

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.66194>

Prácticas, actitudes y conocimientos en relación a la terapia electroconvulsiva

Knowledge, attitudes and practices related to electroconvulsive therapy

Recibido: 07/07/2017. Aceptado: 18/12/2017.

Yahira Rossini Guzmán-Sabogal¹ • Paola Andrea Tejada-Morales¹ • Ángela Rocío Acero-González¹ • Lina María Ruiz-Moreno¹ • Álvaro Enrique Romero-Tapia¹¹ Universidad de La Sabana - Clínica Universidad de La Sabana - Departamento de Psiquiatría - Bogotá D.C. - Colombia.

Correspondencia: Yahira Rossini Guzmán-Sabogal. Universidad de La Sabana. Campus Puente del Común, km 7, Autopista Norte de Bogotá, Oficina de la Dirección de Profesores e Investigación. Teléfono: +57 1 8616666, ext.: 23015. Chia. Colombia. Correo electrónico: yahira.guzman@unisabana.edu.co.

| Resumen |**Introducción.** A pesar de la utilidad de la terapia electroconvulsiva (TEC), existe prevención hacia su uso en varios grupos poblacionales.**Objetivos.** Explorar y describir, desde el punto de vista de psiquiatras, médicos no psiquiatras y comunidad en general, los conocimientos, prácticas y actitudes respecto a la TEC.**Materiales y métodos.** Este fue un estudio de grupos focales en el que se hizo un análisis temático de las entrevistas.**Resultados.** Se evidenció que en la población general hay opiniones diversas, la mayoría negativas, y poco conocimiento, el cual proviene de la industria cinematográfica. Aceptar un tratamiento de TEC es siempre la última opción, pero con mayor información al respecto podría ser más considerado. Aunque los médicos muestran interés por conocer estudios sobre TEC, refieren que no han recibido formación y entrenamiento al respecto, además desconocen los avances en el tema. En el grupo de psiquiatras, los conocimientos, prácticas y actitudes dependieron de la experiencia y contacto con la TEC, pues aunque conocen su existencia, la mayoría no la usa ni la recomienda.**Conclusión.** Las prácticas y actitudes respecto a TEC en las poblaciones estudiadas varían según las experiencias y conocimientos que se tengan de este procedimiento.**Palabras clave:** Conocimientos, actitudes y práctica en salud; Terapia electroconvulsiva; Grupos focales (DeCS).

Guzmán-Sabogal YR, Tejada-Morales PA, Acero-González AR, Ruiz-Moreno LM, Romero-Tapia AE. Prácticas, actitudes y conocimientos en relación a la terapia electroconvulsiva. Rev. Fac. Med. 2018;66(3):319-25. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.66194>.**| Abstract |****Introduction:** Despite the usefulness of electroconvulsive therapy (ECT), its use is avoided by several population groups.**Objectives:** To explore and describe, from the point of view of psychiatrists, non-psychiatrists and the community in general, knowledge, practices and attitudes regarding ECT.**Materials and methods:** Focus group study in which a thematic analysis of the interviews was made.**Results:** The general population seems to have different opinions, mostly negative, and little knowledge on this regard mainly influenced by the film industry. ECT treatment is always the last option, but it could be more considered if more information is provided. Although physicians show interest in learning about ECT, they report that they have not received training in this topic and are unaware of the progress on the subject. Knowledge, practices and attitudes of psychiatrists depend on the level of experience and contact with ECT, because, even though they know about its existence, most do not use it or recommend it.**Conclusion:** Practices and attitudes regarding ECT in the studied populations vary according to the experiences and knowledge of this procedure.**Keywords:** Health knowledge, attitudes, practice; Electroconvulsive Therapy; Focus groups (MeSH).

Guzmán-Sabogal YR, Tejada-Morales PA, Acero-González AR, Ruiz-Moreno LM, Romero-Tapia AE. [Knowledge, attitudes and practices related to electroconvulsive therapy]. Rev. Fac. Med. 2018;66(3):319-25. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.66194>.

Introducción

La terapia electroconvulsiva (TEC) es una herramienta terapéutica efectiva y segura utilizada con frecuencia como tratamiento de múltiples patologías mentales (1,2). A pesar de su eficacia, la técnica se ha ido modificando con el fin de reducir los riesgos y efectos secundarios, los cuales alcanzaban una mortalidad del 11% y una morbilidad aún mayor que llevó a desestimular su uso y promovió la mitificación y estigmatización de su aplicación (3,4).

En la actualidad, la TEC se realiza bajo anestesia general y relajación muscular para disminuir los riesgos asociados a la convulsión, como distermias, deshidratación, fracturas, arritmias, broncoaspiración, apnea y coma, los cuales se presentaban con las técnicas iniciales (3,5,6).

Así mismo, su perfil de efectos secundarios se ha reducido, siendo los más comunes dolores osteomusculares, cefalea, cambios mnésicos reversibles, desorientación y, en menor frecuencia, arritmias, alcanzando una tasa de mortalidad de tan solo 1 por cada 10 000 procedimientos (7-9). Incluso, en algunos estudios se registra una mortalidad de 1 por cada 73 440 procedimientos (10).

En consecuencia, la TEC bajo anestesia y relajación muscular se considera hoy en día como una alternativa terapéutica útil con un buen perfil de seguridad y alta tasa de respuesta (11-14) y como una opción de primera línea en algunas patologías como la depresión con síntomas psicóticos (15); en algunos países se utiliza en la población adulta mayor cuando existe depresión e intolerancia a los medicamentos o cuando los pacientes están en riesgo por rechazo a la ingesta (16,17).

Sin embargo, y en contraste a la evidencia de efectividad clínica y en los costos (18), existen múltiples estudios que evidencian una prevención hacia el tratamiento que ha llevado a la llamada "inhibición terapéutica" dentro de la comunidad médico-científica (19,20).

