

# UN INTENTO DE RECONCEPTUALIZACION DEL FENOMENO PLACEBO

Mariano CHOLIZ MONTAÑES y Antonio CAPAFONS BONET

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia

## RESUMEN

El placebo no se trata únicamente de una pastilla de glucosa, la pastilla de glucosa no siempre es un placebo. El placebo en Psicología es un concepto importado de la Medicina y Farmacología y, tanto su concepción teórica como su aplicación práctica, ha estado sesgada por sus orígenes. Asumimos que el placebo no se trata de un concepto unitario, sino que su significado está en función de la disciplina científica en la que se utilice. Defendemos la existencia de placebo en Psicología, Medicina y otras ciencias, pero consideramos que lo que tradicionalmente se ha concebido como placebo en psicoterapia en muchas ocasiones no es sino desconocimiento. En este trabajo intentamos reconceptualizar este fenómeno en el marco de las teorías científicas.

**Palabras Clave:** Placebo, Desconocimiento, Psicología, Teorías Científicas.

## SUMMARY

*An attempt to reconceptualize placebo phenomenon.* Placebo isn't only a glucose pill, and a glucose pill is not always a placebo. The concept of placebo in Psychology comes from Medicine and Pharmacology, and its theoretical conception, as well its application has been biased by its origins. We believe that placebo is not an unitary concept: Placebo can have different meanings, depending on the scientific discipline in which it is used. We defend the existance of placebo in Psychology, Medicine, and other sciences, but we consider that, what traditionally has been conceived as placebo in psychotherapy rests on unknowledge. We attempt to re-conceptualize this phenomenon in the setting of scientific theories.

**Key Words:** Placebo, Unknowledge, Psychology, Scientific Theories

El efecto placebo es un fenómeno de sumo interés práctico y de complejidad teórica, que ha sido abordado fundamentalmente

por tres disciplinas científicas: medicina, farmacología y psicología. El término "placebo" viene del latín "placere", que quiere decir "complacer". Este concepto comprende a "... todos aquellos tratamientos, partes de tratamiento o elementos asociados a un trata-

miento 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" (Bayes, 1984, p. 163).

Desde el principio se concibió como un efecto producido en las intervenciones médicas (casi siempre asociado a dosificación de medicamentos) y adquirió connotación negativa, puesto que se trataba de un efecto espúreo, extraño, incontrolado e inesperado, a pesar de que pudiera tener efectos curativos. El *Hooper Medical Dictionary* (1811) lo define como: "Építeto dado a una medicina usada para complacer ms que para beneficiar al paciente". Así pues, la concepción tradicional sobre placebo es que no se trata de una intervención terapéutica por derecho propio, sino que se utiliza para agrandar o complacer al paciente. No obstante, actualmente se evita emitir juicios de valor acerca de este fenómeno. El placebo se ha reconocido como un procedimiento (no únicamente farmacológico, ni únicamente médico) que produce efectos, generalmente merced a variables psicológicas, que es objeto de consideración y merece su estudio por parte de las ciencias de la salud.

Gran parte de los tratamientos utilizados por el hombre a lo largo de la historia han tenido un componente placebo importante: extractos de cocodrilo, corazones de enemigos, pociones exóticas y pastillas farmacológicamente inertes, todo ello envuelto en una serie de ceremonias, rituales, encantamientos o prescripciones de la forma: "tres antes de comer y dos después de cenar".

En ocasiones parece que cuanto más confuso e incomprensible es el tratamiento, mejor es el resultado obtenido (Elton, Stanley y Burrows, 1983). Sin embargo, no hay que referirse únicamente a lo exótico cuando abordamos el tema. Siempre resulta anecdótico las curaciones mediante esperma de rana, combinaciones de hierbas extrañas, danzas expiatorias, sangrías o exorcismos, pero en

nuestra sociedad occidental, si bien en ocasiones lamentablemente no se presenta con cierta frecuencia todo este colorido, no por ello deja de existir el consabido efecto placebo en todas las intervenciones, aunque la mayor parte de éste está oculto y sumergido para el profano tras el indiscutible avance tecnológico. A pesar del hecho innegable de dicho progreso, las diferencias en esta cuestión son muchas veces de forma, forma que viene determinada por las diferencias culturales: el mismo prestigio que puede tener un hechicero en su tribu es el que ostenta en la actualidad una bata blanca cubriendo a un médico, o una consulta repleta de sofisticados aparatos.

La eficacia del placebo depende de muchos factores. En concreto, según Dobrilla (1987), cuatro son los factores relevantes:

1. Tipo de paciente.
2. Personalidad del terapeuta.
3. Relación terapeuta-paciente.
4. Tipo y dosificación de la intervención.

