

Disponible en <http://www.revph.sld.cu/>



Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana



Volumen 15 No 3 Sept-dic| Año 2025 | Publicación continua
ISSN: 0138-7103 | RNPS: 2030

Original

Protocolización y aspectos éticos de la terapia electroconvulsiva
Electroconvulsive therapy protocolization and ethic's aspects

Elieser López Cabezas

Departamento de Salud Mental del Municipio Boyeros. La Habana, Cuba.

Correos electrónicos: ocabezas@infomed.sld.cu ; mquasimodo111280@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Desde el principio, la terapia electroconvulsiva ha estado rodeada de controversia. A ello contribuyó su uso abusivo e indiscriminado, así como el hecho de que ejerza su acción terapéutica por mecanismos desconocidos hasta el momento. Por otro lado, presentó efectos secundarios nada desdeñables, si bien en la actualidad se han minimizado.

Objetivo: Determinar los aspectos éticos vinculados a la terapia electroconvulsiva.

Métodos: Revisión temática basada en la bibliografía especializada, que posee información vigente y relevante sin importar el año de su publicación. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Intramed, Pubmed, Google Académico, Cochrane y Medline, utilizando descriptores en español, inglés y francés. Fueron consultados, además, libros, manuales y protocolos impresos sobre el tema, tanto de nuestro país como foráneos.

Desarrollo: La terapia electroconvulsiva consiste en la inducción eléctrica de convulsiones generalizadas en diferentes sesiones. Se usa como tratamiento en múltiples trastornos psiquiátricos, ya sea de primera elección o cuando otras formas terapéuticas han fallado, precisamente por los aspectos negativos se debe solicitar el consentimiento informado al paciente o a los familiares antes de aplicarla y se deben tener las condiciones mínimas indispensables para su ejecución segura.

Conclusiones: Es un procedimiento terapéutico en el cual se han de tener en cuenta, sobre todo, dos principios éticos importantes: la beneficencia (analizar riesgo-beneficio) y la autonomía (consentimiento informado), sin los cuales no sería posible su ejecución.

Palabras clave: terapia electroconvulsiva; ética; beneficencia; autonomía.

ABSTRACT

Introduction: In the beginning the electroconvulsive therapy was controversial. The contribution at this idea was the use and abuse of this therapeutic method in the treatment of many behavior disorders. Also yet the science don't know the curative factor and the secondary effects are certainly dangerous in occasions. For these reasons we realized this investigation about etic problems of electroconvulsive therapy.

Objective: The objective of this investigation was to determine the ethics principles.

Methods: Thematic review based on the literature, which has current and relevant information regardless of the year of publication. The search was conducted in the databases: Intramed, Pubmed, Google Scholar, Cochrane, and Medline, selected descriptors in Spanish, English and French. We used classic and recent bibliography for a major compression of these issues.



Development: It was important to for this research the general norms we should show in electroconvulsive therapy: to use adequate technique, the session's frequency, the anesthesia and other items. It is very important for this method a lot of principles of etic; in this case we need to talk about beneficence and autonomy. Autonomy requires that a person act intentionally after being given sufficient information and time to understand the benefits, risks, and costs of all reasonable options. The requirement for psychiatrists to act with beneficence derives from their fiduciary relationship with patients and the profession's belief that they also have an obligation to society. As a result of the role obligation of trust, psychiatrists must heed their patient's interests, even to the neglect of their own.

Conclusions: Autonomy and beneficence are very important for the execution of this therapy.

Keywords: electroconvulsive therapy; etic; beneficence; autonomy.