En población general, un estudio con 5 373 personas reveló que el 35.2% de los entrevistados tenía algún conocimiento sobre TEC y que la mayoría de ellos (63.3%) tenía emociones y percepciones negativas sobre el procedimiento (21). En otro estudio con pacientes mayores de 65 años con depresión, que no habían recibido TEC, se encontró una actitud general negativa hacia la técnica: el 75% de los pacientes consideró la TEC insegura o simplemente desconocía que fuese segura; la mayoría no se practicaría el procedimiento si se lo recomendaran para su enfermedad. El conocimiento de la TEC fue bajo y se correlacionó de forma directa con la actitud hacia la misma (22).

Investigaciones en médicos, estudiantes de medicina y enfermeras evidenciaron que la percepción negativa estaba directamente relacionada con el grado de conocimiento acerca de la TEC, siendo los estudiantes de enfermería y enfermeras los que más distorsión y actitud negativa reportaban (23). En un estudio con farmacéutas, la TEC fue la herramienta terapéutica percibida como menos efectiva (24). Culas *et al.* (25) mostraron cómo 2/3 de la población de enfermeras entrevistadas desconocían la TEC, pero aun así la puntuaban como negativa, agresiva y en desuso; el tercio restante tenía algún conocimiento en el tema. Aki *et al.* (26), con una muestra de población general, estudiantes de medicina y estudiantes de psicología, encontraron la misma relación entre el grado de conocimientos y formación en la TEC y la percepción sobre la misma, siendo así los estudiantes de medicina los que mejor percepción referían del procedimiento.

No obstante, estudios realizados con estudiantes de medicina han mostrado que, en general, la percepción hacia la TEC es negativa. Clothier & Freeman (27) encontraron que en estudiantes de segundo semestre de medicina cerca del 30% consideraba que este era un

procedimiento violento y que en muchos casos correspondía a un castigo, correlacionándose estos hallazgos con un marcado desconocimiento sobre el tema. Siguiendo la misma línea, Gazdag *et al.* (28), en una población de estudiantes de medicina en Hungría, describieron cómo la percepción negativa en esta población alcanzó el 67%, considerándolo un tratamiento doloroso e inadecuado. Adicional a lo anterior, McDonald & Walter (29), Walter *et al.* (30) y McDonald & Walter (31) afirmaron que la percepción negativa estaba influenciada por aspectos culturales y sociales como, por ejemplo, las películas en las cuales se ha recreado la TEC como una terapia agresiva y hostil.

Con respecto al grado de conocimiento y percepción de la TEC, investigaciones en estudiantes de medicina (32,33) han mostrado que la mayoría de los participantes modificaron su percepción negativa por una positiva después de recibir una instrucción informativa acerca del tema, corroborando la hipótesis de la relación existente entre conocimiento y percepción. Dawood *et al.* (34) encontraron que tras hacer una intervención educativa en estudiantes de enfermería el grado de conocimientos y las actitudes frente a la TEC también mejoraron.

Alevizos *et al.* (35) describieron hallazgos similares en población de médicos no psiquiatras, mientras que Gazdag *et al.* (36) analizaron el conocimiento y las actitudes hacia la TEC en residentes de anestesiología, encontrando que aquellos que habían participado en alguna sesión de este tipo de terapia consideraban más eficaz y menos nocivo este tipo de tratamiento; el 65% de los residentes consideraban que su conocimiento acerca de TEC era mínimo.

Con relación a la población de psiquiatras, algunos trabajos han mostrado que la prevención, el poco uso y la ambivalencia entre el conocimiento y la práctica de la TEC están presentes. En EE. UU., Hermann *et al.* (37) describieron que, con frecuencia, la utilización de TEC solo se tiene en cuenta para casos de esquizofrenia, siendo además llamativo que dichas opiniones están relacionadas con el sitio de formación académica del psiquiatra. Por su parte, Dauenhauer *et al.* (38) encontraron que tanto la referencia como las actitudes hacia la TEC estaban relacionadas con los conocimientos previos y con otros factores como la percepción de los pacientes, las facilidades para la remisión y los costos. En Europa, Van der Wurff *et al.* (39), demostraron que los profesionales de los Países Bajos, a pesar de conocer la terapia, sus efectos e indicaciones, muchas veces no la contemplaban como primera opción, sino que la tenía en cuenta como una alternativa de rescate o para casos refractarios. Hallazgos similares fueron reportados en psiquiatras escoceses, en los que la prescripción de la TEC ha disminuido a pesar de la actitud positiva hacia el procedimiento y el entrenamiento formal recibido (40). En Alemania, en cambio, Vocke *et al.* (41) hallaron que la actitud de los psiquiatras hacia la TEC es positiva y que existe una concordancia con la tendencia a la mayor prescripción del procedimiento. Gazdag *et al.* (42) realizaron un estudio con psiquiatras rumanos en el que se encontró que al menos la quinta parte de los participantes tenían conceptos falsos o actitudes negativas hacia la TEC, por lo que señalaron la necesidad de ampliar el entrenamiento de estos especialistas en dicha técnica. Walter *et al.* (43) mostraron que, dentro de la población de psiquiatras en Australia y Nueva Zelanda que atiende niños y adolescentes, se considera a la TEC como una terapia poco segura y riesgosa para menores de edad. Un panorama similar fue reportado en EE. UU., pues una población de estudio similar refirió poco conocimiento y entrenamiento en el procedimiento (44).

James & Inogbo (45), en una muestra con residentes de psiquiatría y psiquiatras en Nigeria, demostraron que la mitad pensaba que posee conocimientos insuficientes en la TEC y la mayoría de ellos la consideraba como una opción de último recurso.

