

Desvinculación moral y deshumanización en la defensa del electroshock. Un análisis crítico de la “evidencia científica” *

Desvinculação moral e desumanização na defesa do eletrochoque. Uma análise crítica das “evidências científicas”

Moral Disengagement and Dehumanization in the Defense of Electroshock Therapy. A Critical Analysis of the “Scientific Evidence”

Dau García Dauder  y Grecia Guzmán Martínez  **

La teoría de la desvinculación moral de Albert Bandura (1999) permite analizar distintos mecanismos por medio de los cuales se deshumaniza e inferioriza la vida de personas consideradas locas. En este artículo, hemos explorado mecanismos de desvinculación moral en argumentos profesionales que defienden el uso del electrochoque. Siguiendo a Bandura, analizamos artículos a favor del electrochoque de publicación reciente e identificamos, en su retórica de evidencia científica, estos mecanismos que dividimos en seis categorías: 1) justificación moral; 2) lenguaje eufemístico y tecnificación; 3) comparación ventajosa; 4) desplazamiento y difusión de la responsabilidad; 5) minimización de las consecuencias; 6) deshumanización y atribución de culpa. Concluimos con una reflexión/invitación en torno a considerar la “urgencia” en salud mental no como sinónimo de intervención coercitiva o potencialmente nociva, sino en el sentido de que es necesario un cambio de paradigma inmediato y profundo a nivel epistemológico y material, hacia la dignificación de vidas consideradas locas.

Palabras clave: electrochoque; desvinculación moral; psiquiatrización; coerción; dignidad

A teoria do desengajamento moral de Albert Bandura (1999) permite analisar diversos mecanismos pelos quais as vidas de pessoas consideradas doentes mentais são desumanizadas e desvalorizadas. Neste artigo, exploramos mecanismos de desengajamento moral em argumentos profissionais que defendem o uso da eletrochoque. Seguindo Bandura, analisamos artigos pró- eletrochoque publicados recentemente e identificamos, em sua retórica de evidência científica, esses mecanismos, que dividimos em seis categorias: 1) Justificação moral; 2) linguagem eufemística e tecnificação; 3) comparação vantajosa; 4) deslocamento e difusão de responsabilidade; 5) minimização das consequências; 6) desumanização e atribuição de culpa. Concluímos com uma reflexão/convite para considerar a “urgência” em saúde mental não como sinônimo de intervenção coercitiva ou potencialmente prejudicial, mas sim no sentido de que uma mudança paradigmática imediata e profunda é necessária, tanto no nível epistemológico quanto no material, em direção à dignificação das vidas consideradas doentes mentais.

Palavras-chave: eletrochoque; desvinculação moral; medicalização; coerção; dignidade

* Recepción del artículo: 03/06/2026. Entrega del dictamen: 10/08/2026. Recepción del artículo final: 30/09/2026.

** *Dau García Dauder*: Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, España. Correo: dau.dauder@urjc.es. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7978-5263>. *Grecia Guzmán Martínez*: becaria posdoctoral en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el apoyo de las Estancias Posdoctorales por México de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI). Correo: greciaguzmar@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2264-0397>.

Albert Bandura's theory of moral disengagement (1999) allows us to analyze various mechanisms through which the lives of people considered "mad" are dehumanized and devalued. In this article, we have explored mechanisms of moral disengagement in professional arguments that defend the use of electroshock. Following Bandura, we analyzed recently published pro-electroshock articles and identified these mechanisms in their rhetoric of scientific evidence, which we divided into six categories: 1) moral justification; 2) euphemistic language and technicization; 3) advantageous comparison; 4) shifting and diffusion of responsibility; 5) minimization of consequences; 6) dehumanization and attribution of blame. We conclude with a reflection/invitation to consider "urgency" in mental health not as synonymous with coercive or potentially harmful intervention, but in the sense that an immediate and profound paradigm shift is necessary at the epistemological and material levels, toward the dignification of lives considered mad.

Keywords: *electro-shock; moral disengagement; psychiatrization; coercion; dignity*

Introducción

Este artículo parte de una controversia científica en torno al uso del electrochoque entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y diferentes asociaciones internacionales de psiquiatría en los años 2025-2026. Si bien es nuestro punto de partida, en este artículo no pretendemos cartografiar a detalle y desde una perspectiva ciencia, tecnología y sociedad (CTS) los diferentes agentes implicados, con sus posiciones e intereses (Torres & López, 2022). Nuestro objetivo es analizar los mecanismos de deshumanización en los argumentos que defienden la técnica del electrochoque en el marco de esta controversia; y, derivado de ello, cómo la “neutralidad” científica puede funcionar como estrategia retórica mediante la cual se desplaza la responsabilidad moral y política y se legitima dicha técnica.

La investigación científica y sus aplicaciones tecnológicas no existen al margen de la sociedad: el poder “externo” interviene en los objetivos de investigación y en la génesis de teorías científicas (lo que afecta a su autonomía), pero también en su evaluación (lo que afecta a su objetividad) (Quintanilla, 1978). Por ello, la ciencia no puede ser valorativamente neutra (suele reflejar las perspectivas e intereses de los grupos dominantes); es un proceso de construcción activo, en un contexto, que implica elecciones de carácter social y político (Pérez Sedeño, 2025).

En el caso que nos ocupa, analizamos no sólo las implicaciones del uso y compromiso con una tecnología como el electrochoque; sino de valerse de la opacidad de la “caja negra” de procesos científicos (Latour, 1987) para basarse en una evidencia “neutra” como mecanismo de derresponsabilización. Sostenemos que la “retórica de la evidencia” (o el carácter persuasivo del lenguaje objetivo) no es un reflejo transparente de la verdad, sino un recurso discursivo usado para construir hechos, conferir apariencia de neutralidad y protegerse frente a la crítica (Potter, 1998).

Hemos enmarcado nuestro análisis en los estudios CTS, la bioética crítica y la psicología social. Como herramienta crítica, recurrimos al “activismo basado en la evidencia” (Rabeharisoa *et al.*, 2014), entendiendo en este caso la evidencia como un recurso dinámico y coproducido que entrelaza la experiencia vivida de supervivientes de la psiquiatría con el conocimiento científico experto. Pero también, de la evidencia basada en el activismo (loco) como correctivo epistémico de la ciencia biomédica y como generador de conocimiento de resistencia (Tuana, 2006).

Partiendo de ahí, el artículo tiene como objetivo concreto analizar los mecanismos de deshumanización a través de la teoría de la desvinculación moral de Albert Bandura (1999a) en los discursos de las publicaciones científicas que presentan la eficacia y legitimidad de la “terapia electroconvulsiva” (TEC) como parte de la retórica y evidencia científica. En psiquiatría, la TEC, comúnmente conocida como electrochoque, se sigue defendiendo como una intervención necesaria para “preservar la vida” en “trastornos graves que se resisten a tratamiento”. Sin embargo, esta práctica se inscribe en un entramado discursivo que invisibiliza relaciones de poder, controversias científicas en torno a su uso, y condiciones efectivas para que pueda darse un consentimiento libre e informado.

Para la selección de artículos se aplicó una estrategia de bola de nieve retrospectiva a partir de los artículos centrales de la controversia (Funk *et al.*, 2025 vs. Cooper *et al.*, 2025), examinando las referencias citadas en dichos trabajos para identificar publicaciones teóricamente relevantes de forma iterativa. Los criterios de inclusión fueron: artículos con argumentos a favor del electrochoque, en inglés y castellano, en la

última década (desde 2015). Identificamos y analizamos un total de 17, señalados con asterisco en la lista de referencias.

Así pues, presentamos a continuación un marco teórico sobre la deshumanización en psiquiatría. Luego, y como ejemplo de procesos subjetivos de deshumanización en la retórica del ejercicio profesional, nos centraremos en los mecanismos de desvinculación moral (Bandura, 1999) y los aplicaremos, finalmente, a artículos recientes que defienden la eficacia del electrochoque como evidencia científica. Terminamos sintetizando dichos mecanismos, reflexionando sobre el uso de la “evidencia neutra” y abogando por un paradigma basado en derechos y una mayor escucha a supervivientes de la psiquiatría.

1. Violencia psiquiátrica y “vidas nudas”: un marco teórico

En este artículo entendemos por “deshumanización” el proceso de inferiorización de vidas humanas consideradas locas y orilladas de una u otra forma a prácticas coercitivas que constituyen violencia psiquiátrica. Consideramos la deshumanización-inferiorización como un mecanismo central en la legitimación de dichas prácticas y forma de violencia.

La psiquiatría contemporánea, especialmente en sus formas institucionales y coercitivas, pone de manifiesto tensiones fundamentales entre “cuidado” y violencia. En el ámbito psiquiátrico, el “cuidado” ha estado ampliamente atravesado por la vulneración del derecho a decidir de personas usuarias (Guzmán Martínez, 2024), lo que tiene como efecto múltiples violencias psiquiátricas. Siguiendo al colectivo Iniciativa A.L.C.E. (Abolición de Lógicas de Castigo y Encierro) (s/f), entendemos por violencia psiquiátrica “el uso intencional o no intencional de la fuerza por parte de instituciones y personas dedicadas a la salud mental, con fines normalizadores, coercitivos y correctivos. Se compone de prácticas como el internamiento involuntario, el electroshock, las sujeciones, la sobremedicación, y cualquier otra en la que no exista consentimiento libre e informado” (parr. 1).

Estas intervenciones se sustentan en discursos profesionales que permiten neutralizar su carga moral y legitimar su uso. Entre ellos, la deshumanización ocupa un lugar central, reduciendo la agencia del paciente y convirtiéndolo en objeto de intervención. La lógica institucional, la retórica científica, la categorización burocrática o la tecnificación del lenguaje, entre otros, configuran un escenario donde la vida se reduce a objeto de control.

Podemos acudir a diversas teorías para comprender los procesos estructurales y subjetivos que deshumanizan a personas psiquiatrizadas, banalizan la coerción (mecanismos utilizados para imponer intervenciones) y justifican la violencia en salud mental. Dichas aportaciones nos permiten entender cómo determinadas prácticas psiquiátricas generan sujetos privados de derechos y cuerpos administrados o despojados de reconocimiento afectivo, jurídico y social; pero también profesionales entrenados para no reconocer la violencia de sus prácticas “por su propio bien”. Como parte del biopoder moderno, Foucault (2007) demostró que la clínica psiquiátrica no solo diagnostica, sino que produce sujetos disciplinados mediante prácticas de clasificación, vigilancia, institucionalización y medicalización. Estas tecnologías de poder generan lo que denominó una “anatomía-política del cuerpo” y una “biopolítica de la población”. Así, las personas psiquiatrizadas se convierten en un objeto de saber-poder, de regulación y normalización continuo, donde el sufrimiento individual es traducido a categorías diagnósticas que legitiman intervenciones normativas.