INTRODUCCIÓN

La aparición de la terapia electroconvulsiva (TEC) marcó un hito en la historia de la psiquiatría, ya que por primera vez se podía contar con un método relativamente eficaz para tratar a los enfermos mentales. Pese al ulterior avance de otros tratamientos y, fundamentalmente, de los psicofarmacológicos, no deja de ser sorprendente el hecho de que continúe siendo de utilidad e, incluso, sea de elección en algunos casos.⁽¹⁾

Fue en 1938 cuando dos psiquiatras italianos, *Ugo Cerletti* y *Lucas Bini*, que trabajaban en la Universidad de Roma, introdujeron lo que ellos denominaron *electroshock*. Sin embargo, y pese a su efectividad en el tratamiento de enfermedades como la depresión y la esquizofrenia, demostrada en múltiples estudios (hoy en día ya clásicos, tales como el promovido por el *Medical Research Council*, en 1965, en el que la TEC fue superior tanto a la imipramina como a la fenelcina y al placebo), las críticas recibidas y su cuestionamiento han sido constantes.^(1,2) Estas detracciones toman forma con la aparición del movimiento denominado antipsiquiatría, a finales de los años 60, encabezado por *Laing* y *Cooper*. Es cierto que en ocasiones la TEC se usó para controlar la agresividad o como castigo en pacientes poco colaboradores, justificándose su oposición en estos casos.⁽³⁾ La causa de su mala prensa fue la politización progresiva de la que fue víctima la psiquiatría, utilizando la controversia para reafirmar el papel opresor de la sociedad capitalista y, como paradigma de ello, el uso de la TEC como medio represor.^(4,5) Los trabajos encaminados a demostrar su inocuidad han sido varios, como muestra la revisión realizada sobre el tema por *Devanand* y otros, en 1994, en la que concluyeron diciendo que no se habían encontrado hasta el momento, incluso con el uso de técnicas modernas para la fecha, ninguna evidencia de daño cerebral.^(6,7)



Con todo, la polémica sigue abierta. Por lo tanto, nos proponemos en el presente trabajo realizar un análisis crítico de esta terapia y develar los aspectos éticos a los que se puede vincular.

MÉTODOS

Se realizó una revisión temática de la literatura especializada. Fueron consultadas las bases de datos: Intramed, Pubmed, Google Académico, Cochrane, y Medline, utilizando descriptores en español, inglés y francés. Además, se realizó la consulta en revistas, libros y protocolos especializados en el tema no indexado en internet.

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta que la información estuviera vigente y fuese relevante, sin importar el año de su publicación. Se tuvieron en cuenta investigaciones académicas, trabajos originales y artículos de revisión de voces autorizadas en el tema. Se utilizaron como referencias, solamente aquellos documentos que fue posible revisar el texto completo.

DESARROLLO

La TEC consiste en la inducción eléctrica de convulsiones generalizadas en diferentes sesiones.⁽⁸⁾ Podemos considerar unas indicaciones primarias (como tratamiento de primera línea) y otras secundarias (cuando los pacientes no han respondido a otros tratamientos).⁽⁹⁾

Las indicaciones primarias serían en los trastornos depresivos: con síntomas psicóticos o no, cuando existe inhibición intensa (estupor melancólico), elevado riesgo de suicidio, ideas delirantes de negación (síndrome de Cotard), ansiedad o agitación intensas, buena respuesta a TEC en episodios previos, clínica de melancolía o pseudodemencia depresiva, en la esquizofrenia: con agitación o estupor catatónico, episodios agudos con intensa agitación y gran desorganización conductual y cognoscitiva, y en los episodios maníacos o mixtos, si la respuesta farmacológica es insuficiente.⁽⁸⁾

Las indicaciones secundarias, por otra parte, podrían ser en los episodios depresivos: cuando el paciente no responde a los antidepresivos, después de seis u ocho semanas de dosis terapéuticas, cuando en episodios previos no ha habido una buena respuesta a los antidepresivos ni a las opciones de no respuesta, cuando existe contraindicación de antidepresivos, existe rechazo a comer o a beber, depresión en edad avanzada o involutiva, en la esquizofrenia cuando: no hay respuesta al tratamiento antipsicótico después de cuatro a seis semanas de dosis terapéuticas, cuando el paciente se niega a tomar el tratamiento y es imposible asegurar un correcto cumplimiento, cuando hay intolerancia o efectos adversos de los antipsicóticos y otros trastornos como: enfermedad de Parkinson, especialmente con fenómeno *on-off*, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno, epilepsia intratable,

enfermas embarazadas con episodios psicóticos (maníacos, depresivos, esquizofrénicos), preferencia del paciente ante otros tratamientos.