Respecto a los pacientes, se ha evidenciado que la percepción de la utilidad y la disposición hacia la TEC han sido reportadas como positivas por la mayoría de ellos, aunque una proporción variable ha tenido una actitud negativa hacia la misma (46). En estudios hechos con pacientes y familiares se puso de manifiesto cómo la actitud en ambos grupos era positiva, aunque mejor y con mayores conocimientos en el grupo de familiares (47,48). Grover *et al.* (49) compararon la percepción de los familiares de pacientes sometidos a TEC, versus aquellos que recibían otro tipo de tratamiento; los resultados mostraron que los primeros tenían una actitud más positiva y un mayor conocimiento acerca de esta terapia. Este último hallazgo tiene relación con lo encontrado por Dan *et al.* (50) en pacientes con enfermedad mental a quienes no se les había realizado TEC y en sus familiares; allí los conocimientos sobre el procedimiento eran muy pocos y la actitud hacia la terapia, en la mayoría de los casos, era negativa. Sin embargo, en la mayoría de las investigaciones, las áreas de mayor inconformidad han sido los efectos sobre la memoria, la poca información recibida, el temor al procedimiento y la realización del mismo en contra de la voluntad de los pacientes (20,46-49,51,52).

En Colombia, no se encuentran trabajos acerca de la percepción hacia la TEC por parte de pacientes, médicos no psiquiatras o psiquiatras. Por el contrario, algunos aspectos clínicos impresionan por la poca atención hacia esta terapia, lo que representa su exclusión dentro del sistema obligatorio de salud, la ausencia de instrucción en el tema dentro de los programas de posgrado en psiquiatría y el escaso número de instituciones que realizan el procedimiento de forma rutinaria.

En el presente estudio se buscó explorar y describir, desde el punto de vista de psiquiatras, médicos no psiquiatras y población general, los conocimientos, prácticas y actitudes en relación a la TEC.

Materiales y métodos

Equipo de investigación

Los investigadores son psiquiatras y docentes universitarios con experiencia previa en investigación: YG y PT habían participado en investigaciones con métodos cualitativos y PT con métodos cualitativos. Como auxiliares de investigación participaron estudiantes de pregrado de medicina del Semillero de Investigación de Psiquiatría de la Universidad de la Sabana. Las entrevistas fueron dirigidas por YG.

Los investigadores conocían con antelación a algunos participantes; sin embargo, estos últimos no tenían conocimiento sobre el tema que se iba a abordar, sobre la investigación ni sobre las razones que motivaban la misma.

El interés en el tema de investigación se relacionó con la búsqueda del mejoramiento de la calidad, la satisfacción de los usuarios de TEC y la idea compartida de que esta es una herramienta terapéutica muy útil para algunos pacientes y que su uso debe ser difundido y estar disponible en los casos necesarios.

El presente estudio fue aprobado por la Subcomisión de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana y su comité de ética mediante el acta MED-153-2011.

Diseño del estudio y participantes

Se realizó un estudio cualitativo a través de grupos focales (GF) en el que la selección de los participantes se hizo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, propositivo y selectivo (53) hasta alcanzar la saturación teórica. En cada grupo se incluyeron entre 5 y 10 personas, a quienes se invitó a participar personalmente y por teléfono y se les pidió que invitaran a otros colegas. Algunos

no participaron por no disponer de tiempo el día establecido o por inconvenientes de última hora (enfermedad).

Las entrevistas se realizaron para el primer grupo tanto de población general como de especialistas no psiquiatras en un aula de la Clínica Universidad de La Sabana. Los demás grupos se entrevistaron en salones externos a la clínica y adaptados para las discusiones guiadas. Se contó con la firma del consentimiento informado. En todos los grupos, después de la entrevista, se ofreció algún pasaboca.

La selección de los participantes en los grupos se realizó en tres poblaciones diferentes: población general, médicos especialistas no psiquiatras y psiquiatras. Los grupos integrados por hombres y mujeres se conformaron de la siguiente manera:

- 1) Tres grupos de población general sin conocimientos sobre TEC. El primero correspondió al grupo piloto (GF1) y en los otros dos participaron jóvenes con estudios universitarios (GF2 y GF3).
- 2) Dos grupos de especialistas no psiquiatras que tuviesen un contacto potencial con la TEC (ginecoobstetras, anestesiólogos, neurólogos, internistas). En el primero (GF4) solo se incluyeron especialistas de la Clínica Universidad de la Sabana y en el segundo (GF5) especialistas de diferentes instituciones.
- 3) Dos grupos de médicos psiquiatras. Ambos incluyeron personas con diversidad en cuanto a la edad, el lugar de formación de pregrado y postgrado y el tiempo de ejercicio profesional. El segundo grupo (GF7), a diferencia del primero (GF6), incluyó a profesionales con mayor contacto con la academia (en su mayoría profesores universitarios).

Las características sociodemográficas de los participantes se describen con detalle en las Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1. Características de los participantes del grupo *población general*.

Participante	Sexo	Edad	Ocupación
1	F	35	Ingeniera electrónica
2	M	31	Ingeniero de sistemas
3	F	35	Ingeniera industrial
4	F	35	Maestra en bellas artes
5	F	57	Hogar
6	M	35	Abogado
7	M	17	Estudiante ingeniería industrial
8	M	17	Estudiante ingeniería industrial
9	M	17	Estudiante ingeniería industrial
10	M	17	Estudiante comunicación social
11	F	18	Estudiante comunicación audiovisual y multimedia
12	F	18	Estudiante comunicación social
13	M	18	Estudiante ingeniería industrial
14	M	18	Estudiante ingeniería agroindustrial
15	F	37	Secretaría técnica
16	F	62	Pensionada
17	F	32	Hogar
18	F	31	Estudiante psicología

M: masculino; F: femenino.
Fuente. Elaboración propia.

Tabla 2. Características de los participantes del grupo de *médicos especialistas no psiquiatras*.

