

EL MÉDICO, UN PLACEBO DE LUJO PARA UNA SOCIEDAD POBRE *

RAMÓN BAYÉS

Universidad Autónoma de Barcelona

DE acuerdo con Shapiro y Morris (1978), el comienzo histórico del término placebo se remonta a la Biblia hebrea. En ella aparece la palabra *ethalech*, la cual es traducida al latín como *placebo: Placebo Domino in regione vivorum* —“Complaceré al Señor en la región de los vivos”— (Salmos, 114, 9, Vulgata).

El placebo viene ya definido con un sentido médico en el *Quincy Lexicon* de 1787, y en sus inicios esta palabra sirve no sólo para designar un determinado tipo de medicamento sino también otras técnicas o métodos no medicamentosos que utilizan los médicos, más para complacer —de ahí el término placebo— que para beneficiar al paciente.

Más tarde, durante muchos años, debido posiblemente al error de un linotipista que convirtió *a commonplace method or medicine* en *a commonplace method of medicine*, el uso de la palabra se restringió al

* Versión castellana de la comunicación “El metge, un placebo de luxe per a una societat pobre”, presentada a las *Primeres Jornades de Sociologia de l'Associació Catalana de Sociologia*, celebradas en Barcelona del 30 de abril al 3 de mayo de 1981.

ámbito farmacológico y todavía hoy, en muchos sectores, ésta suele ser la práctica predominante como muestra, por ejemplo, la definición que aparece en la edición de 1979 del *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*: “Nombre que los autores anglosajones dan a las preparaciones farmacéuticas que sólo contienen productos inertes y que se prescriben para lograr un efecto psicoterapéutico”.

Por nuestra parte, como se desprende fácilmente del título de la presente comunicación, utilizaremos el término placebo en un sentido amplio de forma que comprenda todos aquellos tratamientos, partes de tratamiento o elementos asociados a un tratamiento, con independencia de su naturaleza —farmacológica, verbal, aparente, etc.— susceptibles, deliberadamente o no, de producir efectos terapéuticos en el paciente sin poseer, intrínsecamente, capacidad específica para ello.

De hecho, a juicio de Laín (1975), el primer descriptor del efecto placebo —aun sin aplicarle dicha denominación— fue Platón, el cual, en un pasaje del *Cármides*, advierte, a través de Sócrates, que un remedio terapéutico sólo puede ser eficaz si antes de su administración se somete al enfermo a un determinado ensalmo —*epodé*—, el cual consiste en un discurso realmente persuasivo.

El primero —o uno de los primeros— en mantener la tesis de que la Historia de la Medicina es, en gran medida, la historia del efecto placebo, es, probablemente, Houston (1938). Algunos párrafos de su exposición merecen ser reproducidos aquí íntegramente, ya que ellos mejor que nada de lo que personalmente pudiéramos escribir, expresan con precisión uno de los aspectos capitales de nuestra argumentación, y aunque han transcurrido más de cuarenta años desde que fueron publicados, mantienen, a nuestro juicio, toda su frescura:

Refiriéndose a la relación “médico-enfermo”, Houston escribe:

En los albores históricos de la medicina [esta relación] constituía todo lo que el doctor podía brindar al paciente. Es sólo desde fechas muy recientes que la medicina puede ofrecer algo más. Un examen de la historia médica nos proporciona muchos nombres ilustres..., pero... los mismos tienen poco que ofrecer de lo que pueda beneficiarse el paciente. Los historiadores sen-

timentalizan los valores prácticos de la medicina antigua. Sin embargo, se examinarán en vano las páginas de Hipócrates si se buscan tratamientos con un valor específico. Las páginas de la historia de la medicina se leen como el viejo diario de un viaje por el océano, en el cual quedó anotado que un día una ola levantó un poco de espuma y otro día fueron vistos un pez volador o un pedazo de madera a la deriva, pero en el que no puede encontrarse mención alguna del hecho predominante, constantemente presente día tras día, con una continua exclusión de todo lo demás: la verde superficie sin fin del agua. Y esta inevitable omnipresencia ambiental del océano equivale, por analogía, en la historia de la medicina, a la “relación personal entre el doctor y el paciente”.

En una palabra, los medicamentos usados fueron placebos... Por tanto, la gran lección de la historia de la medicina es que el placebo ha sido siempre la norma de la práctica médica, que fue sólo ocasionalmente y a grandes intervalos que se incorporó a la misma algo realmente útil, como la cura del escorbuto por medio de fruta fresca... El historiador médico puede llegar a confundirnos cuando habla de los hábiles y sabios doctores del pasado... Su habilidad se reducía a una habilidad para tratar las emociones humanas.

Los agentes terapéuticos, por medio de los cuales conseguían las curaciones, eran sus propias personas. Sus procedimientos terapéuticos, tanto si eran inertes como peligrosos, fueron placebos, símbolos gracias a los cuales se sostenía la fe de sus pacientes y la suya propia.

La historia de la medicina es una historia del poder dinámico de la relación entre el doctor y el paciente...

El razonamiento de Houston se encuentra ya en germen en la obra de Osler (1892) *Principles and practice in medicine*, considerada como el mejor texto de su tiempo en lengua inglesa. En ella puede leerse:

La fe en los dioses o en los santos cura a uno, la fe en las pequeñas píldoras a otro, la sugestión hipnótica a un tercero, la fe en un afable doctor a un cuarto... La fe en nosotros, la fe en nuestros métodos y drogas [es] el gran capital de la profesión..., la piedra de toque del éxito en medicina... y al tratar de los fundamentos de la terapéutica debe considerarse... como uno de sus elementos más preciosos, sin el cual andaríamos muy mal.