En relación con la primera tecnología, Goffman (2002), en *Internados*, describió cómo las instituciones totales mortifican el yo, fragmentando la identidad personal y reduciendo la autonomía. El hospital psiquiátrico, como espacio cerrado, naturaliza prácticas coercitivas bajo la lógica de control, reforzando la percepción del paciente como vida que necesita ser gestionada. Más cercana a la segunda tecnología, la “banalidad del mal” en salud mental (Arendt, 2006; Sampietro, 2019) se manifiesta en la normalización de la violencia psiquiátrica como acto administrativo. Aquí, la pérdida de singularidad de la persona, sustituida por el expediente o el caso clínico, refleja lo que Arendt denominó (2006) la “superfluidad” característica de los sistemas totalitarios y burocráticos (el “paciente” es un ente superfluo, intercambiable). Los profesionales actúan guiados por protocolos de “neutralidad” científica y estructuras que diluyen la responsabilidad moral: aplican el electrochoque o las contenciones sin cuestionarlas, lo que convierte la violencia en rutina burocrática.

Siguiendo a Agamben (1998) y su noción de *nuda vida*, el “paciente” en psiquiatría es reducido a puro cuerpo o existencia biológica, despojado de derechos políticos y autonomía (Pérez Pérez *et al.*, 2024). El tratamiento involuntario produce espacios de excepción donde sus derechos ordinarios quedan suspendidos, convirtiéndose en una figura vulnerabilizada ante intervenciones que no requieren consentimiento pleno: un *homo sacer* clínico (Caravaca, 2019). El hecho de que “pacientes graves” sean percibidos por profesionales como peligrosos, legitima el control físico o químico, y convierte la violencia y coerción en “gestión del riesgo”. Otras veces, aunque el discurso clínico evita expresiones abiertamente degradantes, la narrativa que presenta a personas psiquiatrizadas como “incapaces de decidir” o “sin voluntad propia” constituye una forma explícita de deshumanización que legitima la coerción.

Así, las vidas psiquiatrizadas se vuelven “menos llorables”, vidas cuyo sufrimiento o pérdida no tienen plena resonancia pública (Butler, 2004; Plaza, 2022). Mediante prácticas de injusticia epistémica (Crichton *et al.*, 2017; Fricker, 2007), las personas internadas o diagnosticadas psiquiátricamente son percibidas como menos creíbles y su relato menos reconocido. Esta deslegitimación contribuye a una “precariedad” diferencial en la que prácticas coercitivas, negligencias o incluso muertes bajo custodia psiquiátrica se perciben como menos escandalosas o dignas de duelo social (Balius, 2020). La deshumanización surge de la negación del reconocimiento en sus tres esferas: afectiva, jurídica y social (Honneth, 1995).

Este marco integrado muestra que la deshumanización-inferiorización en el sistema psiquiátrico no es una excepción, sino una tecnología de poder inscrita en su organización contemporánea. En concreto, lo que aquí nos interesa son tanto los dispositivos estructurales como los efectos subjetivos de estas prácticas, en este caso en los profesionales, que activan mecanismos de “desvinculación moral” (Bandura, 1999a) para justificar intervenciones como el electrochoque. Nos sumamos así a la urgencia de denunciar y reconocer estas prácticas deshumanizadoras, reparar y repensar cuidados colectivos basados en el reconocimiento, problematizar la tensión autonomía-interdependencia, y defender la escucha y la dignidad.

2. Debates actuales e históricos en torno al electrochoque

El electrochoque es parte de una larga tradición de aplicación de procedimientos físicos extremos a personas con problemas de salud mental: sangrados, extirpación de ovarios, comas por insulina, psicocirugía, fiebres inducidas por la malaria (Read, 2021). Si bien estos forman parte del pasado, y hace tiempo fueron abandonados, no ocurre lo mismo

con el electrochoque. Su historia está estrechamente ligada a la institucionalización psiquiátrica actual y a prácticas de control y poder.

Conviene recordar que el electrochoque surgió en la Italia fascista, basado en la idea de que las convulsiones podrían combatir la esquizofrenia. Inspirados por el aturdimiento eléctrico de cerdos en mataderos, Ugo Cerletti y Lucio Bini desarrollaron este método, que probaron por primera vez en 1938 con un vagabundo detenido por la policía (Endler, 1988). Este origen refleja una larga historia de experimentación psiquiátrica sobre personas vulnerabilizadas, consideradas incapaces de consentir y socialmente prescindibles. Como técnica actualmente en uso, el electrochoque da continuidad a proyectos eugenésicos y deshumanizadores cada vez más sutiles y normalizados mediante la argumentación científica. Como señala Burstow (2016), es evidente que desde el principio se pretendía causar daño cerebral, y el objetivo era controlar mediante dicho daño, para que la persona no pensara ni recordara.

El electrochoque se difundió rápidamente por Europa y Estados Unidos y se convirtió en una práctica habitual en los hospitales psiquiátricos de mediados del siglo XX. Durante décadas se aplicó sin anestesia ni relajantes musculares, provocando fracturas óseas, mordeduras de lengua, traumatismos e intenso sufrimiento físico. A ello se sumaron efectos cognitivos: pérdidas de memoria, confusión prolongada y alteraciones identitarias que muchos pacientes describieron como devastadoras (Frank, 2006). Sabemos por autobiografías y registros varios, que en muchos contextos fue utilizada como forma de castigo, disciplina o normalización de conductas consideradas desviadas (desde la homosexualidad hasta la ira de mujeres) (Frame, 1991; Ward, 1978).

Como ha señalado Read (2021), los primeros defensores del electrochoque (como Walter Freeman), no solo daban por hecho que causaba daño cerebral, sino que éste era terapéutico: a mayor daño, más cura. La diferencia con el momento actual es que el daño cerebral dejó de ser aceptable; por lo tanto, el discurso sobre el electrochoque pasó a ser uno de negación del daño (Burstow, 2016).

En la década de 1950, se introdujo la anestesia general y relajantes musculares a la “nueva TEC modificada”. También la posibilidad de ensayos controlados aleatorizados (ECA) para evaluar su eficacia, comparándola con grupos control con electrochoque simulado. John Read y colaboradores analizaron los estudios con ECA que hasta los 80 se realizaron sobre su eficacia en la depresión, con resultados muy pobres (Read & Arnold, 2017). Como han criticado varios autores, “curiosamente” la eficacia del electrochoque fue aumentando conforme disminuía la calidad de los estudios que la evaluaban (Cea & Castillo, 2020; González-Pando *et al.*, 2020). Aludiendo motivos éticos de no poder dejar sin tratamiento a pacientes graves que lo necesitan, han dejado de realizarse estudios con ECA en las últimas décadas.

En los años 70 y 80, “sobrevivientes del electrochoque” denunciaron esta práctica y sus efectos, con campañas como “*Coalition to Stop Electroshock*” o acciones judiciales contra su uso, consiguiendo cambios legislativos para su control y eliminación en algunos estados de Estados Unidos y Canadá. Activistas y supervivientes como Leonard Roy Frank han luchado y denunciado su práctica durante años (2002, 2006). Actualmente, también colectivos en América Latina, sobre todo aquellos en cuyos territorios prevalecen los índices de aplicación y promoción del electrochoque, siguen posicionándose en su contra, por ejemplo en Chile (Afectomanía, 2026; Cea & Castillo, 2020; RedEsfera Latinoamericana, 2023). En un estudio reciente de Read *et al.* (2025), realizado con más de 700 personas que han recibido electrochoque en 41 países, el 51% de ellas informó únicamente efectos negativos (sin ninguno positivo), incluyendo

pérdida de memoria, deterioro cognitivo, abuso/violación/traumatismo y relaciones deterioradas.

En la actualidad, el electrochoque sigue consistiendo en una descarga eléctrica al cerebro mediante electrodos colocados en el cráneo, con el objetivo de provocar una crisis convulsiva controlada. Idealmente, se realiza bajo anestesia general y con relajantes musculares, dentro de un entorno hospitalario protocolizado. Se administra un ciclo de tratamiento dos veces por semana, generalmente durante tres-ocho semanas. Y se presenta como tratamiento eficaz para una desconcertante variedad de trastornos (depresión, manía, esquizofrenia, autismo, anorexia, trastornos de personalidad, TOC), en general “enfermedades mentales graves que no responden a otros tratamientos”.

Recién administrado, suele provocar confusión, dolores de cabeza, náuseas y dolor muscular. Por lo general, esto desaparece en una hora. Sin embargo, también se pueden experimentar lagunas en la memoria sobre lo que ocurrió poco antes de la sesión. Hay personas que pierden recuerdos de meses o años (amnesia retrógrada) o que tienen dificultades para retener nueva información (amnesia anterógrada). Más preocupantes son los relatos de pérdida de memoria autobiográfica permanente (Bentall, 2011; Breggin, 2010).

En la actualidad, se estima que un millón de personas son tratadas anualmente con electrochoque en todo el mundo (Bernardo *et al.*, 2018). No obstante, su uso es muy desigual, no solo según países, sino dentro de cada país o según hospitales. Entre los países con mayor uso se encuentran Australia, Bélgica, Noruega, Suecia y Estados Unidos (Read & Arnold, 2017). En un estudio sobre su patrón de uso en España, el 54,9% de las unidades estudiadas aplicaban electrochoque (Sanz-Fuentenebro *et al.*, 2017). Se administra con mayor frecuencia a personas mayores y mujeres. El hecho de que la receptora arquetípica de esta técnica siga siendo una mujer angustiada de más de 50 años (Read & Arnold, 2017) permite calificarla “como una forma más de violencia contra las mujeres” (Burstow, 2006).

Sin embargo, en las últimas décadas, los defensores de la “terapia electroconvulsiva” han insistido en su desestigmatización mediante la retórica de la evidencia científica, criticando su infrautilización. La nueva agenda, con investigaciones “a granel” (González-Pando *et al.*, 2020), se dirige a “hallar” que no existe daño cerebral; al tiempo que se construye el mismo comportamiento, producto del daño, como prueba de su “eficacia” (Burstow, 2016). Se enfatiza que se han introducido mejoras técnicas que permiten mayor eficacia y seguridad, y se apela a una mayor regulación y marcos legales.

