



<http://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v69n173.66404>

# ¿ES POSIBLE UN ABORDAJE FENOMENOLÓGICO DEL EFECTO PLACEBO?

## LOS ALCANCES DEL ESQUEMA CORPORAL EN MERLEAU-PONTY



### IS A PHENOMENOLOGICAL APPROACH TO THE PLACEBO EFFECT POSSIBLE?

#### THE SCOPE OF MERLEAU-PONTY'S CORPOREAL SCHEME

FERNANDO LIBONATI\*

Universidad de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

---

Artículo recibido el 11 de junio de 2017; aceptado el 19 de septiembre de 2017.

\* [flibonati@filo.uba.ar](mailto:flibonati@filo.uba.ar) / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4497-0669>

Cómo citar este artículo:

**MLA:** Libonati, F. "¿Es posible un abordaje fenomenológico del efecto placebo? Los alcances del esquema corporal en Merleau-Ponty." *Ideas y Valores* 69.173 (2020): 143-161.

**APA:** Libonati, F. (2020). ¿Es posible un abordaje fenomenológico del efecto placebo? Los alcances del esquema corporal en Merleau-Ponty. *Ideas y Valores*, 69(173), 143-161.

**CHICAGO:** Fernando Libonati. "¿Es posible un abordaje fenomenológico del efecto placebo? Los alcances del esquema corporal en Merleau-Ponty." *Ideas y Valores* 69, n.º 173 (2020): 143-161.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

**RESUMEN**

Se comparan críticamente las teorías del condicionamiento y la expectativa. Se retoma la propuesta de Oron Frenkel a fin de juzgar si la noción de intencionalidad motriz permite establecer un marco teórico superador de las deficiencias de dichas teorías. Finalmente, se analiza la categoría de forma y los órdenes físico, vital y humano, propuestos en *La estructura del comportamiento* (1976), como abordajes alternativos. La conclusión destaca el valor de la experiencia del paciente en los ensayos y plantea la posibilidad de redefinir la noción tradicional de conciencia entendida como formación de representaciones y juicios.

*Palabras clave:* M. Merleau-Ponty, O. Frenkel, fenomenología, intencionalidad motriz, placebo.

**ABSTRACT**

The article carries out a critical comparison of the theories of conditioning and expectation. It takes up Oron Frenkel's proposal in order to determine whether the notion of motor intentionality makes it possible to establish a theoretical framework that overcomes the deficiencies of those theories. Finally, it analyzes the category of form and the physical, vital, and human orders set forth in *The Structure of Behavior* (1976) as alternative approaches. The conclusion highlights the value of the patient's experience in trials, and suggest the possibility of redefining the traditional notion of consciousness understood as the formation of representations and judgments.

*Keywords:* M. Merleau-Ponty, O. Frenkel, motor intentionality, phenomenology, placebo.

## Introducción

Una característica notable de las primeras obras de Maurice Merleau-Ponty –*La Estructura del Comportamiento* (1976) y *Fenomenología de la Percepción* (1993)– es la detallada revisión crítica de los postulados mecanicistas e intelectualistas en lo concerniente a la explicación de la percepción y el comportamiento en general, en casos normales y patológicos. La explicitación de las ambigüedades, hipótesis *ad hoc* e inconsistencias producto de dichas teorías exige una redefinición de la ontología dualista que las sustenta. No obstante, Merleau-Ponty advierte que siempre será posible un retorno del dualismo postulando nuevas hipótesis o sustratos fisiológicos para dar cuenta de las discordancias entre la teoría y la experiencia (cf. 1976 34-35, 38-44, 54-56, 77-79, 92, 118-119, 122, 182; 1993 142-143). Considerando esta advertencia, el interés por estudiar el efecto placebo radica en que, a diferencia de las patologías analizadas por el filósofo, no parece ser posible dar cuenta de sus efectos recurriendo a hipótesis *ad hoc* que permitan mantener el marco teórico de las explicaciones tradicionales.

El presente trabajo no pretende brindar un análisis exhaustivo del efecto placebo, lo cual exige un estudio interdisciplinario que excede sus objetivos. Antes bien, su propósito es destacar la insuficiencia de las explicaciones tradicionales y evaluar la posibilidad de un abordaje fenomenológico. Para ello se analizarán las nociones merleau-pontyanas de esquema corporal e intencionalidad motriz, y la distinción entre los órdenes físico, vital y humano. Si bien estas no resultarán suficientes para dar cuenta del fenómeno, permitirán destacar el valor de la experiencia del paciente en la consideración de la eficacia de la intervención a probar. La conclusión conducirá al planteo de cuestiones filosóficas como la posibilidad de redefinir la noción tradicional de conciencia.

## Definición y explicaciones clásicas

Howard Brody definió el efecto placebo como “un cambio en el padecimiento (*illness*) de un paciente atribuible a la importancia simbólica de un tratamiento, antes que a una propiedad farmacológica o fisiológica específica” (Brody cit. en de Craen, Kaptchuk, Tijssen y Kleijnen 513). Como bien señalan de Craen *et al.*, de acuerdo con esta definición, el efecto placebo no necesariamente requiere una sustancia o intervención inerte, pues bien podría suceder que el tratamiento sea activo, pero provoque un efecto no relacionado a sus propiedades específicas (cf. *ibid.*). Si bien esta definición puede considerarse correcta, resulta más adecuado, a los fines de las discusiones que se plantearán, adoptar la propuesta por Peter Gøtzsche: “[el efecto placebo es] la diferencia en el resultado entre un grupo tratado con placebo y un grupo control sin tratamiento en un ensayo imparcial (*unbiased*)” (Gøtzsche 925). En primer lugar,

la definición destaca la necesidad de un grupo control sin tratamiento, lo cual permite identificar con mayor precisión los efectos del placebo, distinguiéndolos de otras posibles causas de cambios en el organismo como el curso natural de la enfermedad, el paso del tiempo, intervenciones paralelas o regresión a la media. Al respecto, Ernst y Resch advierten la necesidad de distinguir el efecto placebo percibido del efecto placebo real (cf. 551-553). El efecto placebo percibido (observable en el grupo tratado con placebo) sería un conjunto compuesto por dos subconjuntos que habría que distinguir: el del efecto placebo real y el de los restantes efectos posibles (observables en el grupo sin tratamiento). Por otra parte, la importancia de incluir el uso de placebos en el contexto de un ensayo hace a esta definición más apropiada para destacar las insuficiencias de las teorías que tradicionalmente se postularon para explicarlo: el condicionamiento y la expectativa.

