

Crítica

Se trata de una injusticia atroz. Decenas de pacientes mueren, y miles más pierden la memoria a causa de un tratamiento que nadie entiende, y que nadie se ha molestado en averiguar si realmente surte efecto alguno.

Lo más vergonzoso es que nadie está aún convencido de que, excepto los casos más desesperados de depresión, sea esta la mejor manera de tratarlo todo.

Fuente: WDDTY, Vol 7 N° 8



Terapia de electrochoque ¿más calambre que provecho?

PAT THOMAS

Traducción: Cristina M. Rubio

Desde su presentación para tratar la depresión hace 60 años, la TEC es aún el tratamiento favorito de muchos especialistas

Todos los años, en el Reino Unido, 20.000 personas son víctimas de 100.000 sesiones. En EEUU, 100.000 pacientes reciben más de medio millón de sesiones al

año. No se trata de un nuevo fármaco o de un tipo de cirugía revolucionaria, sino, sorprendentemente, de terapia electro-convulsiva (o TEC o terapia de electrochoque). En estos tiempos de medicina holística, y cuando la eficacia de las “terapias verbales” se ha demostrado con tanta rotundidad, esto es una sorprendente –casi brutal– revelación.

“La TEC es como golpear un aparato de TV, si lo haces con la fuerza suficiente puede que lo arregles”.

La terapia electro-convulsiva, también conocida como tratamiento de choque, se utiliza principalmente para tratar la depresión severa. Implica aplicar una corriente eléctrica de hasta 170 voltios de electricidad al cerebro humano. En la TEC bilateral, los electrodos se colocan en las sienes del paciente. En la TEC unilateral, se colocan en la frente y detrás de uno de los lados de la cabeza. El voltaje aplicado puede ser de 70 a 170 voltios, y la corriente de 500 a 1000 miliamperios, la corriente consumida por una bombilla de 100 vatios, de medio segundo a un segundo. El resultado es similar a un ataque epiléptico y sin duda es ése su propósito.

Se cree que los ataques inducidos producen cambios químicos en el cerebro que normalizan el estado de ánimo y alteran la percepción del dolor. Pero como realmente nadie sabe cómo funciona la TEC, su eficacia ha sido comparada a golpear un receptor de televisión. Si lo haces con la intensidad y el tiempo suficientes puede que produzcas el resultado deseado.

La TEC es distinta de cualquier otro tratamiento psiquiátrico. Es una terapia que aún suscita tan apasionada controversia que, tras



60 años, partidarios y detractores ni siquiera se ponen de acuerdo en cómo llamarla. Los adeptos la llaman terapia electro-convulsiva y dicen que es un método injustamente difamado, incomprendido y extraordinariamente eficaz –incluso capaz de salvar vidas- para las personas con depresión severa.

Los críticos lo siguen llamando por su antiguo nombre: terapia de electrochoque. Afirman que alivia temporalmente la depresión al producir cambios transitorios de personalidad similares a los observados en los que sufren lesiones en la cabeza: euforia, confusión y pérdida de memoria. Ambos bandos coinciden en que es un procedimiento simple. De hecho, tan simple que un anuncio de las máquinas de electroshock más ampliamente usadas en EEUU informa a los médicos que sólo tienen que marcar la edad del paciente y apretar un botón.

De hecho, la edad y el sexo del paciente son a menudo un factor determinante para el uso de la TEC. La mayoría de las sesiones se administran a personas mayores. Las cifras se elevan enormemente a partir de los 40 años, aunque la mayoría se administra a los que tienen entre 61-80 años. Las mujeres reciben el doble de sesiones que los hombres. En el Reino Unido unas 3.000 sesiones administradas son obligatorias.

Entre los ancianos, la depresión puede desencadenarse o empeorar con frecuencia por el miedo a perder la memoria o la salud, ambas afectadas por la TEC, creando así un círculo vicioso de depresión y electrochoque. Además, el entusiasmo del médico por este tratamiento “simple” puede provocar que aquél ignore o trivialice problemas de salud esenciales que responderían a un tratamiento menos drástico, pero que llevaría más tiempo. Una encuesta norteamericana descubrió que el 91% de 658 pacientes externos estudiados sufrían alteraciones psi-

quiátricas inducidas por fármacos. Es decir, lo que producía su extraña conducta era una enfermedad médica sin detectar (*Psychiatry-Victimizing the Elderly*, Citizens Commission on Human Rights, 1995).