Shapiro (1979) afirma sin ambagues que tanto los 800 remedios y las 700 drogas que se mencionan en el célebre papiro de Ebers —que se supone resume todos los conocimientos médicos del antiguo Egipto— como los procedimientos usados por Esculapio, Hipócrates, Galeno y centenares de otros médicos ilustres a través de la Historia, fueron, básicamente, remedios inespecíficos o placebos.

Aun cuando, en nuestra opinión, una afirmación tan drástica debería matizarse, ya que el opio y el cáñamo indio, por ejemplo, fueron conocidos y utilizados desde la más remota antigüedad por numerosas culturas (cf. Bayés, 1977) y gracias a sus propiedades analgésicas pudieron llevarse a cabo operaciones quirúrgicas de utilidad terapéutica indudable, lo cierto es que la dificultad para dosificarlas las convertían, incluso a ellas, en inseguras o peligrosas.

Los medicamentos de la antigüedad solían consistir en hierbas de sabor desagradable, sangre, excrementos, y sustancias orgánicas e inorgánicas de todas procedencias: dientes de cerdo, esperma de rana, plumas, excrementos de cocodrilo, pezuña de burro, grasa de eunuco, pastillas de víbora desecada, sudor humano, etc. El objetivo de su administración, en general, era claro: disgustar al demonio que con seguridad se había introducido en el cuerpo de la persona doliente y conseguir echarle fuera del mismo.

Un principio similar, aunque utilizando una técnica diferente, se encuentra en el origen del uso de las sanguijuelas en medicina. Inicialmente, la sangría o flebotomía se basó en la creencia de que el demonio causante del dolor se encontraba en la sangre y en que las sanguijuelas, al chuparla, lo extraían conjuntamente con ella. Más tarde, la idea dominante fue que, con la sangría, se podía desviar la materia morbosa y hacerla pasar de un órgano a otro. Durante la Edad Media las prescripciones para la sangría y la técnica que debía usarse en cada caso, eran muy detalladas y, en muchas ocasiones, se encontraban determinadas por criterios astrológicos. Su popularidad fue muy variable a través de los países y las épocas, alcanzando una de sus cotas más altas el siglo pasado, en Francia, con el radical intervencionismo médico preconizado por Bouillaud, decano de la Facultad de Medicina, el cual consideraba a la sangría como el tratamiento ideal para todas las en-

fermedades agudas. De esta forma, en el vecino país, mientras que en 1824 eran suficientes 300.000 sanguijuelas para cubrir todas sus necesidades médicas, tres años más tarde fue necesario importar del extranjero 33 millones, una vez agotadas las existencias propias, y en 1833 el número de sanguijuelas importadas se elevó a la enorme cifra de 41 millones.

Los pacientes de otras culturas tuvieron todavía peor suerte. En algunos pueblos primitivos se suponía que el dolor de cabeza era debido a la presencia en la cabeza de un espíritu maligno. Si los ensalmos y sortilegios no conseguían expulsarlo se echaba mano de un tratamiento mucho más directo: se efectuaba la trepanación para conseguir que el diablo saliera por el agujero practicado.

En otros contextos, las personas dolientes fueron más afortunadas y los demonios o enfermedades eran combatidos por medios menos traumáticos. La curación por imposición de manos fue practicada entre los hebreos, los griegos y los romanos. Los antiguos profetas de la Biblia solían sanar a los enfermos imponiéndoles las manos sobre la cabeza, y de forma parecida actuaba, al parecer, Esculapio. Plinio afirma que Pirro, rey de Epiro, curaba las enfermedades del bazo tocando al paciente con el dedo gordo del pie derecho, y Tácito asegura que Vespasiano curaba a los ciegos tocándoles los ojos.

En algunas sociedades occidentales este poder de curación por medio de la imposición de manos fue atribuido, durante bastantes siglos a sus reyes, e incluso surgieron agrias disputas entre Francia e Inglaterra sobre a cuál de sus respectivos monarcas correspondía la prioridad. Los franceses sostenían que el poder de sanar se había conferido a Clodoveo en el acto de su bautismo y coronación en el año 496, mientras que los ingleses defendían que los reyes de Francia habían adquirido la gracia como herencia colateral de los reyes de Inglaterra. Sea como fuere, lo cierto es que en el siglo XI la terapéutica por *toque del rey* era universalmente admitida en el Occidente civilizado, y que los enfermos acudían de España, Flandes, Alemania, Lombardía e Italia, calculándose que en el siglo XVIII, Carlos II de Inglaterra, en los diecinueve años de su reinado, aplicó esta terapéutica del *Royal Touch* a unas 80.000 personas.

Los médicos de estas épocas solían recomendar calurosamente a sus pacientes la cura regia. William Clowes, cirujano de Isabel de Inglaterra y encargado de asistir a la ceremonia del tocamiento, asegura que una gran parte de los súbditos de su Majestad y también muchos extranjeros que de otro modo hubieran perecido miserablemente, fueron curados con este procedimiento, mientras que André Laurens, primer médico de Enrique IV el Grande, introduce la clásica nota de delicioso chauvinismo francés al afirmar que la gracia de curar era propiedad absoluta del rey de Francia.

Ya en pleno siglo XIX, Carlos X de Francia, durante las ceremonias de su coronación, acaecida en 1824, tocó 121 enfermos que le fueron presentados por dos médicos famosos: Alibert y Dupuytren.

En la Edad Media, para un mejor aprovechamiento del poder curador de las reliquias de los santos, se llega a utilizar una técnica procedente de Siria consistente en colocar en un lugar elevado un depósito lleno de óleo que va fluyendo lentamente por gravedad a través del cadáver santo y que luego se recoge en la parte inferior del mismo impregnado ya con las virtudes del muerto. Según parece, la acogida dispensada al producto era magnífica.