No obstante, podríamos citar muchísimos más, habida cuenta de que el efecto placebo no es un fenómeno unitario, sino que se trata de un hecho complejo en el que entran en juego múltiples variables.

Para algunos autores (Dobrilla, 1987), el placebo tendrá efecto si el sujeto cree que está sometido a una intervención eficaz y es consciente de ello. Si el paciente cree que el tratamiento es ineficaz no se producirá dicho efecto placebo. Debido a ello, tanto las expectativas como las instrucciones serían fundamentales en la respuesta del sujeto ante este fenómeno. Sin embargo, existe evidencia contradictoria de que dicho convencimiento por parte del sujeto, o las propias instrucciones dadas por el terapeuta, sean imprescindibles para que se produzca efecto placebo (Park y Kovi, 1965).

Se asume que la mayor parte de los tratamientos tiene un componente placebo, ade

más del propio componente específico. Dicho efecto placebo tiene una potencia de alrededor del 50% de los factores específicos (Evans, 1974), por lo que los placebos de procedimientos poderosos serán más eficaces que los de procedimientos menos activos.

No obstante, la eficacia del efecto 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.

Para algunos autores, las características físicas de los estímulos no son relevantes en la respuesta de los sujetos, mientras que para otros (Leslie, 1954) se trata de un factor muy importante a considerar. Así, se cita en ocasiones que el color de las pastillas es muy importante y depende del trastorno para el que vayan a usarse, el que se prefiera una tonalidad u otra. Así, para la ansiedad las pastillas es conveniente que sean de color verde y no rosa; para la depresión deben ser amarillas y para el dolor rojas (Dobrilla, 1987).

No obstante, el efecto placebo no siempre produce efectos positivos o benignos: 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*.

Zanna y Cooper (1974) y Snyder, Schulz y Jones (1974), entre otros, dan razón del fenómeno del "placebo negativo", señalando que cuando alguien se somete a un tratamiento que esperan que tenga resultados terapéuticos, pero éstos no se cumplen en la medida que esperaban, pueden producirse efectos perjudiciales y contrarios los propios de la intervención. La explicación podía establecerse en términos de atribución (Brehm,

1976). Es decir, un sujeto puede estar sometido a una intervención mediante fármaco y el paciente 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 es 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.

#### CONCEPCION "CLASICA" DEL PLACEBO

Shapiro y Morris (1978) propusieron la siguiente definición "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" (p. 371).

Esta definición la podríamos caracterizar como una definición "clásica" del placebo y efecto placebo, sobre la que se refieren gran cantidad de modelos teóricos. No obstante, aparecen una serie de revisiones críticas teóricas a esta aproximación conceptual sumamente interesantes, aportaciones que revisaremos a continuación.

Según Shapiro (1971), la definición de placebo tal y como se entiende en psicoterapia tiene dos características fundamentales:

1. El procedimiento debe carecer objetivamente de los elementos o componentes activos hipotetizados por el investigador, y
2. El paciente debe creer que la intervención es potencialmente eficaz para el tratamiento de su problema.

Si bien en un momento el concepto placebo suponía aspectos connotativos negativos, debido a que se trataba de una intervención no dedicada específicamente a la curación, sino a agradar o incluso engañar al paciente, actualmente se considera que se trata de un fenómeno interesante de estudiar por derecho propio, debido a que, puesto que produce efectos terapéuticos constatables, si lo conocemos más profundamente podremos utilizarlo apropiadamente con fines curativos. Además, las variables que hacen eficaz el placebo son, para la mayoría de los autores, variables psicológicas.

Tradicionalmente se han establecido una serie de explicaciones teóricas para intentar dar cuenta del mecanismo de acción del placebo en las diferentes intervenciones terapéuticas. Se asumía que el placebo podía explicarse mediante características de personalidad, procesos de influencia social, procesos de condicionamiento, expectativas, factores comunes a todas psicoterapias, etc. Todas estas consideraciones son reflejo de la concepción "clásica" del efecto placebo y ello por los siguientes motivos:

- Consideran que se trata de un procedimiento inespecífico para el problema que estamos interviniendo, pero que resulta eficaz.
- El mecanismo de acción del placebo se supone que es psicológico y los diferentes acercamientos intentan determinar qué variables o combinación de variables dan cuenta de dicho fenómeno.
- Generalmente se trata de intervenciones médicas o psicoterapéuticas.

Sin ánimo de ser exhaustivos, vamos a referirnos a algunas de las explicaciones teóricas del placebo más relevantes.

