

EVOLUCION DEL CONTENIDO DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL PLACEBO

MARIANO CHÓLIZ MONTAÑES
Universitat de Valencia

RESUMEN

El efecto placebo es uno de los conceptos claves en psicología, a la vez que uno de los más complejos en su análisis teórico. Habitualmente se supone que son procesos psicológicos los que determinan los efectos producidos por éste, pero se desconocen con exactitud cuáles de estos procesos lo constituyen y en qué medida influyen cada uno de ellos en el resultado.

En nuestra exposición realizaremos un repaso histórico de la evolución que han seguido las investigaciones en torno al tema desde la década de los cincuenta hasta nuestros días, detallando cómo ha ido variando no solamente los procesos psicológicos estudiados, sino la propia concepción teórica del fenómeno hasta llegar a planteamientos epistemológicamente distintos, que suponen análisis más profundos de dicho fenómeno.

INTRODUCCION.-

El placebo es un fenómeno que ha despertado grande interés en la literatura médica y psicológica. El hecho que una intervención en principio inerte, inofensiva y hasta rocambolesca, tenga efectos terapéuticos en la línea de los procedimientos tradicionales sancionados científicamente, es una cuestión que ha producido perplejidad y ha generado interpretaciones dispares.

El término "placebo" viene del latín "placere", que quiere decir "complacer". Con este concepto se comprenden "todos aquellos tratamientos, partes de tratamiento o elementos asociados a un tratamiento con independencia de su naturaleza farmacológica, instrumental, verbal... susceptibles, deliberadamente o no, de producir efectos terapéuticos en el paciente sin poseer, intrínsecamente, capacidad específica para ello" (Bayés, 1984, pág. 163).

El concepto placebo es propio de las ciencias médicas y farmacológicas y desde ellas llega a la psicología para referirse a una serie de tratamientos o intervenciones teóricamente inertes, pero que en la práctica tienen efectos inesperados. De esta manera, intervenciones que supuestamente deberían ser inocuas, poseen efectos terapéuticos en la línea de los tratamientos específicos al uso. Este fenómeno viene observándose en la ciencia médica desde el confín de los tiempos. Shapiro (1971) argumentó que "la historia de la medicina puede caracterizarse por la historia del efecto placebo" y con facilidad podemos encontrar ejemplos de la existencia de este fenómeno en el proceso terapéutico.

Si bien la ciencia médica reconoce la existencia de este fenómeno inespecífico en las intervenciones terapéuticas, la farmacología utiliza el placebo como procedimiento metodológico de control de las investigaciones. Utilizando un grupo control al que se le administre una intervención idéntica a la del grupo experimental, excepto en que no posee cierto componente supuestamente específico, podemos argumentar que las diferencias obtenidas en ambos grupos por la administración de dichos tratamientos será debida al componente específico, única variable que los distingue. Al grupo control, inespecífico, inerte, inocuo, se le denomina "grupo control placebo".

Normalmente, se asume que la mayor parte de los tratamientos en medicina y psicoterapia tienen un componente placebo, además del propio componente específico, que es el responsable, a priori, de las diferencias observadas una vez administrada la intervención. Dicho efecto placebo tiene una potencia de alrededor del 50% de los factores específicos (Evans, 1974). Con ello podemos suponer que, paradójicamente, cuanto más potente sea un tratamiento (por sus propias características específicas), los efectos del placebo serán más fuertes. A pesar de ello, debemos señalar que la eficacia del placebo varía no sólo entre distintos individuos y en función de la intervención que simulan, sino también merced al tipo de trastorno para el que se utilizan. Beecher (1955) encontró que la eficacia del efecto placebo es de $35'2\% + 2'2$ para trastornos como dolor, resfriado, tos, insomnio y ansiedad.

Empero, el efecto producido por los placebos no siempre es benigno. De la misma manera que una pastilla de harina produce alivio del dolor de forma

incomprensible, también puede producir ansiedad, depresión, colitis, vómitos, somnolencia o adicción, como cualquier otra droga. A este fenómeno de producción (también inespecíficamente) de efectos secundarios indeseables, se le ha denominado nocebo.