Participante	Sexo	Especialidad	Años de ejercicio en la especialidad
1	M	Neumología	2
2	F	Neumología	4
3	F	Neurología	2
4	F	Ginecología	3
5	M	Medicina interna	2
6	M	Neumología	16
7	M	Neurología	11
8	M	Medicina interna	8
9	M	Medicina familiar	5
10	M	Ginecología	3
11	M	Neurología	20
12	M	Anestesiología	25
13	M	Anestesiología	25

M: masculino; F: femenino.

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 3. Características de los participantes del grupo de *psiquiatras*.

Participante	Sexo	Años de ejercicio profesional	Docente universitario
1	M	19	No
2	M	17	Sí
3	M	4	Sí
4	F	15	Sí
5	M	19	No
6	M	16	No
7	F	13	No
8	F	5	Sí
9	M	9	Sí
10	M	2	No
11	F	3	No
12	M	9	Sí

M: masculino; F: femenino.

Fuente. Elaboración propia.

Recolección de los datos

Se realizaron discusiones dirigidas en diferentes grupos. En total, se seleccionaron siete grupos focales: dos de cada población y el grupo piloto que correspondió al primero de los grupos de la población general.

Se emplearon tres guías de temas para las discusiones. Las preguntas iban dirigidas al conocimiento previo de la TEC, las creencias sobre la misma y las situaciones hipotéticas en las cuales se decidiría sobre el uso o no de esta técnica para otros y para sí

mismo. En el grupo de psiquiatras, además, se realizó un cuestionario sobre conocimientos de la TEC.

En los grupos focales participaron la investigadora principal encargada de dirigir el grupo y las entrevistas, dos investigadoras más que tomaron las notas relacionadas con la comunicación no verbal y una o dos auxiliares de investigación que atendieron los aspectos logísticos.

Cada una de las entrevistas tuvo una duración de entre 30 y 45 minutos y estas fueron grabadas en audio y video. Las transcripciones derivadas de cada grupo se realizaron posteriormente y cada una fue revisada dos veces para garantizar la calidad de las mismas.

Análisis de datos

El análisis temático de las transcripciones se hizo siguiendo la sistematización por códigos y categorías e incluyó las transcripciones y las notas sobre los grupos focales. Se utilizó un método inductivo de análisis, para el cual primero se hizo una lectura repetida de cada una de las transcripciones hasta que emergieron patrones, luego se realizó una codificación línea a línea, cuyos códigos se agruparon por similitud bajo códigos de mayor complejidad. Por último, en un proceso iterativo y comparativo y teniendo en cuenta las notas y los memos, se revisaron de nuevo estos códigos y se agruparon en categorías guiadas por las preguntas de esta investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la TEC.

Resultados

Población general

Las entrevistas se codificaron según el grupo focal y el participante; a continuación, unos de los relatos: “Pienso en películas o torturas, no pensé que eso fuera una terapia, pensé que era una forma de castigo, un trato inhumano y degradante” (GF2, participante 6).

Conocimientos

Ninguno de los participantes del grupo de población general reconoció las siglas TECAR (transferencia energética capacitiva y resistiva), pero todos habían oído sobre el procedimiento con el término electrochoques. Respecto al término “terapia electroconvulsiva”, algunos participantes lo asimilaban con los procedimientos que se realizan en reanimación y en electroterapia.

Las fuentes de conocimiento en este grupo provenían del cine. Los participantes manifestaron que la TEC se utilizaba en situaciones de tortura, como castigo, como forma de obtener información o para calmar a alguien muy violento. Una de las participantes refirió que se imaginaba que la aplicación se realizaba en sillas eléctricas como en las de las prisiones.

Cuando contrastaron su uso con otras alternativas de tratamiento como las farmacológicas, los entrevistados refirieron que la experiencia con la TEC era incierta, no había estudios que la avalaran y se encontraba en fase de experimentación “eso no se lo han terminado de inventar” (GF2, participante 6).

Este grupo dijo desconocer la necesidad de consentimiento para la aplicación de TECAR y los participantes creían que se hacía en contra de la voluntad del paciente “por eso toca amarrarlo, tiene que ceder la voluntad” (GF2, participante 4). Además, manifestaron que tenía múltiples efectos adversos como pérdida de memoria, de conocimiento y de habilidades motoras; que afectaba las funciones del cerebro, y que producía Parkinson y efectos permanentes en el estado mental.

Actitudes

Para la población general, el TECAR generó actitudes de rechazo, aunque los participantes más jóvenes manifestaron actitudes más positivas e incluso la opción de recibir este tratamiento después de tener más información al respecto. Las actitudes negativas se asociaban con considerarlo un procedimiento invasivo, incluso, un participante afirmó que los electrodos se colocaban directamente en el cerebro.

Los participantes dijeron que considerarían su uso solo si la enfermedad es recurrente, si habían intentado otras opciones o si no habían soluciones farmacológicas “en caso extremo que ya no haya cómo manejarlo pues sería la única opción que uno lo utilizaría o por lo menos yo lo utilizaría” (GF1, participante 2).

Médicos especialistas

“Si tuviera un psiquiatra que me dijera que necesito TEC, aun siendo médico quedaría con muchas dudas” (GF5, participante 5).

Conocimiento

Todos conocían el término TEC y la mayoría habían tenido contacto con esta, ya fuera en pregrado, posgrado o como especialistas. En el caso de los anestesiólogos, algunos habían asistido a sesiones. Los que habían tenido mayor contacto con el procedimiento lo definieron como un estímulo eléctrico controlado a nivel cerebral. Uno de los especialistas equiparó el proceso con el de cardioversión. No todos creían que la TECAR pudiera curar a los pacientes, siendo para ellos una forma de disminuir los síntomas o mejorar calidad de vida. Dos de los participantes dijeron saber que se trataba de una práctica que está en desuso, que es retrógrada y arcaica, mientras que uno reportó que falta investigación en el campo.

