a 130 voltios en un tiempo de 1 a 5 décimas de segundo, a través de electrodos, la misma que podría mantener encendida una bombilla de 10 watos durante 2 segundos.

Sogliani, médico, fue el único que utilizaba la TEC en sus pacientes, manteniendo el voltaje de 110 voltios y lo aumentaba solo el tiempo del paso de la corriente si era necesario, pero se debía evitar el llamado choque frustrado el cual se caracterizaba por náuseas posteriores, después de este ataque venía un coma de 5 a 30 minutos, Sogliani

²⁹ Guerra, Henry, Mayorga José y Riofrío Iván. Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 19) Ecuador: Ph

aumentaba el tiempo del paso de la corriente en sus pacientes afirmando que los mismos tenían una mejora notable.

11. Al momento de la aplicación de la TEC se dan varias contracciones musculares especialmente de los músculos faciales, que pasados de 30 o 50 segundos se debilitan y desaparecen, en estos momentos interviene el personal de enfermería quienes dan asistencia al paciente para que éste no se golpee, luego de unos minutos finalizan las convulsiones y el paciente se queda en reposo para su recuperación.
12. A continuación, se reemplaza el mordedor por un tubo y el anestesista procede a asistirle oxígeno hasta que se normaliza la función respiratoria del paciente, recuperación que se da en pocos minutos, el mismo que permanece siempre bajo observación del personal que lo asiste.
13. El psiquiatra tratante deberá fijar el número y la frecuencia de los tratamientos posteriores.

Es necesario aclarar al paciente y a su familia que el número de sesiones no las pueden decidir, son los médicos quienes las deben hacer, pues recomiendan dependiendo del caso. Las aplicaciones son diarias cuando se necesita un rápido inicio de respuesta, como en la manía severa, el alto riesgo suicida, la catatonía, etc.

Luego de la aplicación de la TEC se investigó que es necesario conocer cuál es la reacción del paciente, para que de esta manera el médico pueda saber si resultó efectiva la técnica, caso contrario optar por algún tipo de cambio con el mismo procedimiento.

La Terapia Electro Convulsiva es nombrada como un procedimiento quirúrgico; actualmente los nuevos monitores con los que se realiza la TEC dan un gran servicio pues se puede mirar un electroencefalograma y hasta un

electrocardiograma, facilitando la evaluación de posibles alteraciones cardíacas que pueden generar cierto tipo de complicación en el paciente.

3.1.1. Equipo humano y materiales que se deben utilizar para la aplicación de la TEC a un paciente con enfermedad mental

Para la aplicación de la TEC se necesita del siguiente personal:

➤ **Anestesista.-**

El papel que tiene un anestesista dentro del quirófano donde se realizará la TEC al paciente va mucho más allá de poner una inyección y hacer dormir al mismo. Consiste en cuidar las funciones vitales a lo largo del proceso de la aplicación de la TEC principalmente.

Esto incluye la preparación antes de la intervención el control durante esta y después de finalizada la intervención, es decir, hasta que el paciente esté próximo de volver a recuperación, existirá siempre la comunicación permanente con el equipo de trabajo como médicos, enfermeras, psiquiatras y demás.

Para llegar a ser anestesiólogo, se deben completar los seis años de estudios de Medicina y pasar el examen que le permita acceder a los estudios de postgrado, iniciando de esta manera un programa de entrenamiento de cuatro años aproximadamente durante los cuales adquieren su especialidad.

“La anestesia se ha convertido en un concomitante necesario de la TEC a causa de la parálisis respiratoria asociada a la relajación muscular. La profundidad de la anestesia debe ser lo más leve posible, no sólo para minimizar los efectos adversos sino también porque los agentes anestésicos típicos utilizados con la TEC elevan el umbral de crisis, es decir, exigen un estímulo eléctrico de superior intensidad.”³⁰

³⁰ Kaplan, Harold y J Sadock Benjamín. Tratado de Psiquiatría (Tomo 2, pp 1554) España : Medica Panamericana

➤ **Médico psiquiatra**

Un médico psiquiatra es la persona encargada de aplicar la TEC al paciente, ya que por su especialidad sabe cómo debe aplicarse los electrodos, a qué altura, cómo debe comunicarse con su equipo de trabajo, dar sugerencias e impartir órdenes para que el paciente deba ser atendido con todos los requerimientos y ajustes a la aplicación de la TEC.

El psiquiatra prescribe fármacos para el paciente antes, durante y después de la aplicación de la TEC y lo administra dependiendo el caso de cada persona, al igual que su beneficio, la administración de estos medicamentos pueden ser voluntarios o, en ciertos casos, involuntarios.

Los psiquiatras afirman que buena parte de estas medicinas tienen una eficacia probada al mejorar y tratar diversos trastornos mentales.

➤ **Enfermero**

Un enfermera/o tiene la capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud en un paciente, ya que conoce el sufrimiento e incapacidad de la persona, además necesita de una suficiente preparación para su cuidado y responde a las necesidades del mismo.

➤ **Auxiliar**

Una de sus funciones es el de ayudar en lo que el médico psiquiatra, el enfermero/a, o el anestésista le soliciten, como es el acceso a herramientas, bomba de oxígeno, inyecciones, aparato de TEC, entre otros.

Debe estar en el momento de la aplicación de la TEC y sostener al paciente para que no sufra ningún tipo de accidente, en caso de que convulsione.

Materiales que se utilizan para aplicar la TEC a un paciente

➤ Camilla o cama.

Siempre es necesario una cama o camilla para que el paciente pueda sentirse cómodo al momento de la aplicación de la TEC, para que se recueste y le administren la medicación necesaria.

➤ Aparato TEC.

Se asemeja a una mesa, compuesta de dos cables a los lados de los cuales salen unos tubos pequeños y dispositivos que son los que van en el cuero cabelludo por dónde se conducirá la electricidad.

Foto 3.1. Aparato T.E.C.



Fuente: Hospital Carlos Andrade Marín

➤ **Bombona O2.**

“Está muy indicada la oxigenación de los pacientes de TEC desde el inicio de la anestesia hasta la reanudación de la respiración espontánea adecuada excepto durante el breve intervalo de la estimulación eléctrica. Esta oxigenación suele realizarse utilizando ventilación forzada positiva aplicada por máscara.”³¹

➤ **Carro de parada.**

Este carro tiene la finalidad de contener todos los elementos que son necesarios para la aplicación de la TEC como también ciertos elementos de enfermería ya sea algodón, alcohol, gasas, etc.

➤ **Estetoscopio.**

Aparato que utiliza el médico psiquiatra para controlar la respiración, latidos del corazón del paciente.

➤ **Fármacos.**

Sustancia que puede ser administrada al paciente de forma interna o externa, sirve para prevenir, aliviar, curar enfermedades, corregir o reparar las secuelas de esta.

➤ **Carro de curas.**

Es un elemento de gran utilidad en el trabajo diario del personal de enfermería. En éste se puede transportar a la habitación del paciente el material que sea necesario para realizar cualquier curación. Es un dispositivo rodable y ligero, que suele tener dos o tres bandejas, y en distintos compartimentos, se

³¹ Kaplan, Harold y J Sadock Benjamín. Tratado de Psiquiatría (Tomo 2, pp 1554) España : Medica Panamericana

mantiene colocado el material necesario. También lleva en un lateral un soporte para la bolsa de residuos.

➤ **Gasa / esparadrapo.**

Es un material de tejido delgado, que se utiliza en varias capas para la preparación de vendas y algodones.

➤ **Suero fisiológico.**

“Solución de cloruro Sódico en agua al 0,9% empleado para la conservación de células vivas”³²

➤ **Algodón.**

Es una sustancia fibrosa suave de color blanco, es el principal absorbente quirúrgico, conocido con el nombre de algodón purificado el cual se prepara en rollos y en bolas de algodón que son elaboradas con máquinas exclusivas para dar una estructura más compacta y uniforme en su peso, tamaño y forma; su color es blanco cremoso y de fibras largas.

➤ **Alcohol**

Cualquier clase de compuesto orgánico que se forma cuando un grupo hidroxilo es sustituido por una tomo de hidrogeno en un hidrocarburo.³³

➤ **Mordedor.**

Utensilio de goma o plástico que se ubica en la boca del paciente a fin de evitar que se lesione la lengua al momento de la aplicación de la T.E.C.

³² Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. (Tomo 1 pp 2003) España: Rotapapel

³³ Diccionario de enfermería (Tomo 1, pp 65) España: Complutense

3.1.2. Capacitación, cursos que debe tener la persona encargada de aplicar la TEC.

Si bien es cierto en épocas pasadas el tratamiento de la TEC era de aplicación simple que se daba en manicomios, esto se debía a los bajos recursos con los que contaban los lugares donde alojaban a enfermos mentales de aquellas épocas.

Los tiempos van avanzando así como la tecnología y en este caso también se puede ver como el tratamiento de la TEC cada vez es más cuidadoso y minucioso, es por esto que desde que se empieza la carrera de medicina y su transcurso pasando por los años de residencia, los médicos que desean hacer este delicado trabajo deberán haber estudiado minuciosamente para no generar complicaciones al paciente por medio de este tratamiento.