Si bien no existen contraindicaciones absolutas, se pueden considerar las siguientes situaciones clínicas como contraindicaciones relativas: Insuficiencia cardiaca no estabilizada, trombosis venosa profunda sin tratamiento anticoagulante, infección respiratoria aguda, infarto agudo de miocardio (< 3 meses y según severidad), accidente vascular cerebral reciente (< 1 mes y según severidad), presión intracranal aumentada / aneurisma cerebral no tratado, fractura mayor inestable y feocromocitoma no tratado.^(10,11,12)

Antes de realizar el tratamiento, todos los pacientes deben disponer de una evaluación psiquiátrica que lo indique, una evaluación somática preanestésica y haber firmado del consentimiento informado. Los pacientes deben recibir una hoja informativa donde se explica la técnica de la TEC, su funcionamiento y los efectos adversos, así como información de la indicación de TEC por su trastorno en particular, de la relación riesgo-beneficio y de las alternativas de tratamiento. La validez del consentimiento informado es de seis meses. Si se realizan más sesiones de las inicialmente previstas, o bien, en la TEC de mantenimiento superior a seis meses, se precisará la obtención de un nuevo consentimiento informado.⁽¹²⁾ La evaluación somática pre TEC incluye una exploración física pulmonar, cardiovascular y neurológica. Como pruebas complementarias se incluirán: una radiografía de tórax, un electrocardiograma (ECG) y una analítica general (glucosa, urea, creatinina, ionograma, función hepática, hemograma y sedimento urinario).^(12,13,14,15,16,17)

El grupo terapéutico de la TEC está constituido por un psiquiatra, un anestesista y un equipo de enfermería formado *ad hoc*. El tratamiento se suele programar en el horario de las mañanas y el paciente debe estar en ayunas de seis a ocho horas antes. El local debe ser una habitación ventilada, la camilla debe ser de madera o una de metal forrada con un aislante de la electricidad, para asegurar la cantidad mínima indispensable de transmisión de electricidad para el paciente. Además, es imprescindible la existencia de un paquete de primeros auxilios en caso de que exista alguna complicación.

Luego de acomodar al paciente en la camilla, se deben sujetar con firmeza, pero sin demasiada presión, los hombros y las piernas, para evitar fracturas y luxaciones, así como sujetar la mandíbula con algún objeto, para evitar sangramientos por rotura de pequeños vasos durante la convulsión o la caída de los dientes, por lo que se deben quitar las prótesis dentales en aquellos pacientes que las tengan. El anestesista administra el anestésico y el miorrelajante en pequeñas dosis. Se aplican los electrodos en ambas sienes al mismo tiempo, durante un tiempo de 0,5 segundos (los equipos modernos se apagan automáticamente al transcurrir ese tiempo) o al vislumbrar los primeros indicios de la convulsión como la apnea, la cianosis distal o el signo de Babinski en los pies. Se recomienda tener conectado al paciente un monitor de la función cardiovascular para la prevención de estas complicaciones.^(12,17)

La frecuencia de los tratamientos puede ser de dos o tres por semana. El resultado final en eficacia es por igual, pero más rápido con la segunda modalidad.⁽¹²⁾ Algunos autores proponen abandonar el tratamiento si no existe mejoría clínica después de administrar adecuadamente seis sesiones.⁽¹⁷⁾