Un fenómeno diferente es el placebo negativo. El placebo negativo produce efectos perjudiciales, contrarios a los esperados por una intervención terapéutica, en principio eficaz. Dicho fenómeno se produce, según Zanna y Cooper (1974) y Snyder, Schulz y Jones (1974) entre otros, cuando el sujeto se somete a un tratamiento que espera que tenga resultados terapéuticos beneficiosos, pero dichos resultados no se cumplen en la medida que esperaban. La explicación de este fenómeno podía establecerse en términos de la teoría de la atribución (Brehm, 1976). Así, un sujeto puede estar sometido a una intervención mediante fármacos y espera que se produzcan una serie de cambios en su funcionamiento fisiológico o psíquico. Si estos cambios no se producen en la medida en que él había previsto, puede atribuir que la causa de la no mejoría (en la forma que era esperada) es interna a él mismo y le confirma que su trastorno es irremediable, puesto que dicho producto no ejerce efectos positivos en él. Ello será válido tanto si el producto es un placebo, y en este caso parecería obvio que no se hubieran producido los efectos terapéuticos, como si se tratara de un agente activo que producía efectos, pero éstos no eran los que esperaba el sujeto. En cualquiera de los dos casos, los efectos posteriores son de empeoramiento de la sintomatología.

MODELOS TEORICOS.-

Hemos distinguido tres concepciones teóricas globales del placebo que se han producido en la literatura psicológica: la concepción "clásica", las revisiones conceptuales a esa concepción y aquellas que propugnan un cambio paradigmático en la explicación del placebo. Por último, esbozaremos nuestra concepción acerca de este fenómeno.

A.- Concepción clásica

En este grupo incluimos aquellas conceptualizaciones que explican el placebo tal y como se entiende habitualmente, es decir, un tratamiento en principio inerte, pero que inexplicablemente produce una serie de efectos terapéuticos. Posiblemente los factores psicológicos, tales como sugestión, expectativas, procesos de influencia social, etc. sean los responsables de este fenómeno. Esta concepción está representada fundamentalmente por Shapiro, uno de los primeros estudiosos importantes del placebo. Para Shapiro y Morris (1971), "un placebo es una terapia, o un componente de una terapia, que es usado deliberadamente por sus efectos no específicos, psicológicos o psicofisiológicos, o que es utilizado porque se presume que tiene efectos sobre los pacientes, síntomas o enfermedad, pero que no tiene una actividad específica para la condición en la que está siendo tratado". El efecto placebo es el "efecto inespecífico, psicológico o psicofisiológico, producido por placebos".

Las características comunes a todos las explicaciones que consideramos como pertenecientes a esta "concepción clásica" son las siguientes:

El placebo es un procedimiento inespecífico para el problema que estamos interviniendo, pero que, incomprensiblemente, resulta eficaz.

Los factores psicológicos son los que se suponen que son los responsables del efecto producido por el placebo. Los diferentes autores intentan determinar qué variables o combinación de variables psicológicas dan cuenta de dicho fenómeno.

Las intervenciones donde se manifiesta el placebo habitualmente son tratamientos médicos o psicoterapéuticos.

B.- Revisiones conceptuales

A las consideraciones que acabamos de exponer hay que añadir las precisiones que señalan algunos autores, fundamentalmente en lo que se refiere a la propia definición del placebo hecha por Shapiro (1971).

Así, para Grünbaum (1981, 1986), la clave del concepto placebo es el término "actividad inespecífica". Mientras que en intervenciones médicas y farmacológicas es relativamente sencillo separar los componentes específicos de los inespecíficos (al menos teóricamente), en psicoterapia este hecho resulta prácticamente imposible. De la definición de Shapiro y Morris (1978), Grünbaum distingue dos términos disyuntivos: en el primero, el placebo se considera intencionado, mientras que en el segundo es inintencionado. Así, si un tratamiento no es placebo, aunque lo dispensen, o aunque la comunidad científica crea que lo es, deberá ser excluido de dicha clasificación. Un placebo no solamente deberá ser tomado como tal por la comunidad científica, sino que deberá serlo genéricamente. El autor propone la siguiente definición: "un tratamiento posee normalmente un espectro de factores constituyentes para aliviar un trastorno determinado. Los efectos de la salud independientes del trastorno pueden denominarse "side effects" (efectos colaterales), a menudo indeseables". La teoría que propugna un determinado tratamiento para remediar un trastorno demanda la inclusión de ciertas características o constituyentes. Sin embargo, dicha terapia posee, además de los constituyentes específicos para la terapia, otros constituyentes, de forma que tanto los unos como los otros son los responsables de los efectos colaterales. Cualquier tratamiento, entonces, posee una serie de componentes específicos y otros incidentales (placebo respecto al trastorno).

Critelli y Newmann (1984) señalan que hay dos metáforas que se han utilizado habitualmente en la conceptualización del placebo: ingredientes inertes vs. ingredientes activos y agentes inespecíficos vs. específicos. En la primera de ellas (tratamiento inerte vs. activo), el placebo es considerado como inerte, en contraposición al tratamiento activo. Esta concepción viene asociada a la importación del término a la psicología y psicoterapia de la farmacología, puesto que en farmacología un placebo realmente es químicamente inerte para la condición en la que está siendo tratado. No obstante, lo que sí es patente y manifiesto es que lo que se considera placebo en psicología no es inerte

terapéuticamente. Ha habido, entonces, un salto conceptual cualitativo al importar el concepto de la farmacología a la psicoterapia.