“Como mínimo, cada residente debería participar activamente en el cuidado de al menos tres pacientes, siendo la experiencia práctica en la evaluación y el manejo de casos de pacientes de TEC tan importante, ya que la cantidad de psiquiatras que proporcionan estos cuidados es mucho mayor que la cantidad de los que administran directamente la terapia.”³⁴

Los profesionales que van a dar servicio de sus conocimientos, deben estar completamente preparados para ejercer lo aprendido, es por ello que aparte de todo el estudio que han realizado de tan delicado tratamiento como lo es la TEC deberían complementarlo con la práctica requerida en sus años de estudio para no tener temor ni dificultad a la hora de aplicarlo en sus pacientes.

Las conferencias de casos clínicos ayudarán a los residentes a ponerse al tanto de este tema y así poder aplicarlo mejor.

³⁴ Guerra, Henry, Mayorga José y Riofrío Iván. Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 143) Ecuador: Ph

“Debería ser obligatorio de que todos los residentes tanto de postgrado o en pasantía de otras especialidades, deben tener una capacitación en la TEC, ya que necesariamente ellos van a formar parte del equipo de aplicación de este tratamiento; y como la práctica de la TEC es multidisciplinaria esto implica a profesionales formados en psiquiatría, anestesiología y enfermería y otros especialistas que generalmente son consultados como es el caso del internista, obstetra, pediatra, etc.”³⁵

Los médicos que están a cargo de implementar todo tipo de capacitación relacionado con la TEC recomiendan que cada residente deberá participar como mínimo en 10 tratamientos bajo la supervisión de un psiquiatra con experiencia en este tema.

La variación del tiempo y las sesiones que el médico decida con sus pacientes es un punto muy importante. Luego de que realiza cursos y seminarios sobre este tema para que el paciente tenga prácticas de relajación muscular entre otras

“Las zonas exactas del estímulo dependen de la máquina utilizada y del umbral de crisis del paciente, pero el enfoque elegido debe reflejar el deseo de conseguir una crisis mayor de 25 o 30 segundos por criterios conductuales o electrofisiológicos. Las crisis mayores de 60 seg. Indican a menudo que el estímulo está muy por encima del umbral y puede disminuir en una ulterior sesión de tratamiento; otras veces, incluso una pequeña disminución de la intensidad estimular puede no producir crisis alguna. Si no se produce crisis tras unos 20 seg. debe realizarse una reestipulación de mayor intensidad.”³⁶

Hay que tomar muy en cuenta que no solo los médicos que van a aplicar la TEC deben capacitarse, sino todo el personal que colabora con tan delicado método.

³⁵ Guerra, Henry, Mayorga José y Riofrío Iván. Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 138) Ecuador: Ph

³⁶ Kaplan, Harold y J Sadock Benjamín. Tratado de Psiquiatría (Tomo 2, pp 1555) España : Medica Panamericana

Se investigó que la participación en programas de formación continuada en TEC es de gran importancia no solo para el psiquiatra, sino también para los anestesiólogos y el personal de enfermería.

“En el país no se ha dado oportunidad para mantener un programa de educación continua en TEC, que en otros sectores si se lo hace, por lo cual los gremios profesionales como las sociedades científicas tanto de psiquiatría, anestesiología, enfermería, obstetricia, etc, deberían hacerlo, tomando iniciativas y fomentando el desarrollo e implementación de estos programas en las reuniones anuales y en otros lugares.”³⁷

En Ecuador no existen muchos programas educativos impartidos tanto por las instituciones donde se estudia medicina o carreras a fines, con lo cual los cientos de profesionales que hay en nuestro país deciden buscar otras alternativas como viajar al extranjero para tener una preparación superior, posiblemente no se convoque a cursos, talleres, etc, debido a la falta de material para ofrecer a los profesionales o simplemente a la escases de incentivo para realizar este tipo de convocatorias.

3.1.3. Aplicación de la TEC en casos especiales

La TEC es conocida como un tratamiento para enfermedades mentales específicas, pero también se la utiliza en casos especiales como:

Pacientes con presencia de trauma craneoencefálico, es necesario que reciba un tratamiento de TEC, durante seis meses en el que se aplica electrodos distantes de la zona donde existe la lesión craneal.

³⁷ Guerra, Henry, Mayorga José y Riofrío Iván. Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 149) Ecuador: Ph

Si hay alguna complicación en el incremento de la presión intracraneal, se deberá esperar un tiempo prudencial para la aplicación de la TEC, de esta manera no habrá ningún tipo de riesgo a futuro.

Por otro lado, se investigó que la TEC en hidrocefalia es un tema muy delicado debido al flujo cerebral y el incremento temporal de la presión intracraneal. Antes de la aplicación de tan delicado tratamiento en este tipo de pacientes se deberá consultar con anterioridad a un neurocirujano para que dé a conocer su criterio.

Otro de los casos especiales es cuando un paciente presenta epilepsia y se le aplica este procedimiento, su resultado reduce la frecuencia de la crisis que comúnmente suele presentarse.

Para que sus resultados sean positivos es necesario provocar la convulsión terapéutica de forma bilateral en la que se deberá utilizar los electrodos y proporcionar ventilación extra al paciente, cabe señalar que los pacientes que tiene epilepsia suelen tener más crisis convulsivas prolongadas que otros pacientes.

Existen pacientes que portan enfermedades cardiovasculares que pueden someterse a la *Terapia Electro Convulsiva*, éstos pueden tener complicaciones mínimas como la hipotensión o hipertensión arritmias, para lo cual será necesario que acudan previamente a su médico o un cardiólogo para que les realice un diagnóstico y conozca si está apto o no para la aplicación de este tratamiento.

En el caso de problemas musculares, se debe suministrar una adecuada relajación muscular, reduciendo un posible riesgo de fracturas a nivel óseo.

La aplicación de la TEC en adultos mayores que presentan patologías como melancolía, su recuperación será del 70 a 80% y con el pasar de los días su mejoría va a ser notable.

Un tema que sorprende a muchos es la aplicación de la TEC a pacientes que presentan un embarazo, se puede emplear si una mujer presentó antes de estar embarazada algún tipo de anomalía o presentar la misma durante su embarazo. El médico tratante de la paciente se verá en la obligación de explicarle las posibles repercusiones que podría presentar al feto y al embarazo; las secuelas que podría tener como: malformaciones, siendo la más grave en el transcurso del período embrionario entre la tercera y duodécima semana de gestación.

Es necesario recordar a la paciente que no debe realizar ingesta de fármacos durante este período, especialmente durante los tres primeros meses.

La TEC en el embarazo es un tratamiento que no se debe temer, ya que es seguro y no tiene repercusiones negativas tanto para la madre como para el hijo asegura el libro "Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento".

Hay muchos estudios en los cuales se puede ver como la TEC ha sido aplicada en mujeres embarazadas, en 1941 se publicó el primer caso de TEC a una paciente embarazada quien presentaba psicosis y dio a luz a una niña normal. En 1953 fue examinada una persona de 32 años que presentaba retraso mental, como resultado, a su madre le habían aplicado la TEC durante 12 sesiones cuando estuvo embarazada.

Sin embargo, con el pasar de los años y tras varias investigaciones, en 1955 se hizo un estudio general de este tema examinando a 16 niños que a sus madres se les había aplicado la TEC con un resultado halagador ya que eran normales en la parte mental y neurológica, llegando a la conclusión que el coma insulínico que se aplicaba en el pasado era mucho más perjudicial que la TEC, ya que esta técnica no es abortiva.

Previa a la TEC en pacientes que se encuentran embarazadas, se debe realizar un examen físico minucioso que forma parte de cualquier paciente

psiquiátrico, un examen pélvico en la primera visita y repetirlo en el noveno mes.

La TEC debe ser aplicada en un hospital general ya que necesita de monitorización de alta tecnología y un equipo completo de especialistas que incluya obstetra, anestesiólogo de la TEC, pediatra y psiquiatra, más no en una clínica psiquiátrica.

“La monitorización fetal externa debería ser usada antes y durante algunas horas después de la TEC. Se considera esto con un procedimiento seguro y su utilización nos facilita mayor información sobre la fisiología uterina y fetal asociada a la TEC.”³⁸

La aplicación de la TEC unilateral en el hemisferio no dominante y con bajo voltaje ayuda a evitar posibles traumas relacionados con el feto.

Al generar la estimulación eléctrica se puede observar un incremento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, al recuperarse de este suceso se regresa a los valores previos, no se incrementa la frecuencia cardíaca del feto.

Las posibles complicaciones después de la aplicación de la TEC en una mujer embarazada podrían ser un parto prematuro, pero no siempre, dolor abdominal, sangrado uterino, arritmias cardíacas por parte del feto que podrían ser transitorias.

Es decir que al aplicarse la TEC en el embarazo, su resultado no es tan negativo como mucha gente piensa que podría ser.

³⁸ Ibid.

CAPITULO IV

4.1. Enfermedades mentales específicas para el uso de la TEC

Es importante señalar que, la aplicación de la TEC no es para todas las enfermedades mentales, su uso es para enfermedades específicas, esto quiere decir que su aplicación debe ser con un previo estudio de las enfermedades a las que se va a emplear con lo que se llegará a una óptima respuesta por parte del paciente.