Las complicaciones cardiovasculares y pulmonares son la primera causa de muerte y morbilidad significativa en la TEC.⁽¹²⁾ La Sociedad de Psiquiatría Norteamericana (APA, por sus siglas en inglés) ha establecido que una estimación razonable de la mortalidad relacionada con la TEC es de 1 por 10 000 pacientes o de 1 por cada 80 000 tratamientos.⁽¹⁸⁾ Los efectos adversos cognitivos son las principales complicaciones que limitan su uso. La magnitud de los problemas cognitivos observados está en función del tiempo transcurrido desde el último tratamiento hasta la evaluación, y del número de tratamientos recibidos.⁽¹²⁾ La TEC no produce lesiones cerebrales estructurales irreversibles.⁽¹⁰⁾

Análisis bioético

El principio que guía todo acto médico es el de beneficencia, explicitado en el *Juramento Hipocrático*. La TEC no es una técnica nueva, mas su eficacia en tratar determinados cuadros psiquiátricos ha sido contrastada. En los trastornos depresivos, sobre todo los de características endógenas, la TEC demuestra un mayor porcentaje de respuestas que, incluso, un antidepresivo tricíclico "patrón", como es la imipramina. Asimismo, su respuesta es más rápida que con estos últimos, lo que la convierte en el tratamiento de elección en casos de riesgo vital, por la situación somática o por la posibilidad del suicidio.^(1,18,19) La APA recomienda su aplicación en el tratamiento de trastornos afectivos mayores, catatonías y otras psicosis donde la situación clínica sea severa y otras terapias estén contraindicadas o hayan sido ineficaces. De lo que se deduce que, en la esquizofrenia, su aplicación queda reducida a la forma catatónica (si bien en este caso sería de elección) y a cuadros resistentes a los psicofármacos, sobre todo, si presentan un cierto componente afectivo.⁽²⁰⁾

Si una vez realizado un diagnóstico correcto se decide aplicar la TEC siguiendo estas indicaciones para las que ha demostrado ser un tratamiento eficaz, el primer escollo que se plantea, basado en la necesidad de obrar según el principio de beneficencia, queda salvado. Pero además, la observancia de este principio, implica el de no inducir mal al enfermo, expresado en la frase latina *primum non nocere*. En relación a esto, Devanand⁽⁶⁾ no hallaba en la literatura ningún trabajo realizado con rigor en el que se apreciaran signos de daño cerebral con los medios de neuroimagen actuales (TAC y RMN), así como tampoco en los estudios *post mortem*.⁽⁶⁾

Por otro lado, el riesgo de la técnica no es mayor que el derivado del uso de la anestesia, equiparable a las cirugías menores, cifrándose la mortalidad en aproximadamente por 100 000. Hoy en día, aplicando la adecuada miorrelajación y oxigenación, se minimizan otros



posibles riesgos frecuentes en los primeros usos de la TEC, tales como: fracturas de cuerpos vertebrales y luxaciones producidas por la crisis, los que se convierten en ser excepcionales.⁽³⁾ Debemos decir, sin embargo, que parece constatada la existencia de trastornos *mnesicos*, que según la literatura son transitorios y limitados al periodo de tratamiento y no afectan a otras áreas cognitivas ni de aprendizaje en la vida futura del paciente.⁽²¹⁾

Todo lo dicho en los párrafos previos es válido, siempre y cuando la técnica sea la correcta no solo en relación al uso de la miorrelajación, anestesia y monitorización del paciente, sino también se apliquen un número limitado de sesiones por cada tanda de aplicación que no deberían sobrepasar las doce, así como la frecuencia entre sesiones no ser superior a la 48 horas. Esto ha de ser así para evitar que el edema producido tras las crisis tenga un efecto sumatorio sobre la siguiente, dando tiempo a reabsorberse y evitar el consiguiente aumento de la presión intracranal. Además no debe darse más de una tanda por año, según las recomendaciones de la APA.⁽²⁰⁾