Por otro lado, en lo que se refiere a la especificidad vs. inespecificidad, podemos encontramos diferentes acepciones de lo que, cuando nos referimos al placebo consideramos como inespecífico. En concreto, son tres las acepciones que señalan Critelli y Newmann (1984): a) inespecificidad como sinónimo de "sin actividad específica" (procedimiento que no tiene ningún tipo de actividad en las condiciones que estamos estudiando); b) inespecificidad como "características no especificadas" (carece de ingredientes activos para el proceso terapéutico en cuestión); y c) inespecificidad como "factores comunes", que es para los autores la concepción más adecuada y coincidiría con las variables psicológicas como persuasión, sugestión, credibilidad, etc. que tradicionalmente se han atribuido como responsables del efecto placebo.

C.- Cambio de paradigma.

Para otros autores, la solución a las continuas diatribas que nos encontramos en la revisión teórica del placebo es la necesidad de un cambio de paradigma en la reconceptualización del placebo (Wilkins, 1986). En concreto, es necesario reconceptualizar el placebo en el paradigma psicológico-social y abandonar el farmacológico, o químico. La psicoterapia es un continuo de las ciencias sociales, mientras que el concepto placebo llegó a nuestra disciplina al importarse el término de la farmacología, para designar de forma metafórica y heurística fenómenos similares en el campo de la psicoterapia (Rosenthal y Frank, 1956; Thorne, 1952). Para Wilkins, las variables utilizadas en psicoterapia son distintas de la química o farmacología y el mecanismo de acción subyacente también. Puesto que la química se guía por el principio de la causación y de la acción específica, las variables realmente relevantes son las químicas, de manera que las psicológicas quedan relegadas a inespecíficas y artificiales. Cuando cambiamos de paradigma y trabajamos en psicoterapia y con intervenciones psicoterapéuticas, las variables psicológicas dejan de ser artificiales para tener efectos específicos. De esta manera, dependiendo del paradigma en el que nos movamos, una variables podrá ser factual o artificial, específica o inespecífica.

D.- Reflexiones conceptuales.

En este punto queremos referirnos a las reflexiones que hemos realizado sobre el tema y que hemos ido desarrollando en trabajos anteriores (Chóliz, 1988, 1989).

Cuando utilizamos un típico procedimiento placebo, tal como una pastilla de harina para tratar una depresión, o para tolerar un dolor fuerte, se argumenta que dicha intervención es un placebo porque la pastilla no posee ningún componente químico específico que pueda explicar los efectos analgésicos o antidepresivos que hemos constatado. En la explicación de este fenómeno solemos referirnos a variables psicológicas como directamente responsables de los efectos producidos.

No obstante, las variables que hayamos aducido como directamente responsables del efecto placebo producido son variables tales como expectativas,

sugestión, condicionamiento, procesos de influencia social, o cualquiera otra que consideremos relevante. Dichas variables, ni son inespecíficas, ni son inertes en psicología y tienen tanta identidad y relevancia en nuestra disciplina como cualquier otra que podamos postular. Por ello, si al utilizar una pastilla de glucosa como analgésico, por ejemplo, obtenemos una serie de beneficios terapéuticos, y argumentamos que dichos efectos han sido debidos a determinadas variables psicológicas (tales como las que hemos mencionado, o cualquiera otras), no podemos concluir que dicha intervención se trate de placebo. En el momento que podamos explicar el fenómeno ocurrido mediante la acción de ciertas variables psicológicas que estimamos relevantes, ya no podemos seguir considerando a dicha intervención como placebo, o no al menos desde la teoría psicológica en que nos estemos moviendo, debido a que tenemos una explicación coherente y podemos emitir una serie de hipótesis basadas en una teoría científica psicológica que den razón de los fenómenos observados. Ello será cierto incluso si las hipótesis todavía no están comprobadas experimentalmente. En este momento únicamente podemos señalar que nos encontramos en un estadio de generación de hipótesis que habrá que confirmar, de manera que no es que el procedimiento sea un placebo, sino que desconocemos qué variables o combinación de variables son las responsables de la eficacia de dicha intervención. En esta situación lo que urge es generar investigación para confirmar o desconfirmar las hipótesis.

Así pues, puede darse el caso que lo que se considera placebo en una disciplina científica determinada, debido a que los modelos teóricos existentes no pudieran dar razón de los mecanismos de acción, ni explicar los efectos obtenidos, puede no ser placebo en otra ciencia, si ésta posee modelos teóricos que puedan hipotetizar, explicar o comprender los efectos producidos, aún cuando todavía no haya sido comprobado científicamente.