“Actualmente el electrochoque tiene tres indicaciones precisas: la esquizofrenia de grave evolución que no responde a otros tratamientos; la depresión severa con alto riesgo suicida, en el paciente en quien no es recomendable esperar el tiempo que es requerido para que comiencen a actuar los medicamentos antidepresivos; y los cuadros obsesivo- compulsivos graves que no mejoran con otras medidas terapéuticas.”³⁹

4.1.1. Depresión

En el año de 1893 Karl Abraham, Psicoanalista Alemán, da un concepto de depresión basado en la teoría freudiana del desarrollo psicosexual y por la experiencia propia que tuvo, donde pudo ver la estrecha relación entre depresión y obsesión. Abraham afirma que el inicio de una depresión está vinculada al dolor o sufrimiento que llega a tener una persona.

Abraham tal vez se expresó de esta forma al ver que con las personas que estaba en contacto que tenían un problema doloroso llegaban a encasillarse en sí mismos dando origen a la depresión.

Por otro lado, Charles Ferster, Psicólogo Conductista Norteamericano, fue uno de los primeros en estudiar el fenómeno depresivo, para Ferster la característica principal de la depresión es la disminución del contacto social o

³⁹ Garnica Rodrigo, Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría (Tomo 1, pp 66) México: Trillas

profesional de una persona. Enfatiza que los cambios inesperados o pérdidas fuertes como la ruptura de una pareja genera depresión debido al corte de actividades que se dieron y que ahora ya no existen.

“El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo.”⁴⁰

Se tuvo la oportunidad de estar cerca de personas con depresión, las cuales llegan al punto de aislarse de lo que está a su alrededor, tal vez por el miedo de que les vuelvan a herir o simplemente para encontrarse con ellos mismos.

Para el DSM IV, la depresión se relaciona con el estado de ánimo de cada persona, siendo su característica principal una alteración del humor. Sus reacciones son la melancolía, tristeza y desesperación; se cuestionan continuamente sobre su pasado tratando de buscar soluciones a los problemas que generaron su depresión.

Por otro lado estas personas sienten la necesidad de tener afecto y comprensión de los demás.

Una de las características principales que se leyó en el DSM IV acerca de la depresión es la seria dificultad para conciliar el sueño, para despertarse muy temprano, dolores de cabeza continuos, náuseas, estreñimiento, dolores musculares.

A causa de sus profundos sentimientos de tristeza y de su poca energía, las personas con depresión a veces se alejan de las personas que los rodean o de las actividades que alguna vez disfrutaron. Esto sólo hace que se sientan más solos y aislados, lo cual empeora la depresión.

La depresión se clasifica en depresión severa, distimia e intensa ideación suicida:

⁴⁰ Mackinnor, Roger y Michels, Robert; Psiquiatría Clínica Aplicada. (Tomo 1, pp162) México: McGraw hill

- Depresión severa

Este tipo de depresión es un trastorno muy serio, entre los síntomas principales se incluyen bajo nivel de energía, poca preocupación por la vida, malestar físico, variación en lo relacionado con la alimentación, sueño, la tristeza que presentan este tipo de pacientes es permanente, su pensamiento y movimientos resaltan ser lentos o agitados, de no ser tratados a tiempo estos síntomas pueden ser duraderos.

La depresión severa puede comenzar entre los 15 y 30 años de edad, sin embargo, puede presentarse también en niños y ancianos.

Para el tratamiento de esta depresión, al paciente se le puede suministrar medicamentos como los *antidepresivos*; aplicar psicoterapia, como la *Terapia Cognitiva* que le ayuda a cambiar el comportamiento negativo y finalmente complementarlo con la Terapia Electro Convulsiva.

- Distimia

“Por definición, la distimia se diagnostica como un cuadro caracterizado por la persistencia prolongada de síntomas depresivos que, en ocasiones, en períodos de exacerbación de síntomas, puede llevar a la manifestación de un episodio depresivo.”⁴¹

La distimia, puede llamarse también distimia depresiva, es un estado casi depresivo, es decir, ocurre frecuentemente en personas con diversas tensiones que generen estrés. Su duración puede variar semanas, meses y hasta años si no es tratada a tiempo, mucha gente que no ha tratado de resolver su problema, se aísla y piensa que su estilo de vida es ser así, separados de todo y todos.

⁴¹ Belloch,A; Sandin, B y Ramos,F; Manual de Psicopatología (Tomo1 pp 315) España: Mc graw hill

Este tipo de personas suelen ser agresivas, se los catalogan como “amargados”, “introvertidos” con el mundo que los rodea.

La distimia llegó a reemplazar a los términos de neurosis y personalidad depresiva.

La diferencia entre la distimia y la depresión mayor, es que la distimia puede ser similar a la antes mencionada pero con menos intensidad de síntomas y rara vez se requiere hospitalización.

- Intensa ideación suicida

El suicidio es un tema de mucha controversia ya que en todos los casos no se puede conocer la consecuencia del mismo, sin embargo, se llegó a la conclusión de que muchos estudios recaen en que una persona que opta por esta acción, lo único que quiere es escapar de una situación para evitar algún tipo de sufrimiento.

“El suicidio puede servir como medio de controlar las agresiones a sí mismo, como un medio de volver la agresión contra el yo, o como un medio de matar a otra persona que ha sido psicológicamente incorporada por el individuo suicida.”⁴²

Es importante darles a conocer a estos pacientes que el suicidio no soluciona en nada su problema, que hay que buscar opciones y expectativas para enmendar o corregir algo que tenga pendiente, concientizarle que la muerte no es la solución, ya que si esto ocurre tendría consecuencias dolorosas para sus seres queridos.

Hay pacientes que tienen ideas suicidas momentáneamente, otras las tienen permanentemente, otras genéticamente, otras cuando no superan la muerte de algún ser querido o por problemas personales.

⁴² Mackinnor, R y Michels, R; Psiquiatría Clínica Aplicada. (Tomo 1, pp180) México: McGraw hill

Clasificación del suicidio:

- **Suicidio consumado:** Conducta autodestructiva y autoinfringida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo.
- **Suicidio frustrado:** Suicidio que no llega a consumarse porque algo inesperado lo interrumpe.
- **Intento de suicidio:** Daño autoinfringido con diferente grado de intención de morir y de lesiones.
- **Ideación suicida:** Pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona.
- **Gesto suicida:** Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo. Suele estar cargada con simbolismos.
- **Amenaza suicida:** Lo mismo que el anterior pero con palabras.
- **Equivalentes suicidas:** Son las automutilaciones que puede hacerse una persona.
- **Suicidio colectivo:** La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.
- **Suicidio racional:** Una persona que tras una larga enfermedad por ejemplo incapacitante, llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse.

4.1.2. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Las personas con esquizofrenia tienen el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas, sienten que poseen ideas delirantes las cuales pueden alterar la percepción, tienen alucinaciones, las cuales pueden ser visuales, táctiles, olfativas, gustativas, auditivas aunque las auditivas y visuales son las más comunes.

“De modo general la caracteriza una perturbación de la normal coherencia de las asociaciones como una fragmentación (Spaltung) de la corriente del pensamiento y por una ruptura del contacto afectivo con el medio ambiente por una imposibilidad de entrar en comunicación espontánea con la vida afectiva de los demás (autismo).”⁴³

Se comprendió después de la lectura de varios textos, que las ideas delirantes también invaden a una persona con esquizofrenia, su pensamiento se altera, teniendo ideas falsas de lo que puede pasar a su alrededor.

Su comportamiento es notablemente desorganizado, tienen desgano en su persona como lo es en la higiene personal, también suelen presentar catatonía, el lenguaje se ve distorsionado, es incoherente incluyendo ideas de persecución, grandeza, hipocondría.

“Él término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911. pero este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de "demencia precoz", queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales, similar es a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil.”⁴⁴

⁴³ Kaplan, Harold y J Sadock Benjamín. Tratado de Psiquiatría (Tomo 2, pp 1497) España : Medica Panamericana

⁴⁴ Moreno Esther, Esquizofrenia. Recuperada: 21 de Junio de 2009 de: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>

Se entiende que, la persona que tiene esquizofrenia no tiene la capacidad para explicar lo que le está ocurriendo, es decir, tiene temor de hacerlo o talvez de pensar que de verdad están enfermos, es por ello que en muchos casos una persona con esquizofrenia no va a pedir ayuda, no se quejará de lo que escucha o ve, pero al momento de acudir al médico es una opción dura el que acepten tomar medicinas o asistir a terapia.

“Algunos pacientes esquizofrénicos dicen que se sienten como si no hicieran más que desempeñar un papel, o que son los demás los que parecen actores.”⁴⁵

Muchas veces se sienten que están actuando, sin embargo, no lo narrarán, solo lo representarán.

Se comprende que, el paciente con esquizofrenia suele ser aburrido, desganado, sin interés en realizar actividades debido al negativismo que es parte de su conducta, en muchos de los casos haciendo lo contrario de lo que se le pide.

La esquizofrenia se divide en dos tipos:

- a) Se caracteriza por tener síntomas positivos esto quiere decir que una función está alterada, en este tipo, la alucinación y los delirios están bien marcados.
- b) Se caracteriza por tener síntomas negativos. En estas circunstancias las funciones están pérdidas totalmente, con posible destrucción de algunas zonas cerebrales. Se caracteriza por falta de voluntad y de la lógica.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún

⁴⁵ Mackinnor,R y Michels, R; Psiquiatría Clínica Aplicada. (Tomo 1, pp214) México: McGraw hill

*síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.*⁴⁶

Uno de los tratamientos para una persona con esquizofrenia es el farmacológico, para muchos médicos éstos son muy efectivos, sin embargo, tienen efectos secundarios como temblores, rigidez, sudor e incluso convulsiones, fiebre y en algunos pacientes incremento de peso.