La tasa de sesiones de TEC aumenta bruscamente para las mujeres en la cincuentena. Pero ¿sufren realmente una depresión tan grave, o se trata de un error de diagnóstico médico? No es infrecuente que las mujeres que reciben un tratamiento hormonal sustitutivo sufran cambios de estado de ánimo, de apetito, de patrón de sueño alterado y de percepción del dolor (ver WDDTY, 1994: 4(10):1-3), todos ellos síntomas de la depresión.

Mientras que los psiquiatras nos aseguran tenazmente que los pacientes están contentos con los resultados de la TEC, las encuestas de los usuarios indican que muchos de ellos están profundamente divididos. En una encuesta realizada por MIND, la organización benéfica mental principal del Reino Unido, el 43% de los pacientes afirmaron que lo encontraban útil, el 37% que no lo era, y el 20% restante que no veían ninguna diferencia. En lenguaje llano, esto significa que más de la mitad de los que fueron tratados opinaron que la TEC no mejoró su enfermedad, o que la empeoró (*Experiencing Psychiatry*, Mind/Macmillan 1993). Una encuesta realizada por la United Kingdom Advocacy Network (UKAN) es aún más reveladora, ya que menos de un tercio de los destinatarios consideraron útil la TEC. Dos tercios consideraron su experiencia inútil, y la mitad de los mismos estaban convencidos de que el procedimiento les había perjudicado (*Openmind 78*, 1995: 11-4).

La TEC tiene un pequeño y positivo historial en aliviar los síntomas de la depresión severa. Pero pruebas abrumadoras confir-

Crítica

man que los beneficios son de corta duración (Lancet, 1980; i: 1317-20; Br J Psych, 1985; 146: 520-4; BMJ, 1984; 288: 22-5). Los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico son más proclives a sufrir una recaída poco después de la TEC (J Clin Psychopharmacol, 1990; 10: 96-104). Porque casi la mitad de los pacientes que se “recuperan” tras la TEC sufrirán una recaída en de las 12 semanas siguientes si no toman fármacos (Acta Psych Scand, 1973; 49: 386-92), por lo que se administra conjuntamente con un tratamiento farmacológico de antidepresivos, que conlleva sus propios riesgos (ver WDDTY, 1995; 6(6) 1-3).

También se ha considerado que el *ethos* de los médicos de que “una vez que se es depresivo, se es para siempre” es lo que coloca la TEC en tan alta consideración entre la comunidad psiquiátrica. Visto desde esta perspectiva, no hay fracasos en la TEC, “sólo pacientes con episodios depresivos recurrentes que requieren tratamiento psiquiátrico continuo, intensivo y de mantenimiento, alternativamente” (J Mind and Behaviour, 1990; 11:489-512). Además, raramente se informa a los pacientes de la naturaleza del tratamiento y de los efectos secundarios potenciales. En una encuesta, el 89% eran conscientes de que se usaría anestesia general, pero menos de la mitad ignoraba otra información crucial relativa a la TEC: que les iban a aplicar una corriente eléctrica en el cerebro. Sólo el 16% sabía que les iba a provocar convulsiones, y apenas tenían conocimiento del número de sesiones requeridas. Además, el 40% creía que este tratamiento curaría su depresión (Psych Bulletin, 1989; 13:161-5).

Los estudios que demuestran que la TEC cura la depresión se evalúan con frecuencia en términos de reducción de los síntomas, y rara vez reflejan los resultados en

términos de calidad de vida y funcionamiento social (National Institute of Mental Health, 1985). Sin embargo, es en esta categoría donde recaen la mayoría de los efectos secundarios –pérdida de memoria a largo plazo, apatía, dificultades de aprendizaje, pérdida de creatividad y debilitamiento. Esto puede durar semanas, meses, o incluso perdurar para siempre. La pérdida de memoria es el efecto secundario más común. En California, en el año 1990, del informe de 656 complicaciones derivadas del tratamiento de la TEC, el 82% eran pérdida de memoria (California Dept of Mental Health, Nov. 1991). La TEC posee también otros efectos secundarios. Más del 17% están relacionados con la apnea. También puede causar problemas de corazón, derrame cerebral y caídas que pueden resultar en fracturas. En un estudio de investigación sobre la experiencia de pacientes con la TEC, 5 de cada 100 sufrieron síntomas que atribuyeron a dicha terapia (Psychiatric Bulletin, 1989; 13:161-5). La pérdida de memoria puede significar olvido de malos recuerdos que empeoran la depresión, pero también de los recuerdos buenos que pueden ayudar a la persona deprimida.