No obstante, el uso del electrochoque se contrapone a una visión ética del cuidado. La evidencia sobre su eficacia y seguridad es cuestionada (Bentall, 2011; Breggin, 2010), como refleja la controversia y la falta de consenso en su aplicación. Sus defensores eluden su incompatibilidad con un enfoque centrado en derechos humanos. González-Pando (2022) ha analizado críticamente la aplicación de los cuatro principios de ética biomédica de Beauchamp y Childress (la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia) al uso del electrochoque. Como veremos, evidencia y ética no siempre van de la mano, y algunos profesionales son resistentes a reconocer problemas éticos en su práctica, no solo la no maleficencia, también el dilema de la autonomía frente al paternalismo (Cocho *et al.*, 2018). Por ejemplo, el derecho al consentimiento libre e informado como manifestación práctica del respeto por la autonomía y del reconocimiento de la persona como agente moral y jurídico. Cuando el consentimiento

se entiende como un trámite, más que como un derecho y proceso, pueden producirse vulneraciones de la dignidad, coerciones o abusos de poder, incluso si se obtiene formalmente.

Diferentes investigaciones sobre el uso de medidas coercitivas en psiquiatría muestran la disonancia cognitiva que muchos profesionales experimentan entre lo que creen y sus prácticas. La reducen justificando las prácticas “como medidas inevitables ante ciertas situaciones, mostrándose resistentes a su posible eliminación” (Cocho *et al.*, 2018, p. 429). Todo ello se acentúa en contextos sanitarios con jerarquías marcadas y dinámicas de poder (en diferentes grados). Resuenan los experimentos de Milgram sobre obediencia y las palabras de Watzlawick *et al.*: “Cuando una persona no puede identificar alternativas porque hacerlo significaría cuestionar el sistema, del cual es parte, la persona necesita encontrar la mejor solución posible dentro del propio sistema —porque, de lo contrario, implicaría cuestionarse a sí mismo y sus acciones—” (citado en Cocho *et al.*, 2018, p. 429).

3. La desvinculación moral en los argumentos de los profesionales que defienden el electrochoque

Desde la perspectiva de la psicología social, la teoría de la desvinculación moral de Bandura (1999a) ofrece un marco explicativo para comprender cómo profesionales e instituciones justifican prácticas coercitivas sin una toma de conciencia sobre su violencia, evitando experimentar culpa moral. Muchas veces justificadas como medidas para garantizar la seguridad del paciente y entorno, su uso plantea dilemas éticos profundos: implica la restricción de la libertad, puede generar daños físicos y psicológicos (incluyendo trauma postraumático) y pérdida de confianza en el sistema sanitario (Chieze *et al.*, 2019). Estos mecanismos no operan de forma aislada, sino que se entrelazan con el discurso biomédico y las lógicas institucionales.

Bandura (1999b) identificó ocho mecanismos de desvinculación moral que permiten justificar conductas que, en otras circunstancias, serían consideradas inaceptables. Dichos mecanismos operan en contextos institucionales para reducir la disonancia moral y sostener prácticas cuestionadas, al tiempo que reducen la empatía hacia la persona, percibiéndola como inferior o menos humana, o como una amenaza. La desvinculación moral se puede centrar en: “(a) la reinterpretación de la propia conducta para que no se considere inmoral, (b) la agencia de la acción para que los perpetradores puedan minimizar su papel en la causación del daño, (c) las consecuencias derivadas de las acciones, o (d) cómo se trata a las víctimas de maltrato, devaluándolas como seres humanos y culpándolas por lo que se les hace” (1999b, p. 194).

Esta teoría aplicada a contextos sanitarios permite comprender cómo la desvinculación moral opera como un dispositivo discursivo que legitima una práctica como el electrochoque. Ello nos permite cuestionar la normalización de prácticas que, bajo la apariencia de evidencia científica y tecnificación, pueden vulnerar principios éticos fundamentales. A continuación, describimos los ocho mecanismos de desvinculación moral de Bandura aplicados a la retórica científica presente en publicaciones que defienden la eficacia de su uso.

3.1. Justificación moral

El primer bloque de mecanismos de desvinculación *opera sobre la conducta reprensible*. En este caso, algunos profesionales resignifican el electrochoque para justificar la

moralidad de una práctica dañina. El electrochoque se vuelve aceptable a nivel personal y social al presentarlo como un acto necesario, beneficioso y benevolente. De este modo, sus defensores se proclaman impulsados por un imperativo moral y preservan su propia imagen, incluso al causar daño a otros (Bandura, 1999a).

Se utilizan argumentos de tipo mesiánico, como que el electrochoque “salva vidas” en personas de cualquier edad y para todas las causas “extremas” (lo que sea eso signifique) (Cooper *et al.*, 2025; Porter *et al.*, 2020; Zilles-Wegner & Sartorius, 2025). Y, a la vez, se omiten las controversias sobre sus efectos adversos, la posibilidad de encontrar alternativas menos invasivas, y debates éticos complejos sobre derecho al consentimiento e información, y sobre la relación asimétrica entre instituciones-prestadores de servicios y personas usuarias, que deriva con frecuencia en abuso de poder. Por ejemplo, Espinoza y Kellner (2022) refuerzan un marco de necesidad terapéutica al enfatizar que el electrochoque reduce tasas de suicidio, mejora la calidad de vida y es esencial en enfermedades graves. Esta insistencia en la eficacia, rapidez y prevención de mortalidad puede funcionar como justificación moral que desplaza el foco ético desde los riesgos o debates sociales hacia la idea de una herramienta indispensable.

Argumentos de este tipo son recurrentes no solo en el caso del electrochoque sino en el ejercicio de prácticas coercitivas en general, como las sujeciones o contenciones físicas, medidas de aislamiento, medicación forzosa o internamiento involuntario. Así como el criterio de “casos extremos”, actualmente el “riesgo”, “urgencia” o “emergencia” médica permanecen en la gran mayoría de las legislaciones de salud y salud mental que resultan contrarias al marco internacional de protección de la capacidad jurídica. Esos criterios basados en el riesgo son con facilidad interpretados de manera arbitraria, sesgada y unilateral, omitiendo no sólo la propia percepción y definición de riesgo de la persona que lo vive y recibe la intervención coercitiva, sino sus condiciones materiales, voluntades y preferencias (Minkowitz, 2023).

Las justificaciones morales que se basan en la “salvación” o “protección” de la persona psiquiatrizada (el “interés superior”) se elaboran a su vez desde la apelación a una ética donde el propio resguardo del profesional de la psiquiatría prevalece como argumento suficiente para justificar el ejercicio de prácticas coercitivas, como el electrochoque: “Negarse a proporcionar TEC en situaciones de riesgo vital y prohibir la TEC en niños y adolescentes sería, por tanto, poco ético y supondría una omisión de asistencia” (Zilles-Wegner & Sartorius, 2025).

Otro argumento que utilizan defensores del electrochoque para justificar moralmente esta técnica se sustenta en una confusión ya rebatida y explicada por organismos internacionales entre “capacidad mental” y “capacidad jurídica” (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, 2014). El considerar que una persona “carece” de capacidad para decidir (es decir, que se le atribuya “falta” de “capacidad mental” —cuestión ya en sí misma problemática—) lleva erróneamente a la conclusión de que no puede ejercer sus derechos (es decir, a la vulneración de su capacidad jurídica).

“Si el uso de la TEC quedase restringido únicamente al consentimiento libre e informado de la persona, muchos pacientes gravemente enfermos quedarían excluidos de un tratamiento basado en la evidencia. Los pacientes sin capacidad de consentir conforman un grupo vulnerable, ya que no pueden tomar decisiones responsables

sobre su atención sanitaria. En cumplimiento de la normativa legal (que en muchas jurisdicciones exige revisión judicial) y los estándares éticos médicos, los pacientes sin capacidad para consentir deben tener acceso equitativo a la atención en salud mental basada en la evidencia". (Zilles-Wegner & Sartorius, 2025, p. 2).

Llama la atención, por ejemplo, distinciones tajantes entre quienes se supone que son "pacientes con capacidad de decisión" y quienes no; y, según ello, bajo qué criterios basados en "evidencia científica" se determina que el electrochoque es una técnica igual de efectiva en quienes "carecen" de ella. En su estudio, Takamiya *et al.* (2022, p. 1249) concluyen: "Nuestros resultados muestran que la TEC es igualmente, si no más eficaz, en pacientes que no tienen capacidad de decisión, comparados con pacientes que sí tienen capacidad de decisión".

Esta dudosa y arbitraria atribución a una "falta de capacidad para tomar decisiones", que a su vez se basa en la confusión entre "capacidad mental" y "capacidad jurídica", permite normalizar que sea un tercero (con frecuencia, familiar o psiquiatra) quien decida "por el propio bien" de la persona. Se descarta así la necesidad, posibilidad e importancia siquiera de consultarla, ya no se diga de cuestionar la técnica y su carácter potencialmente perjudicial, ni mucho menos la exploración de alternativas menos invasivas. El principio de excepción al ejercicio de derechos prevalece de este modo sobre el principio de autonomía con apoyos (Guzmán Martínez, 2024; Porxas, 2019).

Por otro lado, y como se muestra en la cita anterior, los riesgos y debates científicos, éticos y sociales con respecto a la TEC se desplazan mediante la apelación al derecho a la salud mental y la garantía de acceso equitativo a servicios. Específicamente en salud mental, la promoción acrítica del derecho a acceder a la asistencia también ha sido objeto de debates, precisamente porque con frecuencia se acaba promoviendo un acceso sin garantía de derechos. Es decir, se argumenta que el acceso es necesario, pero no se garantiza a la vez el consentimiento informado ni la erradicación de las prácticas coercitivas que permanecen en los servicios de salud mental. Así, bajo el argumento moral de que todas las personas debemos tener acceso universal a los servicios asistenciales, se omiten y justifican tratos inhumanos, crueles y degradantes que pueden equivaler a tortura.

Finalmente, el uso del concepto "estigma médico" (Barchas, 2025) como adjetivo calificativo para hacer referencia al electrochoque, funciona como otro tipo de justificación moral para su uso y promoción acrítica. Según Bernardo y Urretavizcaya (2015, p. 53), "las sociedades científicas son fundamentales para alcanzar los retos planteados y para contribuir a borrar definitivamente el estigma social que acompaña esta técnica dignificando un tratamiento, la TEC, avalado totalmente por la evidencia científica."