Según Harold Kaplan en su libro “Tratado de Psiquiatría” otro tratamiento para la esquizofrenia es la TEC, gran cantidad de pacientes comentan que entre las 10 primeras sesiones con este tratamiento se han sentido mejor, sin embargo, otros pacientes con esta misma enfermedad no responden igual, llegando a un número de 25 sesiones, teniendo una respuesta positiva aspirada pero con más tiempo de espera debido a la gravedad de su enfermedad.

Uno de los subtipos más representativos de la esquizofrenia son los cuadros catatónicos.

Cuadros catatónicos

La catatonía se caracteriza por anomalías motoras, que se asocian con alteraciones del pensamiento, conciencia, y el afecto.

*“La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.”*⁴⁷

Se investigó que la inmovilidad que presentan personas con catatonía es acompañada de rigidez de los músculos donde es evidente la ausencia de

⁴⁶ Pichot, Pierre. DSM IV (Tomo 1, pp 280). España: Masson

⁴⁷ Pichot, Pierre. DSM IV (Tomo 1, pp 294). España: Masson

movimientos, no hay una respuesta a los estímulos que se le presentan, para quienes están cerca de una persona con catatonía se podrán dar cuenta que los músculos están completamente inmóviles, el paciente puede permanecer en la posición que se lo deje, en algunas ocasiones éstos pueden llegar a ser incómodos sin haber cansancio a pesar de ello.

Posteriormente a la postración del paciente con catatonía se pueden dar episodios de excitación y de repente conductas destructivas.

4.1.3. Trastorno Bipolar

El *trastorno bipolar* también es llamado enfermedad maníaco-depresiva. La característica principal de este trastorno es el cambio brusco que se genera en el estado de ánimo, que pueden ser fases de ánimo elevado o eufórico que en este caso es la manía y fases de ánimo bajo como lo es la depresión. Los cambios pueden ser progresivos, cuando una persona se encuentra en una fase de manía puede estar hiperactiva y poseer mucha energía. Por otro lado, la manía afecta la forma de pensar, de comportarse así como el relacionarse con los demás, en esta fase de manía la persona puede sentirse con euforia o feliz. Se debe tener mucho cuidado con la manía ya que si ésta no es tratada con urgencia se puede empeorar y hasta puede convertirse en un estado psicótico, donde la persona puede perder temporalmente la razón de sus actos.

Existen dos tipos de trastorno bipolar:

*“El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.*

*El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.”⁴⁸*

⁴⁸ Pichot, Pierre. DSM IV (Tomo 1, pp 323). España: Masson

Otro tipo de trastorno bipolar es la *Ciclotimia* que es un trastorno que se caracteriza por una inestabilidad del estado de ánimo de la persona, donde hay muchas etapas de depresión y euforia pero leves.

A veces estas etapas se dan al inicio de la edad adulta, y en algunos casos el estado de ánimo se estabiliza.

Es importante señalar que para aquellos pacientes que padecen estas enfermedades mentales se les debe aplicar este tratamiento, caso contrario puede ser perjudicial si se lo usa de una manera inadecuada.

CAPITULO V

5.1. Impacto psicológico antes y después de la aplicación de la TEC en la familia y el paciente al que se lo aplica

Cuando se conoce que un miembro de una familia padece de un problema mental, el resto de familiares recibe la noticia con mucha tristeza y se sienten culpables porque no le han dedicado el tiempo suficiente para estar con él. La persona que tiene esta enfermedad también sufre y buscan a un médico especialista.

Cuando el médico realiza un diagnóstico al paciente, de ser el caso, dará a conocer al enfermo y a sus familiares la aplicación de la técnica de la *Terapia Electro Convulsiva*. Quienes se harán cuestionamientos sobre estas posibilidades al que será sometido y sentirán temor sobre las consecuencias que podría tener a futuro luego de la aplicación del tratamiento.

El paciente luego de ser aplicada la Terapia Electro Convulsiva temporalmente va perdiendo ciertas facultades como continencia, validez, permaneciendo todo el tiempo en cama, por lo que los familiares tendrán que estar cerca para calmar la ansiedad que posiblemente pueda sentir, debiendo compartir obligaciones, alejarse de sentimientos de culpa o tristeza que podrían conllevar a un malestar general para todos los miembros de la familia.

Otros pacientes luego de su aplicación reaccionarán favorablemente con lo que sus familiares se sentirán satisfechos con el resultado que esta técnica tuvo en él.

5.1.1. Acompañamiento psicológico que podría tener un paciente que se le ha aplicado la TEC

Se explicó en las prácticas pre profesionales que en un paciente al que se le ha aplicado la Terapia Electro Convulsiva es recomendable que tenga un acompañamiento psicológico para darle seguridad en continuar con el tratamiento al que está sometido, en caso que éste necesite aplicársele en varias ocasiones, la familia es el pilar fundamental para la superación de los problemas que tenga su ser querido.

Sin embargo, hay familias que se tornan hostiles con la persona que está enferma y ello afecta notablemente a la supuesta mejora que debería tener el paciente, por lo que es necesario también que ellos participen en el acompañamiento psicológico.

Uno de los tipos de acompañamientos Psicológicos a un paciente que se le ha aplicado la Terapia Electro Convulsiva es:

5.1.2. La Terapia Familiar Humanista.-

Hoy en día esta terapia ayuda a tratar problemas familiares por medio de la reunión de sus miembros, tratamiento que supera inconvenientes que no han sido solucionados todavía en el pasado.

“Los terapeutas familiares reconocen la atracción del pasado y el hecho de que en alguna medida, las personas viven a la sombra de la familia que fueron”⁴⁹

“Pero la Terapia familiar también reconoce el poder del presente, y encara la influencia en curso de la familia que es.”⁵⁰

⁴⁹ Nichols Michael, Minuchin, S. Recuperación de la Familia. (Tomo 1, pp 47) Barcelona: Paidós.

⁵⁰ Ibid.

La terapia familiar se inicia en los años 60, donde se mencionaba que tanto hombres como mujeres pertenecen a subsistemas, por ello se logró concretar que esta terapia se la debe ver como un todo, una unidad más y no en partes.

Laing, psiquiatra, realizó diversos experimentos para personas con diversos problemas, estos estudios se diferenciaron de los demás pues éste no requería internación psiquiátrica. Se vio una mejora por parte del paciente tratado, ya que no solo trabajaba con su paciente sino con su familia.

En cambio Bowen, se interesó mucho en el estudio del paciente y su familia pero con hospitalización para todos los miembros de la misma.

Bateson se basaba mucho en la teoría del doble vínculo, la cual hablaba sobre la desconfianza respecto de los padres. Bateson a diferencia de otras personas incorporó teorías importadas de la cibernética, la lógica russeliana, la teoría de los sistemas y las matemáticas.

Bateson al ser antropólogo sentía que éste no era su campo y se sentía incómodo al tratar de dar cambios a esta terapia.

El grupo de Wiltwyck trabajaba en ensayos diversos para la comprobación ensayo, error, en el cual se estudiaba desde todos los puntos a las familias en conjuntos y en subsistemas.

En las reuniones que se realizaba constantemente se podía analizar el comportamiento de las familias, donde se intervenía y se observaba lo que ocurriera.

Al hablar acerca de la terapia familiar dada en los años 60 se pudo ver una contraposición de varios colegas del medio imponiéndose especialmente al psicoanálisis, y es así como se trató de dar más complejidad a ésta dándole diversos nombres.

Existen muchas familias que son muy conservadoras, es decir les cuesta mucho adaptarse a un nuevo cambio.

En los años 70 se pudo mirar que el lenguaje, es una herramienta importante para relacionarse como otro miembro más en una familia, no sólo esta puede incluirnos en la misma, sino que se tiene que adjuntar tanto gestos como posturas para poder sentirnos incluidos en ésta, que con el tiempo poco a poco será algo inconsciente que nazca por parte del psicólogo y así se sentirá mucho más incluido en las terapias que realicen.

Al momento que las familias van en busca de ayuda se debe pensar que no es por algo malo sino es por algo que no está funcionando bien.

“La búsqueda básica de la terapia familiar consiste en liberar posibilidades no utilizadas.”⁵¹

Se analizó que las familias buscan ayuda posiblemente porque se les acabó los recursos que ellos pensaron que eran los correctos para la solución de sus problemas. En este caso la labor del terapeuta es buscar posibilidades que no han sido empleadas para la solución de las mismas.

Con el pasar del tiempo la familia se va consolidando no sólo en si misma sino también con el terapeuta, donde llegará a sentirse parte de éste y así sin confundir esos lazos se trata de dar progreso a los problemas que no se han logrado superar.

El entorno familiar que tiene una persona es de gran importancia, ya que los problemas que se dan en el día a día tienen mucho que ver con el medio que tengan. Es decir si una persona tiene algún problema no solo le afecta al que lo posee, sino también a quienes lo rodean, por lo que se recomienda acudir a

⁵¹ Nichols M., Minuchin, S. Recuperación de la Familia. (Tomo 1, pp 47) Barcelona: Paidós

una terapia familiar, donde el terapeuta conocerá de sus problemas y podrá encontrar posibles soluciones.