En 1348, para hacer frente a la peste, la Facultad de Medicina de París da los siguientes consejos:

a) quemar gran cantidad de incienso y flores de manzanilla en las plazas públicas, lugares concurridos e interior de las viviendas; b) no comer carnes grasas ni volátiles; c) dormir sólo hasta el alba; d) no tomar en ningún caso aceite de oliva, ya que puede ser mortal; e) los baños pueden ser peligrosos; f) los contactos sexuales pueden ser tan fulminantes como el aceite de oliva.

En el siglo XVII algunos de los remedios usados por los médicos españoles —admitidos por la Inquisición mientras no se mezclaran con palabras o ceremonias sospechosas— aparecen en el tratado de Castañega de 1669, el cual se expresa en los siguientes términos:

Algunos médicos mandan traer algunas raíces colgadas al cuello para remediar algunas enfermedades, como la raíz de peonía o los granos della, para la pasión de la gota, coral, y para las cuartanas unos animales pequeños vivos como grillos o langostas o arañas (ver Muñoz Calvo, 1977, pág. 37).

En la *Carta Filosófica-Médico-Chímica* de Juan de Cabriada, aparecida en 1687 y considerada por López Piñero como un hito fundamental para la introducción de la Medicina moderna en España, puede leerse: "Me ha sucedido en algunas juntas proponer algún remedio químico o algunas doctrinas nuevas anatómicas y entrar luego los médicos, que se siguen hablando, y decir, dejémonos de químicas, que nuestros pasados curaron sin estas novedades". Aunque de todas maneras, la farmacopea europea de la época no parecía encontrarse, en general, demasiado avanzada si hemos de juzgar por una edición del siglo XVII de la *London Pharmacopeia* en la que se menciona el uso de gusanos, pastillas de víbora desecada, polvo de diversas piedras preciosas, aceite de ladrillo, hormigas, cabello, sudor humano, saliva de hombre apresurado, tela de araña, piojos, ojos de cangrejo, uñas y orina humana; o por los intentos de Robert Boyle, uno de los padres de la Química, para difundir el uso de un maravilloso remedio contra el dolor de estómago: la suela usada de un zapato viejo reducida a polvo.

No deja de ser significativo que, en el siglo XVI, Hernán Cortés, tras entrar en contacto con la Medicina precolombina, la cual incluía en su farmacopea: orina, materias fecales y objetos tales como dientes de muerto y ojos de lobo, escribiera a Carlos V para pedirle que no permitiera pasar médicos españoles a México, ya que la destreza y conocimientos de los médicos aztecas los hacían innecesarios.

En la actualidad, aunque el panorama ha mejorado mucho en el sentido de que el médico tiene a su disposición sustancias activas susceptibles de usarse para combatir eficazmente un número considerable de procesos patológicos, lo cierto es que su uso específico se complica debido, en gran parte, a:

a) La enorme proliferación de productos farmacéuticos. Mientras que la lista confeccionada por la Organización Mundial de la Salud

incluía sólo 220 medicamentos básicos en 1978, en el mercado español circulaban, en 1977, 12.227 preparados farmacéuticos (cf. Lobo, 1980).

b) La deficiente información de bastantes médicos respecto a la acción específica, efectos secundarios, contraindicaciones, etc., de muchos de los fármacos que están administrando. Laporte, Du Souich y Erill (1976), al comentar los resultados de una encuesta contestada por 272 médicos, escriben:

Existen medicamentos que más de un 70 % de los encuestados admitieron prescribir y de los que, en cambio, no conocían la composición, y otros medicamentos que eran prescritos también por la mayoría de los encuestados y de cuyos componentes sólo un pequeño porcentaje de dichos encuestados tenía conocimiento.

Si a esto añadimos que, de acuerdo con los descubrimientos de la cronobiología, las mismas drogas pueden producir efectos diferentes según el momento del ciclo biológico en el que son administradas al paciente y que este dato, que sepamos, no suele tenerse en cuenta por los médicos, los datos anteriores todavía se ensombrecen más.

c) Los errores diagnósticos atribuibles al médico.

d) Los errores de medicación que cometen los enfermos no hospitalizados y que se estima que afectan, aproximadamente, al 40 % de los casos (Bonald de Falgas, 1974; González Duro, 1979; Rachman y Philips, 1978; Valtueña, 1979).

e) La deficiente información que suelen obtener los médicos sobre la historia medicamentosa de sus pacientes (Bonald de Falgas, 1974).

f) La tentación del "tarugo", práctica médica tradicional de varios siglos de antigüedad, pero que en nuestra época ha alcanzado cotas realmente notables, calculándose, en 1978, que se había estafado a la Seguridad Social española por este procedimiento una cifra superior a los 100.000 millones de pesetas (*Cambio 16*, 1978).

Estos hechos se complementan con el dato no menos relevante denunciado por Béraud (cf. Bayés, 1979), de que entre el 30 % y el 40 %

de los productos que constituyen la farmacopea actual poseen una acción farmacodinámica débil o nula, cifra que, por cierto, coincide tanto con la estimación de un editorial del *British Medical Journal* de 1952, el cual señala que un medicamento es prescrito “como un placebo aproximadamente en el 40 % de los pacientes atendidos en Medicina General”, como con la cantidad de “enfermos funcionales” proporcionada por numerosos estudios (Bykov y Kurtsin, 1968; Delay y Pichot, 1962; García Sevilla, Canalda, De Flores, Merín y Pérez, 1978; Goldberg y Blackwell, 1970; Helsborg, 1958; Roberts y Norton, 1952; Shepherd, Fisher, Stein y Kessel, 1959; Sidavon, 1969; Tizón, 1974; Tizón, Salamero, De la Lama, Díaz-Munguira y Freixas, 1978), la cual oscila, según los autores, entre el 22 % y el 60 %, con una media de 40'43 %.