El concepto de estigma surgió como una propuesta sociológica para describir el señalamiento discriminatorio hacia sujetos marcados como moralmente inaceptables según las normas de determinadas épocas y culturas. El estigma señala así una jerarquía y relación de poder desigual, donde esos sujetos marcados ocupan un lugar de desventaja simbólica y material. El uso del estigma para calificar, validar y justificar la técnica, en lugar de para señalar la violencia que vive la persona, omite y distorsiona la relación de poder estructural y sistemática que se establece entre una persona psiquiatrizada y el sistema psiquiátrico. Quienes continúan siendo objeto de procesos de estigmatización y discriminación no son las técnicas, sino las personas

psiquiatrizadas, en parte debido a las intervenciones que, al realizarse sin consentimiento (o “por su propio bien”), perpetúan formas de inferiorización y objetificación.

3.2. Lenguaje eufemístico y tecnificación

La desvinculación moral se refuerza mediante el lenguaje eufemístico y la tecnificación del procedimiento. Un eufemismo es una palabra que se utiliza en sustitución de otra para suavizar y reducir la gravedad de las transgresiones morales que designa (Stanley & Neck, 2025). Es un recurso lingüístico y psicosocial que ha mostrado tener efectos en la reducción de la motivación para calificar y sancionar prácticas moralmente reprobables. Es decir, el lenguaje eufemístico tiene el efecto de normalizar y convertir en aceptables conductas dañinas y minimizar así la responsabilidad por ellas.

En psiquiatría, los eufemismos o el uso del lenguaje técnico-científico para reconfigurar significados de prácticas que merman la integridad personal son muy comunes (p. ej. “contención mecánica” en lugar de “atar”). Un ejemplo claro de lenguaje “saneado” es la sustitución del término “electrochoque” por “*terapia* electroconvulsiva” y su acrónimo “TEC”. Dicha sustitución omite las connotaciones negativas y su historia de daño, suavizando así la percepción pública, despolitizando la práctica y convirtiéndola en una técnica médica inocua, necesaria y rutinaria. La palabra “terapia”, de hecho, se define como un proceso de acompañamiento diseñado para el tratamiento de enfermedades, que hace que una persona pase de un estado de malestar a otro de bienestar (lo cual nos llevaría a pensar de entrada en su carácter necesario y benevolente, y obviar cualquier posibilidad de daño). En el caso del electrochoque, no sólo se habla de “terapia”, sino incluso de “estimulación cerebral” en lugar de “descarga eléctrica” (Espinoza & Kellner, 2022), lo que la mantiene en el marco de sentido de lo aceptable.

En términos de los defensores del electrochoque, el objetivo es “dignificarla” (Bernardo & Urretavizcaya, 2015) (a la técnica, en lugar de a la persona cuyo consentimiento se presenta como prescindible o como algo de menor importancia). Es decir, además del uso de eufemismos, se sofisticada y distorsiona la terminología, en este caso utilizando conceptos que surgen para la defensa de derechos de colectivos y personas vulnerabilizadas (por ejemplo: “estigma” y “dignidad”), pero para alcanzar el objetivo contrario: defender la práctica y minimizar o desplazar los debates y evidencias en torno a sus efectos nocivos. Desde una perspectiva de derechos humanos, la naturalización del electrochoque como “tratamiento estándar” puede omitir el análisis e identificación de dinámicas de poder coercitivas en la psiquiatría, y por lo tanto perpetuarlas. No solo eso, sino que el estilo pasivo y de apariencia neutral, sin agente, al describir la técnica del electrochoque elimina el papel de los profesionales de la psiquiatría en su aplicación, como si fuera la técnica la que hiciera en sí misma cosas buenas o malas, y ellos (y sus intereses) no tuvieran nada que ver.

Junto a ello, varios estudios en favor del electrochoque han recurrido a la narrativa de progreso, refinamiento técnico o actualización científica para justificarlo (Espinoza & Kellner, 2022). El uso de términos como “nueva”, “mejorada” y “modificada” (Zilles-Wegner *et al.*, 2026) son conceptos de uso común; pero, aunque parecen sugerir que se hicieron modificaciones recientes y profundas, las principales modificaciones se hicieron a principios de los años 50 (es decir, tienen más de 70 años de seguir siendo “nuevas”) (Burstow, 2016). Llamarla “nueva” o “mejorada” sirve para crear la impresión errónea de que la multitud de voces que actualmente protestan contra el electrochoque son irrelevantes porque se quejan de un método anterior, que hoy en día ya está sofisticado o superado.

3.3. Comparación ventajosa

Como señala Bandura, “al explotar el principio del contraste, actos reprobables pueden justificarse” (1999b, p. 196) y cuanto más flagrante sea el contrastante, mayor será la probabilidad de que la propia conducta dañina parezca benévola. Según este autor, la comparación ventajosa se basa en criterios utilitaristas mediante dos juicios. Primero, se considera que las opciones libres de violencia son ineficaces para lograr los cambios deseados, por lo que se descartan o se obvian (“no queda otra opción”). Segundo, los análisis utilitaristas que utilizan amenazas reales o anticipadas (por ejemplo, aludir a un posible suicidio) afirman que las acciones perjudiciales evitarán más sufrimiento humano del que causan. Sin embargo, como señala Bandura (1999b), el cálculo costes-beneficios suele ser dudoso: el futuro contiene muchas incertidumbres y ambigüedades y el juicio predictivo humano está sujeto a muchos sesgos: “El juicio sobre la gravedad justifica la elección de opciones, pero la preferencia por opciones violentas con frecuencia sesga el juicio de la gravedad” (Bandura, 1999, p.196).

Los discursos en defensa del electrochoque suelen recurrir a la comparación ventajosa, presentando la intervención como preferible (incluso “más humana”) frente a escenarios calificados como más graves o extremos, como el suicidio o la depresión severa, obviando o minimizando los efectos secundarios de la técnica: “es mejor que dejar al paciente en riesgo” (Mosti & Brook, 2019). Esta estrategia desplaza el debate hacia una falsa dicotomía entre la intervención coercitiva y la muerte. Al contraponer o comparar el electrochoque con alternativas trágicas y drásticas, se justifica el procedimiento en sí en cualquier circunstancia catalogada como “extrema” según criterio del tratante. Se construye así la narrativa de que cualquier daño cognitivo y vulneración de la capacidad jurídica será menor que dejar al paciente en un “riesgo”, definido muchas veces de manera arbitraria y sesgada. Esta estrategia, junto con la justificación moral (“salvar vidas”), construye una narrativa que legitima la práctica y neutraliza objeciones éticas (como el derecho a decidir de la persona), incluso aunque existan alternativas menos invasivas.

Así, la comparación entre “riesgo” y “electrochoque” funciona para desvincularse moralmente de su implementación, y además desplaza el propio sentido del concepto de riesgo. La amenaza ya no se coloca en las potenciales consecuencias nocivas de la técnica, sino en quienes defienden la capacidad jurídica y promueven los debates éticos o la transmisión de información fidedigna sobre su uso y consecuencias. Por ejemplo, en un documento reciente de la OMS, se recomienda la prohibición del electrochoque en infancias. Ante esto, Cooper *et al.* responden que dicha recomendación constituye una “amenaza a la vida de niños con riesgo de suicidio” (2025, p. 1). Este mismo argumento parece también activar pánicos morales y capacitistas (por no decir, eugenésicos) de vivir “vidas disfuncionales”, cuyo resultado es la comparación ventajosa entre intervenir infancias con electrochoque y obviar sus efectos, o permitir que, quizá, desarrollen una discapacidad (entendiendo ésta claramente como una disfunción de la persona):

“Frente a las inquietudes sobre los ‘efectos adversos de aplicar electricidad en cerebros en desarrollo’, la evidencia disponible indica que los efectos secundarios cognitivos en niños y adolescentes son limitados tanto en intensidad como en duración. Es necesario valorar estos posibles efectos secundarios frente a las graves discapacidades funcionales y las situaciones de riesgo vital que pueden acompañar a los trastornos que responden a la ECT” (Zilles-Wegner *et al.*, 2026).

Por otro lado, el electrochoque se compara también con otras técnicas, presentándose como “la mejor opción disponible”, pero únicamente frente a intervenciones dentro del mismo modelo biomédico —por ejemplo, frente a la ketamina o la estimulación magnética transcraneal— (Hsieh & Liu, 2025). O bien, se presenta como una técnica que no ha sido “sustituida” por otras terapias, también de tipo farmacológico (p.ej. antidepresivos frente a recaídas) o en todo caso frente a terapias cognitivo-conductuales (Balasubramanin *et al.*, 2024; Espinoza & Kellner, 2022). Se trata de comparaciones realizadas frente a técnicas o intervenciones que, de hecho, han mostrado cierta ineficacia en otros estudios (Moncrieff, 2018), sin necesidad de ser comparadas con el electrochoque. Así, comparar el electrochoque con escenarios clínicos más graves o con alternativas de por sí relativamente ineficaces, y simultáneamente obviar otros enfoques, tiene el potencial de reforzar y favorecer su permanencia como intervención estándar, haciendo que luzca menos problemática o debatible.

Por último, el uso del electrochoque se justifica mediante la presentación y exaltación de “casos de éxito” como forma de justificar la generalidad o predecir su eficacia y obviar posibles daños. En un estudio, la jefa de una “unidad de TEC” explica cómo fue “afortunada” al conocer su uso común, ya que pudo superar su escepticismo al presenciar el caso de una mujer que no podía moverse ni hablar, y que luego de recibir la “terapia” pudo comunicarse (Baldinger-Melich, 2026). Más allá de la narrativa mesiánica, queda la duda de a qué exactamente se le puede atribuir tal “mejoría repentina”, y si no podría ser una respuesta de sobrevivencia frente a la propia invasión corporal y subjetiva de este tipo de intervenciones: más que una cura milagrosa, un “efecto placebo traumático” (Afectomanía, 2026).

3.4. Desplazamiento y difusión de la responsabilidad

Otro conjunto de prácticas de desvinculación opera *ocultando o minimizando el papel del agente* en el daño que uno causa, obviando o distorsionando la relación entre las acciones y la propia responsabilidad.

A través del *desplazamiento de la responsabilidad*, se realizan atribuciones externas de la conducta a la autoridad o al rol profesional (el típico “solo cumplo órdenes o es mi trabajo”) o se esconde el sujeto de la acción. Por ejemplo, tanto en la clínica como en la investigación, prácticas coercitivas en psiquiatría son defendidas y justificadas bajo la “neutralidad” de guías clínicas aprobadas, decisiones de comités biomédicos, o exigencias regulatorias legales.