La teoría del condicionamiento sostiene que la aparición reiterada de un estímulo neutral (sustancias o procedimientos inertes) junto a un estímulo incondicionado provoca una asociación entre ambos, en virtud de la cual el estímulo neutral se convierte en estímulo condicionado (cf. Stewart-Williams y Podd 329-331). En consecuencia, este puede ocasionar la misma respuesta que la combinación de ambos, aún en ausencia del estímulo incondicionado. Anticipando una cuestión que se tratará más adelante, puede tomarse como ejemplo el trabajo de Ader y Cohen, quienes aplicaron conjuntamente una solución endulzada (estímulo condicionado) y el inmunosupresor ciclofosfamida (estímulo incondicionado) en ratas (cf. 335-337). Luego de ciertas repeticiones, la solución endulzada por sí misma, sin la administración de ciclofosfamida, produjo un descenso en la respuesta de su sistema inmunológico. En este caso, la solución endulzada o estímulo condicionado sería el placebo, y el descenso en la respuesta del sistema inmunológico, el efecto placebo.

Otro ejemplo claro de condicionamiento es el ensayo realizado por Benedetti, Amanzio y Arduino (1999) en un grupo de pacientes con tratamiento para el dolor posquirúrgico basado en analgésicos narcóticos (buprenorfina), uno de cuyos efectos secundarios es la disminución de la frecuencia respiratoria. Durante tres días los pacientes recibieron analgésicos, y una hora después de cada administración se registró su frecuencia respiratoria, que siempre descendió. Al cuarto día los pacientes ya no reportaban dolor, sin embargo, los investigadores continuaron el tratamiento dividiendo a los pacientes en cinco grupos, y a tres de ellos les informaron que recibirían una dosis más de analgésicos. De esos tres grupos, a uno le administraron placebo. Efectivamente, tal como en las mediciones previas, su frecuencia respiratoria descendió (*inducing placebo respiratory*) (cf. Benedetti *et al.* 627). Lo destacable de este resultado es que, si bien los pacientes sabían que el analgésico aliviaría

su dolor, no sabían que reduciría su frecuencia respiratoria (lo cual incluso pudo resultar imperceptible para algunos), por lo que difícilmente podrían haberlo asociado al analgésico como estímulo incondicionado y esperar que sucediera. Sin embargo, el placebo también produjo este efecto secundario de los analgésicos. Por lo tanto, parece posible sostener que el condicionamiento es independiente del conocimiento y las expectativas de los pacientes.

A pesar de los numerosos ejemplos de este tipo, existen casos que impiden caracterizar este fenómeno en términos estrictamente pavlovianos como un proceso automático de *input-output*, pues la contigüidad temporal y el número de repeticiones no bastan para lograr el condicionamiento del estímulo neutral. Por ejemplo, Siegel aplicó regularmente morfina junto con un estímulo neutral en ratas (cf. 503). Sin embargo, al aplicar el estímulo neutral sin morfina, no se obtuvo el efecto producido en las intervenciones previas. En este caso el estímulo condicionado no replicó el efecto del estímulo incondicionado al que se asociaba. Por otra parte, como lo prueban los estudios de Meissner, un placebo puede provocar modificaciones en la presión arterial de pacientes que no han sido tratados previamente (cf. 1809). Ante la insuficiencia del condicionamiento para dar cuenta de ciertos casos de efecto placebo, los críticos de esta teoría propusieron la necesidad de una mediación cognitiva en la explicación: los conocimientos o expectativas del paciente.

La teoría de la expectativa es la que históricamente ha resultado más intuitiva: las expectativas del paciente son el principal (aunque no necesariamente el único) determinante del resultado de un tratamiento (cf. Stewart-Williams y Podd 329). De manera que la relación con el médico o las características de la intervención darían lugar a creencias accesibles conscientemente que anticiparían su efecto, pudiendo aumentarlo o disminuirlo en función del tamaño o color de los comprimidos, o si en su lugar se utilizan inyecciones (cf. Uribe Roca 10). Frenkel acepta de esta teoría que el efecto placebo debe ser pensado como un acto intencional, y no como un mero reflejo producto del condicionamiento (cf. 62). No obstante, sostiene que no puede tratarse de la intencionalidad entendida como un estado mental asociado a un contenido proposicional, exclusivamente conceptual. Pues en ese caso, la teoría aceptaría que una percepción adecuada (*right perceptual cues*) (cf. Frenkel 62-63), como la de tomar una pastilla, aplicarse una inyección, o incluso la presencia del médico u otra persona, bastaría para formar una creencia consciente y específica de un efecto (beneficioso o perjudicial) que luego se produciría en el organismo. Frenkel advierte con razón que esta postura presupone un compromiso con la controvertida tesis de la causación entre estados psíquicos y fisiológicos -que es, básicamente, el problema filosófico de la interacción entre sustancias

heterogéneas en las ontologías dualistas- (cf. 63, 65, 71). Puntualmente sostiene, contra esta teoría, que la expectativa general de mejorar gracias a una intervención no es condición necesaria ni suficiente para producir el efecto placebo. No es necesaria porque el efecto se produce igualmente en pacientes que no tienen conocimiento de los procesos fisiológicos específicos involucrados en la respuesta, por lo que no podrían formar creencias que les permitan anticiparlas, como lo exige la teoría. Por otra parte, no es suficiente porque no se explica cómo un estado mental como la expectativa podría producir un efecto en el organismo (cf. *id.* 63-64). La dificultad se profundiza si se considera, con Meissner, que el efecto placebo no ocurre solo en factores subjetivos como el dolor o la depresión, sino también en procesos medibles y aparentemente autónomos como la presión arterial, el tracto gastrointestinal y el sistema respiratorio (cf. 1810-1814).