La terapia familiar es una gran opción para el tratamiento de una persona que se le ha aplicado la Terapia Electro Convulsiva, el propósito de ésta no es indagar en los conflictos internos de cada persona, es investigar, averiguar la relación que tiene con la familia para así poder saber la influencia que ellos tienen en la mejora o no del paciente.

Se entiende que, otra de las buenas alternativas para el paciente que se le ha aplicado la TEC es la terapia ocupacional, porque muchas de las veces el paciente debe permanecer hospitalizado por algunos días después de recibir tal descarga eléctrica. El propósito de esta técnica es canalizar la potencialidad de cada persona para que pueda desarrollarla en las diversas actividades que se le sean asignadas, esto aparte de mantener ocupado al paciente ayuda a mejorar la parte motora, cognitiva, psicosocial, afectiva, etc.

5.1.3. La Terapia Grupal Humanista

Una de las opciones que más se inclinan los terapeutas para sus pacientes, es la terapia grupal humanista, es importante para que la persona se conozca a sí misma, al igual que la enfermedad de los demás y con ello llegar a la conclusión que no es la única que tiene problema.

La terapia grupal ayuda a mejorar las relaciones interpersonales con los demás llevando una mejor calidad de vida.

Por otro lado, está focalizada en identificar las creencias del paciente, sus conductas actuales y como se relacionan estas con lo que le está pasando actualmente.

Esta terapia ayudará al paciente mediante el estudio de los posibles obstáculos que puede tener y que impiden su recuperación, el identificar su conducta ayuda a establecer parámetros para saber en qué está fallando.

“Las ventajas de dicha Terapia se derivan a partir de que los problemas emocionales comprenden sentimientos y conducta dirigidos hacia otras personas. A través de la retroalimentación y apoyo del grupo, se alienta a los individuos a cambiar su conducta y establecer nuevas relaciones interpersonales satisfactorias con los demás.”⁵²

5.1.4. La Terapia Individual Humanista.-

Se aprecia que la terapia individual es una técnica que se basa en la relación que se da entre el paciente y el terapeuta para poder examinar, estudiar y analizar el problema del mismo.

“Su objetivo es brindar el apoyo necesario para afirmar la autocrítica en los pensamientos, los sentimientos y la conducta.”⁵³

Esta terapia ayuda a que el paciente estimule un cambio, para poder adaptarse a una nueva enfermedad si la tuviera o acoplarse al tratamiento que se le está administrando como en este caso lo es la TEC.

La terapia individual ayuda mucho al paciente a enfrentarse a la ansiedad que posiblemente puede tener.

5.2. Sobreprotección por parte de la familia hacia un enfermo mental

Cuando se conoce de la enfermedad mental que posee uno de sus miembros, el mundo se les viene encima y es probable que no sepan cómo actuar. La tarea no es fácil porque las dificultades para centrar el tema son grandes. No hay una familia tipo, sino muchos tipos de familias, diferenciadas por su cultura, su posición social, su capacidad de afrontar los problemas y de tomar las decisiones necesarias.

⁵² Crawford, Annie y Kilander Virginia. Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. (Tomo 1, pp 39) México: Manual Moderno.

⁵³ Ibid.

Además no es igual la situación de una familia que se encuentra con un hijo recién nacido al que diagnostican una enfermedad mental grave, que otras que descubren que sus hijos adolescentes o jóvenes, que hasta ese momento se habían distinguido por ser personas esforzadas y ejemplares, descubren que son esquizofrénicos o de otra índole.

Por este motivo es recomendable buscar ayuda profesional, el psiquiatra desempeñará un doble papel, curar clínicamente al enfermo y calmar las ansiedades familiares para lograr una amplia y efectiva colaboración por parte del paciente y de sus allegados; le aceptarán tal como es, a pesar de ser una tarea dolorosa; y, lo mejor que pueden hacer por él es amarlo y respetarlo para su mejoría.

La sobreprotección genera sentimientos de dependencia hacia los familiares; desconfianza de sí mismo, falta de seguridad y autoestima del enfermo, sin embargo deben considerar que la enfermedad exige de muchos cuidados, por esta razón se puede considerar que la familia ha sustituido al personal hospitalario, sin tener los medios y la experiencia de los profesionales que deberían asistirle.

La relación de preocupación familiar, conlleva a una dependencia entre los miembros, y ésta a un aislamiento del mundo social, menospreciarse al creerse que es incapaz de tener una autonomía propia.

5.3. Aislamiento social hacia un enfermo mental y a su familia

Es necesario aclarar cómo la ignorancia de un tema puede ser la base para el aislamiento de un ser humano, que no merece ser separado de una sociedad, que debería abrirle las puertas para que pueda desenvolverse, muchas de las personas que habitan esta tierra no conocen que un trastorno mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos que tiene una persona, por este

desconocimiento los separan, los miran como animales sin saber que tienen los mismos derechos que cualquier otra persona.

Lo que deberíamos concientizar es que la salud mental es un estado de equilibrio entre una persona y su medio socio cultural, dando como resultado una buena calidad de vida, ésto ayudaría a prevenir trastornos de esta naturaleza con el pasar del tiempo.

“La estigmatización a los que sufren enfermedades mentales quedó de manifiesto en el estudio cuando un 28% de la población dijo que, si fuera empresario, ni siquiera concedería una entrevista de trabajo a un persona con enfermedad. Por su parte, entre los mismos pacientes consultados, solo un 5% tiene un empleo regular y un 64% ya no busca trabajo, anticipando el rechazo que, generalmente sobreviene, de parte de empleadores.”⁵⁴

Un enfermo mental tiene dificultad en conseguir trabajo sintiéndose marginado decidiendo aferrarse a su casa y simplemente no salir ni participar en actos sociales.

“La estigmatización de los enfermos mentales como una importante influencia negativa sobre el desarrollo de la patología. “La estigmatización precisa impide que la enfermedad se trate bien y dificulta que el paciente acuda al médico. Incide negativamente en la enfermedad porque uno de los problemas más importantes de la misma es el aislamiento del enfermo, por lo que si, además, hay estigmatización, la patología evoluciona a peor.”⁵⁵

Existen personas que tienen ideas erróneas de que las enfermedades mentales se caracterizan por ser agresivas, pudiendo llegar a ser ofensivas sin saber que muchas de ellas con apoyo psicológico, de familiares y amigos podrían mejorar

⁵⁴ Europa Press (2009), El 38% de las personas con enfermedad mental se siente discriminada por su propia familia, según estudio. Recuperada 20 junio de 2009 de: <http://www.lukor.com/hogarysalud/noticias/portada/06032824.htm>

⁵⁵ Lopez, I. (2005), Los nuevos antipsicóticos estigmatizarán a menos a los enfermos mentales. Recuperada 20 de Junio de 2009 de: http://MedicinaGeriatrica_com_ar - Los nuevos antipsicóticos estigmatizarán menos a los enfermos mentales.mht

notablemente, ya que el hecho de tener este trastorno no quiere decir que estas personas no se den cuenta de lo que pasa a su alrededor.

Se dan también alteraciones de la respuesta emocional, por ejemplo, la ambivalencia, es decir, la imposibilidad de llevar con normalidad una carga física y psicológica; estar consciente de los cuidados que se debe tener, en muchos de los casos el asistente no realiza bien el papel por el rechazo que siente hacia el enfermo.

“La sociedad no se reconoce en la enfermedad; el enfermo se siente a sí mismo como un extraño, y sin embargo no es posible darse cuenta de la experiencia patológica sin referirla a estructuras sociales, ni explicar las dimensiones psicológicas de la enfermedad.”⁵⁶

“Se comenta que una persona que tiene trastorno mental no se da cuenta de su enfermedad, sin embargo el/ella sabrá reconocer que algo está mal en su ser, es decir reconoce su problema, “pero por más lúcido que sea el enfermo, no posee la perspectiva del médico respecto a su mal”⁵⁷

Como en el caso de ciertas personas con esquizofrenia paranoide, hay quienes suelen escuchar voces, se automutilan, agreden a gente que está a su alrededor, es algo que no pueden controlar y la única forma de poder hacerlo es con la ayuda de un especialista.

*“El enfermo no confunde jamás la voz de su médico y las voces alucinadas de sus perseguidores, aun cuando para él su médico no es más que un persecutor”.*⁵⁸

La alteración que presentan estas enfermedades se manifiestan especialmente en la dificultad de reconocer la realidad y de instalarse a las condiciones de la vida que los rodean.

⁵⁶ Foucault, M. (1991). Enfermedad mental y personalidad (Cap 5, pp.94). Madrid: Paidós

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ Foucault, M. (1991). Enfermedad mental y personalidad (Cap 4, pp.69). Madrid: Paidós

“La enfermedad puede ser percibida con un tipo de objetividad que la ubica a una distancia máxima de la conciencia enferma. En su esfuerzo por contenerla y no reconocerse en ella, el enfermo le confiere el sentido de un proceso accidental y orgánico. Mantiene su enfermedad en los límites de su cuerpo: omite o niega toda alteración de la experiencia psicológica, no da importancia y finalmente no percibe y no nombra más que los contenidos orgánicos de su experiencia.”⁵⁹

Es por ello que la gran cantidad de personas piensan que la enfermedad que tienen es accidental, para ellos no hay explicación alguna de lo que la generó, negándola y no percibiéndola como algo orgánico que verdaderamente es.

