

REVISIÓN SOBRE LOS EFECTOS PLACEBO

Y SU INCIDENCIA EN EL CAMPO

DE SALUD

J. Gil Roales-Nieto*

M. C. Luciano Soriano*

DEFINICION Y DELIMITACION DEL TERMINO PLACEBO

La palabra *placebo* es la traducción latina de la palabra hebrea *ethalech*, cuyo significado era complacer, agrandar. Bayés (1982) recoge lo que vendría a ser las primeras referencias de la utilización médica del concepto placebo. Por ejemplo, en el *Quincy Lexicon* de 1787, se define el placebo como un tipo de medicamento o técnica o método, no medicamentoso, que es utilizado por los médicos con el objetivo de complacer al paciente, más que de beneficiarle, dada la inoperancia terapéutica de tal artificio.

Actualmente, entendemos tanto en psicología como en medicina y enfermería, por placebo todo aquel tratamiento, o parte de un tratamiento, que sea cual fuere su naturaleza (farmacológica, verbal, ambiental...), es susceptible de producir efectos curativos en pacientes, sin que posea en sí mismo capacidad específica demostrada para ello. A esta definición más frecuente, habría que añadir otro aspecto o posibilidad de ocurrencia de efectos placebos, por cierto jamás frecuente en la clínica y medios hospitalarios. Nos referimos a cuan-

do el mismo efecto placebo de curación «sin explicación», sucede en forma no deliberada sino como un componente o fenómeno inseparable, y presente, de toda *relación terapéutica* médico-paciente, enfermero-paciente y/o psicólogo-paciente.

Tradicionalmente se ha considerado que el efecto placebo, actúa a través de desconocidos «mecanismos psicológicos», que serían los causantes de los efectos terapéuticos que son capaces de producir sustancias inertes o procedimientos inocuos, que por sí mismo son inactivos terapéuticamente. Tal vez resulte de más ayuda considerar el efecto placebo como una relación conductual entre el enfermo y los profesionales que le atienden y el ambiente en que está siendo tratado.

En la práctica clínica médica, de enfermería y psicológica, el efecto placebo es utilizado y sucede accidentalmente, mucho más de lo que es confesado y aceptado. Deliberadamente provocada o no, lo que en otras terminologías ha sido denominado como *sugestión*, *autosugestión*, *confianza en sí mismo*, etc., así como la prescripción de medicamentos y aplicación de tratamientos cuyo efecto es inespecífico, general o simplemente fortalecedor (reconstituyentes, etc.), son eventos que ocurren con frecuencia en pacientes que:

a) no presentan indicios detectables de alteración, daño o desequilibrio orgánico que expliquen razonablemente su enfermedad o trastorno;

b) no exista posibilidad, por las razones que fueren, de administrar un tratamiento «efectivo»;

c) presenten dolor o enfermedades claras y obvias, pero se pretenda comprobar el poder curativo de los efectos placebo.

En dichos casos, ha quedado claro en numerosas ocasiones cómo dichos pacientes respondían positivamente experimentando alivio o mejoría en sus trastornos. Alivio y mejoría que no podía ser adjudicada al «tratamiento» aplicado, dado que sus componentes específicos carecían del efecto propio necesario. La mejoría o alivio de los pacientes a través de efectos placebo, confirmaría en el caso de a) la naturaleza «psicológica» (1) de los supuestos trastornos orgánicos que presentaban, y en b) y c) el componente conductual que todo trastorno somático conlleva, y a través del cual operaría el efecto placebo.

(1) En tanto que aceptamos que el efecto placebo es un fenómeno que opera conductualmente. Resulta revelador considerar que existen estimaciones (Bayés, 1982) de que entre el 22 y el 60 por 100 de los enfermos que visitan las consultas médicas, son funcionales o psicológicos, y que sobre el 30-40 por 100 de la farmacopea tiene una acción débil o nula (Bayés, 1979).