En 1970, el 30 % de todas las recetas médicas extendidas en los Estados Unidos correspondió al grupo de las drogas psicótropas, siendo en esta época el nivel de consumo de tranquilizantes y pastillas de dormir de las mujeres españolas aparentemente similar al de las féminas de California (cf. Bayés, 1977). Teniendo en cuenta: *a*) la gran cantidad de medicamentos psicótropos disponibles; *b*) la alta probabilidad de que muchos fármacos sean prescritos en dosis insuficientes; *c*) la imposibilidad, en la mayoría de los casos, de controlar eficazmente su administración; y *d*) la falta de adiestramiento apropiado de los médicos; Shapiro (1979) llega a la conclusión, quizá exagerada, de que en el 95 % de los casos, estas drogas se usan, ante todo, por el efecto placebo que produce su consumo. En palabras de este mismo autor, “las drogas psicótropas se han convertido, en gran medida, en los gloriosos placebos de nuestra generación”. Placebos un poco caros y que, en muchos casos, pueden dar lugar —lo mismo que los antibióticos, cuyo consumo en España se estimaba hace poco que era seis veces más elevado que el necesario— a las denominadas enfermedades yatrógenas.

Si nos preguntamos cómo es posible que los médicos, a pesar de la inutilidad, e incluso, en muchas ocasiones, de la peligrosidad de los tratamientos prescritos, han conseguido mantener, como clase, su innegable posición de respeto y poder a través de las culturas y de las épocas, sólo encontramos una respuesta posible a este hecho increíble: con independencia de la inoperancia o toxicidad de los remedios utilizados, un número importante de curaciones o mejorías han debido seguir a su

intervención, lo cual no equivale, necesariamente —aun cuando así haya podido interpretarse— a que las mismas hayan sido debidas a sus saberes y habilidades profesionales. En nuestra opinión, estas curaciones o mejorías deben atribuirse —y continúan siendo atribuibles en innumerables casos— al denominado efecto placebo.

Para demostrar la realidad de dicho efecto está en nuestra mano hacer algo más que acudir a los textos de historia, los relatos antropológicos o la simple anécdota. Podemos apelar al experimento controlado llevado a cabo con todas las garantías científicas.

Gold, Kwit y Otto (1937), en uno de los trabajos pioneros en los que se aplicaron las técnicas a ciegas, demostraron el importante papel que juega la confianza del médico en el tratamiento que aplica, en los resultados terapéuticos que obtiene. Al utilizar una técnica simple ciego —técnica en la que los sujetos no pueden diferenciar la substancia inerte de la droga activa, pero el administrador sí— consiguieron mejores resultados con la droga activa que con el placebo, pero al repetir la experiencia con una técnica doble ciego —en la que ni el sujeto ni el administrador pueden diferenciarlas— los resultados obtenidos con la droga activa y con el placebo fueron similares.

Beecher (1955), en una revisión de 26 investigaciones empíricas diferentes que comprenden un total de 1.082 sujetos con afecciones tan diversas como: dolor postoperatorio agudo, angina de pecho, cefaleas, resfriado común, cinetosis, etc., encuentra que el porcentaje de pacientes que experimentan mejoría con la administración de placebos puros —comprimidos de lactosa, inyecciones de solución salina, etc.— oscila entre el 30 % y el 40 %, pasando en algunos casos del 50 %. Para valorar mejor estos resultados es conveniente recordar que una dosis normal de morfina aplicada a pacientes aquejados de dolor postoperatorio agudo sólo reduce el dolor a la mitad en el 75 % de ellos. Beecher (1955) también informa que la administración de placebos puede dar lugar a efectos secundarios indeseables tales como sequedad de boca, náuseas, somnolencia, dificultades de concentración, etc., que suelen afectar, en general, al 15 % de los pacientes.

Park y Covi (1965), en un sorprendente trabajo llevado a cabo en el *Johns Hopkins Hospital* de Baltimore, mostraron que aunque se dijera explícitamente a los pacientes que se les administraba un placebo, éstos mejoraban. Park y Covi llevaron a cabo su investigación con 15 sujetos neuróticos a los que se facilitó la siguiente explicación:

Muchas personas con un tipo de problema similar al suyo han mejorado con la administración de un producto que, a veces, se conoce con el nombre de "píldoras de azúcar" y pensamos que una de estas píldoras también puede ayudarlo a Vd. ¿Las conoce? Una píldora de azúcar no contiene ningún tipo de medicamento. Estoy convencido de que esta píldora puede irle bien a Vd. al igual que ha ocurrido con otras muchas personas. ¿Está dispuesto a probarlas?

Estas indicaciones eran seguidas por la entrega de un frasco provisto de una etiqueta del *Johns Hopkins Hospital* que contenía cápsulas de color rosa que el paciente debía tomar tres veces al día durante las comidas.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- a) De los 15 pacientes 14 acudieron a la segunda visita.
- b) 13 de los 14 experimentaron una mejoría que puede concretarse en una disminución de sus síntomas en un 41 %.
- c) 3 se quejaron de efectos secundarios.
- d) 9 se manifestaron convencidos de que las píldoras de azúcar eran la causa principal de su mejoría.
- e) 4 afirmaron que la píldora recibida era "lo más eficaz que les habían dado en su vida".
- f) No hubo diferencias entre los efectos observados en los 8 sujetos que creyeron la información facilitada en la primera visita, y los 6 que, a pesar de dicha información, estaban convencidos de que se les estaba suministrando una droga activa.

Otra pieza de evidencia en la misma dirección nos la proporciona un interesante trabajo de Evans (1974). Este autor, tras revisar numerosos trabajos anteriores en los que se comparaban los efectos de diferentes analgésicos activos y placebos, llega a la conclusión de que la eficacia de un placebo en relación con la de una dosis normalizada de un agente analgésico, administrados a través de una técnica doble ciego, se mantiene constante alrededor del 50 %. En otras palabras, que la eficacia de un placebo es directamente proporcional a la eficacia aparente del agente farmacológico activo. Si bajo la técnica doble ciego se administran morfina y placebo, la eficacia de este último será, aproximadamente, de un 50 % respecto al efecto analgésico de la morfina; pero si los que se comparan son la aspirina y un placebo, este último conseguirá, asimismo, un efecto analgésico de un 50 % respecto al obtenido con la aspirina. Evans considera que las expectativas del administrador sobre la potencia de la droga que está administrando se comunican a través de algún medio al paciente y constituyen un poderoso mediador de la eficacia terapéutica conseguida.