En un estudio, más de la mitad de los pacientes afirmaban no haber recuperado totalmente la memoria tres años después de haber recibido el tratamiento de TEC (Br J Psych, 1983; 142:1-8). Esta información no es nueva. En los años 50, cuando la TEC se usaba mucho más que ahora (normalmente en varones esquizofrénicos) un psicólogo norteamericano entrevistó a un grupo de personas que iban a ser sometidas a TEC y a un grupo de control que nunca lo había sido. Cuatro semanas más tarde interrogó a ambos grupos y encontró una marcada incidencia de amnesia en el grupo sometido a TEC y no en el grupo que no había sido



sometido. Un año más tarde, el primer grupo no había recobrado la memoria (J Nervous and Mental Disorders, 1950; 111: 359-81).

La evidencia indica que la TEC bilateral causa un mayor grado de pérdida de memoria. Entre el 60-70% de los que la reciben informaron de problemas de pérdida de memoria de 6 a 9 meses después de recibir el electrochoque bilateral (Biol Psych, 1979; 14:5). Sin embargo, en el libro *Toxic Psychiatry* (Harper Collins, 1993), su autor, Peter Breggin, un crítico feroz de la TEC, rechaza la suposición ampliamente aceptada de que la TEC unilateral es mucho más inocua. Se ha sugerido que la TEC "funciona" dañando el cerebro. Sin duda, Peter Breggin cree que es el daño lo que explica su "eficacia".

El resultado de un encefalograma un mes después de una TEC unilateral confirma que es posible detectar qué parte del cerebro ha resultado dañado (Changes: Int J Psychol and Psychother, 1992; 10(2):126-35).

Normalmente no hay una orientación sobre con qué frecuencia debería emplearse la TEC y cuándo debería interrumpirse si no se da una respuesta positiva. Directrices anteriores del Real Colegio de Psiquiatras británico indican un máximo de ocho sesiones adecuadamente administradas en ausencia de cualquier mejora clínica, aunque la Asociación de Psiquiatras Americanos recomienda que la indicación para aplicar más TEC debería re-evaluarse tras 6-10 sesio-

nes. Sin embargo, se ha demostrado que algunos psiquiatras prescriben un número fijo de sesiones sin una revisión clínica entre ellas (Br J Psych, 1981; 139:563-8). Como la recuperación se produce a menudo tras unas cuantas sesiones, no deberían fijarse un número determinado.

Gran parte de la imprecisión en este ámbito puede comprenderse examinando las consideraciones financieras. En los EEUU, las compañías de seguros consideran de manera favorable la TEC; mientras que limitan sus fondos para la psicoterapia, no ponen restricciones al uso de la TEC. De hecho, Medicare, el programa de seguro de salud del Gobierno Federal para las personas mayores, se ha convertido en la única y mayor fuente de reembolso de la TEC.

Este organismo paga a los psiquiatras más por la TEC que por los cheques de fármacos o por las sesiones de psicoterapia. El coste del tratamiento oscila, generalmente, entre 300 o más de 1.000 dólares por sesiones que duran de 5 a 15 minutos. Esto convierte a la TEC en uno de los procedimientos más rentables en medicina. En el estado de Texas, por ejemplo, los pacientes de 65 años reciben un 360% más de sesiones de electrochoque que los que tienen 64 años. ¿La razón? Paga Medicare.

Sobre todo, la medicina no ha conseguido demostrar la eficacia de la TEC. Los médicos la prefieren porque es fácil y constituye un "hacer algo" por un trastorno que les desconcierta. Sin embargo la opinión de los pacientes están muy bien resumidas en el comentario de Ernest Hemingway a su biógrafo, A. E. Hotch, tras experimentar la administración de más de 20 sesiones de tratamiento de electrochoque en la prestigiosa Clínica Mayo (poco después se voló la tapa de los sesos): "Era un tratamiento genial... pero perdimos al paciente".