* Dpto. Psicología. Universidad de Granada

ESTUDIOS SOBRE EL EFECTO PLACEBO

Un considerable número de estudios, unos más y otros menos controlados, ha puesto de manifiesto reiteradamente el fenómeno clínico del efecto placebo. Revisaremos a continuación los más importantes.

En fechas tan tempranas como los años treinta, ya Gold, Kwit y Otto (1937), demostraron el importante papel que

juega la confianza del médico en el tratamiento que aplica, en los resultados que obtiene y cómo esto influye de alguna manera en el paciente. Diehl (1940), realizó un experimento con dos grupos de personas vacunando a uno de ellos contra el catarro con vacunas reales, y al otro con un placebo (inyecciones de solución salina inerte). Todos los individuos de los dos grupos creyeron ser vacunados realmente, ya que así se les informó. El número de

catarros contraídos durante los meses siguientes se redujo en el grupo de vacuna real en un 55 por 100, y en el grupo placebo en un 61 por 100. Por su parte, Wolf y Wolf (1947), informaron de un paciente quien, tras tomar prostigmina, mostró en efecto las reacciones típicas esperadas al fármaco: calambres abdominales, diarrea, hipersecreción e hipermotilidad estomacal, etc. Pues bien, las mismas reacciones ocurrieron cuando el fármaco se cambió



por un placebo (agua y cápsulas de lactosa), sin que se informara al paciente, y aún la misma reacción apareció cuando el placebo se cambió por la administración de sulfato de atropina, que posee efectos inhibidores de la función gástrica, igualmente sin que el paciente lo supiera.

Lasagna *et al.* (1954), informaron que de un 30 a un 40 por 100 de los pacientes postquirúrgicos con dolores fuertes y persistentes, se sintieron aliviados tras serles administradas inyecciones de solución salina que ellos creían de morfina. Beecher (1955) revisó 26 investigaciones diferentes, con un total de 1.082 sujetos, con problemas como dolores postoperatorios graves, anginas de pecho, cefaleas, resfriados comunes, cinetosis, etc., encontrando que en un 30 a 40 por 100 de los casos, y a veces hasta un 50 por 100, mejoraban notablemente al serles administrados placebos que creían fármacos activos. El mismo autor (Beecher, 1959), en otro estudio determinó que sobre un 35 por 100 de los pacientes postquirúrgicos, experimentaban alivio con placebos que creían morfina.

Fischer y Dlin (1957) determinaron que podía funcionar como placebo cualquier cosa que se ofreciera con intención terapéutica. Esta generalidad del efecto placebo parece confirmarse con el extenso estudio realizado por Hans, Fink y Hartfelder (1963). Estos autores revisaron una gran cantidad de investigaciones sobre efectos placebo, que representan un elevado número de pacientes con diversos problemas. Los resultados obtenidos hablan de que: a) de 25 estudios sobre dolor crónico y agudo, con un total de 961 pacientes, el 28,2 por 100 obtuvieron alivio importante con placebo; b) de 4.588 pacientes con cefalea, el 61,9 por 100 mejoró con placebos; c) de 4.988 pacientes con migraña, un 32,3 por 100

mejoró igualmente a través de relaciones placebo; d) entre 135 pacientes calificados como «neuróticos», un 34 por 100 respondió al placebo; y e) de 828 pacientes calificados como «psicóticos» un 19 por 100 respondió favorablemente a la administración de placebos.

Park y Covi (1965), ofrecen los datos más dramáticos conseguidos sobre el efecto placebo. En su estudio, ya clásico, quince sujetos calificados como «neuróticos» fueron informados que el medicamento que se les iba a administrar tan sólo consistía en «píldoras de azúcar» sin ningún otro fármaco, pero que estas píldoras habían resultado efectivas en otros casos. De los quince pacientes, 13 mejoraron en sus síntomas en una estimación del 40 por 100, y de ellos cuatro afirmaron que era la medicina más eficaz que habían tomado en su vida. Incluso, tres de ellos se quejaron de efectos secundarios provocados por el «tratamiento». Estos datos confirmarían de nuevo la afirmación de Fischer y Dlin (1957).