Fischer y Dlin (1957) han sugerido que “puede ser un placebo cualquier objeto que se ofrezca con intención terapéutica”, y Stroebel y Glueck (1973) han señalado que los efectos placebo constituyen, probablemente, un componente fundamental de la técnica de *biofeedback* y que, por tanto, deberían ser valorados y manipulados explícitamente en lugar de silenciados, punto de vista que ha conseguido apoyo empírico en Plotkin (1980), el cual ha demostrado que las personas que creen que se encuentran sometidas a un adiestramiento en *biofeedback* para el control de su ritmo cerebral alfa es muy probable que informe de “experiencias alfa” —estado caracterizado por: relajación, pérdida del sentido del tiempo y de la gravedad, bienestar generalizado, ausencia o disminución del flujo de pensamiento, etc.—, con independencia de que se les haya proporcionado retroalimentación real o espuria.

Curiosamente hasta el momento se ha colocado más énfasis en llevar a cabo investigaciones con el fin de destacar los supuestos valores terapéuticos de nuevas drogas o procedimientos terapéuticos mediante el control y expurgación de un subproducto molesto llamado placebo, que en diseñar trabajos que, partiendo del reconocimiento de la importancia innegable de los factores psicológicos en todo acto terapéutico, estu-

dieran como objetivo prioritario el propio efecto placebo y las variables de las que el mismo es función.

Se diría que los terapeutas —médicos, psiquiatras, psicólogos— y farmacéuticos temen sacar a la luz pública el hecho innegable de que, en gran número de casos, lo que cura las “enfermedades” y alivia los dolores de sus clientes no es la aplicación de sus criptográficos conocimientos, saber adquirido tras largos años de estudio, investigación y reflexión, ayudado por la acción certeramente dirigida de poderosos —y, con frecuencia, caros— fármacos o sofisticados aparatos, sino el modesto y poco conocido efecto placebo, el cual puede ser potenciado por el profesional a través de la manipulación de elementos que se encuentran al alcance de cualquier hijo de vecino y que son susceptibles de ser utilizados con la misma eficacia —como de hecho así es en muchas de las denominadas medicinas alternativas— por personas que no sólo no son médicos —blasfemia de las blasfemias— sino que nunca han pisado una Facultad universitaria.

Consideramos sintomático que, a pesar de que un componente placebo forma parte, probablemente, de todas las terapéuticas psiquiátricas y que, posiblemente, muchas de ellas si algún éxito pueden alegar se lo deban enteramente a él, uno de los manuales de Psiquiatría más populares en nuestras Facultades de Medicina (Ey, Bernard y Brisset, 1975), en sus 1091 páginas de su séptima edición española, no mencione siquiera el término placebo.

Sintetizando nuestro punto de vista: en los casos en que no se dispone de un remedio específico, la única contribución personal auténticamente valiosa del médico al proceso curador sigue consistiendo, como hace veinte siglos, en su sonrisa confiada, sus palabras de aliento y esperanza, y en la práctica del sublime y delicado arte de la colocación paternal de la mano en el hombro, ya que de los otros factores susceptibles de influir en el efecto placebo, unos se encuentran ya en el paciente y son, en gran medida, producto de su historia personal, y los otros —el papel social del médico, de la bata blanca, de sus recetas ilegibles, de sus brillantes cápsulas coloreadas, etc.— le son conferidos por la sociedad y son independientes de su valía y esfuerzo personal, depen-

diendo únicamente del contexto cultural en el que se desarrolla su actividad.

El pudor de que hacen gala muchos médicos y psiquiatras ante el uso, o incluso la mera mención de los placebos, ¿no será acaso debido al temor de que un reconocimiento público y generalizado del verdadero origen de muchos de “sus” éxitos terapéuticos pueda traducirse en una merma de sus saneados honorarios?

Toro, Daurella, Penzo, Basil, Jorquera y Salmurri (1981) denuncian, a nuestro juicio acertadamente:

Los países desarrollados están dedicando a la salud alrededor del 11 % de su Producto Nacional Bruto. Pero lo más importante es que *los costes de la salud están creciendo dos veces más deprisa que la inflación*. Hablando en términos estrictamente económicos, nuestras sociedades no tienen más remedio que disminuir las enfermedades y los enfermos (pág. A-7).

Sin embargo, en nuestra opinión, este último objetivo se encuentra en contradicción con la ampliación, defendida por estos mismos autores —y también por otros muchos—, del término “enfermedad” para que comprenda, de forma prácticamente ilimitada, todos aquellos trastornos causados por el entorno social:

En consecuencia puede constituirse en tal agente (patógeno) todo cuanto rodea al individuo, principalmente las personas que lo rodean, los comportamientos de dichas personas, sus palabras, la organización de la vida familiar, de la vida laboral, la conflictividad política, ideológica, el peso del pasado, la incertidumbre acerca del futuro. Todo ello es capaz de *enfermar* al ser humano (Toro *et al.*, 1981, pág. C-23, el subrayado es nuestro).