En este caso, el principal argumento de artículos a favor del electrochoque recae en la evidencia científica como “caja negra”: hechos científicos y artefactos técnicos se vuelven incuestionables tras estabilizarse, omitiendo la “ciencia en acción”, su proceso y sus protagonistas (Latour, 1987). Así, se justifica y defiende la práctica del electrochoque apoyándose en guías clínicas o recomendaciones de asociaciones institucionales: “es lo que recomiendan las guías” o “lo que está aprobado”. No obstante, las mismas guías citadas para afirmar un argumento son omitidas para defender otro; una misma guía o institución puede ser utilizada por defensores o detractores del electrochoque; y se omite la composición y proceso de elaboración de los propios documentos.

Por ejemplo, Cooper *et al.* (2025) se refieren a una revisión de la Food and Drug Administration (FDA) de 2018 para afirmar que el electrochoque es una técnica segura y efectiva en mayores de 13 años con catatonía, trastorno depresivo mayor y depresión bipolar. No obstante, defienden su uso en infancias y adolescencias, y ahí no citan que

la misma FDA no aprueba la terapia electroconvulsiva para menores de 12 años (en Funk *et al.*, 2025). Igualmente, citan el “acuerdo” de grupos expertos, como las asociaciones americana, canadiense y neozelandesa de psiquiatría en defensa de la TEC (Cooper *et al.*, 2025); pero no indican que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2025) muestra preocupación por que las secuelas de las convulsiones puedan ser mayores en menores que en adultos. A diferencia de la negación de daños por parte de Cooper *et al.* (2025), el Informe del Grupo de Trabajo de la APA (2025) sí reconoce “riesgos graves” (“mortalidad, efectos cardiovasculares y en el sistema nervioso central, y problemas cognitivos persistentes”; o pérdida de memoria que puede durar “meses o años, o incluso ser permanente”).

También son comunes en muchos artículos las alusiones a redes profesionales de psiquiatría biológica con intereses en el electrochoque. Espinoza y Kellner (2022, p. 671) mencionan que “las directrices de las principales asociaciones psiquiátricas incluyen la TEC en los algoritmos de tratamiento para los trastornos psicóticos y del estado de ánimo graves y resistentes al tratamiento” e incorporan una tabla con diferentes guías de tratamiento de asociaciones de psiquiatría biológica. Baldinger-Melich señala:

“Las preocupaciones sobre los efectos cognitivos y la experiencia del paciente siguen siendo importantes y no deben minimizarse. Sin embargo, es inexacto afirmar que la terapia electroconvulsiva (TEC) se basa en evidencia débil o anecdótica. La investigación actual cuenta con el respaldo de grandes colaboraciones internacionales, como la Colaboración Global de Investigación en TEC-RM (GEMRIC), la Red Global de TEC (GENECT), el Consorcio Internacional de Genética de la Terapia Electroconvulsiva (Gen-ECT-ic) y redes profesionales como la Sociedad Internacional de TEC y Neuroestimulación (ISEN). Junto con los registros poblacionales y los estudios de seguimiento multinacionales, estos esfuerzos constituyen un campo de investigación maduro y autocrítico, comprometido con la optimización continua para los pacientes” (Baldinger-Melich, 2026, p.1).

Pero en ese supuesto ejercicio de “autocrítica”, no hay referencia a posibles conflictos de interés o a que dichas asociaciones representan un paradigma biomédico que, si bien hegemónico, no es el único y está en disputa (en gran medida por supervivientes de la psiquiatría). Como ha señalado Burstow (2016), la mayor parte de la investigación sobre el electrochoque está al servicio de la industria del propio electrochoque.

El hecho de que la referencia a las instituciones sea una de las cajas negras más importantes en la defensa del electrochoque, como espacio de lucha discursiva y material de poder, ha provocado una importante controversia en torno a la Guía de la OMS, *Guidance on Mental Health Policy and Strategic Action Plans* (Funk, 2025). Dicha guía vino precedida del documento *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice* (2023), editada por la OMS y el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas. En ambos casos, piden cautela en la aplicación del electrochoque desde un modelo basado en derechos.

Como reacción, los defensores del electrochoque han utilizado su arsenal corporativo e institucional, firmando una declaración conjunta entre la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Americana de Psiquiatría, la Asociación Europea de Psiquiatría, y el Grupo de Trabajo Experto Global sobre la TEC (Zilles-Wegner *et al.*,

2026). En dicha declaración, se menciona: “La TEC es un tratamiento consolidado con indicaciones claras apoyadas por décadas de investigación, reconocido por sociedades profesionales y expertos internacionales, e incluido en las guías clínicas de todo el mundo” (Zilles-Wegner *et al.*, p. 1). Con ello, se intenta aludir a un ilusorio consenso internacional que no es real (prueba de ello es la propia Guía de la OMS y el debate interdisciplinar suscitado). Una estrategia similar fue empleada por el *Consenso español sobre terapia electroconvulsiva* de la SEPB (2018): más que un “consenso” (que implicaría debatir entre posiciones diferentes) se trataba de un manifiesto de propuestas compartidas por defensores del electrochoque desde la psiquiatría biológica (González-Pando *et al.*, 2020).

Así, se refuerza la idea de que el electrochoque es una práctica colectiva, respaldada globalmente por múltiples instituciones y equipos. No se alude a la existencia de una importante controversia en el campo, con la propia Guía de la OMS, el relator de Naciones Unidas, la guía del National Institute for Clinical Excellence, el equipo de investigación de John Read, entre otros.

Otra caja negra es la alusión a los metaanálisis como recursos de evidencia científica: revisiones sistemáticas donde no se explicitan los criterios de exclusión o cómo influyen las preconcepciones en la elección de artículos (se citan a veces criterios PRISMA para no dar cuenta del proceso). En algunos, “curiosamente” se seleccionan estudios con las mismas autorías de quienes realizan el metaanálisis (por ejemplo, Takamiya *et al.*, 2022). Tampoco se explicitan los problemas metodológicos de la mayor parte de estudios (muy bien financiados, por cierto): la no existencia de ensayos aleatorizados con grupos control o placebo utilizando electrochoque simulado, la medición de los efectos solo a corto plazo o temporales (la no existencia de estudios longitudinales), muestras pequeñas y recogidas en contextos institucionales de presión, sin definición de recuperación o de mejoría, sin doble ciego en quien evalúa, o intereses profesionales (Funk *et al.*, 2025; Read *et al.*, 2026; Read & Bentall, 2010; Ross, 2006). Fallos que son, de hecho, poco compatibles con un enfoque basado en la evidencia en la práctica de la medicina (Read & Arnold, 2017). La alusión a la evidencia y a las guías, aparte de criterio de autoridad y caja negra, tiene como efecto eximir de responsabilidad individual a los profesionales, omitir su papel y sus intereses en ello y, por lo tanto, reducir la percepción de agencia moral en quienes aplican el procedimiento.

Por último, la *difusión de la responsabilidad* también se puede dar apelando a equipos multidisciplinares o a comités bioéticos. En el ámbito hospitalario, la ejecución del electrochoque es un proceso colaborativo: el médico (psiquiatra/anestésista) coloca los electrodos, administra la descarga eléctrica (aprieta el botón) y supervisa la inducción anestésica; y el personal de enfermería prepara y monitorea, bajo la supervisión directa del equipo médico. Si bien pueden ver los efectos inmediatos, el personal no necesariamente es testigo de los efectos secundarios a largo plazo. Es más fácil dañar a otros cuando su sufrimiento no es visible y cuando las acciones perjudiciales están física y temporalmente alejadas de sus efectos (Milgram, 2016). En algunos hospitales, la primera formación de los residentes en psiquiatría es la aplicación de electrochoque como preparación emocional para la desvinculación moral; para querer apretar el botón y que no te provoque náuseas como describe John Read (2021).

3.5. Minimización de las consecuencias

Otros mecanismos de desvinculación moral operan *ignorando o minimizando los efectos de las propias acciones* con el objeto de evitar afrontar el daño que causan. Si la minimización no funciona, se puede desacreditar la evidencia del daño. La disonancia

cognitiva del principio de no maleficencia en psiquiatría se resuelve minusvalorando los efectos negativos y rechazando la iatrogenia. Por ejemplo, se obvian los efectos secundarios negativos de la medicación, contenciones o ingresos involuntarios. O se menciona el progreso o refinamiento técnico para justificar determinadas prácticas, aludiendo a que existe un mayor control sobre los efectos adversos.

En un ejercicio contraperformativo de nombrar para no hacerse cargo (Ahmed, 2024), defensores del electrochoque comienzan sus artículos reconociendo que “no deben minimizarse” sus efectos, al tiempo que obvian las investigaciones sobre sus efectos y de hecho los minimizan para defender la beneficencia de la práctica (por ejemplo, Baldinger-Melich, 2026). Otros destacan que las modificaciones técnicas han mejorado la seguridad cognitiva, sin profundizar en efectos subjetivos adversos persistentes. Espinoza y Kellner (2022) recalcan los beneficios funcionales, la reducción de suicidio y la escalada rápida de mejora, priorizando el éxito clínico sobre los posibles riesgos cognitivos o emocionales crónicos.

A pesar de toda la bibliografía que indica lo contrario (Breggin, 2010; Read *et al.*, 2025, 2026; Sackeim *et al.*, 2007), Zilles-Wegner *et al.* (2026) señalan que no se ha demostrado que el electrochoque cause daño cerebral ni riesgo cardiovascular. También omitiendo la bibliografía sobre sus efectos, Cooper *et al.* (2025) sostienen que no hay evidencia de daño estructural y advierten que “daño cerebral” es un término impreciso, sin definición médica, que puede dar lugar a miedo y estigma. Algunos autores incluso llegan a afirmar que el electrochoque “promueve neuroplasticidad” (Zilles-Wegner & Sartorius, 2025), obviando el daño cerebral permanente que puede provocar.

Los defensores del electrochoque subrayan que los efectos cognitivos son “temporales y menores”, “desaparecen después de pocos días o semanas”, o que la mayoría recupera la memoria tras días (Mosti & Brook, 2019; Vann Jones & McCollum, 2019; Zilles-Wegner & Sartorius, 2025). Espinoza y Kellner afirman: “No ha sido posible predecir cómo puede verse afectado un paciente individual, pero la mayoría de los pacientes tienen efectos secundarios cognitivos leves o moderados, que generalmente se resuelven en días o semanas después de la finalización del curso de TEC” (2022, p. 670). Más adelante, los autores reconocen fallos en la memoria biográfica, pero no parecen modificar su afirmación de terapia segura. De modo similar, Takamiya *et al.* afirman: “Estudios previos han revelado que los efectos cognitivos de la TEC son leves y transitorios independientemente del estado de consentimiento” (2022, p. 1250), para luego reconocer “ningún estudio incluido en nuestro metaanálisis investigó la memoria autobiográfica a largo plazo, la cual debería evaluarse en estudios futuros” (2022, p.1251).