Una posible respuesta al problema de la relación entre estados mentales y procesos orgánicos fue la postulación de ciertas bases neurobiológicas del efecto placebo por parte de Levine, Gordon y Fields (1978). En su ensayo probaron que la administración de un placebo con expectativas de analgesia efectivamente reducía el dolor. Sin embargo, una inyección de naloxona bloqueaba el efecto analgésico. Puesto que la naloxona es un antagonista opioide, se concluyó que el mecanismo mediador entre la expectativa y el alivio del dolor era la liberación de opioides endógenos. Al respecto, es necesario destacar que el ensayo no contaba con un grupo control sin tratamiento, con lo cual es posible que otras causas hayan intervenido en el efecto placebo observado. Asimismo, otros estudiosos del tema sostienen que la analgesia por placebo no siempre es reversible por naloxona, y que esto sucede casi exclusivamente en casos de dolor experimental, mientras que su efecto disminuye notablemente cuando se trata de dolor clínico (cf. Moerman 104).

Ciertamente, parece difícil probar que la expectativa y la liberación de opioides intervengan en el efecto placebo. Sin embargo, ensayos realizados por Benedetti ofrecieron resultados satisfactorios. Por ejemplo, en distintos grupos de pacientes con dolor inducido experimentalmente, se aplicó a uno de ellos (el grupo control sin tratamiento) una solución salina a escondidas, que no produjo ningún alivio. Al segundo grupo se administró, también a escondidas, una inyección de naloxona, pero en lugar de aumentar su dolor (como se esperaría luego de los resultados de Levine), los pacientes no reportaron cambios. Por último, al tercer grupo se le informó que recibiría un analgésico, pero se le administró solución salina, con la diferencia de que la inyección fue aplicada a la vista de los pacientes. Efectivamente, a diferencia del grupo control, el dolor disminuyó (cf. Benedetti y Amanzio 1997). Puesto que la única diferencia entre uno y otro era el conocimiento o la ignorancia del

tratamiento que recibirían (ambos inertes), parece plausible atribuir a la expectativa la causa del alivio. Más aún, para probar la mediación de opioides, Benedetti subdividió este tercer grupo en tres. Quince minutos después de inyectada la solución salina a la vista, inyectó, esta vez sin conocimiento de los pacientes, solución salina al primer grupo, que no presentó variaciones. Al segundo grupo se inyectó en secreto naloxona, y efectivamente su dolor aumentó. Finalmente, el tercer grupo recibió, también sin conocimiento, proglumide. El proglumide bloquea la colecistokinina (una sustancia que inhibe la acción de los opioides) por lo que produce una disminución del dolor. Efectivamente, los pacientes de este grupo reportaron menos dolor que los tratados con placebo, y menos aún que los tratados con naloxona (*cf. ibd.*). Teniendo en cuenta estos resultados, parece indudable que estas sustancias intervienen en los mecanismos de control del dolor.

No obstante, tales resultados no pueden interpretarse como el descubrimiento de un sustrato anatómico del efecto placebo, pues no permiten concluir que el mismo se reduzca a la acción de opioides y sus respectivos antagonistas. Por ejemplo, un ensayo de Amanzio y Benedetti (1999) probó que la analgesia por placebo puede producirse tanto por condicionamiento como por expectativa, y estar mediada por sistemas opioides endógenos o por sistemas no opioides, respectivamente. Un último resultado relevante, también producto de un ensayo de Benedetti, Arduino y Amanzio (1999) es el que revela la especificidad somatotópica que puede alcanzar la expectativa. En este caso se inyectó capsaicina (una sustancia que produce sensación de dolor) en las manos y pies de los pacientes, y como placebo se aplicó una crema solo en una de las cuatro partes. Los sujetos reportaron alivio únicamente en la parte tratada con la crema. Ahora bien, si se acepta que la expectativa produce la liberación de opioides, y que estos son analgésicos que actúan a nivel global, aliviando el dolor en cualquier parte del cuerpo (*cf. Moerman 102*), no se explica por qué los pacientes reportan alivio solamente en una de las partes afectadas. Por lo tanto, la liberación de opioides como mediación neurobiológica no podría considerarse el único mediador del efecto placebo.

A manera de conclusión de esta sección, es necesario destacar que, si bien las teorías difieren en importantes aspectos, no son excluyentes. Por el contrario, resulta difícil probar que un efecto se deba exclusivamente al condicionamiento o bien a la expectativa. Más aún, considerando los contraejemplos mencionados respecto de cada una, podría decirse que, aunque por distintos motivos, ambas dejan sin explicación el mismo fenómeno: cómo la percepción de una intervención inerte puede producir un efecto en una localización específica del organismo, ya sea por la expectativa basada en el significado que se le atribuye, o bien por el hábito que lo asocia a una causa ya experimentada.

### **El efecto placebo como intencionalidad motriz: el problema de la relación entre significado y esquema corporal**

Luego de señalar las críticas a las posiciones clásicas, Frenkel introduce la noción merleau-pontyana de intencionalidad motriz y afirma que el efecto placebo comparte sus características: no es ni un automatismo ni un estado mental (cf. 63-64). Por su parte, aclara que el efecto placebo no es una reacción provocada por la intervención misma, que por definición es inerte, sino por los significados que se le atribuyen. Moerman y Jonas advierten la diferencia entre efecto placebo y respuesta al significado (*meaning response*), lo cual complejiza aún más el problema (cf. 2002 472). En efecto, así como el significado atribuido a una intervención inerte puede provocar un efecto (positivo o negativo), el significado atribuido a una intervención activa puede anularlo (cf. Frenkel 69; Meissner 2011 1813-1814; Moerman 2002 37; Uribe Roca 10, 14). El problema por explicar, entonces, es cómo la percepción de cierta intervención llega a tener un significado *para el organismo* –puesto que no es un significado proposicional– que puede causar u obstruir un efecto específico en el mismo.