A pesar de tener algún tipo de contacto con la TEC, los entrevistados reclamaron por más información sobre su funcionamiento, indicaciones y contraindicaciones. Como en algunos casos el contacto se dio al presenciar una sesión, la forma en que esta se haya realizado moldeó sus percepciones. Es así como uno de los participantes refirió haber presenciado un procedimiento sin anestesia y por lo tanto pensaba que esa era la forma en que se realizaba.

Los médicos especialistas nombraron como indicaciones para su uso depresión, enfermedad de Parkinson, parafrenia, bipolaridad y esquizofrenia; nunca como primera opción, sino como alternativa ante la refractariedad. Como posibles efectos adversos mencionaron rhabdomiolisis, hiperkalemia, falla renal, alteración del ritmo cardiaco, cambios de personalidad y destrucción neuronal.

Actitudes

Frente a la posibilidad de que un familiar o ellos mismos necesitaran TEC, casi ninguno se rehusaría. Sin embargo, adoptaron una posición ambivalente al respecto, ya que condicionaban su realización. Se refirió que la aceptación del procedimiento dependería de que se hayan sopesado los riesgos y beneficios, por lo que en una situación real harían una búsqueda de literatura y pedirían una segunda opinión.

El único especialista que manifestó directamente que ni a él ni a su familiar lo “convencerían” para la realización de TECAR esgrimió como argumentos los documentales patrocinados por los grupos de antipsiquiatría:

“La terapia electroconvulsiva, el choque insulínico y la ritalina, es un grupo muy poderoso, hay un documental en Internet

[...] La psiquiatría: industria de la muerte [...]. Es realmente devastador. Muestra la historia de la psiquiatría y como en los diferentes congresos [...], ha habido intereses muy poderosos de ciertos sectores para proponer ciertas técnicas y ciertas terapias [...] de determinados medicamentos, entonces desde ahí yo no estoy muy seguro. Digamos que para mí eso es suficiente para decir no me interesa la terapia electroconvulsiva, no me interesa el tema”(GF5, participante 6).

Psiquiatras

“La literatura dice que la tasa de recuperación es de 70 a 90% con TEC y ahí es donde me planteo por qué no hacemos más uso de la terapia electroconvulsiva? [...] Uno no sabe por qué no se usa más” (GF7, participante 3).

En mayor o menor medida, todos los psiquiatras habían tenido contacto con la terapia electroconvulsiva. Solo 1 de los 11 participantes manifestó no tener ninguna experiencia. Los especialistas con mayor experiencia contrastan los primeros tratamientos que presenciaron en condiciones muy básicas y sin anestesia respecto al manejo que se realiza en la actualidad. Algunos de los entrevistados refirieron no darle prelación a estas terapias, pero más que por desconocimiento, por preferencia del manejo farmacológico.

Los entrevistados demandaron para ellos y sus colegas más información:

“En general, los psiquiatras conocemos poco de la terapia electroconvulsiva, porque no es uno de los temas que se hablan en la residencia, tampoco es uno de los temas que se hablan en los simposios, ni en los congresos; y eso hace que nuestro conocimiento sea limitado” (GF7, participante 3).

Los psiquiatras entrevistados aceptarían el uso de TEC en el caso de que ellos o sus familiares la requirieran; el efecto adverso que más les preocuparía sería a nivel cognitivo, pero reconocieron la reversibilidad del mismo. Sólo 1 de los 11 psiquiatras se negó a su uso personal o familiar. Esta persona era la que tenía menos experiencia en su uso.

Al finalizar la discusión, los psiquiatras participantes aportaron ideas para manejar el estigma y la percepción negativa:

“La experiencia directa del paciente [...] que con éxito ha podido dar su experiencia y eso [...] convence a los pacientes que pueden estar necesitando el procedimiento” (GF7, participante 1).

“Hablarles de otros casos anteriores. Yo tengo experiencia con estos pacientes y he visto los resultados” (GF7, participante 3).

Discusión

Esta investigación muestra cómo en los tres grupos estudiados existe, en general, un desconocimiento sobre la TEC y el grado del mismo cambia según la población. Es así como en los grupos de población general el desconocimiento es casi completo y la única fuente de la escasa información corresponde a las descripciones desactualizadas e inexactas de las películas. Hallazgos similares han sido reportados en otros estudios realizados también en población general (20,21,34,50).

En el caso de los médicos no psiquiatras, el grado de conocimiento es comparativamente mayor, aunque sigue siendo insuficiente y es derivado en su mayoría de las experiencias directas con el procedimiento, lo cual también es descrito por Gazdag *et al.* (28) y Gazdag *et al.* (36). En este grupo, los movimientos antipsiquiatría empiezan a tener un efecto en los conocimientos y en las actitudes.

Por último, en el grupo de psiquiatras, aunque el conocimiento sobre el tema es mayor, se considera que la información y formación no son suficientes en ningún nivel de educación.

Los resultados también señalan una actitud hacia el procedimiento que cambia según la población: en el grupo de población general el rechazo es casi unánime, en el de médicos no psiquiatras hay una actitud ambivalente en cuanto a una aceptación condicionada y en el de psiquiatras existe una aceptación del procedimiento y reconocimiento de sus ventajas y beneficios. Al igual que lo reportado por Alevizos *et al.* (35), Gazdag *et al.* (36) y Gazdag *et al.* (42), en estas últimas dos poblaciones se hizo evidente que a mayor experiencia con el procedimiento mayor es la aceptación.

Gran parte de los psiquiatras del presente estudio han sido testigos del cambio en la TEC tras su implementación con anestesia y relajación. Llama la atención que, a pesar de reconocer su utilidad, los expertos prefieren los tratamientos farmacológicos. Es decir, de alguna forma comparten la idea con los demás grupos analizados de ver el uso de la TEC solo como último recurso. Esta tendencia de los psiquiatras ya ha sido reportada en la literatura (37,39,40).