Aparte del aumento de coste que supone, normalmente, la medicalización de los problemas y de que, en principio, parece absurdo extender el campo de acción de los médicos en unos momentos en los que su calidad profesional en parcelas que nadie les discute deja mucho que desear (cf. Bayés, 1979), estimamos que la aplicación universal e indiscriminada de las palabras “enfermo”, “enfermedad” y “enfermar” poseen, en nuestra cultura, connotaciones “nocebo” y pueden dificultar o inhibir

la aparición de efectos placebo controlados por la propia persona, sus familiares o un profesional no médico, retardar su recuperación y facilitar que el paciente adopte una postura pasiva ante el trastorno que lo aqueja, ya que el papel de enfermo, aparte de sus connotaciones emotivas, corrientemente indeseables, implica que el sujeto no puede salir por sí solo del estado en que se encuentra y que, por ello, debe colocarse, necesariamente, en manos del sanador oficial; un médico diplomado, el cual monopoliza, de esta manera, la dispensa de placebos, convirtiéndose él mismo —posiblemente, por simple asociación pavloviana— en el placebo universal por excelencia.

En resumen: dado que el término enfermedad posee connotaciones negativas y no aporta en sí mismo ningún conocimiento pudiendo normalmente sustituirse por “alteración” o “trastorno”, por ejemplo, en nuestra opinión, sólo se justifica, éticamente, su aplicación cuando este etiquetaje puede contribuir al bienestar del paciente —haciéndole guardar cama, por ejemplo— y siempre que no exista la posibilidad de acudir a soluciones no médicas más beneficiosas, o igualmente beneficiosas, pero que supongan para el paciente una mayor autonomía o un menor riesgo, ya que no deben olvidarse en ningún momento, los peligros de iatrogenia que acompañan a muchos tratamientos médicos.

Teniendo en cuenta:

a) Que el costo correspondiente a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social española se estima en casi 600.000 millones de pesetas en 1981 (Aretes, 1981).

b) Que una parte importante de esta cifra corresponde a sueldos de médicos y consumo de fármacos.

c) Que a esta enorme cifra de la Medicina pública habría que añadir otra cifra —probablemente, no menor— correspondiente a la Medicina privada.

d) La crisis económica que atraviesa el país, y las tremendas necesidades sociales todavía sin cubrir, por ejemplo, en el campo educativo.

e) Que muchas de las costosas prestaciones realizadas por los médicos se pueden considerar, en todo o en parte, prestaciones-placebo.

Nos hemos planteado la viabilidad de un modelo que fuera capaz de brindar soluciones igualmente eficaces y más económicas en el campo de la Salud.

Para tener éxito, el modelo sanitario que proponemos precisaría de la aceptación de las siguientes premisas:

1.^a El control curativo placebo tendría que dejar de ser patrimonio exclusivo de las instancias profesionales médicas, psiquiátricas y psicológicas para pasar a ser compartido por toda la población. Este objetivo se conseguiría mediante una doble acción paralela de tipo formativo:

a) *Respecto a los ciudadanos* — Sería necesario llevar a cabo un cambio de hábitos culturales con la participación de los medios de comunicación de masas, las escuelas y las actuales instancias sanitarias, adiestrando a los ciudadanos en el conocimiento y manipulación directa —sin intervención de profesionales— de aquellos factores, internos y externos, capaces de producir efectos placebo, y enseñando a la población que, en muchas ocasiones, esta acción sustituye con ventaja a la ritual toma de fármacos a la que se encuentra acostumbrada.

b) *Respecto a los médicos* — Por una parte, éstos tendrían que limitar el uso del término “enfermo” a aquellos casos en los que, éticamente, considerasen que dicha etiqueta constituía la contribución más positiva posible al proceso curador; por otra, en todos los casos en que fuera factible deberían traspasar a los propios interesados o a profesionales no médicos —según el caso— el control y manipulación de los efectos placebo, prescindiendo siempre que pudieran de la práctica rutinaria de recetar fármacos.

2.^a Tendría que darse prioridad a las investigaciones científicas cuyo objetivo fuera el estudio de las variables y mecanismos responsables del efecto placebo.

3.^a En las Facultades de Medicina y Psicología debería otorgarse la máxima importancia, en los diseños curriculares, al estudio del efecto

placebo, ya que, probablemente, no pueda administrarse ningún tratamiento, específico o no, ni llevarse a cabo ninguna exploración —a no ser que el paciente se encuentre inconsciente— sin que los mismos se encuentren acompañados de componentes inespecíficos, placebo o nocebo, que alteren en alguna medida los resultados.

Nuestro modelo, al que denominamos *Modelo somático-conductual 2* porque sustituye al *Modelo somático-conductual* presentado con anterioridad (Bayés, 1979), incluye como factor importante a la actividad sanadora del propio paciente y puede observarse en la figura 1.

Confiamos que nuestro modelo pueda ser un paso adelante en la desmedicalización —despsiquiatrización, despseudologización— de todos los casos en los que esto sea factible, mediante el traspaso a los interesados del control de su propio efecto placebo, en línea con el pensamiento de Ribes (1980), el cual pide a los psicólogos que se planteen como uno de sus objetivos primordiales “la desprofesionalización”, concibiendo la misma como “la transferencia a los no profesionales de los procedimientos y conocimientos tecnológicos que permitan su aplicación extendida y permanente por aquellos que, tradicionalmente, han sido sólo recipientes de servicios” (pág. 23).

Cuando en el título hemos calificado al médico de placebo de lujo es porque creemos que, en muchas ocasiones, éste es, desgraciadamente su papel y que, en tal cometido, podría ser sustituido con ventaja por placebos igualmente eficaces, menos peligrosos y más económicos, y, a veces, por técnicas específicas propias de profesionales no médicos. Pero no abogamos por su supresión. En nuestro modelo el médico sigue siendo una pieza fundamental en el campo de la Salud, pero sus límites quedan restringidos a los casos en que puedan llevar a cabo una acción *profesional* eficaz.