En *Fenomenología de la percepción*, Merleau-Ponty (1993) pone de manifiesto las insuficiencias de las teorías mecanicistas e intelectualistas para luego redefinir el estatuto ontológico del cuerpo más allá del en-sí y el para-sí. Desde el abordaje fenomenológico que prioriza la experiencia vivida, ni la propiocepción ni la percepción pueden reducirse a un conjunto de procesos fisiológicos en tercera persona, o a una representación producto de una síntesis intelectual. El análisis de los casos de miembro fantasma y anosognosia permite al filósofo concluir que la relación entre percepción y motricidad excede tanto las explicaciones fisiológicas como las psicológicas (cf. Merleau-Ponty 1993 caps. 1-3). Con respecto a Schneider, un paciente con daño cerebral, sostiene

Lo que le falta no es ni la motricidad, ni el pensamiento; así, se nos invita a reconocer, entre el movimiento como proceso en tercera persona y el pensamiento como representación del movimiento, una anticipación o una captación del resultado asegurada por el mismo cuerpo en cuanto potencia motriz, un “proyecto motor” [...] una “intencionalidad motriz”. (id. 127)

El concepto de intencionalidad motriz implica que el sujeto de la percepción ya no es un yo puro que forma juicios a partir de la recepción pasiva de datos sensibles, sino el cuerpo propio entendido como conjunto de posibilidades de acción, al que los objetos se presentan originariamente en una relación pragmática en virtud de los comportamientos que puede realizar con ellos. De manera que el objeto

posee un significado comportamental o pragmático previo e independiente del acto reflexivo que le atribuye un significado proposicional (cf. García 84-127).

Desde esta perspectiva, el efecto placebo sería un caso de intencionalidad motriz puesto que, así como un objeto, en virtud de su significación motriz, se percibe como conjunto de posibilidades de acción que requieren procesos fisiológicos para llevarse a cabo, la significación motriz del placebo solicitaría los procesos fisiológicos que se observan como sus efectos. Frenkel reconoce que las respuestas a las solicitudes de los objetos percibidos se desarrollan a nivel sensorio-motor, mientras que las respuestas al placebo tienen lugar a nivel orgánico, y en ocasiones resultan imperceptibles (cf. 68). En otras palabras, la propuesta de Frenkel parece ser que, de acuerdo con la teoría merleau-pontyana, percibir un objeto o situación es percibir un conjunto de posibilidades de acción, y la intervención utilizada como placebo se percibiría como posibilidad de una determinada acción: la curación, produciendo los procesos fisiológicos necesarios a tal efecto.<sup>1</sup> Frenkel caracteriza a estas situaciones como aquellas que solicitan la curación (*affordances of healing*). Para que una situación propicie la curación –sostiene Frenkel–, es necesario que facilite el desarrollo de las actividades, que proporcione al paciente situaciones en las que puede sentir que su respuesta es apropiada a lo requerido, y que contribuya a que su cuerpo no se imponga como un límite: “En la consideración fenomenológica, un agente solo necesita sentir que su respuesta es apropiada respecto a las solicitudes impuestas por la situación, lo cual no requiere una intervención cognitiva o intelectual como exige la teoría de la expectativa” (Frenkel 68). Y más adelante: “Que una situación propicie la curación, entonces, sería que ofrezca la capacidad de mejorar el propio fluir en el mundo, ayudando así a que el cuerpo retroceda a la condición de fondo” (*ibid.*).

La idea de que el cuerpo no se presente como una mediación ni requiera atención coincide con la descripción fenomenológica de la salud dada por Merleau-Ponty en *La estructura del comportamiento*, donde conciencia, cuerpo y mundo no se distinguen (cf. 1976 264-265; Canguilhem Cap. 4). Asimismo, en *Fenomenología de la percepción* se destaca que los sujetos con patologías que afectan su motricidad necesitan tomar conciencia explícita de cada movimiento a realizar, a diferencia de la espontaneidad propia del sujeto normal (cf. Merleau-Ponty 1993 parte 1 cap. 3). Si bien esta descripción es acertada, así como las críticas al condicionamiento y la expectativa, las nociones de intencionalidad

1 “Much like any object is perceived in terms of its practical significance (doorknobs afford grasping), we must describe the *affordances of healing* that must be present in order for someone to respond to an inert intervention.” (Frenkel 68)

motriz y *affordances of healing* propuestas por Frenkel no parecen ser suficientes para dar cuenta del efecto placebo.

Con respecto a estas últimas, su caracterización resulta demasiado general y dependiente de la situación como para evaluar las intervenciones administradas como placebo en un ensayo, pues se refiere a toda percepción que provoque un sentimiento de adecuación y contribuya a que el cuerpo deje de ser un impedimento en una situación determinada (Frenkel 77 nota 2). Sin embargo, no se explica cómo el sentimiento de adecuación a una situación a nivel sensorio-motriz podría generar un proceso fisiológico tan específico como los que tienen lugar en los ensayos. En suma, estas situaciones que propician la curación o *affordances of healing* carecen de especificidad tanto como las creencias en la curación que el autor critica de la teoría de la expectativa. Por otra parte, el efecto placebo no siempre es perceptible, como lo prueba el caso de la presión arterial mencionado anteriormente, con lo cual no necesariamente dependería del sentimiento de que la respuesta se adecue a las necesidades impuestas por una situación.