#### a) *Tipo de personalidad*

Uno de los aspectos que se ha buscado con más empeño es determinar qué tipo de personalidad caracterizaría a los sujetos que reaccionan ante el placebo, debido a que existen considerables diferencias individuales en la respuesta al placebo. Las variables que se han estudiado habitualmente son sugestionabilidad, deseabilidad social y aquiescencia, extraversión, dependencia y psicopatología (Shapiro y Morris, 1978). No obstante, a pesar de que en ocasiones se encontrara relación entre algunas variables de personalidad y reacción al placebo, dichas relaciones han sido escasas y poco significativas.

#### b) *Procesos de Influencia Social.*

Otra serie de factores que generalmente se han asumido como explicativos del placebo son los procesos de influencia social (Pattereson, 1985), en concreto:

- Poder del experto: credibilidad, competencia percibida, prestigio y autoridad del terapeuta.
- Atractivo del proceso terapéutico: similitud de opiniones, actitudes y creencias entre el paciente y el terapeuta.
- Expectativas: confianza en el método y en las técnicas utilizadas en la resolución del problema.

Los procedimientos que se han basado únicamente en estos factores se han denominado "terapia placebo" (Fish, 1973) y están interesados fundamentalmente en la ilusión de competencia y poder del terapeuta y del procedimiento. Consideran los factores relevantes de la psicoterapia en términos de in-

fluencia social y conducen el proceso terapéutico según dichos principios: impresionar mediante interrogación, exploración de la conducta e historia del cliente con la intención de impactarle. La comunicación no se utiliza por su veracidad, sino por su eficacia y las técnicas que se utilizan son fundamentalmente para lograr persuasión.

c) *Placebo como Respuesta Condicionada*

Los defensores de esta concepción asumen que el alivio o la recuperación de un trastorno se ha condicionado a una serie de estímulos. Así, batas blancas, enfermeras, inyecciones o goteros se convierten en estímulos condicionados o discriminativos para el alivio del dolor o la curación de la enfermedad. Por lo mismo, si el individuo ha tenido una continua historia de fracasos con estos elementos, los asociar con experiencias negativas y los efectos, en lugar de beneficiosos, se convertirán en perjudiciales. Tanto en un caso como en el otro, estos estímulos elicitaban a su vez respuestas cognitivas y emocionales condicionadas, que provocarán cambios fisiológicos y bioquímicos, tal y como se postula en un modelo de condicionamiento. Los autores que han desarrollado con más profundidad esta concepción han sido Ullman y Krasner (1969), Herrnshtein, (1962), Wickramasekera (1977, 1980), Voudouris (1981) y Voudouris y cols. (1985).

El desarrollo del efecto placebo como una respuesta condicionada se realiza en dos fases (Wickramasekera, 1980): adquisición y consolidación.

*Adquisición.* A su vez comprende las siguientes fases:

- Conciencia de la contingencia respuesta-refuerzo.
- Mediación verbal explícita o implícita.

- Estímulos discriminativos, o señales creíbles, aprendidas.

Existen una serie de factores que favorecen la credibilidad y la adquisición:

- Relevancia social del terapeuta.
- Credibilidad del setting de la terapia.
- Credibilidad del placebo per se.
- Credibilidad del ritual de la adquisición.
- Naturaleza de la relación cliente-terapeuta.
- Nivel de arousal del cliente.
- Nivel de atención a los elementos del placebo.
- Sugestionabilidad del cliente.

La historia del aprendizaje, así como las variables socioculturales determinarán qué se considera "creíble". Durante esta primera fase de adquisición tienen especial importancia tanto la especificación de la respuesta como los mediadores verbales de estos componentes. La asociación anterior con intervenciones específicas y eficaces para el sujeto van a determinar el valor atencional y de arousal que se le confiere a los estímulos discriminativos.

*Consolidación.* Una vez que la respuesta está establecida es posible que:

- Se abrevie cada vez más.
- Se vuelva inconsciente.
- Se vuelva rápida y automática.
- Comprometa una derivación al hemisferio dominante, verbal o verbal.
- Sea procesada por el hemisferio no dominante, al igual que la hipnosis.
- Pueda ser potenciada por las mismas variables que determinan la sugestionabilidad o la hipnosis.

Básicamente sigue las mismas etapas de consolidación que el condicionamiento clásico.

sico, a saber, se produce un trasvase del hemisferio no dominante al dominante; y posteriormente la respuesta se hace progresivamente más automática, de menor latencia y menos consciente. La respuesta condicionada puede elicitar respuestas fisiológicas y cambios bioquímicos similares a los del agente activo, de tal forma que pueden disipar el trastorno.