Crítica

¿Qué es una dosis segura?

Aunque la dosis debería establecerse de acuerdo a cada paciente, a menudo se determina más por costumbre que por valoración racional (Br J Psych, 1992; 160: 621-37). Cada paciente tiene un umbral convulsivo individual, es decir, requieren diferentes cantidades de corriente eléctrica para producirle una convulsión. Esta cifra puede variar hasta cuarenta veces (Arch Gen Psych, 1987; 44:355-60; Psych Clin North Am, 1991; 14:803-43). El umbral convulsivo es mayor en los hombres que en las mujeres y aumenta con la edad. El propósito de la TEC sería usar la mínima cantidad de corriente necesaria, dentro de una duración de la convulsión óptima de entre 20 y 50 segundos, para producir la convulsión. Todo lo que lo sobrepase puede ser perjudicial para el cerebro (N Engl J Med, 1993; 328: 839-46). Los fármacos psicotrópicos pueden aumentar el umbral convulsivo. También pueden hacerlo algunos de los anestésicos utilizados en el procedimiento. Esto podría provocar que los médicos den una dosis "fijada" mayor, a veces hasta 2,5 veces mayor que el umbral convulsivo, en base a un "por si acaso", dando como resultado un daño cerebral (Am J Psych, 1986; 143: 596-601). También se administran dosis mayores porque los médicos piensan que así se obtienen resultados "más rápidos" (N Eng J Med, 1993; 328: 839-46).

Una dosis por debajo del umbral convulsivo del paciente puede aumentar el riesgo de dolencias cardiovasculares (Convulsive Ther, 1989, 5:35-43; Anaesth Intensive Care, 1988. 16: 369-71; Am J Psych, 1984; 141: 298-300).

Encuestas realizadas en el Reino Unido han demostrado que entre los médicos consultados no hay un método conse-



cuente de formación para la TEC. Algunos no recuerdan ni siquiera que se les enseñara a aplicarla. Muchos no tienen un manual de directrices relevantes, y la supervisión del especialista no es frecuente (Psych Bulletin, 1993; 7(3): 154-5; Br J Psych, 1992; 160: 621-37).

Terapia de electrochoque: ¿mata o cura?

Mientras que la TEC se ha considerado tradicionalmente como el último recurso, diversos estudios muestran que a menudo los médicos optan por mezclar fármacos y TEC como tratamiento de primera línea para tratar a pacientes con depresión severa. Si bien la profesión médica está convencida de que la TEC es una opción para salvar vidas, no hay pruebas para creerlo. Aunque sabemos que puede matar, hay pocas cifras que demuestren con qué frecuencia lo hace. Falta información sobre el peligro de muerte resultante de la TEC. En el Reino Unido no existe una auditoría para el uso de la TEC. En los EEUU no hay registro nacionales (excepto en el estado de Texas), por lo que es imposible dar cifras precisas.

La cifra que se cita a menudo, 1 muerte por cada 10.000 pacientes, tiene una historia misteriosa. Está tomada del libro de texto *Electroconvulsive Therapy*, de Robert Abrams



(Oxford University Press). El autor, no obstante, es director de una de las más grandes compañías que fabrican equipos de TEC en los EEUU. La cifra, que apareció en la edición de 1988, fue eliminada de la de 1992, y sustituida por la de 1 por cada 50.000 tratamientos. Como el tratamiento medio por paciente en los EEUU es de 5 sesiones, las cifras son, en realidad, las mismas.

Al requerir anestesia general, el riesgo de mortalidad debería, como mínimo, reflejar el riesgo total de este procedimiento: 4,5 por cada 10.000. Además, los ancianos, que reciben la mayoría de los tratamientos, tienen más posibilidades de morir. Investigaciones realizadas en el estado de Texas elevan las cifras hasta un alarmante 1 por cada 200. En 1993, un estudio de la Brown University sobre pacientes mayores

de 80 años, el 27% murió en el año posterior al tratamiento, comparado con el 4% de un grupo similar tratado con antidepresivos. En los 2 años posteriores, murió el 46% los pacientes tratados con TEC, frente al 10% de los tratados con fármacos (USA Today, Dec 6, 1995). Semejantes porcentajes de mortalidad pueden encontrarse en el Reino Unido (Br J Psych, 1980; 137: 9-16).