⁵⁹ Foucault, M. (1991). Enfermedad mental y personalidad (Cap 4, pp.67). Madrid: Paidós

CAPITULO VI

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA TEC. Y REVISIÓN DE CASOS

6.1. Consentimiento para que el paciente o uno de los integrantes de su familia den o no la aprobación para recibir T.E.C.

Con los resultados de los exámenes previos (señalados en el Capítulo III), realizados a un paciente, el médico realizará una evaluación, si se encuentra apto para la aplicación de la TEC, comunicará tanto al paciente como a su familia. Existe la necesidad de llenar un formulario que contenga el consentimiento para que puedan autorizar la realización de la Terapia Electro Convulsiva y un folleto explicativo.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVANTE (TEC)

FECHA.....

COMO FAMILIAR.....

DEL SEÑOR.....

Y UNA VEZ QUE ME HAN DADO A CONOCER LOS BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC), AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE LA MISMA, DESLINDANDO CUALQUIER RESPONSABILIDAD LEGAL A LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL O CLÍNICA.....

FIRMA.....

Fuente: Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 127) Ecuador: Ph

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TERAPIA
ELECTROCONVULSIVA (TEC): FASE AGUDA**

Fecha.....Hora.....

Nombre del paciente.....

Mi doctor.....

me ha sugerido que reciba tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC).

Esta intervención terapéutica ha sido expuesta en forma detallada, incluyendo las indicaciones, contraindicaciones, riesgos y beneficios que puedo obtener.

Doy mi consentimiento para ser manejado con TEC.

En caso de quedar incapacitado para dar o abstenerme de dar un consentimiento informado a los fines de recibir tratamiento de la salud mental, mis deseos respecto al tratamiento electroconvulsivo son los siguientes:

..... Doy mi consentimiento a que se me administre tratamiento electroconvulsivo.

..... No doy consentimiento a que se me administre tratamiento electroconvulsivo.

Condiciones o limitaciones:

.....

Se me ha dado una copia de este formulario de consentimiento:

.....

.....

Firma

Fecha

Persona que obtiene el consentimiento

Nombre.....

Firma.....

Fuente: Terapia Electroconvulsivante Enigmas y verdades de un viejo y nuevo tratamiento (Tomo 1, pp 127) Ecuador: Ph

Es importante que el médico aclare cualquier duda que tenga el paciente y sus familiares, dependiendo de la patología del paciente se determinarán el número de sesiones que se le debe realizar debiendo ser de hasta seis. Si el número

se incrementa se firmará un documento extra por sesión, dado que en el *Consentimiento Informado* consta únicamente un número limitado.

Si el paciente después de haber firmado el *Consentimiento Informado*, ya no desea que se le aplique la TEC, está en todo su derecho de retractarse, pero si él no está consciente de firmar este documento, el psiquiatra o sus familiares podrán hacerlo a nombre suyo, ya que están seguros que la TEC ayudará a la condición mental y física del paciente.

6.2 Estudios realizados y porcentajes obtenidos del tratamiento de enfermedades mentales con el uso de la TEC en el hospital “Carlos Andrade Marín”

Se procedió a realizar una investigación metodológica descriptiva en Quito en el hospital “Carlos Andrade Marín” con la supervisión del Doctor Henry Guerra, a 10 pacientes: hombres y mujeres comprendidos en las edades de 30 a 50 años, los cuales fueron tratados con Terapia Electro Convulsiva, el objetivo de esta investigación es dar a conocer que así existan 1 ó más pacientes con la misma enfermedad, no se les puede suministrar la misma cantidad de sesiones por igual, ya que se depende de la opinión del médico y de cómo continúen los síntomas de la enfermedad del paciente.

Esta investigación también se realizó para conocer si la Terapia Electro Convulsiva da resultado o no después del número de sesiones que ha fijado el médico.

Historia N° 1.-**Nombre:** NN**Sexo:** Femenino**Edad:** 50 años**Estado Civil:** Casada**Ciudad de origen:** Ibarra**Enfermedad:** Trastorno Afectivo Bipolar Tipo Mixto (manía-depresión)**Número de sesiones:** Seis**Descripción del tratamiento:**

Paciente refractaria a los tratamientos farmacológicos, agitación motora, se le aplica la TEC de 3 descargas en una sesión, es decir, después de la primera descarga se normalizan los signos vitales, se deja pasar de uno a dos minutos para nuevamente anestésicarla y realizarle una nueva descarga, la tercera de igual forma.

La segunda, tercera y cuarta sesión tuvieron el mismo procedimiento que la primera.

A la quinta sesión al momento que la paciente está anestesiada se da una falla en el equipo (alteración del pin conector que transmite electricidad) al poco tiempo es reparada para aplicarle la TEC

A la sexta sesión la paciente llegó a estabilizarse y no ha vuelto a recaer, la paciente sigue ingiriendo estabilizadores del ánimo; estas sesiones fueron realizadas pasando un día.

Historia N° 2.-**Nombre:** NN**Sexo:** Femenino**Edad:** 40 años**Estado Civil:** Divorciada

Ciudad de origen: Quito

Enfermedad: Depresión

Número de sesiones: Cuatro

Descripción del tratamiento:

Paciente que se cortó el cuello y en el que no se afectó la carótida, no había una buena racionalización de lo ocurrido y por esta razón, la paciente no pudo firmar el *Consentimiento Informado*, por lo que lo hizo un familiar, se le aplicó 4 sesiones de TEC, con tres disparos de aplicación del 20 % de carga (pasando un día).

Mejóro su cuadro agudo y luego se continuó con antidepresivos y un antipsicótico (olanzapina) como potenciador.

El último control de consulta externa, demostró que tenía muchas ganas de vivir y estaba totalmente integrado a su trabajo.

Historia N° 3.-

Nombre: NN

Sexo: Femenino

Edad: 48 años

Estado Civil: Casada

Ciudad de origen: Pichincha

Enfermedad: Bipolaridad Tipo II con depresión (trastorno de identidad disociativa)

Número de sesiones: Seis

Descripción del tratamiento:

Paciente con bipolaridad tipo II, se caracteriza por presentar episodios de hipomanía (forma suave de manía), depresión y trastorno de identidad disociativa. Tiene la enfermedad durante 7 años.

El médico a cargo le aplicó la sexta sesión de TEC con tres descargas consecutivas, pasando un día.

El mayor problema que comenta tener la paciente es " el tener la cabeza vacía y quería que le rellenen".

Después de la aplicación de la TEC y con los fármacos que el médico le ha prescrito, la paciente presenta mejoras notables, comenta que su cabeza ahora está llena de nuevas ideas, y que la terapia psicológica le ayuda a que esto suceda.

Historia N° 4.-

Nombre: NN

Sexo: Femenino

Edad: 48 años

Estado Civil: Casada

Ciudad de origen: Quito

Enfermedad: Trastorno Depresivo Severo, ideación autolítica

Número de sesiones: Cinco

Descripción del tratamiento:

Paciente que desde hace un año presenta riñas familiares frecuentes (se separó de su esposo), presenta cuadros de tristeza, labilidad emocional, anhedonia, comenzó a consumir alcohol dos días a la semana, y desde hace un mes tiene ideas de muerte, hace 4 días se autoagredió (cortes en la muñeca izquierda), por lo que es llevada a hospitalización. Se le aplicaron 3 sesiones de T.E.C con tres descargas pasando un día y 2 sesiones con descargas simples todos los días.

La paciente es dada de alta después de un mes con buenos resultados, ya que no presenta ideas de muerte ni autoagresión.

Historia N° 5.-**Nombre:** NN**Sexo:** Femenino**Edad:** 50 años**Estado Civil:** Divorciada**Ciudad de origen:** Ambato**Enfermedad:** Esquizofrenia Paranoide**Número de sesiones:** Cinco**Descripción del tratamiento:**

Paciente que hace más de 30 años presenta cuadro de irritabilidad, ansiedad, soliloquios, coleccionaba basura, descuido de su imagen, ideación delirante (piensa que su vecina le espía), desorganización de pensamiento.

Fue hospitalizada por más de 10 ocasiones, se le administró antipsicóticos, estabilizadores de ánimo, pero solo responde con Terapia Electro Convulsiva.

Se le aplicó 5 sesiones con tres descargas de T.E.C cada día.

Después de la aplicación del tratamiento la paciente ha mejorado notablemente, comentando que su vecina ya no le espía, y la ansiedad que tenía antes se redujo.

Historia N° 6.-**Nombre:** NN**Sexo:** Masculino**Edad:** 49 años**Estado Civil:** Casado**Ciudad de origen:** Ambato**Enfermedad:** Esquizofrenia Afectiva**Número de sesiones:** Cinco

Descripción del tratamiento:

Paciente con enfermedad psiquiátrica desde los 22 años de edad, tiene cambios conductuales, ha pasado anteriormente por varios psiquiatras.

Recibió TEC 2 veces en su ciudad de origen, las cuales estabilizaron al paciente, tomaba ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, no cumplía con el horario de la ingesta de fármacos por lo que es internado al IESS de la provincia de Tungurahua, donde un Neurólogo lo trata, los fármacos no dieron resultado.