Los hallazgos antes expuestos y vistos en conjunto sugieren que la actitud hacia el procedimiento es mejor a mayor conocimiento, lo cual también se ha reportado en otras investigaciones (23,26). Asimismo sugieren que una actitud positiva hacia el procedimiento no necesariamente conlleva a una mayor prescripción del mismo (39,40).

Basados en estos hallazgos y en las investigaciones que han mostrado un efecto positivo de actividades educativas sobre los conocimientos y las actitudes hacia la TEC (32-34), se considera que el proceso de desestigmatización se debe basar en una mayor y mejor información. Respecto a la población general, los objetivos educativos deben dirigirse hacia los procedimientos de aplicación y los riesgos asociados.

Con respecto a los pacientes y familiares, a pesar de que la investigación no los incluyó, se considera que la optimización del proceso de información previo y posterior al procedimiento entre todos los involucrados, la objetivación de los efectos sobre la memoria y el trabajo conjunto entre paciente, familia y personal de salud es el eje fundamental tanto para los resultados clínicos como para la mejora de la experiencia del paciente y su familia.

En el caso de los médicos, el entrenamiento teórico-práctico en la TEC juega un rol importante para incrementar el conocimiento y disminuir las actitudes negativas. Dado que la realización de TEC depende del manejo coordinado por parte de psiquiatras y anestesiólogos, es muy importante que los esfuerzos por mejorar los conocimientos se enfoquen en ambas especialidades. Muchas veces la presencia de distorsiones y mitos respecto a la TEC en los médicos puede ser un impedimento para la implementación más amplia del procedimiento.

Los psiquiatras expresaron la necesidad de mejorar la educación y el entrenamiento, aunque la mayoría de los que participaron en este estudio tenían conocimientos sobre la TEC. A pesar de que no hay estudios al respecto en Colombia, la mayoría de los psiquiatras reportaron no haber recibido una formación en el área. Esto fue descrito en Canadá por Patry *et al.* (54), quienes investigaron la enseñanza de TEC en los centros proveedores de salud—encargados en gran medida de la formación de los especialistas médicos— y encontraron que la mayoría de ellos no tenían un programa específico de formación en esta técnica para los residentes, que su aprendizaje era principalmente vicarial y sin correlación teórica y que la supervisión de dichos procedimientos era escasa. Este hecho podría tener un rol importante en las actitudes negativas, el poco conocimiento por parte de algunos psiquiatras y el poco uso que se le da a la terapia en contraste con sus indicaciones, por lo que lleva a considerar la

implementación de un entrenamiento estándar en TEC durante la residencia de psiquiatría. Los psiquiatras entrevistados estuvieron de acuerdo con esta posibilidad.

Para terminar, es necesario incluir en investigaciones futuras a pacientes que hayan recibido TEC y a sus familiares, esto con el fin de conocer su experiencia, sus actitudes y sus conocimientos respecto al tratamiento.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio de grupos focales, llevado a cabo en población general, médicos especialistas y psiquiatras, muestran cómo a mayor conocimiento sobre la TEC, la percepción de la misma es mejor. Además, se señala que existe información escasa y distorsionada sobre el procedimiento, lo que se convierte en una barrera para su implementación.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Este artículo contó con la aprobación y financiación de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana.

Agradecimientos

A los médicos especialistas, psiquiatras y población general que participaron en el estudio.

Referencias

1. Taylor S. Electroconvulsive therapy: a review of history, patient selection, technique, and medication management. *South Med J.* 2007;100(5):494-8. <http://doi.org/bt5mzv>.
2. Posada J, Aguilar S, Mahaña C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33(3):241-62.
3. Gazdag G, Baran B, Bitter I, Ungvári GS, Gerevich J. Regressive and intensive methods of electroconvulsive therapy: a brief historical note. *J ECT.* 2007;23(4):229-32. <http://doi.org/bxswq3>.
4. Cameron DE. Production of differential amnesia as a factor in the treatment of schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 1960;1:26-34. <http://doi.org/b2xfjv>.
5. Shoor M, Adams FH. The intensive electric shock therapy of chronic disturbed psychotic patients. *Am J Psychiatry.* 1950;107:279-82. <http://doi.org/cmfw>.
6. Rothschild D, Van Gordon DJ, Varjabedian A. Regressive shock therapy in schizophrenia. *Dis Nerv Syst.* 1951;12(5):147-50.
7. Daniel WF, Crovitz HF. Recovery of orientation after electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;66(6):421-8. <http://doi.org/cpmn5j>.
8. Moscrip TD, Terrace HS, Sackeim HA, Isanby SH. A primate model of anterograde and retrograde amnesia produced by convulsive treatment. *J ECT.* 2004;20(1):26-36.
9. Bergsholm P. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: a reevaluation of the review by Rose *et al* on memory loss after electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2012;28(1):27-30. <http://doi.org/f3wqqc>.
10. Watts BV, Groft A, Bagian JP, Mills PD. An examination of mortality and other adverse events related to electroconvulsive therapy using a national adverse event report system. *J ECT.* 2011;27(2):105-8. <http://doi.org/frzn7z>.
11. Glass RM. Electroconvulsive therapy: Time to bring it out of the shadows. *JAMA.* 2001;285(10):1346-8. <http://doi.org/b72mjx>.