Con los argumentos anteriores se solventa el conflicto de consecuencias, por el cual se justifica el empleo de la TEC, al ser mínimos los efectos secundarios en relación a la mejoría en la calidad de vida del enfermo.⁽²²⁾ Sin embargo, tales argumentos resultan insuficientes, no podemos dar por resueltos todos los problemas éticos que plantea la TEC. La psiquiatría es una especialidad médica que reúne unas particularidades que la diferencian de las otras, tanto desde el punto de vista teórico como práctico. En primer lugar ha de tenerse en cuenta que se están tratando enfermedades que anulan en mayor o menor medida la libertad de la persona y en las que la dolencia y la persona forman parte de una misma cosa, siendo muy difícil separarlas. De esto se deduce que, en algunas ocasiones, el paciente puede no sentirse como tal y no tener conciencia de enfermedad.⁽¹⁾ De este modo se llega al espinoso tema de la competencia, de cuya consideración se pueden derivar una serie de situaciones hipotéticas:

- a) que el paciente sea competente y acepte el tratamiento con TEC,
- b) que el paciente sea competente y rechace el tratamiento con TEC,
- c) que el paciente no sea competente y acepte el tratamiento con TEC y, por último,
- d) que el paciente no sea competente y rechace el tratamiento con TEC.

Las situaciones b) y d) son, obviamente, las que plantean problemas éticos, pues hacen entrar en conflicto el principio de beneficencia y de autonomía. Cuando el paciente no es competente y acepta el tratamiento con TEC, al considerarse de mayor valor mantener el derecho de la persona a tomar las decisiones en torno a su vida que juzgue las adecuadas, de forma deseada y con pleno conocimiento de las implicaciones y, por supuesto, sin influencia externa, se preserva su derecho a rechazar el tratamiento para salvaguardar el principio de autonomía.⁽¹⁾ Pero para considerar que el paciente toma la decisión con pleno conocimiento, ha de recibir una adecuada información por parte del médico para otorgar o denegar su consentimiento.

Este consentimiento debe darlo el paciente siempre que el médico vaya a utilizar técnicas invasivas sobre el cuerpo de aquel y, al ser la TEC considerada como tal, se debe de realizar el consentimiento informado, en caso de omitirse, no solo estaría el médico incurriendo en una falta ética, sino que, incluso, se le podrían imputar cargos desde el punto de vista legal.⁽²³⁾ La información que debe facilitar el médico incluiría una descripción detallada del procedimiento de la TEC; sus riesgos y posibles efectos secundarios, las posibilidades de otros tratamientos alternativos, las razones por las que se recomienda este y no otros tratamientos, y, por supuesto, la posibilidad por parte del paciente de revocar su consentimiento.⁽²⁰⁾ Toda esta información tiene que ser, además, por escrito, en copias iguales para el médico y el paciente o su representante en caso de no competencia. Ambos originales deben ser firmados por el paciente o, en caso de no competencia, por terceras partes que asuman la responsabilidad.⁽²⁴⁾

El segundo supuesto que plantea conflicto es el caso en que el paciente no sea competente y rechace el tratamiento. La competencia de una persona es un concepto que implica una capacidad para tomar decisiones de forma libre, al comprender la cualidad de una situación y sus posibles consecuencias. Se han propuesto varias pruebas para determinar la competencia de un paciente psiquiátrico.⁽²⁵⁾ Sin embargo, la mayoría de ellas están basadas en que el resultado de la elección sea razonable, es decir, basado en razonamientos lógicos. También se basan en su capacidad para comprender de forma real lo que se le explica. Esto implica la conservación de una serie de funciones, que subyacen en el cerebro del paciente, que es el órgano afectado, lo que ha promovido críticas comprensibles.⁽²³⁾ De hecho, en la experiencia clínica es difícil determinar hasta qué punto la enfermedad mina la capacidad del enfermo para tomar decisiones. Una vez establecida la no competencia del enfermo, se ha de recurrir a las denominadas terceras partes. Estas serán, en la mayoría de los casos, familiares o bien amigos que conozcan sobradamente al enfermo, para poder inferir del estilo de vida o de anteriores decisiones tomadas por él, la decisión que él tomaría, tanto desde el punto de vista de sus deseos como de sus intereses. De esta forma se resuelve el conflicto ético creado por el choque de intereses entre el principio de autonomía y de beneficencia.⁽²³⁾