Estudios sistemáticos muestran déficits en memoria autobiográfica y alteraciones subjetivas persistentes (Porter *et al.*, 2020; Vann Jones & McCollum, 2019), lo que debería cuestionar la proporcionalidad del procedimiento y la transparencia en la comunicación de riesgos. Particularmente grave es la minimización de estos efectos en la memoria autobiográfica y el desprecio por los relatos en primera persona (Read *et al.*, 2026). “Si bien los estudios informan una pérdida de memoria autobiográfica como promedio, en comparación con el valor inicial, rara vez se ha identificado a las personas que experimentan una pérdida particularmente grave” (Porter *et al.*, 2020, p. 2). Aunque una estrategia común es achacar la pérdida de memoria o funciones cognitivas a los síntomas depresivos, incluso los defensores de la TEC reconocen que la pérdida de memoria autobiográfica no se puede atribuir a la depresión grave (Zilles-Wegner & Sartorius, 2025).

Los peores efectos en la memoria autobiográfica y su impacto subjetivo ocurren en población vulnerable (Morrison *et al.*, 2025; Porter *et al.*, 2020). No es casual que, desde la psiquiatría biológica más interesada por la neurociencia positivista, no se comprenda la gravedad fenomenológica de perder la memoria autobiográfica y lo que implica en términos de sentido vital (Seniuk, 2018); tampoco que se desprecie cuando se trata de mujeres y personas mayores (Burstow, 2006, 2016).

“Los presupuestos biologicistas obstaculizan un entendimiento fenomenológico de lo que al sujeto le ocurre porque prescinden de las experiencias vitales que lo hacen posible (...) Lo relevante no es la comprensión o el diálogo a través de la relación clínica, el interés por la biografía, el ambiente o las relaciones interpersonales, sino dar las descargas correctamente conforme al protocolo”. (González-Pando *et al.*, 2020, p.135).

Una forma de seguir manteniendo el argumento de la seguridad es acudir a su “versión mejorada”. Baldinger-Melich (2026) señala que la “TEC moderna”, administrada bajo anestesia general y con relajación muscular, posee un perfil de seguridad bien establecido, sin evidencia creíble de daño cerebral estructural.

Otra estrategia de debilitamiento del argumento sobre los efectos adversos son las explicaciones técnicas que marcan la diferencia en los efectos: según la función cognitiva que se considere; los parámetros del tratamiento del electrochoque como la colocación de electrodos (mayor riesgo en bilateral), la dosis de electricidad y el ancho de pulso (a mayor dosis de electricidad mayores efectos), la frecuencia de tratamiento (dos o tres veces por semana), o el número de tratamientos (se habla de ocho a 12 tratamientos); o según factores individuales (mayor riesgo en mujeres, pacientes de edad avanzada o con alguna lesión cerebral, o en tratamiento con litio) (Porter *et al.*, 2020). Encontrar estas diferencias según condiciones, permite afirmar que, a pesar de los problemas de memoria reportados, no se puede generalizar a otras formas de electrochoque (Porter *et al.*, 2020). Si bien se recomienda evitar los ciclos prolongados, ¡más de 12!, se habla de “tratamiento de mantenimiento” y una evaluación rutinaria de la evaluación cognitiva, dando por hecho la pérdida, pero sin mayor repercusión para sus afirmaciones sobre la seguridad. De hecho, se dedica una sección médico-legal sobre qué hacer cuando, “pacientes que *creen* haber desarrollado un deterioro cognitivo significativo tras un tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC) pueden emprender acciones legales” (Porter *et al.*, 2020, p. 3).

La industria también ha intentado ignorar los efectos adversos del electrochoque durante décadas. Sin embargo, recientes fallos judiciales han obligado a los fabricantes a incorporar en sus productos la advertencia de que algunos pacientes pueden experimentar daño cerebral permanente (Breggin, 2010). Como señaló Frank (2002), es paradójico que la enfermedad mental se establezca como una entidad cerebral sin evidencia, pero se niegue el daño causado por el electrochoque cuando existe evidencia de ello.

3.6. Deshumanización y atribución de culpa

El último conjunto de prácticas de desvinculación opera sobre *los receptores o víctimas* de los actos perjudiciales. La autocensura por conducta cruel puede desactivarse

despojando a las personas de sus cualidades humanas (como eso de que “no se ata la persona, sino a la enfermedad”).

Como señaló Bandura (1999) y ejemplificó Goffman en *Internados*, en determinadas circunstancias, el ejercicio del poder institucional transforma a quienes lo detentan de maneras que propician la deshumanización. Esto ocurre cuando las personas en posiciones de autoridad ejercen poder coercitivo sobre otros con escasos mecanismos para controlar su comportamiento. Quienes detentan el poder llegan a devaluar a aquellos sobre quienes ejercen control, llegando a crear “entornos torturantes” (Pérez-Sales, 2026). Las contenciones en psiquiatría vienen justificadas también con atribuciones a los “pacientes”, que están “gravemente agitados”, “son violentos” o “no cooperan”, reduciéndolos a una amenaza (Chieze *et al.*, 2021).

En artículos científicos que defienden el electrochoque, se usan argumentos que presentan a la persona psiquiatrizada como “gravemente enferma”, “sin alternativas” o “incapaz de decidir”, despojándola de agencia y derechos, y justificando medidas paternalistas. Esto reduce la empatía y facilita la imposición de una intervención probablemente iatrogénica con escaso o nulo margen de decisión-consentimiento. El argumento de “no hay otra opción” convierte en irresponsable o negligente cualquier otra medida alternativa, responsabilizando al paciente o entorno de “no hacer nada”, no poner de su parte para la mejora o de resistencia al tratamiento.

Otro ejemplo de deshumanización son las publicaciones sobre modelos animales en condiciones de laboratorio controladas, como el metaanálisis de Kokolakis *et al.* (2025) sobre los efectos de la “estimulación electroconvulsiva” (EEC), el equivalente preclínico en roedores del electrochoque, y donde se comparan respuestas biológicas y conductuales sin hablar de experiencias subjetivas, reforzando una visión biomédica reduccionista del sufrimiento humano, por no hablar de un especismo cruel.

Aunque no haya intención de deshumanizar, el formato clínico y cuantitativo de los artículos (aunque sea con humanos) puede contribuir a un distanciamiento moral respecto a la experiencia subjetiva de la persona psiquiatrizada. Por ejemplo, se analizan porcentajes de respuesta sin contextualizar cómo vivieron el procedimiento, priorizando el número sobre la narrativa.

La deshumanización sobre todo se muestra en la vulneración de la capacidad jurídica del “paciente con trastorno mental grave” y el uso del consentimiento por representación:

“Dado que las formas más graves de enfermedad psiquiátrica pueden estar asociadas con la falta de capacidad de decisión, el consentimiento puede ser otorgado por un representante legal (según la legislación local). Un metaanálisis ha demostrado que la falta de capacidad de decisión se asocia con una respuesta aún mejor a la terapia electroconvulsiva (TEC)” (Zilles-Wegner & Sartorius, 2025, p.2).

Igualmente, Cooper *et al.* (2025) critican la postura de la OMS de prohibir el electrochoque para personas cuyo consentimiento pueda darse bajo influencia indebida. Estos autores plantean asesoramiento para la toma de decisiones por sustitución-representación, primando un supuesto principio ético de beneficencia sobre el principio de autonomía (por ejemplo, personas en riesgo de suicidio y que “tienen dañada su

capacidad para tomar decisiones”). Añaden un grado de satisfacción del 80% con la TEC que “no depende de la voluntariedad o no del tratamiento” (basándose en un único estudio sesgado y sin grupo control). Un estudio reciente de Read *et al.* (2026) muestra algo bastante distinto: solo el 3% de más de 700 personas encuestadas que han pasado por electrochoque manifestaron efectos únicamente positivos tras el uso de dicha técnica. El tratamiento forzoso o coercitivo se justifica porque, supuestamente, quienes lo reciben no tienen capacidad para valorar su situación y representan un peligro para sí mismos o terceros, con el riesgo de suicidio siempre como recurso. Pero, como señaló Marta Plaza:

“Transformar los supuestos recursos de apoyo para prevenir suicidios en espacios de control y coerción que conllevan perder nuestra capacidad de decisión y volver a sufrir violencias retraumatizantes (encierros, aislamientos, medicación forzosa y otros ya mencionados) NO nos cuida, NO fortalece nuestro vínculo vital, NO nos ayuda en la supervivencia y, en definitiva, NO previene el suicidio” (2022, parr. 13).

Así, muchos artículos que defienden el electrochoque también lo hacen aunque no exista consentimiento. En conocimiento de la vulneración de derechos humanos y posible ilegalidad que pueda implicar, los defensores del electrochoque a “pacientes sin capacidad de decisión” (entre ellos, quienes rechazan u objetan la técnica) señalan que debe administrarse conforme las leyes locales para determinar la capacidad, incluidas medidas como el nombramiento judicial de un representante para la toma de decisiones (Espinoza & Kellner, 2022; Zilles-Wegner *et al.*, 2026). La falta de regulación sobre la coerción psiquiátrica, y el hecho de que se vulneren garantías de derechos en órdenes judiciales que permiten intervenciones involuntarias, es una denuncia constante por parte de supervivientes de la psiquiatría (Minkowitz, 2023; RedEsfera Latinoamericana, 2023).

Los defensores del electrochoque argumentan que, si su uso quedase restringido únicamente al consentimiento libre e informado de la persona, muchas personas quedarían excluidas de un tratamiento basado en la evidencia. Los argumentos para defender este atentado contra la autonomía de la persona que no “puede tomar decisiones responsables sobre su atención sanitaria”, son a la vez la “evidencia” y la “justicia”: “Los pacientes sin capacidad para consentir deben tener acceso equitativo a la atención en salud mental basada en la evidencia” (Zilles-Wegner *et al.*, 2026, p. 2). Una vez más, la psiquiatría basada en la evidencia no equivale a ética (Gupta, 2009).

La vulnerabilidad del colectivo psiquiatrizado se utiliza no para un mayor respeto a sus derechos, sino para justificar intervenciones invasivas y sin consentimiento “por su propio bien” (es decir, de manera paradójica se considera como un “derecho” la vulneración misma de derechos). Según estos autores la autonomía no debe primar a “la obligación de tratar enfermedades graves [...] que requieren una intervención rápida y eficaz” (Baldinger-Melich, 2026, p. 1). Y continúan: “ante realidades complejas” (que quedan abiertas a la interpretación), no debe primar “un énfasis exclusivo en el consentimiento informado”.