12. **Tharyan P, Adams CE.** Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD000076. <http://doi.org/bxbmjk>.
13. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2003;361(9360):799-808. <http://doi.org/bdsphk>.
14. **Pagnin D, de Queiroz V, Pini S, Cassano GB.** Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *J ECT.* 2004;20(1):13-20.
15. **Sienaert P.** What we have learned about electroconvulsive therapy and its relevance for the practising psychiatrist. *Can J Psychiatry.* 2011;56(1):5-12. <http://doi.org/cmzf>.
16. **Oudman E.** Is electroconvulsive therapy (ECT) effective and safe for treatment of depression in dementia? A short review. *J ECT.* 2012;28(1):34-8. <http://doi.org/cm12>.
17. **Rapoport MJ, Mamdani M, Herrmann N.** Electroconvulsive therapy in older adults: 13 years trends. *Can J Psychiatry.* 2006;51(9):616-9. <http://doi.org/cm13>.
18. **Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S.** Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. *Health Technol Assess.* 2005;9(9):1-156. <http://doi.org/cm14>.
19. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva. Pamplona; 1999.
20. **Cyrzyk T.** Electroconvulsive therapy: why it is still controversial. *Ment Health Pract.* 2013;16(7):22-7. <http://doi.org/cm15>.
21. **Golenkov A, Ungvari GS, Gazdag G.** Public attitudes towards electroconvulsive therapy in the Chuvash Republic. *Int J Soc Psychiatry.* 2012;58(3):289-94. <http://doi.org/dgzrrx>.
22. **Bustin J, Rapoport MJ, Krishna M, Matusевич D, Finkelsztain C, Strejilevich S, et al.** Are patients' attitudes towards and knowledge of electroconvulsive therapy transcultural? A multi-national pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(5):497-503. <http://doi.org/bbpn68>.
23. **Byrne P, Cassidy B, Higgins P.** Knowledge and attitudes toward electroconvulsive therapy among health care professionals and students. *J ECT.* 2006;22(2):133-8.
24. **O'Reilly CL, Bell JS, Chen TF.** Pharmacists' beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: a mental health literacy survey. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44(12):1089-96. <http://doi.org/bbpn68>.
25. **Culas R, Port M, Ashaye K.** Knowledge of ECT among staff of a Mental Health Service. *J ECT.* 2003;19(4):245-6.
26. **Aki OE, Ak S, Sonmez YE, Demir B.** Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy among medical students, psychology students, and the general public. *J ECT.* 2013;29(1):45-50.
27. **Clothier J, Freeman T, Snow L.** Medical Students attitudes and knowledge about ECT. *J ECT.* 2001;17(2):99-101.
28. **Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J.** Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2005;21(2):96-9. <http://doi.org/dpbc4s>.
29. **McDonald A, Walter G.** The portrayal in american movies. *J ECT.* 2001;17(4):264-74.
30. **Walter G, McDonald A, Rey JM, Rosen A.** Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT screen from movies. *J ECT.* 2002;18(1):43-6.
31. **McDonald A, Walter G.** Hollywood and ECT. *Int Rev Psychiatry.* 2009;21(3):200-6. <http://doi.org/bksjfn>.
32. **Papakosta VM, Zervas IM, Pehlivanidis A, Papadimitriou GN, Papakostas YG.** A survey of the attitudes of Greek medical students toward electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2005;21(3):162-4. <http://doi.org/cnzt4x>.
33. **James BO, Omoaregba OJ, Igherase OO, Olotu SO.** Unmodified electroconvulsive therapy: changes in knowledge and attitudes of Nigerian medical students. *Afr Health Sci.* 2009;9(4):279-83.
34. **Dawood E, Selim A, Khalil A.** Electroconvulsive therapy: Effect of an educational experience on nursing students' knowledge and attitudes. *J Nurs Edu Pract.* 2013;3(9):123. <http://doi.org/cmhn>.
35. **Alevizos B, Zervas IM, Hatzimanolis J, Alevizos E.** Attitudes of greek nonpsychiatrist physicians toward electroconvulsive therapy. *J ECT.* 2005;21(3):194-5. <http://doi.org/cddj3r>.
36. **Gazdag G, Molnár E, Ungvari GS, Iványi Z.** Knowledge of and attitude toward electroconvulsive therapy: a survey of Hungarian anesthesiology residents. *J ECT.* 2009;25(2):113-6. <http://doi.org/c7rh7w>.
37. **Hermann RC, Ettner SL, Dorwart RA, Hoover CW, Yeung E.** Characteristics of psychiatrists who perform ECT. *Am J Psychiatry.* 1998;155(7):889-94. <http://doi.org/cmhp>.
38. **Dauenhauer LE, Chauhan P, Cohen BJ.** Factors that influence electroconvulsive therapy referrals: a statewide survey of psychiatrists. *J ECT.* 2011;27(3):232-5. <http://doi.org/bfnzfd>.
39. **Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJ, Beekman AT.** Discrepancy between opinion and attitude on the practice of ECT by psychiatrists specializing in old age in the Netherlands. *J ECT.* 2004;20(1):37-41.
40. **Martin F, Elworthy T.** Scottish psychiatrists' attitudes to electroconvulsive therapy: Survey analysis. *Psychiatrist.* 2013;37(8):261-6. <http://doi.org/cmhs>.
41. **Vocke S, Bergmann F, Chikere Y, Loh N, Grözinger M.** Electroconvulsive therapy as viewed by German psychiatrists: A comparison of 3 subgroups. *J ECT.* 2015;31(2):110-3. <http://doi.org/f7dr3q>.
42. **Gazdag G, Zsargó E, Kerti KM, Grecu IG.** Attitudes toward electroconvulsive therapy in Romanian psychiatrists. *J ECT.* 2011;27(3):e55-6. <http://doi.org/b47ztj>.
43. **Walter G, Rey JM, Starling J.** Experience, knowledge and attitudes of child psychiatrists regarding electroconvulsive therapy in the young. *Aust N Z J Psychiatry.* 1997;31(5):676-81. <http://doi.org/bc6xbc>.
44. **Ghaziuddin N, Kaza M, Ghazi N, King C, Walter G, Rey JM.** Electroconvulsive therapy for minors: experiences and attitudes of child psychiatrists and psychologists. *J ECT.* 2001;17(2):109-17.
45. **James BO, Inogbo CF.** Implementing modified electroconvulsive therapy in Nigeria: current status and psychiatrists' attitudes. *J ECT.* 2013;29(2):e25-6. <http://doi.org/cmht>.
46. **Chakrabarti S, Grover S, Rajagopal R.** Perceptions and awareness of electroconvulsive therapy among patients and their families: a review of the research from developing countries. *J ECT.* 2010;26(4):317-22. <http://doi.org/brfgmw>.
47. **Rajagopal R, Chakrabarti S, Grover S, Khehra N.** Knowledge, experience & attitudes concerning electroconvulsive therapy among patients & their relatives. *Indian J Med Res.* 2012;135:201-10.
48. **Rajagopal R, Chakrabarti S, Grover S.** Satisfaction with electroconvulsive therapy among patients and their relatives. *J ECT.* 2013;29(4):283-90. <http://doi.org/cmhv>.
49. **Grover SK, Chakrabarti S, Khehra N, Rajagopal R.** Does the experience of electroconvulsive therapy improve awareness and perceptions of treatment among relatives of patients? *J ECT.* 2011;27(1):67-72. <http://doi.org/fq8fp8>.
50. **Dan A, Grover S, Chakrabarti S.** Knowledge and attitude of patients with psychiatric disorders and their relatives toward electroconvulsive therapy. *Indian J Psychol Med.* 2014;36(3):264-9. <http://doi.org/cmhw>.
51. **Ejaredar M, Hagen B.** All I have is a void: women's perceptions of the benefits and side effects of ECT. *Int J Risk Saf Med.* 2013;25(3):145-54. <http://doi.org/cmhx>.
52. **Ejaredar M, Hagen B.** I was told it restarts your brain: knowledge, power, and women's experiences of ECT. *J Ment Health.* 2014;23(1):31-7. <http://doi.org/cmhz>.
53. **Coyne IT.** Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling: merging or clear boundaries? *J Adv Nurs.* 1997;26(3):623-30. <http://doi.org/bn92v3>.
54. **Patry S, Graf P, Delva NJ, Chan P, Enns M, Gilron I, et al.** Electroconvulsive therapy teaching in Canada: cause for concern. *J ECT.* 2013;29(2):109-12. <http://doi.org/cm12>.