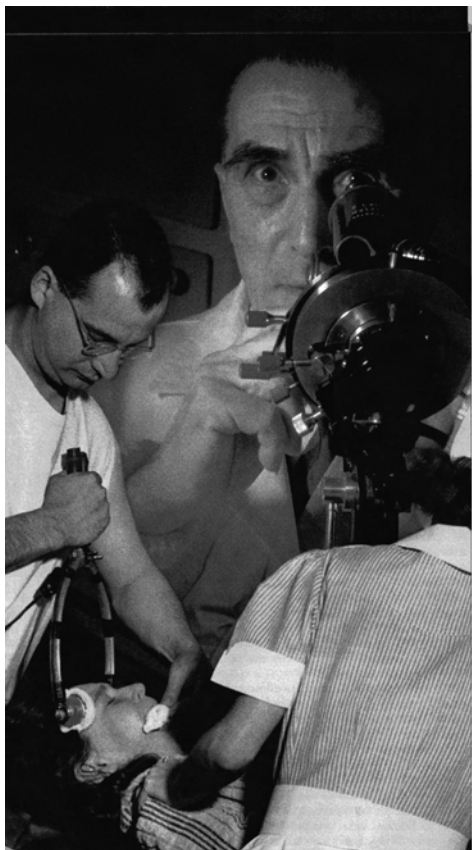
Otros estudios mostraron altas tasas de suicidio tras la aplicación de la TEC (Arch Gen Psych, 1976; 33:1029-37; Br J Psych, 1992; 160:149-53). En los hospitales psiquiátricos la tasa de suicidios es de 50 por cada 10.000, cuatro veces la media nacional.

Alternativas a la Terapia de Electrochoque

Ante todo hay que establecer si se sufre una depresión o existe una enfermedad médica subyacente que sea responsable del estado de ánimo. En su libro *Prescription for Nutritional Health* (Avery, 1990), el Dr. James Balch cree que, en la mayoría de los casos, los ancianos simplemente sufren de problemas físicos relacionados con su edad. "La senilidad se produce en edad avanzada, pero realmente no es muy común... Muchos de los diagnosticados como seniles en realidad sufren los efectos de la ingestión de fármacos: depresión, sordera, tumores cerebrales, problemas de tiroides, o de riñón o hígado. Molestias nerviosas, derrames cerebrales y disfunción cerebral se consideran síntomas del síndrome de senilidad. A menudo, la causa es una carencia nutricional."

Hay que tener en cuenta las siguientes medidas dietéticas:

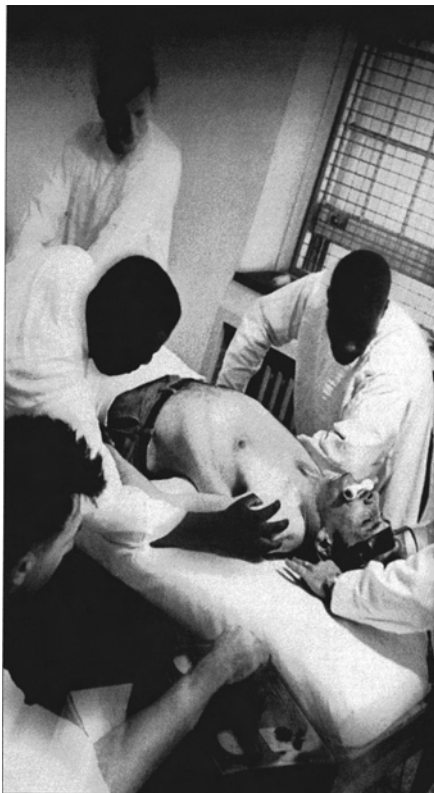
- La conducta irracional puede ser a veces el resultado de alergias alimentarias (J Affective Disord, 1981; 3:291; Compr Psychiatr, 1976; 17:335). Las personas que



Crítica

sufren de irritabilidad, depresión, hiperactividad, fatiga y ansiedad necesitan un chequeo médico completo con análisis para detectar alergias que puedan causar cambios en el estado de ánimo.