En un metaanálisis sobre la eficacia de electrochoque “en pacientes sin capacidad de toma de decisiones”, Takamiya *et al.* (2022) muestran su preocupación incluso por no poder utilizar personas en sus investigaciones sin consentimiento. En este estudio sobre el uso no voluntario del electrochoque, se habla sin pudor de dos “grupos de coacción”:

pacientes que no pueden oponerse o resistirse al electrochoque, y pacientes que se oponen o resisten al mismo y, por lo tanto, lo reciben bajo coacción. Incluso, mediante una justificación moral rocambolesca, terminan concluyendo que el electrochoque no voluntario “mejora la autonomía” porque provoca que las personas recuperen su capacidad de decisión.

La seguridad, la ética y la eficacia del electrochoque siguen siendo objeto de debate en todo el mundo. La Guía de la OMS señala que el electrochoque sin consentimiento puede interpretarse como tortura o malos tratos, citando al Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura (Funk, 2025). El consentimiento informado, las garantías y el respeto a la autonomía no son barreras, sino la base de una atención supuestamente ética (Funk *et al.*, 2025).

Conclusión crítica: la *urgencia* de cambiar de paradigma

Si la “urgencia” se define como una situación en la que es necesario actuar de manera inmediata para evitar un daño mayor, en este estudio consideramos que la *urgencia* no está en intervenir coercitivamente vidas ajenas “por su propio bien”. Más bien, se encuentra en concretar (¡ya!) un cambio de paradigma a nivel estructural.

A partir de la revisión crítica de textos de publicación reciente, hemos descrito cómo los argumentos profesionales en defensa del electrochoque recurren a distintos mecanismos de desvinculación moral. Los recopilamos aquí:

1. *Justificación moral*: uso de argumentos de tipo mesiánico; uso ambiguo de la noción de “riesgo”; alusión a una ética basada en la protección legal del propio profesional; confusión entre capacidad mental y capacidad jurídica; adjudicar el “estigma” al electrochoque (en lugar de a la persona que lo recibe).
2. *Lenguaje eufemístico y tecnificación*: uso de conceptos como “terapia electroconvulsiva” y “estimulación cerebral”; uso de un estilo narrativo pasivo (sin agente más allá de la técnica); alusión al progreso histórico tecnocientífico para minimizar las consecuencias actuales del procedimiento.
3. *Comparación ventajosa*: justificación del electrochoque frente a casos extremos utilizados como prueba de generalidad; se prefiere el electrochoque frente a una posible discapacidad (entendida desde el modelo médico-rehabilitador); construcción de juicios de gravedad sin reconocimiento de sesgos predictivos; comparación con otras técnicas dentro del mismo modelo biomédico que en sí mismas han mostrado cierta ineficacia.
4. *Desplazamiento y difusión de la responsabilidad*: apelación a la aparente neutralidad de guías y protocolos médicos; ocultamiento de debates y controversias en torno al electrochoque; ocultamiento de conflictos de interés y motivaciones corporativas en su defensa; alusión a un falso consenso y respaldo internacional; publicación de metaanálisis sin especificación de criterios de selección y exclusión; alusión a comités éticos que construyen imagen de consenso y colaboración.
5. *Minimización de las consecuencias*: los argumentos obvian o presentan como casi inexistentes los efectos adversos del electrochoque a nivel físico-cognitivo y subjetivo; reconocimiento de efectos puntuales a corto plazo, desconociendo efectos adversos a largo plazo; omisión o minimización de las investigaciones que muestran daño en la memoria autobiográfica.
6. *Deshumanización y atribución de culpa*: se convierte a la persona en una “amenaza”; se separa a la persona de la “enfermedad” para justificar la coerción; si

se reconoce como “enferma” es para argumentar que no tiene alternativas y es incapaz de decidir (no es para ofrecer sistemas de apoyos); se considera como negligente cualquier posible alternativa; se equipara “evidencia científica” con “ética” (los argumentos a favor del electrochoque son la evidencia y la ética en sí mismos).

Reconocer todas estas estrategias o mecanismos de desvinculación moral permite cuestionar cómo se construyen argumentos que pueden pasar por “evidencia científica” a costa de silenciar controversias y objeciones razonables, ocultar riesgos informados, erosionar los procesos de consentimiento informado, perpetuar dinámicas de poder en la psiquiatría, y, en última instancia, obstaculizar procesos de construcción de sistemas de apoyos basados en el respeto de la capacidad jurídica.

El enfoque de este estudio invita a repensar la relación entre evidencia científica, ética profesional y derechos humanos en la práctica clínica. Invita a reconocer que tantos años actuando “por el propio bien” de personas psiquiatrizadas han generado, normalizado y perpetuado “científicamente” prácticas violentas y resistencias profesionales a revisar sus criterios ético-morales en la formación, asistencia y producción académica, al menos en lo que respecta al electrochoque.

Así pues, con este texto hemos querido dar cuenta de que lo que nos *urge* es un cambio epistémico y material profundo que, ahora sí, nos oriente hacia la dignificación de las vidas consideradas locas.

Financiamiento

Este artículo ha contado con el apoyo del proyecto de investigación “Cartografías, itinerarios y mecanismos de expulsión/exclusión en el sistema sanitario: un análisis comparativo y feminista interseccional”. Entidad financiadora: Ministerio de Ciencia e Innovación (PID2022-138513OB-I00). IP: Dau García Dauder y Ana M. Martínez Pérez.

Agradecimiento

Agradecemos los comentarios anónimos recibidos en el proceso de revisión que han enriquecido el artículo.

Declaración de uso de IA

Se han utilizado herramientas de inteligencia artificial (Microsoft Copilot) en la búsqueda de los nombres propios de los autores y como herramientas de apoyo en búsquedas muy concretas.

Bibliografía

Afectomanía (2026). Terapia Electroconvulsiva: Lo que el sistema de salud mental no te informa. [@afectomania, 1 de junio. Recuperado de: https://www.instagram.com/p/DZC8DxdFuve/?img_index=1.

Agamben, Giorgio (1998). Homo sacer. Stanford: Stanford University Press.

Ahmed, Sarah (2024). Vivir una vida feminista. Barcelona: Bellaterra.

A.L.C.E. (s/f). Observatorio de la violencia psiquiátrica y prácticas alternativas. Iniciativa A.L.C.E. Recuperado de: <https://www.alce.org.co/observatorio>.

American Psychiatric Association (2025). The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging. APA.

Arendt, Hannah (2006). Eichmann en Jerusalén. Barcelona: Debolsillo.

Balasubramanian, Ilambaridhi, Abhijita, Bandita & Menon, Vikas (2024). Electroconvulsive therapy as maintenance treatment in psychiatric disorders. Current Behavioral Neuroscience Reports, 11, 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40473-023-00266-3>.

Baldinger-Melich, Pia (2026). Electroconvulsive therapy and its image: Between human rights, evidence, and clinical responsibility. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 30(1), 1-2. DOI: <https://doi.org/10.1080/13651501.2025.2610040>.

Balius, Fernando (2020). Contra el silencio y el estigma. 75 horas. CTXT. Recuperado de: <https://ctxt.es/es/20201201/Firmas/34410/Andreas-Fernandez-muerte-psiquiatria-hospital-asturias-Fernando-Balius.htm>.

Bandura, Albert (1999a). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. Journal of Moral Education, 31(2), 101-119. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/0305724022014322>.

Bandura, Albert (1999b). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. Personality and Social Psychology Review 3(3), 193-209. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0303_3.

Barchas, Rebecca E. (2025). Electroconvulsive therapy highlights the urgency of addressing medical stigma. The Lancet Regional Health–Americas, 47, 101154. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101154>.

Bentall, Richard P. (2011). Medicalizar la mente. Barcelona: Herder.

Bernardo, Miguel & Urretavizcaya, Mikel (2015). Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 8(2), 51-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.01.002>.

Bernardo, Miguel, González-Pinto, Ana & Urretavizcaya, Mikel (2018). Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. SEPB.

Breggin, Peter (2010). The FDA should test the safety of ECT machines. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 22(2), 89-92. DOI: <https://doi.org/10.3233/JRS-2010-0491>.

Butler, Judith (2004). *Precarious life*. Londres & Nueva York: Verso.

Burstow, Bonnie (2006). Electroshock as a form of violence against women. *Violence Against Women*, 12(4), 372-392. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077801206286404>.

Burstow, Bonnie (2016). Legitimizing damage and control: The ethicality of electroshock research. *Intersectionalities*, 5(1), 94-109. DOI: <https://doi.org/10.48336/IJVZIY2850>.

Caravaca, Jaime A. (2019). De Homo Sacer, nudas vitas y abandonos. *Enfermería. Cuidados Humanizados*, 8(2). DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1843>.

Cea, Juan Carlos & Castillo, Tatiana (2020). Electroshock o terapia electroconvulsiva (TEC) en Chile: Diagnóstico crítico, activismo social y enfoque de derechos. *Quaderns de Psicologia*, 22(2), e1521. DOI: <https://doi.org/105565/rec/qpsicologia.1521>.

Chieze, Marie, Clavien, Christine, Kaiser, Stefan & Hurst, Samia (2021). Coercive measures in psychiatry: A review of ethical arguments. *Frontiers in psychiatry*, 12, 790886. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.790886>.

Chieze, Marie, Hurst, Samia, Kaiser, Stefan & Sentissi, Othman (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 491. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>.

Cocho, Clara, Nocete, Luis, López, Inés, Carballeira, Laura & Fernández, Alberto (2018). Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas. *Revista de la AEN*, 38(134), 419-449. DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200005>.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014). Observación General No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, CRPD/C/GC/1. Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observaci%C3%B3n-1-Art%C3%ADculo-12-Capacidad-jur%C3%ADdica.pdf>.

Cooper, Joseph J., Kellner, Charles H., Gligorovic, Predrag V., Weiner, Richard D., Prudic, Joan, Kirov, George & Braithwaite, Richard (2025). Electroconvulsive therapy saves lives—An evidence-based response to WHO. *Lancet Psychiatry*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00125-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00125-7).

Crichton, Paul, Carel, Havi & Kidd, Ian James (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych Bull*, 41(2), 65-70. Doi: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>.

Endler, Norman (1988). The origins of electroconvulsive therapy. *Convulsive Therapy*, 4(1), 5-23.