En el Hospital Psiquiátrico de La Habana "Eduardo B. Ordaz Ducungé" se cumplen los principios éticos con rigor relacionados a la TEC, y existe un protocolo de actuación sobre este procedimiento, donde se manifiesta lo anteriormente expuesto:

- I. Se seleccionan adecuadamente los pacientes que por su diagnóstico necesitan esta forma de tratamiento.
- II. Se les realizan los complementarios imprescindibles del chequeo pre TEC, y un examen físico exhaustivo, para descartar cualquier patología orgánica que entorpezca la evolución del paciente, así como que contraindique, por la posibilidad aumentada de la aparición de complicaciones, el procedimiento.
- III. Se garantiza la ayuna absoluta, previendo posibles broncoaspiraciones.

IV. En el acto hace presencia de carácter obligatorio, un anestesista o técnico de anestesia, que garantiza la seguridad del paciente y que administra los miorrelajantes y anestésicos.
V. Se realiza la terapia, en local adecuado, con todos los aditamentos y personal necesario.
VI. Siempre se solicita el consentimiento informado del paciente o los familiares, antes de comenzar con el procedimiento.

No obstante si las circunstancias lo ameritan, o sea cuando existe peligro para la vida del paciente o para quienes lo rodean, el psiquiatra, está autorizado por la ley, a ofrecer dos TEC de urgencias, medida que sigue vigente, pero en realidad ha caído en desuso por las implicaciones éticas que conlleva.⁽²⁶⁾

Todas estas precauciones no son recientes, desde el mismo Triunfo de la Revolución, en Cuba se han tomado las medidas para preservar la salud de los pacientes que se someten a procederes invasivos, así que la Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, ya en los años sesenta del pasado siglo publicaba una monografía que trataba de las normativas de la TEC y en 1995, en coauspicio con el MINSAP y la Sociedad Cubana de Psiquiatría, se publicó el listado (bien extenso e inclusivo) de los derechos de los pacientes psiquiátricos de manera general y de los que se encontraban hospitalizados o en régimen ambulatorio.^(27,28,29,30)

En conclusión, la terapia electroconvulsiva es un procedimiento terapéutico en el cual se han de tener en cuenta, sobre todo, dos principios éticos importantes: la beneficencia (analizar riesgo-beneficio) y la autonomía (consentimiento informado), sin los cuales no sería posible su ejecución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual del Residente de Psiquiatría. Madrid: SB, Smith Kline Beecham. España; 2016. p. 2121-4.
2. American Psychiatric Association, Committee on Confidentiality. Guidelines on confidentiality. American Journal of Psychiatry. 1987;144:1522-6.
3. Mahler H, Co BT, Dinwiddie S. Studies in involuntary civil commitment and involuntary electroconvulsive therapy. J NervMent Dis. 1986;174:97-105.
4. Dörr O. Fronteras éticas de la Psiquiatría. Actas Luso-Esp. Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 1988;16:411-9.
5. Gentis C. Laing, antipsiquiatría y contracultura. Madrid: Fundamentos; 1973.
6. Devanand, Dwork, Hutchinson, et al: Does ECT alter brain Structure? Am J Psychiatry. 1994;151:957-70.