La cuestión de la generalidad de lo que el autor llama *affordances of healing* conduce al segundo punto que se busca destacar del planteo, en el que podría afirmarse que radica el núcleo del problema. La noción de intencionalidad motriz remite a otro concepto fundamental de la fenomenología merleau-pontyana: el de esquema corporal. Merleau-Ponty critica la definición asociacionista del esquema corporal, según la cual este se compone de un conjunto de imágenes asociadas en el transcurso de la experiencia. Por el contrario, sostiene, se da una percepción integral del cuerpo propio, independiente de las imágenes de hecho asociadas. No obstante, el esquema corporal tampoco puede pensarse como *a priori* o estático, ya que no se trata de una conciencia de las partes del cuerpo actuales (como lo prueban los casos de miembro fantasma o anosognosia), sino de aquellas que cuentan para el sujeto como posibilidades de acción. Más bien habría que decir, entonces, que el esquema corporal es dinámico, pues se modifica en función de los hábitos, proyectos o tareas con los que el cuerpo-sujeto se dirige al mundo

Si el miembro paralizado en el anosognóstico no cuenta ya en el esquema corpóreo del sujeto, es porque el esquema corpóreo no es ni el simple calco, ni siquiera la consciencia global de las partes del cuerpo existentes y que ese se las integra activamente a sí en razón de su valor para los proyectos del organismo (cf. Merleau-Ponty 1993 117).

Podría decirse que el esquema corporal es la integración intersensorial por la que percepción y motricidad se unifican en vistas a una acción con un significado pragmático. La articulación de este conjunto de movimientos no es un acto consciente, y, sin embargo, posee la

plasticidad necesaria para responder con el mismo sentido a diferentes situaciones, lo que la distingue también del mero reflejo. Ahora bien, tanto los movimientos atribuibles al esquema corporal como aquellos que contribuyen a configurarlo tienen lugar a nivel sensorio-motor, no a nivel orgánico. Sin embargo, Frenkel sostiene que este comportamiento sensorio-motriz puede extenderse a lo fisiológico: “Mientras que Dreyfus y Merleau-Ponty se centran principalmente en los fenómenos sensorio-motores, pienso que podemos generalizar la descripción al sentido más amplio de lo fisiológico” (68). En esta afirmación radica el problema que se pretende explicitar y criticar, proponiendo que el marco teórico de la fenomenología de la corporalidad, y en particular el concepto de esquema corporal, no permiten justificar esta generalización.

Para discutir este punto es oportuno referirse al trabajo de Shaun Gallagher, quien realiza un estudio interdisciplinario con importante apoyo empírico a fin de distinguir los conceptos de imagen corporal y esquema corporal. Si bien, como se mencionó, el esquema corporal es una percepción integral del cuerpo, eso no implica que incluya la percepción puntual de cada uno de sus órganos. Al respecto, Gallagher sostiene

De hecho, fenomenológicamente es imposible tener conciencia de algunas partes o funciones específicas de lo que objetivamente es el cuerpo propio –por ejemplo, ciertos órganos internos, glándulas suprarrenales, o el sistema de activación reticular–. Más precisamente, esas no son partes o funciones de ‘mi propio’ cuerpo, en un sentido fenomenológico o experiencial. (29)

En primer lugar, el efecto placebo implica un proceso fisiológico específico y localizado. Por el contrario, la intencionalidad motriz o el esquema corporal se caracterizan justamente por no ser una secuencia de acciones específicas, sino por la generalidad y plasticidad que permiten responder con el mismo sentido a diferentes situaciones. En segundo lugar, el esquema corporal es la unificación intersensorial en vistas a un objeto percibido como acción o tarea, lo cual ciertamente presupone procesos fisiológicos para llevarse a cabo; sin embargo, dichos procesos son un medio para realizar una acción a nivel sensorio-motriz (cf. Gallagher 33). En el efecto placebo, en cambio, la acción o tarea consistiría en el proceso fisiológico mismo, y en ese caso habría que explicar qué valor pragmático podría tener para el sujeto un proceso del que jamás ha tenido experiencia, y cómo la intervención aplicada podría requerirlo. Pues la significación práctica viene dada por los comportamientos adquiridos en la interacción con el objeto, es decir que depende de la estructura temporal de la experiencia (cf. Merleau-Ponty 1993 102-103). Sin embargo, el efecto placebo ocurre en pacientes que no han sido tratados previamente con la intervención utilizada en el

ensayo. Finalmente, aun aceptando esta posición, no se explicaría por qué en ocasiones el efecto placebo ocurre luego de un período de tiempo considerable, mientras que en otras no tiene efecto, y en otras incluso puede resultar perjudicial (efecto nocebo).

Teniendo en cuenta lo expuesto, parece posible sostener que la noción de intencionalidad motriz o esquema corporal no bastan para dar cuenta del significado corporal a un nivel tan específico como el de los procesos ocasionados por el efecto placebo. Para retomar el ejemplo de Frenkel: la intencionalidad motriz puede explicar la destreza de un jugador de tenis o de quien abre una puerta sin poner toda su atención en ello porque se trata de actividades sensorio-motrices (cf. 68), pero no puede explicar la liberación de opioides endógenos ante la percepción de un comprimido o una inyección. Como apoyo a esta postura podría citarse un trabajo de Meissner, Distel y Mitzdorf que registra una mayor respuesta al placebo en parámetros físicos en comparación con parámetros bioquímicos. La conclusión de los autores destaca los mismos aspectos que hemos objetado a la generalización propuesta por Frenkel: la ausencia de una experiencia sensorial o *feedback* de los cambios (o el desfase temporal entre estos y su percepción), y la falta de especificidad en las respuestas. En un pasaje que resulta necesario citar completo, Meissner, Distel y Mitzdorf sostienen:

Aunque muchos parámetros bioquímicos también son modulados por el sistema nervioso autónomo, existen varias razones para que sean menos sensibles al placebo. En primer lugar, los pacientes pueden tener poco o ningún *feedback* sensorial visceral o somático que les permita monitorear cambios en parámetros como el factor de crecimiento similar a la insulina tipo-1 o el colesterol, ya sea que ocurran espontáneamente o inducidos por tratamiento. En segundo lugar, incluso en casos donde la concentración real de un parámetro bioquímico puede ser estimada por el paciente (por ejemplo, nivel de glucosa en sangre), la falta de especificidad de los síntomas en los que se basan estas estimaciones, y en consecuencia la dificultad para identificar una mejora espontánea, pueden impedir que ocurra el condicionamiento. Por ejemplo, la variación de los niveles de glucosa en sangre puede afectar la sed, el hambre y la sequedad de la boca; síntomas que están influenciados también por otros factores, principalmente la ingestión de alimento y agua. En tercer lugar, la latencia entre los cambios de parámetros espontáneos y la percepción de la mejoría pueden ser demasiado largas como para proporcionar un *feedback* contingente, por ejemplo, la actividad fibrinolítica en la recuperación de úlceras venosas en las piernas. Por lo tanto, la mayoría de los parámetros bioquímicos pueden carecer de un elemento esencial para que se produzcan efectos placebo, a saber, la experiencia de mejoras momentáneas debidas a cambios autónomos. (8)

### ¿Es posible dar cuenta del efecto placebo a partir de la categoría de forma y la distinción entre los órdenes físico, vital y humano?