Más recientemente (Béraud, 1970), se ha informado que, aproximadamente la mitad del consumo de medicamentos en Francia, se hace a base de tónicos, reforzantes o facilitadores digestivos, cuya acción farmacológica es inespecífica (citado por Bayés, 1982).

Y por si todos los datos anteriores no fueran suficientes para considerar la importancia del efecto placebo, hemos constatado que, hasta tal punto los placebos se «convierten» en eficacísimos *medicamentos*, que incluso no se privan como tales ni de generar los consabidos efectos secundarios (yatrogénicos), que buena parte de ellos poseen. Un buen número de estudios lo ha reflejado. Por ejemplo, ya mencionamos más arriba cómo tres de los pacientes mejorados con placebo, en el estudio de Park y Covi (1965), sufrían de efectos secundarios. En el estudio citado de Beecher

(1955), aparecieron en un 15 por 100 de los pacientes que mejoraron con placebo efectos secundarios indeseables tales como sequedad de boca, náuseas, somnolencia, dificultades de concentración, etc. Los cuales desaparecieron al retirar la *medicación*. También Wolf y Pinsky (1954) informan de la aparición de náuseas en un caso y de erupciones cutáneas en otro (que un dermatólogo calificó como «una típica dermatitis medicamentosa»), provocadas por el placebo, y que desaparecieron al retirar la «medicación».

Haas, Fink y Hartfelder (1963), nos informan de hasta 14 estudios donde los efectos placebo comportaron lo que Bayés (1982) denomina «efectos nocebo», esto es, los efectos secundarios indeseables que estamos revisando. Mareos, vértigos y aturdimiento aparecieron hasta en un 66 por 100 de los pacientes de algunos estudios; somnolencia y apatía en hasta un 50 por 100. Por último, Karkalas y Lal (1970) encontraron, asimismo, que en seis de los 19 pacientes de su estudio, aparecieron náuseas y vómitos como efectos «yatrogénicos», que desaparecieron al retirar el «tratamiento».

No es nuestra intención en este artículo, hacer una revisión completa del trabajo realizado sobre los efectos placebo y las respuestas al placebo. Otras cuestiones del mismo han sido sistemáticamente estudiadas. Cuestiones tales como: a) qué tipos de sustancias, actuaciones o formas de administración, resultan en un efecto placebo más notorio y rápido; b) en qué tipo de personas (con qué características conductuales) parece tener más efecto las relaciones placebo; y c) en qué tipos de enfermedades y trastornos aparecería con más frecuencia. Tales aspectos permanecen todavía a debate y se hacen merecedores de un tratamiento monográfico más exhaustivo que en una exposición

general como la presente, no podemos realizar.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Dado que las posibilidades de establecimiento de contingencias accidentales, o relaciones erróneas causa-efecto, entre las conductas o eventos relativos al proceso terapéutico en sí, y el proceso de recuperación del paciente, son casi ilimitadas, la probabilidad de aparición de efectos placebo resulta muy elevada, sean o no buscados y deseados. Incluso cuando un paciente cura o mejora a raíz de la administración de cuidados y tratamientos eficaces y reales, con una actuación específica y demostrada sobre el mal que padece, una parte de su mejoría debemos atribuir la a efectos placebo ineludiblemente presentes (confianza en el administrador de la terapéutica, confianza en el método en sí, conocimiento de casos similares, etc.).

Es decir, una educación en salud «popular» (en el sentido de no basada en conocimientos técnicos), sumada al hecho de que: a) en otras ocasiones enfermedades similares o diferentes fueron solucionadas por el mismo profesional, en el mismo lugar, etc.; y b) a otras personas conocidas (o relatadas verbalmente) con enfermedades iguales o similares a la padecida, «les fue bien» con tal o cual profesional, o con tal o cual tratamiento, o en tal o cual institución, son fenómenos que llegan a convertir la propia visita médica, psicológica, y la propia atención hospitalaria, en sí mismo consideradas, como poderosos placebos. Que además, y en la mayoría de los casos de atención ambulatoria y hospitalaria, acaban siendo fortalecidos por otro efecto placebo aún más poderoso: la receta, el placebo más universal de las sociedades occidentalizadas.