7. Barcia D, Martínez F. Encuesta acerca de las actividades de los psiquiatras españoles ante la TEC. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. y Ciencias Afines*. 1979;2:117-55.
8. Agüera Ortiz L, Alcoverro Fortuny O, Álvarez E, Aragüés M, Arango C, Arechederra Aranzadi JJ. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.; 2014. p. 793-804.
9. Bernardo Arroyo M, Benlloch Ortiz L, Cobo Gómez JV, et al. *Terapia electroconvulsiva*. En: Comité de Consenso de Catalunya. *Terapéutica de los Trastornos Mentales. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. RTM-III*. 3.^a ed. Barcelona: Ars Medica; 2015.
10. McDonald WM, Thompson TR, McCall W, et al. *Terapia electroconvulsiva*. En: Schatzberg AF, Nemeroff ChB. *Tratado de psicofarmacología*. Barcelona: Masson; 2016.
11. Abrams R. *Electroconvulsive Therapy*, 4th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
12. Informe del Comité Elaborador de la American Psychiatric Association. La práctica de la terapia electroconvulsiva. Recomendaciones para el tratamiento, formación y capacitación. Barcelona: ArsMedica; 2012.
13. Beyer JL, Weiner RD, Glenn MD. *Terapia electroconvulsiva. Un texto programado*. Barcelona: Masson; 2014.
14. Scott AIF. Psychotropic drug treatment during and after ECT. En: Scott AIF. *The ECT handbook*. 2nd ed. London: Royal College of Psychiatrists; 2015. p. 109-16.
15. McIntosh AM, Lawrie SM. Systematic review of psychotropic medication given during a course of ECT for depressive illness: therapeutic and adverse consequences. En: Scott AIF. *The ECT handbook*. 2nd ed. London: Royal College of Psychiatrists; 2015. p. 85-98.
16. Scott AIF. Practical administration of ECT. En: Scott AIF. *The ECT handbook*. 2nd ed. London: Royal College of Psychiatrists; 2015. p. 144-58.
17. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. SEP. Madrid: Emisa; 2014.
18. Whitehouse AM, Scott AIF. Monitoring seizure activity. En: Scott AIF. *The ECT handbook*. 2nd ed. London: Royal College of Psychiatrists; 2015. p. 159-69.
19. Kendell R. The present status of Electroconvulsive Therapy. *Br J Psychiatry*. 1981;139:265-283.
20. American Psychiatric Association Task Force Report 14: Electroconvulsive Therapy. Washington DC: APA; 2014.

21. Daniel WF, Weiner RD, Crovita HF. Autobiographical amnesia with ECT: an analysis of the roles of stimulus ware form, electrode, placement, stimulus energy and seizure length. *Biological Psychiatry*. 1983;18:121-6.
22. Turon VJ, Urretavizcaya M. Aspectos éticos y sociales, en *Terapia Electroconvulsiva*. Barcelona: Masson S.A.; 2014. p 217-40.
23. Klein JI, Glover SI. Psychiatric malpractice. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1983;6:131-57.
24. Dickens MB. Ethical issues in psychiatric research. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1981;4:271-92.
25. Roth LH, Meisel A, et al. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry* 1977;134:279-84.
26. Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Protocolo de Actuación en la Terapia Electroconvulsivante*. La Habana; 2014.
27. Ordaz E, González R, Alonso A, Galvizu A, Pérez E. *Regulaciones jurídicas, principios éticos-deontológicos y código de ética de la salud mental cubana*. La Habana: Editorial Hospital Psiquiátrico de La Habana; 1995.
28. Galvizu Borrel A. Derechos humanos y psiquiatría en Cuba. En: Acosta Sariego JR, editor científico. *Bioética desde una perspectiva cubana*. 3.^a ed. La Habana: Centro Félix Varela; 2007. p. 585-600.
29. Hernández Muñoz LE. Ética y bioética para profesionales de la salud. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 303-68.
30. Amaro María del C, et al. *Ética Médica y Bioética*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.

Conflictos de intereses

El autor declara que no tiene conflicto de intereses.