Una posible respuesta a la cuestión de la percepción del significado sería pensar que este no siempre requiere de una experiencia previa “sedimentada”, como lo prueban los casos de efecto placebo en pacientes sin tratamiento previo. Por ejemplo, en *Las relaciones del niño con los otros*, Merleau-Ponty muestra que un niño comprende el significado “amistoso” de una sonrisa sin necesidad de haberla percibido previamente o haber tenido una vivencia de su propia sonrisa (cf. 1959 36-39). No obstante, esta explicación basada en la empatía podría dar cuenta de la atribución de significado, pero no de los efectos producidos a nivel orgánico.

Otra alternativa sería recurrir al *feedback* visual. En este caso, la percepción de un objeto significativo podría bastar para aliviar el dolor, como lo prueban las experiencias realizadas por Ramachandran y Rogers-Ramachandran en sujetos con miembros amputados (cf. 319). La llamada “terapia de la caja espejo” consiste en pedir a los pacientes que coloquen el muñón dentro de una caja que les impide verlo, para luego observar un espejo colocado entre esta y el miembro normal. La imagen en espejo del miembro normal es percibida como la del miembro amputado, y el paciente reporta un alivio del dolor e incluso la recuperación de la motricidad. Sin embargo, en este caso se trata de una potencia motriz –el miembro con el que el paciente realizaba sus tareas–, es decir, un comportamiento adquirido que actualmente cuenta para el paciente como una posibilidad de acción de la que puede recibir un *feedback* visual. Muy distinto es el caso de la percepción de una intervención clínica o quirúrgica con las que jamás ha experimentado y a las que, por lo tanto, no puede asignar una significación práctica, y cuyos efectos no pueden reportar un *feedback* sensorial.

Finalmente, se podría sostener que se trata de un fenómeno como la vergüenza o las emociones en general. En este caso la percepción de una persona, aunque quizá nunca vista, basta para producir un proceso fisiológico como el aumento del ritmo cardíaco. Sin embargo, esta analogía no explica la efectividad, neutralidad o perjuicio del efecto placebo en pacientes cuyas intervenciones se aplican a escondidas. Además, nuevamente sería una explicación demasiado general y dependiente de la situación que no podría distinguirse de la teoría de la expectativa.

Por lo visto, es necesario volver a preguntarse cómo el cuerpo proyecta y percibe el significado que atribuye al objeto utilizado como placebo, ¿cómo un objeto percibido por primera vez puede tener un significado tal que provoque un efecto no experimentado antes por el sujeto? Frenkel mismo se pregunta cómo puede intervenir sobre una región cerebral en particular en lugar de otra, o incluso en otro órgano:

Nuestra biología anticipa ciertos estímulos y, en lo que permanece siendo un misterio, el proceso fisiológico apropiado es orientado hacia la respuesta de manera que simultáneamente permite ciertas percepciones, pero también contribuye a las condiciones que limitan el fenómeno, al igual que la arquitectura biológica de un ojo permite y restringe lo que se puede ver. (69-70)

Pero si se postula la idea de significado corporal como superadora de las explicaciones por expectativa y condicionamiento, la propuesta no será más satisfactoria si se admite sin más que “misteriosamente”, la biología anticipa el estímulo y el organismo responde con un proceso fisiológico apropiado, pues es justamente lo que se necesita explicar. Admitir que el significado corporal es un misterio solo porque no puede explicarse por mecanismos presupone concebir al organismo como un conjunto de procesos fisiológicos que solo reaccionan al movimiento transmitido previamente por otros procesos, de manera que el significado pertenecerá a otro orden, cuya relación con el primero permanecerá incomprendible (cf. Merleau-Ponty 1976 281). Frenkel mismo reconoce que la idea de una significación biológica propuesta en su trabajo conduce a cuestiones que van más allá de sus objetivos: “¿por qué el cuerpo aprende ciertos hábitos de ciertas maneras: por qué en algunos casos se comporta de acuerdo con el modelo de condicionamiento y en otros en oposición a él?” (Frenkel 71).

En los dos primeros capítulos de *La estructura del comportamiento* se prueba que hay una significación biológica del estímulo, un significado para el organismo sin mediación representacional, y que este solo se comprende por la noción de forma o estructura (cf. Merleau-Ponty 1976). De ahí que la respuesta no dependa de las propiedades materiales del estímulo, sino de sus propiedades formales, que el organismo “selecciona” en función del movimiento o tarea a realizar en una situación pragmática específica. La significación biológica del estímulo no puede ser explicada por el mecanicismo ni por el intelectualismo más que recurriendo a hipótesis *ad hoc* que conducen a una regresión al infinito (cf. *id.* caps. 1 y 2). Si el problema del placebo remite inevitablemente al significado, el marco teórico para abordarlo necesariamente debe contar con las nociones de forma y estructura, que la teoría clásica del reflejo (basada en una ontología dualista) no puede explicar.