El paciente es trasladado al Hospital Andrade Marín de la ciudad de Quito donde se le ha aplicado la TEC durante 5 sesiones con tres descargas por sesión (todos los días).

Al momento de darle el alta el médico asegura que el paciente ha reducido los cambios conductuales que antes lo caracterizaban.

Historia N° 7.-

Nombre: NN

Sexo: Masculino

Edad: 47 años

Estado Civil: Casado

Ciudad de origen: Quito

Enfermedad: Trastorno Depresivo Severo + Ideación Autolítica

Número de sesiones: Seis

Descripción del tratamiento:

Paciente que desde hace más de 15 años presenta episodios de tristeza, ansiedad, anhedonia (causado por divorcio), razón por la cual consume antidepresivos a los cuales no se apega. Paciente adicto a Fentanil, por lo que se auto administra de una a tres unidades a la semana. Fue hospitalizado en

varias ocasiones, se mantuvo estable. Hace poco reaparece cuadro depresivo por lo que se le medica antidepresivos y ansiolíticos con poca respuesta.

Al poco tiempo de esto el paciente presenta ideas de muerte por lo que se le vuelve a internar, se le aplicó 6 sesiones con tres descargas de T.E.C en cada sesión, dejando descansar al paciente 2 días para volverle a aplicar el tratamiento, con lo que ha mejorado notablemente después del uso de esta técnica.

Historia N° 8.-

Nombre: NN

Sexo: Masculino

Edad: 50 años

Estado Civil: Casado

Ciudad de origen: Ambato

Enfermedad: Esquizofrenia

Número de sesiones: Cinco

Descripción del tratamiento:

Paciente que presenta aberraciones y ciertas conductas extrañas, desde "bestialismos" e incoherencias, finalmente y a pesar de que el cardiólogo no autorizó, se aplazó su alta y se le aplicó una descarga programándose también para dos sesiones extras en el futuro.

Este paciente ha recibido 5 aplicaciones de TEC (pasando un día), con tres descargas por sesión. Al darle el alta el paciente comenta que ya no siente la posesión de un espíritu que le caracterizaba en el pasado.

Historia N° 9.-

Nombre: NN

Sexo: Hombre

Edad: 28 años

Estado Civil: Soltero

Ciudad de origen: Pichincha

Enfermedad: Trastorno Bipolar con síntomas depresivos

Número de sesiones: Cuatro

Descripción del tratamiento:

Paciente que desde los 10 años aproximadamente presenta cuadro de tristeza, labilidad emocional, auto aislamiento, anhedonia y en dos ocasiones intentos autolíticos (salta del balcón de su casa y se corta el antebrazo izquierdo); cuadros que se alteran con períodos de euforia, insomnio y ánimo expansivo. Cuadro depresivo desaparece sin llegar a la ideación autolítica después de haberle aplicado 4 sesiones de TEC con tres descargas por sesión (pasando un día) con lo que el paciente ha respondido bien mejorando su comportamiento y reduciendo los intentos de saltar del balcón o el de cortarse el antebrazo izquierdo.

Historia N° 10.-

Nombre: NN

Sexo: Hombre

Edad: 24 años

Estado Civil: Soltero

Ciudad de origen: Pichincha

Enfermedad: Esquizofrenia Catatónica

Número de sesiones: Seis

Descripción del tratamiento:

Paciente que hace 4 años presenta bradisfigmia (pulso lento debido a lentos latidos del corazón), bradilalia (forma de hablar anormalmente lento), escupe

continuamente en la comida, movimientos corporales muy lentos, se sube a las mesas y sillas, su lenguaje es incoherente. Fue hospitalizado por 2 meses donde recibió antipsicóticos, estabilizadores de ánimo y tranquilizantes sin mejoría, es por ello que se decide aplicarle 6 sesiones con tres descargas de T.E.C por sesión. (pasando un día), dando resultados óptimos como reducir la forma lenta e incoherente de hablar, dejó de escupir la comida, y los latidos de su corazón se han estabilizado.

Análisis de resultados cualitativos

Las personas que más acudieron al Hospital Carlos Andrade Marín para recibir un tratamiento psiquiátrico y psicológico se encuentran comprendidos entre las edades de 30 a 50 años, grupos equitativos de mujeres y hombres, con un diagnóstico médico determinado a la aplicación de la Terapia Electro Convulsiva como alternativa luego de haberse administrado fármacos sin tener resultado.

Luego de su análisis, el médico dispondrá la aplicación del número de sesiones de la T.E.C. al paciente dependiendo de su enfermedad; su aplicación por cada sesión oscilará entre uno a dos minutos, para luego aplicar nuevamente la descarga.

La mejoría en estos pacientes se ha visto reflejada en la tercera y cuarta sesión; otros pacientes en cambio han requerido de asistencia psicológica, cuya recuperación se ha visto reflejada en el transcurso de un mes o hasta un año.

Es importante señalar que existen pacientes que no han vuelto a recaer después de la aplicación de la *T.E.C.*

Pacientes con Depresión (Ideación Suicida) fueron los que más asistieron al Hospital Carlos Andrade Marín, determinándose que esta enfermedad es la que más demanda tiene con respecto al uso de la T.E.C para el tratamiento de

la misma, mientras que los pacientes con Bipolaridad Mixta son los que menos acudieron a este centro de salud.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

La *Terapia Electro Convulsiva* sigue siendo una de las principales técnicas que más se utiliza en psiquiatría para las enfermedades mentales graves, numerosos pacientes han mejorado o aliviado su enfermedad.

La decisión de recomendar el uso de la TEC se basa en el análisis del riesgo-beneficio para cada paciente. Este análisis conlleva el diagnóstico y su gravedad.

La TEC es conocida como una de las principales técnicas que más se utiliza en psiquiatría para el tratamiento de enfermedades mentales, cabe señalar que también es utilizada para casos especiales como: pacientes con presencia de trauma craneoencefálico, epilepsia, enfermedades cardiovasculares, problemas musculares y pacientes que presentan un embarazo.

Al paciente que se le va a aplicar la T.E.C, se le explicará cómo funciona el tratamiento, cuáles son los beneficios y perjuicios y dependiendo de su diagnóstico se le aplicará las sesiones, además se le entregará el formulario llamado *Consentimiento Informado*.

La *Terapia Electro Convulsiva* reduce la depresión, autoagresión, suicidio. Sin embargo, se pueden presentar efectos secundarios: amnesia, confusión, mareo, estos no se presentan en todos los casos ya que depende del paciente y la enfermedad que posea.

La T.E.C se lo aplica también en casos especiales, como la depresión en el embarazo, al suministrarle una descarga a la paciente se pensaría que

afectaría al bebé, sin embargo los efectos secundarios más se reflejan en la madre: incremento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

Las terapias psicológicas desde diversos enfoques pueden constituirse como apoyo al paciente y a su familia, antes, durante y después de su tratamiento.

En general el uso de la T.E.C en nuestro país sigue siendo un tema catalogado como cruel, la falta de información acerca de esta técnica sigue siendo juzgada como un perjuicio para el paciente pensando que va a sufrir fracturas óseas a nivel craneal o pérdida de memoria para toda la vida.

En muchas casas de salud la duda de aplicar esta técnica se ve reflejada en los médicos que prefieren seguir utilizando como recursos a los fármacos, terapias psicológicas u ocupacionales para los pacientes, comentando que la utilización de la *Terapia Electro Convulsiva* no puede ser difundida como tratamiento para enfermedades mentales debido a que no se cuenta con los suficientes equipos y por la falta de preparación profesional para la aplicación de esta delicada técnica.

De lo consultado se concluye que cuando se han agotado todos los recursos para el tratamiento de un paciente, la *Terapia Electro Convulsiva* es una técnica que permite superar los trastornos de la enfermedad.

Habría que insistir que en todo tratamiento hay efectos secundarios: confusión, desorientación, aumento de la presión arterial, sin embargo estas desaparecen en pocos minutos después de la aplicación de esta técnica.

7.2. RECOMENDACIONES

En las casas de salud que se aplica la TEC se deberá necesariamente solicitar al paciente que se realice los siguientes exámenes: neurológico, electrocardiograma, radiografías de tórax y columna para que médico psiquiatra tenga la seguridad de que su paciente no tendrá complicación al momento de su aplicación.

En todos los establecimientos psiquiátricos convendría utilizar el Consentimiento Informado de la Terapia Electro Convulsiva, ya que este documento certifica la aprobación del paciente antes de la aplicación de esta técnica.

El médico deberá informar que la Terapia Electro Convulsiva es una técnica utilizada como segunda elección, ya que en ciertos pacientes los fármacos si dan resultado, sin embargo cuando estos no tienen efecto, se debe utilizar la T.E.C.

Mantener informado a los pacientes que la T.E.C se lo aplica en casos especiales a pacientes embarazadas, ancianos, adolescentes, con problemas cardiovasculares, ya que desconocen que este tratamiento no puede ser aplicado por el estado en el que se encuentran.

El paciente deberá cumplir con las terapias psicológicas para conocer si presenta o no recaídas después de la aplicación de la TEC.

Se debería ampliar el tema de tratamientos para enfermos mentales en las diversas casas de salud de nuestro país, explicar a los pacientes que esta técnica ha ido mejorando con el pasar de los años, y que los profesionales que estarán a cargo son personas preparadas para la aplicación de esta técnica.