*d) Factores comunes a todas las psicoterapias*

Según los defensores de esta concepción, el placebo constituye los factores comunes a las psicoterapias (Frank, 1961), es decir: una relación intensa, confidencial y cargada de aspectos emocionales con la persona que ayuda, un contexto curativo que favorece el proceso de mejoría y las propias relaciones anteriores, un esquema conceptual o racional que provee explicación de los síntomas que tiene el sujeto, y participación activa del paciente y del terapeuta.

Otros autores (Korchin y Sands, 1983), señalan que los principios comunes a las psicoterapias se dividen en dos grandes grupos: clima terapéutico (cualidades del paciente y terapeuta, relación entre ellos y cultura en la que están inmersos) y procesos terapéuticos (sugestión, persuasión, activación, aprendizaje, práctica de los procedimientos, comprensión de los fenómenos que ocurren y capacidad de ser consciente de los cambios que ocurren en función de lo que realiza el paciente).

Como hemos señalado al principio de este apartado, esta concepción del placebo ha ido modificándose, habida cuenta de las diversas precisiones que se han ido realizando a la propia conceptualización de este fenómeno, de manera que las orientaciones actuales sobre el tema giran por aspectos epistemológicamente diferentes.

## REVISIONES CONCEPTUALES

Peek (1977) parte de la definición de Shapiro (1971) que hemos expuesto con anterioridad, y se centra en un aspecto de ésta, en concreto cuando se refiere a los aspectos específicos o inespecíficos: el placebo no tendría efectos específicos para la condición en la que está siendo tratado. Partiendo de ello, Peek argumenta que cuando Shapiro utiliza el término "actividad inespecífica se está refiriendo con exclusividad a una inespecificidad a nivel biológico o bioquímico. Al hilo de este razonamiento, todos los tratamientos psicológicos serían placebo, al no tener actividad específica a dicho nivel. Una pastilla de glucosa no tiene actividad específica a nivel bioquímico, pero ello no quiere decir que carezca de actividad específica a nivel psicológico. Un mismo fenómeno es conceptualizado de diferente forma en función del sistema conceptual que partamos, y lo que se considere como específico o inespecífico variar de acuerdo con el dominio teórico que nos movamos.

De esta manera, la definición que propone Peek (1977) acerca del placebo es la siguiente: "un placebo es algún tratamiento o procedimiento (o componente de un tratamiento o procedimiento) que tiene efectos sobre un fenómeno bajo estudio, pero que no es explicado bajo el dominio teórico en el que es descrito (p. 328).

Por otro lado, Grünbaum (1981, 1986) realizó una análisis teórico del placebo muy interesante que detallamos a continuación.

Como Peek (1977), el autor parte de la definición de Shapiro que hemos citado unos párrafos atrás, a partir de la cual presentar una serie de precisiones en torno a la misma.

Para Grünbaum, la clave del concepto placebo es también el término "actividad inespecífica", que, si bien es aplicable correctamente a mecanismos de acción no psicológicos, cuando nos movemos en el ámbito de la psicoterapia, la separación entre activi-

dad específica e inespecífica resulta ciertamente problemática. De la definición de Shapiro y Morris (1978), Grnbaum 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, deber ser excluido de dicha clasificación. Un placebo no solamente deber ser tomado como tal por la comunidad científica, sino que deber serlo genéricamente.

Grünbaum presenta 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 (t) para remediar un trastorno demanda la inclusión de ciertas características o constituyentes (f). Sin embargo, dicha terapia (t) posee, además de los constituyentes específicos para la terapia (f), otros constituyentes (c), de forma que tanto los unos como los otros son los responsables de los efectos colaterales.

De acuerdo con esto, se asume que un tratamiento posee una serie de componentes específicos y otros incidentales (placebo con

respecto al trastorno). Estos últimos se dispensarán cuando:

- a) Ninguno de los factores característicos sean capaces de solucionar el problema.
- b) Se tenga la creencia que todos los factores característicos fracasaron ya en solucionarlo.
- c) En virtud de las propiedades terapéuticas intrínsecas de los factores incidentales, que son diferentes de las de los constituyentes.
- d) El terapeuta permite al cliente creer que los factores (f) son realmente eficaces y activos en su trastorno.

En todos los casos que hemos señalado, los factores constituyentes son realmente ineficaces para solucionar el problema.