- La depresión es un síntoma común de la carencia de ácido fólico (Biol Psych, 1989; 25(7):867-72; Prog Neuropsychopharmacol Bio Psychiatry, 1989; 13(6): 841-63; Lancet, 1990; 336: 392-5). Además de tomar suplementos de ácido fólico, podría ser de utilidad añadir suplementos de vitaminas B (Br J Psych, 1982; 141: 271-2; Acta Med Scand, 1965; 177: 688-9) y vitamina C (Am J Clin Nutri, 1971; 24: 432-3; J Orthomol Med, 1987; 2(4): 217-8). También se ven implicadas en la depresión las carencias de calcio, hierro, cobre, magnesio, potasio y ácidos grasos esenciales. Los análisis de sangre y del cabello pueden revelar si se sufren carencias de estas sustancias.



- Una buena dieta a base de alimentos integrales ayudará al organismo a fabricar serotonina y norepinefrina, que son importantes neurotransmisores, células mensajeras que circulan entre las células nerviosas y el cerebro, que ayudan a regular los estados de ánimo. Pero estos neurotransmisores se derivan principalmente de los aminoácidos, y el organismo puede tener dificultades para fabricarlos en cantidades suficientes. Pueden tomarse suplementos de triptofán (Psycho Med, 1978; 8:49-58; Arch Gen Psych, 1990; 47: 411-8), L-fenilalanina (J Clin Psych, 1986; 47(2): 46-70) y la menos disponible, en general, L-tirosina (Adv Biol Psychiatry, 1983; 10:148-59). Como es probable que se necesiten grandes cantidades, es mejor que sean prescritas por un nutricionista experimentado en este campo.

- Los problemas de tiroides –ya sea hipo o hipertiroidismo- pueden provocar cambios de estado anímico que pueden ser confundidos con la depresión. Reducir o eliminar la sal yodada de la dieta puede dar resultados (ver WDDTY. 1966, 7(7): 2-5), así como reducir la cafeína y el azúcar refinado.

- Minerales traza como plomo, cadmio y mercurio en el organismo de una persona pueden causar alteraciones en la conducta. Los episodios de depresión crónica se encuentran entre los síntomas más comunes del envenenamiento por mercurio derivado de las amalgamas dentales, según Hal Huggins (*It's all in your head*, Avery, 1993).

La terapia verbal puede servir de ayuda

- Hay pruebas que demuestran que la terapia verbal puede ser un medio eficaz para hacer frente a la depresión.

-Una encuesta reciente demostró que un asesoramiento psicológico con miras a resol-



ver los problemas es tan eficaz como un tratamiento con fármacos (BMJ, 1995; 310: 441-5).

-No confíe en su médico de cabecera para esta cuestión, mejor busque un psicoterapeuta con experiencia.

Haga ejercicio con regularidad

Se ha demostrado que 1 hora de aeróbic tres veces a la semana mejora significativamente los niveles de depresión (BMJ, 1985; 291: 109).

Tenga en cuenta la fitoterapia

- El Hypericin, un componente de la hierba de San Juan (*hypericum perforatum*) puede aumentar el nivel de norepinefrina. En un ensayo en que se administró un extracto de hypericina a 15 mujeres, todas se sintieron mejor y ninguna sufrió efectos secundarios (Arnzeim-Forch, 1984; 34: 918; BMJ, 1996; 313: 253-8).

- La yohimbina, extraída de la corteza de un árbol africano, ha demostrado un efecto

positivo en el estado de ánimo. En un estudio de 9 pacientes que no habían respondido a, al menos, dos pruebas con antidepresivos que incluían la fluvoxamina, se les administró yohimbina mientras continuaban con la fluvoxamina. Tres de ellos experimentaron una notable mejoría en su estado de ánimo. Los efectos secundarios de insomnio y ansiedad disminuyeron cuando se bajó la dosis de yohimbina (Biol Psychiatr, 1995; 38: 765-7).

Fuente: WDDTY, Vol 7 Nº 8

Contacto: What Doctors Don't Tell You
Satellite House – 2 Salisbury Road
London SW19 4EZ – Inglaterra
Tel. 020 8944 9555
Fax. 020 8944 9888
Correo-e: cs@wddty.co.uk
Web. wddty.co.uk