Fig. 1.

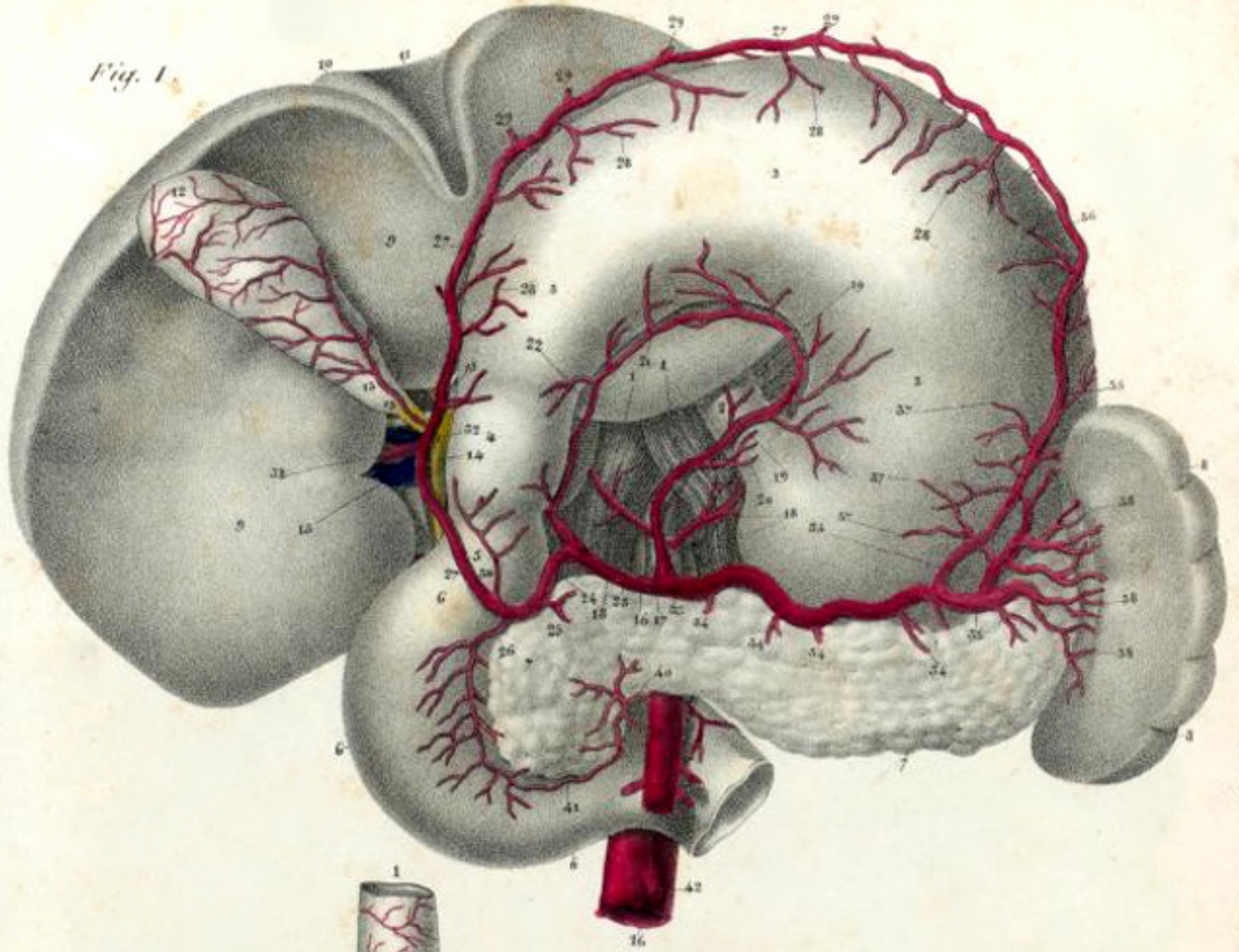


Fig. 2.