Al hilo de este discurso, podemos emitir la siguiente definición de placebo (Chóliz, 1988, 1989): "placebo es toda aquella intervención que resulta activa (positiva o negativamente) para un determinado tipo de problema pero que, desde la disciplina científica en que nos movemos, resulta inexplicable y no pueden establecerse relaciones funcionales entre nuestros postulados científicos básicos, las características del procedimiento y los resultados obtenidos por éste".

"No obstante, es posible que pueda encontrarse una explicación a este fenómeno desde otra disciplina científica, en cuyo caso dicho fenómeno no constituiría un placebo para ella".

De esta manera, cuando hablemos de placebo es preciso especificar en qué disciplina nos estamos moviendo y señalar que se trata de un placebo médico, psicológico, etc. Aquí nos encontramos con la falacia de la mayor parte de las concepciones del placebo en psicología: hemos importado los fenómenos placebo médicos siendo que dichos fenómenos pueden explicarse adecuadamente mediante las explicaciones teóricas psicológicas. El placebo no "es" sugestión, ni "son" expectativas, ni "es" creencia de la competencia del terapeuta. Tampoco dichas variables son inocuas ni inespecíficas en psicología, sino que tienen su propia identidad y valor dentro de nuestra disciplina. El hecho que un procedimiento no sea adecuado, o que no esté especialmente:

indicado para un determinado tipo de problema únicamente quiere decir eso: que no está especialmente indicado. De ahí a decir que las variables son inespecíficas o inertes hay un salto cualitativo que en psicología, concretamente, es peligroso realizar, puesto que es difícil determinar variables de un procedimiento psicoterapéutico que sean realmente inertes o inespecíficas. En todo caso, una pastilla de glucosa para aliviar el dolor postoperatorio, por ejemplo, es inespecífica en medicina o en cirugía, pero no es evidente que su mecanismo de acción sea psicológicamente inespecífico. El que dichos factores contribuyan terapéuticamente de forma menos potente, o el hecho que no sea el tratamiento más adecuado para ese problema, únicamente quiere decir que se trata de un procedimiento menos eficaz (suele ocurrir que las intervenciones que tradicionalmente se ha denominado "placebo" sean menos eficaces que los tratamientos apropiados), pero no que sea inespecífico, inocuo, o que se trate de un placebo realmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BAYES, R. (1984): Análisis del efecto placebo. *Quaderns de Psicologia*, 8, 1, 161-183.
- BEECHER, H.K. (1955): The powerful of placebo. *Journal of the American Medical Association*, 176, 1102-1110.
- BREHM, S.S. (1976): Clinical applications of attribution theories. En S.S. Brehm: *The application of social psychology to clinical practice*. Publishing Corporation. Recogido en C. Botella: *Aportaciones a la Psicoterapia*. Valencia. Promolibro.
- CRITELLI, J. y NEUMANN, K. (1984): The placebo: Conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*, 39, 57-61.
- CHOLIZ, M. (1988): *Críticas y propuestas en torno al concepto placebo*. II Congreso Nacional de Psicología Social. Alicante.
- CHOLIZ, M. (1989): *Biofeedback y efecto placebo: análisis de las variables inespecíficas en el tratamiento de cefaleas mediante Biofeedback-EMG*. Valencia. Tesis doctoral no publicada.
- EVANS, F. (1974): The placebo response in pain reduction. *Advances in neurology*, 4, 289-296.
- GRUNBAUM, A. (1981): The placebo concept. *Behavior Research and Therapy*, 19, 157-167.
- GRUNBAUM, A. (1986): The placebo concept in Medicine and Psychiatry. *Psychological Medicine*, 16, 19-38.
- ROSENTHAL, D. y FRANK, J. (1956): Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- SHAPIRO, A.K. (1971): Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. En A. Bergin y S. Gardfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.

- SHAPIRO,A.K. y MORRIS,L.A. (1978): The placebo effect in medical and psychological therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- SNYDER,M.; SCHULZ,R. y JONES,E.E. (1974): Expectancy and apparent duration as determinants of fatigue. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 426-434.
- THORNE,F.C. (1952): Rules of evidence in the evaluation of the effects of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 8, 38-41.
- WILKINS, W. (1986): Placebo problems in Psychotherapy Research: Social-psychological alternatives to chemotherapy concepts. *American Psychologist*, 41, 551-556.
- ZANNA,M. y COOPER,J. (1974): Dissonance and the pill: An attribution approach to studying the arousal properties of dissonance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 705-709.