Sería necesario que los centros psiquiátricos de nuestro país cuenten con equipo humano y material suficiente para la atención de los pacientes, conociendo que, uno de los tratamientos eficaces para enfermedades mentales podría ser la Terapia Electro Convulsiva.

GLOSARIO

➤ **Aislamiento.** Es la separación por parte del individuo de las ideas y los sentimientos originalmente asociados a ellas. Se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).

➤ **Alucinación.** Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente.

➤ **Amnesia.** Pérdida parcial o total de la memoria. Puede deberse a causas emocionales u orgánicas, o a la combinación de ambas. Hay dos tipos de amnesia:

1.- Anterógrada. Pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción del agente etiológico.

2.- Retrógrada. Pérdida de memoria acerca de hechos que ocurrieron antes de la acción del agente etiológico.

➤ **Antidepresivo.** Fármaco que eleva el tono del ánimo; se usa para combatir la depresión

- **Esquizofrenia.** Grave enfermedad mental, caracterizada por la escisión de la personalidad y por una ruptura de los mecanismos psíquicos normales, lo que provoca una conducta incomprensible y una pérdida del contacto con la realidad

- **Maniaco-depresiva, psicosis.** Enfermedad mental caracterizada por la alternancia de fases maniacas y depresivas

- **Neurosis.** Conjunto de síntomas psíquicos y emocionales producidos por un conflicto psicológico que se han hecho crónicos. Se conserva la capacidad para razonar coherentemente.

- **Psicosis.** Trastorno psíquico grave que afecta de un modo total a la personalidad y conducta del sujeto, con perturbación del juicio, de la voluntad y de la afectividad

- **Psicoterapia.** Es cualquier proceso de reeducación que tiene por objeto ayudar a una persona con problemas, recurriendo fundamentalmente a las intervenciones psicológicas, en contraste con los tratamientos orgánicos, como la administración de drogas han hecho crónicas, perturbando la vida normal del sujeto.

- **Suicidio.** Consiste en quitarse voluntariamente la vida.

- **TEC. Terapia electro-convulsiva (TEC),** también conocida como electroshock, es un controvertido tratamiento psiquiátrico en el cual se inducen convulsiones utilizando electricidad.

BIBLIOGRAFIA

- **ALEXANDER, Franz**, Historia de la Psiquiatría, Una evaluación del pensamiento Psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días, Espaxs, 1970
- **BELLOCH, A; SANDIN,B**; Historia de la psicopatología, Mc graw hill, 1995, p. 315
- **BRUNO, F**; Diccionario de Psicología Infantil, Trillas, 2007
- **CLEGHORN, J**; Enfermedades mentales, el manual moderno, 1993.
- **COLETTI, M**, Linares, J La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática, Paidós Terapia Familiar, 1997
- **COTO, Esteban, GOMEZ, Fontanill, y BELLOCH, Amparo**, Manual de Psicopatología, Mc graw hill, 1994, p.6
- **CRAWFORD, Annie y KILANDER, Virginia**, Enfermedad Psiquiátrica y Salud Mental, Manual Moderno, 1987, p. 39
- **CRUZ, Efrén**, El loco y la Institución Mental, Abya Yala, 2003, p. 31-45
- **DICAPRIO, Nicholas**, Teorías de la Personalidad, Will Mcgraw, 1997, p. 35
- **DICCIONARIO DE ENFERMERIA**, Complutense, 2001, p. 65
- **FOUCAULT, Michel**, Enfermedad mental y personalidad, Paidós, 1991, p.67-69-84-94
- **FOUCAULT, Michel**, Historia de la locura en la época clásica, FCE,1967, p.100-490-502-
- **FRANZ, Alexander, SELESNICK, Sheldon**, Historia de la Psiquiatría, 1970, p. 340-341
- **GARNICA, Rodrigo**, Nacimiento y Evolución de la Psiquiatría, Trillas, 1991, p. 17-66-68-71-93-94
- **GILI, S**, Diccionario de Enfermería, Oxford, 2001
- **GRAÑA, J**, Conductas Adictivas, Debate, 1994
- **GUARDERAS, F**, Temas de actualización Psiquiátrica, Fabián Guarderas, 2001

- **GUERRA, Henry, MAYORGA, José Y RIOFRÍO Iván**, Terapia Electroconvulsivante Enigmas y Verdades de un viejo y nuevo tratamiento, Ph, 1997, p.9-16-18-19-109-138-143-149
- **KAPLAN, Harold, JSADOCK, Benjamín**, Tratado de Psiquiatría, 1997, p. 1497-1554-1555-1556
- **LAURIE, Annie, y CURRY Virginia**, Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental, Manual Moderno, 1987
- **MACKINNOR, Roger, MICHELS, Robert**, Psiquiatría Clínica Aplicada, McGraw hill, 1973, p. 162-180-214
- **NICHOLS, Michael y MINUCHIN, Salvador**, Recuperación de la Familia, Paidós, 1994, p. 47
- **NUEVA ENCICLOPEDIA LAURO SSE**, Planeta, 1981
- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CIE 10**, Meditor, 1992.
- **ORGANON INTERNATIONAL**, Depresivos famosos, Organon Internacional S.A, 1989
- **PICHOT, Pierre**, DSM IV, Masson, 1995, p. 280-294-323
- **PITTMAN, F**, Tratamiento de familias en situaciones de crisis, Paidós, 1998
- **REAL ACADEMIA ESPAÑOLA**, Diccionario de la Lengua Española, Rotapapel, 1970, p.2003
- **SCHNEIDER, Kurt**, Las personalidades Psicopáticas, Morata, 1980, p. 32
- **SLAIKEU, K.**, Intervención en Crisis, el manual moderno S.A de C.V, 1991
- **SHELDON, S, Franz, A**, Historia de la Psiquiatría, ES Paxs, 1970

- **ACTUALIDAD DEL DERECHO SANITARIO**, Consentimiento, de : http://www.actualderechosanitario.com/Libros_consentimiento.htm, 2003, Recuperada el 28 de Junio de 2009, p.1
- **ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA**, Psicoterapia Individual, de: <http://www.arbitrio.com.ar/4-AtenP-Psicol.htm>, Recuperada 23 de Junio de 2009, p.1

- **CATHOLIC HEALTH SYSTEM**, Health library, de http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml, 2005, Recuperada 30 Abril de 2008, p. 1
- **DPTO DE PSIQUIATRÍA UNIDAD DE ADOLESCENTES**, Documento de consentimiento informado. de: <http://74.125.47.132/search?q=cache:1i89Sv0Jp-sJ:www.hggm.es/ua/archivos/pdf/CONSENTIMIENTO%2520INFORMADO%2520TEC.pdf+consentimiento%2BTEC&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec>, Recuperada el 29 de junio de 2009, p.1-2
- **EUROPA PRESS**, El 38% de las personas con enfermedad mental se siente discriminada por su propia familia, según estudio. de: <http://www.lukor.com/hogarysalud/noticias/portada/06032824.htm>, 2009, Recuperada 20 junio de 2009, p. 1
- **GRAU**, Joaquín, Tratado teórico-práctico de anatheóresis. de: http://www.grau-anatheoresis.com/frames3/tratado_14.htm, Recuperada 26 Febrero de 2010, p. 14
- **HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI**, Terapia Electro- Convulsiva. de: http://psiquiatriaymas.blogspot.com/2009/02/terapia-electro-convulsiva_9074.html, 2008, Recuperada el 8 de Mayo de 2009, p.1
- **LOPEZ**, Hugo, Relato de los tratamientos que se han utilizado en el Hospital “San Lázaro” desde su fundación, de: <http://www.hpsl.gov.ec/index2.asp?id=202>, 2007 . Recuperada el 27 de Mayo del 2009, p. 1
- **LOPEZ**, Isabel, Los nuevos antipsicóticos estigmatizarán a menos a los enfermos mentales, de: http://MedicinaGeriatrica_com_ar - Los nuevos antipsicóticos estigmatizarán menos a los enfermos mentales.mht, 2005, Recuperada 20 de Junio de 2009, p. 1
- **MALLON, I Y HETTA, J**, Detección de la Depresión mediante cuestionarios: Comparación de una sola pregunta con los datos de la entrevista en una muestra de adultos de avanzada edad, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000300002, 2002, Recuperada 14 de Febrero de 2010, p.1

- **MORENO**, Esther, Esquizofrenia. 2007, de: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>, Recuperada: 21 de Junio de 2009, p.1
- **NARANJO**, Gino, La depresión, un malestar contemporáneo?, Recuperada 18 de Junio de 2009 de <http://www.herrerros.com.ar/melanco/naranjo.htm>, p. 1
- **NAVARRO**, Víctor, Pasado y presente de Electroshock. de <http://www.forumclinic.org/actualidad/pasado-y-presente-del-electrochoque>, 2008, Recuperada 6 de Mayo de 2009, p.1
- **PEREZ**, Guillermo, Enfermedades mentales y antipsiquiatría, de: <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/historiaenfermedad.pdf>, Recuperada: 17 de Junio de 2009, p. 1
- **SABATINNI**, Renato. (2006). La historia de la terapia de choque en Psiquiatría. Recuperada 22 de Mayo del 2009 de: http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock_i.htm, p. 1