La categoría de forma es aplicable al orden físico, vital y humano, y da cuenta de la reorganización que permite mantener un equilibrio y elaborar una respuesta unívoca ante diferentes situaciones; asimismo, expresa la existencia de una significación para el organismo sin recurrir al vitalismo. La cantidad, el orden, y el valor o significado (correspondientes a la materia, la vida y el espíritu respectivamente) constituyen

formas con diferentes grados de integración, pero no son sustancias heterogéneas. En el orden físico, el equilibrio se realiza respecto a ciertas condiciones exteriores dadas, ya sean topográficas o dinámicas. En las estructuras orgánicas o vitales, el equilibrio no se obtiene de las condiciones presentes o reales, sino respecto a condiciones virtuales: el organismo modifica su medio, exterioriza sus normas, no se limita a buscar un equilibrio bajo las condiciones dadas; los comportamientos privilegiados no pueden entenderse como las acciones más económicas o simples, ni explicarse por los estímulos presentes. El organismo se reorganiza y elabora la respuesta en vistas a una tarea. En el orden humano, los objetos pueden formar una estructura no solo debido a su significación biológica, sino también por su significación cultural, que, en virtud del trabajo, constituye un medio original del que emergen nuevos comportamientos (*cf.* Merleau-Ponty 1976 cap. 3).

Teniendo en cuenta las propiedades de los órdenes expuestos, podría pensarse el placebo como un objeto cultural, cuya percepción remite al “sentido del trabajo que lo ha producido” (*id.* 239). Así se comprendería que adquiera un significado relacionado a la curación, y que su percepción pueda ocasionar un efecto en el organismo, no limitado a sus propiedades materiales, sino en virtud de sus propiedades formales y del contexto de la consulta médica. Esta parece ser la única respuesta posible desde un abordaje fenomenológico, aunque ciertamente resulta poco satisfactoria. Pues, en primer lugar, no da cuenta de la especificidad y localización de las reacciones. En segundo lugar, si se tiene en cuenta que la categoría de forma remite al establecimiento de un equilibrio, no se explica que en ocasiones los efectos del placebo no sucedan o, peor aún, que resulten perjudiciales para el paciente. Finalmente, si la significación cultural es exclusiva del trabajo humano, no se explica cómo el efecto placebo se produce también en animales.

Ahora bien, ante la variedad de condiciones que afectan la eficacia del placebo, es necesario preguntarse qué determina que ciertos elementos formen una estructura. De acuerdo con las propiedades del orden vital, se podría afirmar que depende de la proyección de un medio en el que determinados objetos adquieren significado. Pero esta respuesta remite a una pregunta formulada por Merleau-Ponty en sus cursos sobre la naturaleza, y que refiere a una cuestión ontológica: “¿Pero qué es el sujeto que proyecta un *Umwelt* (mundo circundante)?” (1995 231). En efecto, si definitivamente el efecto placebo no está mediado por una representación intelectual, la proyección del medio –un término que, en este contexto que excede lo biológico, requiere aclaración– no puede atribuirse a un yo que tenga conciencia tética de sus actos intencionales. Con lo cual parece inevitable considerar la posibilidad de reconocer que los procesos orgánicos obedecen a la estructura figura-fondo, tomada necesariamente

del mundo fenoménico o percibido (*cf.* Merleau-Ponty 1976 138-140, 151-152, 204-205), y admitir que este modo de conciencia –distinto al de la formación de representaciones y juicios– permite explicar una capacidad de proyección más específica que la sensorio-motriz. En suma, esta conclusión puede considerarse una explicitación de la pregunta por un significado corporal sin previa mediación experiencial.

En fin, tanto las críticas de Frenkel a las teorías clásicas como su propuesta pueden considerarse adecuadas, en el sentido de que el fenómeno del efecto placebo es un problema de significado que, si bien tiene efectos objetivos y medibles, no puede ser explicado por leyes, ya que depende de la experiencia particular del paciente. Mientras se permanezca en el dualismo, el efecto placebo se presentará como un efecto sin causa al que no puede atribuirse ningún sustrato anatómico. Sin duda el descubrimiento de los mecanismos mediadores constituye un avance en la fisiología, pero no puede considerarse una respuesta satisfactoria porque solo desplaza el problema: basta con preguntarse por qué una intervención inerte con determinadas características induce la liberación de opioides endógenos. ¿Por qué –como preguntaba Frenkel– se liberan opioides y no otras sustancias? ¿Cómo es que a una intervención mental se le impone una mediación neurobiológica que la limita a actuar en ciertos órganos y no en otros? Inmediatamente se ve que exigir una explicación causal implica una regresión al infinito: habrá que postular siempre nuevos mecanismos mediadores, cuya relación con las expectativas o el condicionamiento seguirá siendo un misterio por ser irreductible al orden del en-sí. Merleau-Ponty advierte que el dogmatismo del mecanicismo conduce al dogmatismo del vitalismo:

Es inconcebible –tal el argumento mecanicista– que una acción física o química existente no tenga sus condiciones reales en otras acciones físicas y químicas. Pero –es el argumento vitalista– al suponer cada reacción química constante en el organismo [...] un contexto estable, el que a su vez supone otro, la explicación fisicoquímica parece siempre diferida; al no estar incondicionada ninguna ley, no se advierte cómo podrían estarlo todas juntas, y, como de hecho existen organismos, parece necesario relacionar la multiplicidad de los fenómenos con el acto simple de un impulso vital que los pone a todos juntos. (1976 224)

Ciertamente la variedad de efectos y las dificultades éticas y metodológicas de los ensayos no permiten sostener una explicación que dé cuenta de la generalidad y la particularidad del fenómeno. Y, si bien las categorías fenomenológicas no parecen suficientes para dar cuenta del mismo (aunque sería interesante continuar el análisis en busca de nuevas interpretaciones), los ensayos con placebo permiten concluir que la experiencia del paciente ya no puede desestimarse como mera apariencia, desde que

el valor terapéutico del placebo fue reemplazado por su valor metodológico, convirtiéndose en el *gold standard* de prueba de la eficacia de los tratamientos. En efecto, el objetivo de los ensayos es aislar el efecto *real* del tratamiento, entendiendo por real aquello que actúa en mecanismos subyacentes, en el orden del en-sí, independientemente del contexto y de la experiencia del paciente. Si eventualmente resultara que los efectos del grupo placebo fueran iguales a los del grupo activo –lo que se denomina paradoja de la eficacia (Walach 1874)–, el medicamento se consideraría ineficaz por no distinguirse de efectos atribuibles a otras causas o factores subjetivos. Ahora bien, como apoyo a la necesidad de un abordaje fenomenológico del problema, es importante destacar que a pesar de que la finalidad del ensayo es contraponer los mecanismos objetivos frente a la experiencia de los pacientes, relativizada como mera apariencia, lejos de poder prescindir de esta última, resulta necesaria en calidad de fenómeno originario sobre el que se determinan y eventualmente aíslan los mecanismos subyacentes objetivos.