Espinoza, Randall T. & Kellner, Charles H. (2022). Electroconvulsive therapy. *The New England Journal of Medicine*, 386, 667-672. DOI:

<https://doi.org/10.1056/NEJMra2034954>.

Foucault, Michel (2007). El nacimiento de la clínica. Buenos Aires: Siglo XXI.

Frame, Janet (1991). Rostros en el agua. Madrid: Ediciones B.

Frank, Leonard Roy (2002). Electroshock: A crime against the spirit. *Ethical Human Sciences and Services*, 4(1), 63-71. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15278988/>.

Frank, Leonard Roy (2006). The electroshock quotationary. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8(2), 157-177. DOI: <https://doi.org/10.1891/ehpp.8.2.157>.

Fricker, Miranda (2007). Injusticia epistémica. Barcelona: Herder.

Funk, Michelle (2025). Guidance on mental health policy and strategic action plans. World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106819>.

Funk, Michelle, Drew, Natalie, Pathare, Soumitra, Encalada, Alberto V., McGovern, Peter, Hancock, Sarah P. & Read, John (2025). Electroconvulsive therapy: Reaffirming the case for caution, consent, and rights. *Lancet Psychiatry*, 12, 549–551. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00192-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00192-0).

Goffman, Erving (2002). Internados. Buenos Aires: Amorrortu.

González-Pando, David (2022). Terapia Electroconvulsiva: Una Mirada Crítica. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 19(1), 113-116. Recuperado de: <https://aen.es/wp-content/uploads/2022/08/cuad-de-psiquiatria-vol-19-final.pdf>.

González-Pando, David, Sanz de la Garza, César L., Aparicio-Basauri, Víctor, Arboleya, Tatiana, González-Menéndez, Ana M., Méndez-Salguero, Alicia & Pérez-Álvarez, Marino (2020). La psicología ante la terapia electroconvulsiva (II). *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 132-138. DOI: <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2924>.

Gupta, Mona (2009). Ethics and evidence in psychiatric practice. *Perspectives in Biology and Medicine*, 52(2), 276-288. DOI: <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0081>.

Guzmán Martínez, Grecia (2024). El derecho a decidir en torno a cuidados y apoyos en la legislación mexicana: un análisis sociojurídico desde la perspectiva del movimiento disca y loco, *Revista Derecho y Salud*, 8(9), 183-198. DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2024\)12](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2024)12).

Honneth, Axel (1995). The struggle for recognition. Cambridge: MIT Press.

Hsieh, Yu-Wen & Liu, Tinghui (2025). Comparative efficacy of electroconvulsive therapy, transcranial magnetic stimulation and other novel pharmacological approaches for the acute treatment of major depressive episodes in adults. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 28(Suppl. 1), i144–i145. DOI: <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyae059.250>.

Kokolakis, Evangelos, Gottschalk, Michael G., Kläffgen, Sarah, Deussing, Jan M.,

Erhardt, Angelika, Pape, Julius C. & von Mücke-Heim, Iven Alex (2025). Contemporary in vivo rodent electroconvulsive therapy (ECT) models in translational depression research: a systematic review. *Translational psychiatry*, 15, 515. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03749-x>.

Latour, Bruno (1987). *Science in action*. Cambridge: Harvard University Press.

Milgram, Stanley (2016). *Obediencia a la autoridad*. Madrid: Capitán Swing.

Minkowitz, Tina (2023). *Reimaginar el apoyo en crisis*. Lilith's Warriors Press: Nueva York.

Moncrieff, Joanna (2018). Against the stream: Antidepressants are not antidepressants. *BJPsych Bull*, 42(1), 42-44. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjb.2017.11>.

Morrison, Lisa, Cunliffe, Sue, Hancock, Sarah P., Harrop, Chris, Johnstone, Lucy & Read, John (2025). Electroconvulsive therapy and women: An international survey. *Health Care for Women International*, 1-29. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2025.2568222>.

Mosti, Caterina & Brook, Michael (2019). The cognitive effects of electroconvulsive therapy: A critical review. *Psychiatry Annals*, 49(4), 152-156. <https://doi.org/10.3928/00485713-20190313-02>.

Pérez Pérez, Beatriz, Pujal, Margot & Mora, Enrico (2024). Los derechos humanos y el poder psiquiátrico en disputa. *Revista Direito e Práxis*, 15(01), e65459. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/65459e>.

Pérez-Sales, Pau (2026). *Torturing Environments*. Oxfordshire: Routledge.

Pérez Sedeño, Eulalia (2025). Ciencia con valores: Hacia una “nueva” filosofía de la ciencia. *Isegoría*, 72, 1679. DOI: <http://doi.org/10.3989/isegoria.2025.72.1679>.

Plaza, Marta (2022). Prevenir el suicidio pasa por facilitar vidas vivibles. *Pikara Magazine*, 21 de septiembre. Recuperado de: <https://www.pikaramagazine.com/2022/09/prevenir-el-suicidio-pasa-por-facilitar-vidas-vivibles/>.

Porter, Richard J., Baune, Bernhard T., Morris, Grace, Hamilton, Amber, Bassett, Darryl, Boyce, Philip, Malhi, Gin S. *et al.* (2020). Cognitive side-effects of electroconvulsive therapy. *BJPsych open*, 6(3), e40. DOI: <http://doi.org/10.1192/bjo.2020.17>.

Porxas, M. Àngels (2019). *El dogma de las capacidades y la racionalidad*. [Tesis doctoral]. Girona: Universitat de Girona. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/672193>.

Potter, Jonathan (1998). *La representación de la realidad*. Barcelona: Paidós.

Quintanilla, Miguel Á. (1978). El mito de la neutralidad de la ciencia: La responsabilidad del científico y el técnico. *El Basilisco*, (1), 52-56.

Rabeharisoa, Vololona, Moreira, Tiago & Akrich, Madeleine (2014). *Evidence-based*

activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society. *BioSocieties*, 9(2), 111-128. DOI: <https://doi.org/10.1057/biosoc.2014.2>.

Read, John (2021). Shocked. AEON. Recuperado de: <https://aeon.co/essays/why-is-electroshock-therapy-still-a-mainstay-of-psychiatry>.

Read, John & Arnold, Chelsea (2017). Is electroconvulsive therapy for depression more effective than placebo? *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 19(1), 5-23. DOI: <https://doi.org/10.1891/1559-4343.19.1.5>.

Read, John & Bentall, Richard (2010). The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(4), 333-347. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1121189x00000671>.

Read, John, Cunliffe, Sue, Hancock, Sarah, Harrop, Chris, Johnstone, Lucy & Morrison, Lisa (2025). The self-reported positive and negative effects of electroconvulsive therapy: An international survey. *Journal of Affective Disorders Reports*, Report, 24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.101008>.

Read, John, Cunliffe, Sue, Hancock, Sarah P., Harrop, Chris, Johnstone, Lucy & Morrison, Lisa (2026). Are critiques of ECT scaremongering or contributions to informed consent? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1-3. DOI: <https://doi.org/10.1080/13651501.2026.2631406>.

RedEsfera Latinoamericana (2023). Informe regional "Hacia la justicia loca y la reparación", RedEsfera latinoamericana por las culturas locas, la diversidad psicosocial, el buen vivir y el derecho al delirio. Recuperado de: <https://www.redesfera.org/copia-de-cdpd>.

Ross, Colin (2006). The sham ECT literature: Implications for consent to ECT. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8, 17-28. DOI: <https://doi.org/10.1891/ehpp.8.1.17>.

Sackeim, Harold, Prudic, Joan, Fuller, Rice, Kielp, John, Lavori, Philip & Olfson, Mark (2007). The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacology*, 32, 244-255. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301180>.

Sampietro, Hernán (2019). La Banalidad del mal en salud mental. *Activament*, 5 de febrero. Recuperado de: <https://www.activament.org/es/2019/la-banalidad-del-mal-en-salud-mental-peligroso-es-discriminar/>.

Sanz-Fuentenebro, Javier, Vera, Ignacio, Verdura, Ernesto, Urretavizcaya, Mikel, Martínez-Amorós, Erika, Soria, Virginia & Bernardo, Miguel (2017). Patrón de uso de la terapia electroconvulsiva en España: Propuestas para una práctica óptima y un acceso equitativo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 87-95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.003>.

Seniuk, Patrick (2018). I'm shocked: Informed consent in ECT and the phenomenological-self. *Life Sciences, Society and Policy*, 14(5), 1-19. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40504-018-0068-z>.

Stanley, Matthew L. & Neck, Christopher P. (2025). Euphemism as a powerful framing

device that influences moral judgments and punitive responses after wrongdoing. *Journal of Applied Psychology*, 110(5), 123-140. DOI: <https://doi.org/10.1037/apl0001233>.

Takamiya, Akihiro, Sienaert, Pascal, Gergel, Tania, Gather, Jakov, Kishimoto, Taishiro & Zilles-Wegner, David (2022). Effectiveness of electroconvulsive therapy in patients lacking decision-making capacity: A systematic review and meta-analysis. *Brain Stimulation*, 15(5), 1246-1253. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brs.2022.09.001>.

Torres, Obdulia & López, Camila (2022). Las controversias científico-tecnológicas públicas desde la perspectiva CTS: panoramas y desafíos. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 17(50), 109-115. Recuperado de <https://ojs.revistacts.net/index.php/CTS/article/view/294>

Tuana, Nancy (2006). The speculum of ignorance: The women's health movement and epistemologies of ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1-19. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2006.tb01110.x>.

Vann Jones, Simon & McCollum, Rick (2019). Subjective memory complaints after electroconvulsive therapy: Systematic review. *BJPsych Bulletin*, 43(2), 73-80. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjb.2018.45>.

Ward, Mary Jane (1978). *Nido de víboras*. Barcelona: Argos Vergara.

Zilles-Wegner, David & Sartorius, Alexander (2025). Electroconvulsive therapy and the WHO: patients and professionals deserve expertise and facts, not ideology. *Der Nervenarzt*, 1-3. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-025-01891-x>.

Zilles-Wegner, David, Wasserman, Danuta, Schulze, Thomas G., Pogarell, Oliver, Miskimen, Theresa, Rapaport, Mark H., Sartorius, Alexander *et al.* (2026). Joint statement by the World Psychiatric Association, the American Psychiatric Association, the European Psychiatric Association, and the Global Expert Task Force on ECT on the portrayal of electroconvulsive therapy in the WHO Guidance on Mental Health Policy and Strategic Action Plans. *The Lancet Psychiatry*, 13(5), 441-444. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(26\)00059-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(26)00059-3).