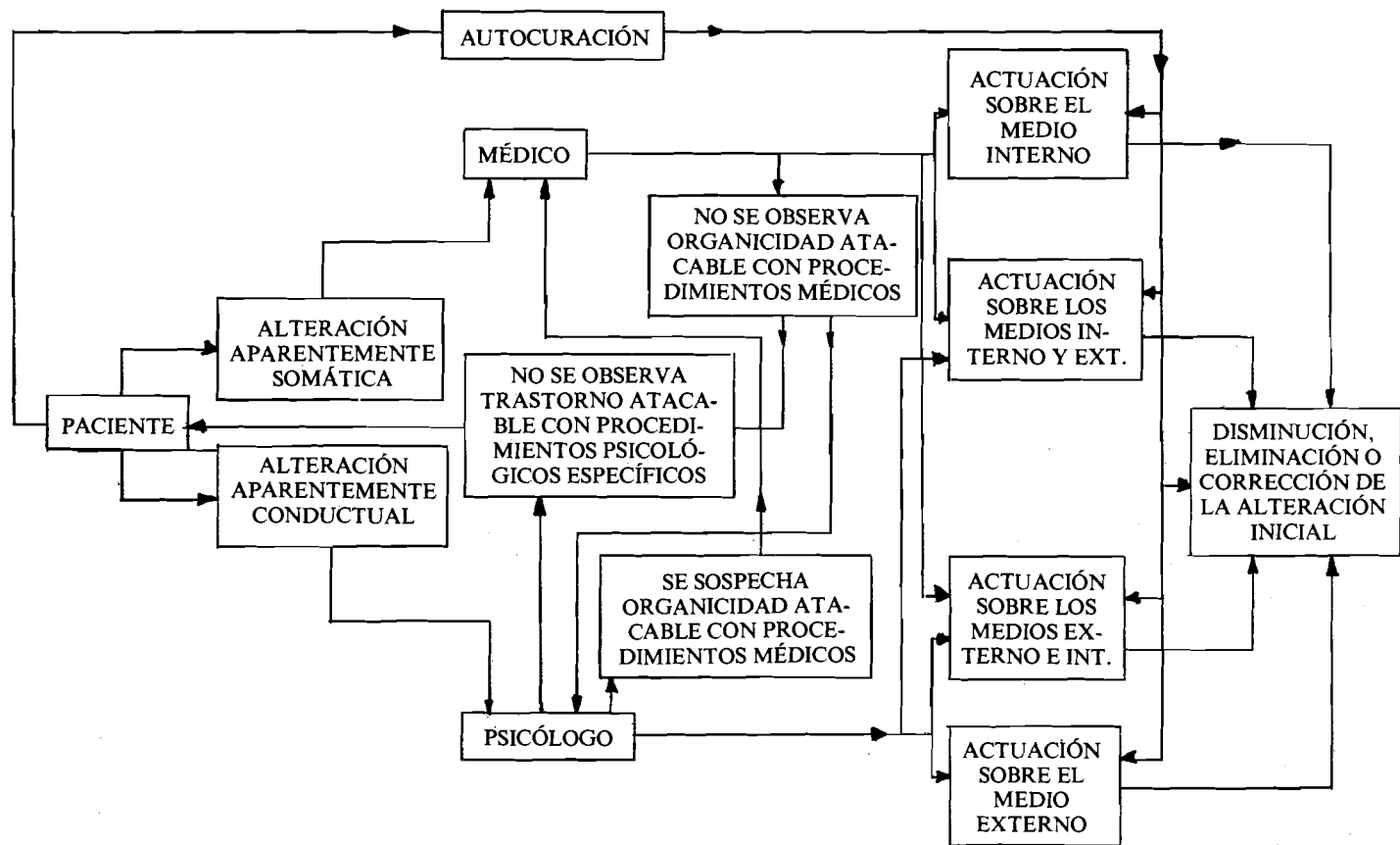


FIGURA 1. Modelo somático-conductual 2

RESUMEN

Aun cuando se reconocen los innegables avances de la Medicina en las últimas décadas, lo cierto es que un número importante de los tratamientos médicos que se administran en la actualidad son todavía, por diferentes razones, intrínsecamente inoperantes. A pesar de ello, en bastantes de estos casos, mejorías o curaciones suelen seguir a la intervención de los facultativos, lo cual no equivale, necesariamente —aunque así suela interpretarse—, a que las mismas sean debidas a las habilidades o conocimientos médicos. Se sugiere que, en otro contexto cultural, este mismo efecto curador placebo podría ser suscitado por el propio paciente sin intervención del médico, con lo que podrían abarataarse considerablemente los costes sanitarios. Se propone un nuevo modelo terapéutico con participación activa del propio paciente en el proceso curador, en el que el médico —o, en su caso, el psicólogo— sigue siendo una pieza fundamental, pero en el que se restringen sus límites de actuación a los casos en los que pueda llevar a cabo una acción profesional eficaz.