Si estuviéramos interesados en el estudio de las variables

implicadas en las relaciones placebo, existen diversas y fáciles maneras de llevar a la práctica investigaciones esclarecedoras. Ver el efecto de fármacos no activos sobre enfermedades padecidas; comparar la eficacia de un mismo fármaco cuando es recetado por un profesional competente y cuando no (recomendado, etc.); comparar la eficacia de las instrucciones sobre el poder curativo de un fármaco cuando son enfatizadas, infravaloradas o no se den, etc. Los más variados diseños podrían desarrollarse. El efecto placebo es muy complejo, la variedad de situaciones en que puede aparecer muy diversa, y su estudio puede enfocarse desde la óptica de uno de los miembros de la relación, el senador, del otro, al paciente, o de ambos conjuntamente.

Por demás, en el ambiente mucho más controlado y controlable del hospital, las posibilidades de investigar el efecto placebo aumentan. Cabría esperar que algún día entendieron nuestras autoridades sanitarias, la imperiosa necesidad de iniciar un proceso investigador psico-soci-sanitario de los efectos placebo. Algunas razones que lo justifiquen se nos ocurre que pudieran ser del tipo de las que siguen: a) podría reducirse los costos de farmacología cuyos efectos no sean necesarios, con lo que b) se evitarían efectos secundarios de los fármacos sin merma en la salud del paciente; c) se aprendería a utilizar, de forma controlada y científica, la poderosa eficacia del efecto placebo en sí, como un tratamiento más o como parte integrante de otros tratamientos, en los pacientes que resultara conveniente; y d) aumentaría el conocimiento del personal sanitario sobre la conducta de los pacientes, sus limitaciones, sus características, etc., lo que indudablemente conduciría a una relación más humana y eficaz en el ámbito del cuidado de la salud. ■

BIBLIOGRAFIA

- Bayés, R., *Psicología y Medicina. Interacción, Cooperación, Conflicto*, Barcelona, Fontanella, 1979.
- Bayés, R., «El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre», *Análisis y Modificación de Conducta*, 1982, 8, 18, 259-280.
- Beecher, H. K., «The powerful placebo», *Journal of the American Medical Association*, 1955, 159, 1.602-1606.
- Beecher, H. K., *Measurement of subjective responses*, Londres, Oxford University Press, 1959.
- Diehl (1940), citado en Haas, H.; Fink, H. y Hartfelder, G. (1963).
- Fischer, H. K. y Dlin, B. M., «The dynamics of placebo therapy a clinical study», *American Journal of Medical Science*, 1956, 232, 504-512.
- Gold, H.; Kwit, N. T. y Otto, H., «The xanthines (theobromine and aminophylline) in the treatment of cardiac pain», *Journal of American Medical Assoc.*, 1937, 108, 2.173-2.179.
- Haas, H.; Fink, H. y Hartfelder, G., «The placebo problem», *Psychopharmacology Service Center, Bulletin*, 1963, 2, 1-65.
- Karkalas, Y. y Lal, H., «Imipramine pamoate in hospitalized depressives: a double-blind comparison with placebo», *Psychosomatics*, 1970, 11, 107-111.
- Lasagna, L.; Mosteller, F.; Felsing, J. M. y Beecher, H. K., «A study of the placebo response», *American Journal of Medicine*, 1954, 16, 770-779.
- Park, L. C. y Covi, L., «Non-blind placebo trial», *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12 (4), 336-345.
- Wolf, S. y Pinsky, R. H., «Effects of placebo administration and occurrence of toxic reaction», *Journal of the American Medical Association*, 1954, 155, 339-341.
- Wolf, S. y Wolff, H. G., *Human gastric function*, New York, Oxford University Press, 1947.