### Conclusión

El efecto placebo puede considerarse una atestiguación empírica de la insuficiencia del mecanicismo y, en general, de la ontología dualista, para dar cuenta de los procesos fisiológicos. La presentación de las explicaciones clásicas con sus objeciones y contraejemplos ha permitido concluir que ambas se basan en una ontología dualista que presenta importantes desacuerdos con la experiencia. La consideración de la propuesta de Frenkel exigió un análisis del alcance del esquema corporal, cuyo resultado no permite justificar la generalización de la intencionalidad motriz a nivel sensoriomotor hasta los procesos fisiológicos específicos producto de las intervenciones con placebo. Finalmente, a partir de la categoría de forma y la distinción de los órdenes físico, vital y humano, se planteó la posibilidad de reconocer la estructura figura-fondo en los procesos fisiológicos, lo cual conlleva a una redefinición de la noción tradicional de conciencia. Sin embargo, tampoco resultaron suficientes para dar cuenta del fenómeno. Con todo, el análisis ha permitido destacar el valor de la experiencia del paciente en la evaluación de la eficacia del tratamiento, como posibilidad de aislar los mecanismos subyacentes que se buscan en los ensayos.

### Bibliografía

- Ader, R., and Cohen, N. "Behaviorally Conditioned Immunosuppression." *Psychosomatic Medicine* 37.4 (1975): 333-340.
- Benedetti, F., and Amanzio, M. "The Neurobiology of Placebo Analgesia: From Endogenous Opioids to Cholecystokinin." *Progress in Neurobiology* 52 (1997): 109-25.

- Benedetti, F., and Amanzio, M. "Neuropharmacological Dissection of Placebo Analgesia: Expectation-Activated Opioid Systems versus Conditioning-Activated Specific Subsystems." *The Journal of Neuroscience* 19.1 (1999): 484-494.
- Benedetti, F., Amanzio, M., and Arduino, C. "Somatotopic Activation of Opioid Systems by Target-Directed Expectations of Analgesia." *The Journal of Neuroscience* 19.9 (1999): 3639-3648.
- Brody, H. *Placebos and the Philosophy of Medicine. Clinical, Conceptual, and Ethical Issues*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- Canguilhem, G. *Lo Normal y lo Patológico*. Trad. Ricardo Potschart. México: Siglo XXI, 2011.
- de Craen, A. J., Kaptchuk, T. J., Tijssen, J. G., and Kleijnen, J. "Placebos and placebo effects in medicine: historical overview." *Journal of the Royal Society of Medicine* 92.10 (1999): 511-515.
- Ernst, E., and Resch, L. K. "Concept of True and Perceived Placebo Effects." *Education & Debate* 311.7004 (1995): 551-553.
- Frenkel, O. "A Phenomenology of the 'Placebo Effect': Taking Meaning from the Mind to the Body." *Journal of Medicine and Philosophy* 33 (2008): 58-79.
- Gallagher, S. *How the Body Shapes the Mind*. New York: Oxford University Press, 2005.
- García, E. A. *Maurice Merleau-Ponty. Filosofía, Corporalidad y Percepción*. Buenos Aires: Editorial Rhesis, 2012.
- Gotzsche, P. C. "Is there logic in the placebo?" *Lancet* 344.8927 (1994): 925-926.
- Levine, J. D., Gordon, N. C., and Fields, H. L. "The Mechanism of Placebo Analgesia." *Lancet* 2.8091 (1978): 654-657.
- Meissner, K. "The Placebo Effect and the Autonomic Nervous System: Evidence for an Intimate Relationship." *Philosophical Transactions of the Royal Society* 366 (2011): 1808-1817.
- Meissner, K., Distel, H., and Mitzdorf, U. "Evidence for Placebo Effects on Physical but not on Biochemical Outcome Parameters: a Review of Clinical Trials." *BMC Medicine* 5.3 (2007): 1-11.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Las Relaciones del Niño con los Otros*. Trad. Irma Bocchino de González. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, 1959.
- Merleau-Ponty, Maurice. *La Estructura del Comportamiento*. Trad. Enrique Alonso. Buenos Aires: Hachette, 1976.
- Merleau-Ponty, M. *Fenomenología de la Percepción*. Trad. Jem Cabanes. Barcelona: Planeta-Agostini, 1993.
- Merleau-Ponty, Maurice. *La Nature. Notes de Cours du Collège de France*. Paris: Éditions du Seuil, 1995.
- Moerman, D. E. *Meaning, Medicine and the Placebo Effect*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Moerman, D. E., and Jonas, W. B. "Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response." *Annals of Internal Medicine* 136.6 (2002): 471-476.

- Ramachandran, V. S., and Rogers-Ramachandran, D. "Phantom Limbs and Neural Plasticity." *Neurological Review* 57.3 (2000): 317-320.
- Siegel, S. "Evidence from Rats that Morphine Tolerance is a Learned Response." *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 89.5 (1975): 498-506.
- Stewart-Williams, S., and Podd, J. "The Placebo Effect: Dissolving the Expectancy Versus Conditioning Debate." *Psychological Bulletin* 130.2 (2004): 324-340.
- Uribe Roca, C.M. "El Efecto Placebo en la Medicina del Siglo XXI." *Geriatría Clínica* 4.1 (2010): 8-20.
- Walach, H. "Placebo controls: historical, methodological and general aspects." *Philosophical Transactions of the Royal Society* 366.1572 (2011): 1870-1878.