ABSTRACT

Despite recognizing the undeniable advance in Medicine during the last decades, it is pointed out that a large proportion of present day medical treatment is still, for one reason or other, intrinsically inoperative. However, in a fair number of cases, the practitioner's intervention is followed by an improvement, or even a recovery, from the condition; this should not necessarily be attributed — although it often is — to medical expertise or understanding. It is suggested that, in a different cultural context, a similar placebo healing effect could be put into operation by the patient without medical intervention, with considerable savings in health expenditure. A new therapeutic model is proposed in which the patient takes an active part in the healing process; the doctor — or the psychologist, as the case may be — remains a key figure but his role is restricted to those cases in which he is able to offer effective professional help.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAYÉS, R.: *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Barcelona: Fontanella, 1977.
- : *Psicología y medicina: interacción, cooperación, conflicto*. Barcelona: Fontanella, 1979.
- BEECHER, H. K.: "The powerful placebo". *Journal of the American Medical Association*, 1955, 159, 1602--1606.
- BONAL DE FALGAS, J.: "Información de medicamentos entre el farmacéutico de hospital y el enfermo". *XVIII Asamblea Nacional de Farmacéuticos de Hospitales*, LIADE, 1974, págs. 97-111.
- BYKOV, K. M. y KURTSIN, I. T.: *Kortiko-vitserálnia patologiia*. Traducción: *Patología cortico-visceral*. Madrid: Atlante, 1968.
- Cambio 16*, "El escándalo de las batas blancas: estafaron 100.000 millones". 1978, núm. 366, 22-32.
- DELAY, J. y PICHOT, P.: *Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant*. París: Masson, 1962. Traducción: *Manual de psicología*. Barcelona: Toray-Masson, 1966.
- EVANS, F. J.: "The placebo response in pain reduction". En J. J. BONICA (Ed.) *Pain. Advances in neurology*. Nueva York: Raven Press, 1974, págs. 289-296.
- EY, H.; BERNARD, P.; y BRISSET, C.: *Manuel de psychiatrie*. París: Masson. Traducción: *Tratado de psiquiatría* (7.^a edición). Barcelona: Toray-Masson, 1975.
- FISCHER, H. K. y DLIN, B. M.: "The dynamics of placebo therapy: a clinical study". *American Journal of Medical Science*, 1956, 232, 504-512 .
- GARCÍA SEVILLA, L.; CANALDA, G.; DE FLORES, T.; MERÍN, N.; y PÉREZ, J.: "El paper d'un laboratori de psicologia anormal dins un hospital universitari". *Annals de Medicina*, 1978, 64, 763-793.
- GOLD, H.; KWIT, N. T.; y OTTO, H.: "The xanthines (theobromine and aminophylline) in the treatment of cardiac pain". *Journal of American Medical Association*, 1937, 108, 2173-2179.

- GOLDBERG, D. P. y BLACKWELL, B.: "Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification". *British Medical Journal*, 1970, 2, 439-443.
- GONZÁLEZ DURO, E.: *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar, 1979.
- HELSBORG, H. C.: "Psychiatric investigations of patients in a medical department". *Acta Psychiatrica Scandinava*, 1958, 33, 303-335.
- HOUSTON, W. R.: "Doctor himself as therapeutic agent". *Annals of Internal Medicine*, 1938, 8, 1416-1425.
- LAÍN ENTRALGO, P.: "Hacia una terapéutica general antropológica". En P. LAÍN (Ed.) *Historia universal de la medicina* (Tomo VII). Barcelona: Salvat, 1975, págs. 232-235.
- LAPORTE, J.; DU SOUICH, P.; y ERILL, S.: "Conocimiento por parte del médico de la composición y propiedades de las especialidades farmacéuticas prescritas". *Revista Clínica de Especialidades*, 1976, 140 (3), 269-274.
- LOBO, F.: "La publicidad farmacéutica en España". *Papers. Revista de Sociología*, 1980, núm. 14, 99-132.
- MUÑOZ CALVO, S.: *Inquisición y ciencia en la España moderna*. Madrid: Editora Nacional, 1977.
- OSLER, W.: *The principles and practice of medicine*. Nueva York: Appleton, 1892.
- PARK, L. C. y COVI, L.: "Nonblind placebo trial". *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12 (4), 336-345.
- PLOTKIN, W. B.: "The role of attributions of responsibility in the facilitation of unusual experiential states during alpha training: an analysis of the biofeedback placebo effect". *Journal of Abnormal Psychology*, 1980, 89, 67-78.
- RACHMAN, S. J. y PHILIPS, C.: *Psychology and medicine*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin, 1978.
- RIBES, E.: "Consideraciones metodológicas y profesionales sobre el análisis conductual aplicado". X *Simposio Internacional de Modificación de Conducta*, junio 1980 (ciclostijado).
- ROBERTS, B. H. y NORTON, N. M.: "Prevalence of psychiatric illness in a medical out-patient clinic". *New England Journal of Medicine*, 1952, 246, 82-86.
- SHAPIRO, A. K.: "The placebo effect". En W. G. CLARK y J. DEL GUIDICE (Eds.) *Principles of psychopharmacology* (2.ª edición). Nueva York: Academic Press, 1979, págs. 441-459.

- SHAPIRO, A. K. y MORRIS, L. A.: "The placebo effect in medical and psychological therapies". En S. L. GARDFIELD y A. E. BERGIN (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis* (2.^a edición). Nueva York: Wiley, 1978, págs. 369-410.
- SHEPHERD, M.; FISHER, M.; STEIN, L.; y KESSEL, W. I. N.: "Psychiatric morbidity in an urban group practice." *Proceedings Royal Society of Medicine*, 1959, 52, 269-274.
- SIDAVON, P.: "Formation psychologique des étudiants en médecine". *Psychologie Médicale*, 1969, 1, 29-36.
- STROEBEL, C. F. y GLUECK, B. C.: "Biofeedback treatment in medicine and psychiatry: an ultimate placebo?" *Seminars in Psychiatry*, 1973, 5, 378-393.
- TIZÓN, J. L.: "Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de medicina general del Seguro de Enfermedad. Comunicación preliminar". *Medicina Clínica*, 1974, 63 (2), 72-79.
- TIZÓN, J. L.; SALAMERO, M.; DE LA LAMA, E.; DÍAZ-MUNGUIRA, J. M.; y FREIXAS, J.: "El uso del G. H. Q. en diversos medios ambulatorios y su comparación con la población general". XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Granada, septiembre 1978, págs. 27-54.
- TORO, J.; DAURELLA, N.; PENZO, W.; BASIL, C.; JORQUERA, A.; y SALMURRI, F.: *Lecciones de Psicología Médico-Social*. Barcelona: Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Barcelona, 1981.
- VALTUEÑA, J. A.: "Despreocupaciones que matan". *Jano*, 1979, núm. 363, 15.