En cuanto a la segunda disyunción, un tratamiento (t), con una serie de constituyentes (f), lo denominaremos placebo inadvertido con respecto al trastorno si:

- a) Ninguna característica (f) del tratamiento tiene solución para el problema.
- b) Se da crédito de estos factores (f) como remedio para el trastorno y se

### Procedimiento terapéutico

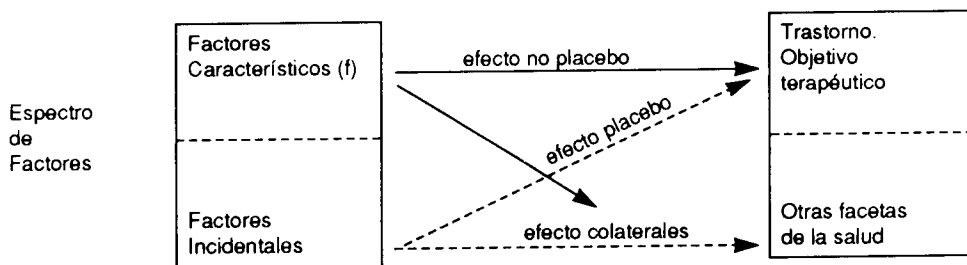


Figura 1.

- cree que por lo menos alguno de ellos es eficaz.
- c) El cliente cree que el tratamiento es eficaz debido a los factores constituyentes.
  - d) El punto fundamental, no obstante, es que el terapeuta niega que la eficacia del tratamiento se deba a los factores incidentales.

De esta manera, si un efecto positivo es placebo o no lo es, depende de si es producido por los factores incidentales o por los característicos del tratamiento. Los efectos en la salud del cliente no relacionados con el trastorno se denominan "*side effects*" (efectos colaterales), que pueden ser perjudiciales o beneficiosos y son producidos por los factores característicos o por los incidentales.

Siguiendo con las críticas conceptuales a la concepción clásica del placebo, para Critelli y Newmann (1984), existen dos metáforas que se han utilizado con profusión en la conceptualización de este fenómeno: ingredientes inertes vs. ingredientes activos y agentes inespecíficos vs. específicos.

a) *Tratamiento inerte vs. activo*. El placebo se ha concebido tradicionalmente como inerte, frente a los tratamientos activos terapéuticamente. Dicha concepción se genera cuando se "importa" el término a nuestra disciplina y de tratamiento inerte farmacológicamente pasa a concebirse como inerte terapéuticamente (Rosenthal y Frank, 1956). Lo que no es cierto, obviamente, es que el placebo sea inerte terapéuticamente, puesto que, por definición, tiene efectos (beneficiosos o nocivos, de mayor o menor potencia, pero efectos). Si un fenómeno no adecuado para un tratamiento no tiene ningún efecto es un hecho que no asombra a nadie, ni requiere mayor detenimiento, ni categorizarlo de ninguna manera. El placebo, no obstante, es un fenómeno que, evidentemente, no es inerte.

b) *Tratamiento específico vs. inespecífico*. La concepción del placebo como inespecífico aparece en las diferentes acepciones del término. Para Critelli y Newmann (1984), se han utilizado tres versiones de la metáfora de la inespecificidad:

- Inespecificidad como sinónimo de "sin actividad específica". Lo encontramos en la definición de Shapiro (1971), y es una concepción típica del placebo médico: procedimiento que no tiene ningún tipo de actividad en las condiciones que estamos estudiando.
- Inespecificidad como "características no especificadas". El placebo carece de ingredientes activos (componentes activos en farmacología) necesarios en un procedimiento terapéutico ante un problema determinado (Shapiro y Morris, 1978; Mahoney, 1977).
- Inespecificidad como "factores comunes". Para Critelli y Newmann, ésta sería la concepción más adecuada y coincidiría con las variables que tradicionalmente se han atribuido como responsables del efecto placebo: sugestión, persuasión, credibilidad, expectativas de optimización, variables del terapeuta, etc.)

Los autores propugnan que el placebo no puede definirse lógicamente dentro de la psicología, en concreto, se trata de los factores comunes a todas las psicoterapias.

No obstante, para algunos autores (Kirsch, 1985) esta concepción tiene algunos inconvenientes:

- a) Con esta posición no se comprenden algunos placebos típicos, tales como píldoras o falso feedback, fenómenos estos que no son comunes a las psicoterapias. En este caso no



se especifica cuáles son las características definitorias de tales fenómenos.

- b) El criterio de suponer el placebo como los factores comunes a las psicoterapias es demasiado inclusivo.

En este caso, los críticos de esta posición proponen una definición restrictiva del placebo, en lugar de una definición lógica del término: "un placebo es una sustancia que se propone como activa médicamente, pero que de hecho no tiene efecto farmacológico" (Kirsch, 1985, p. 260). Los placebos serían farmacológicamente inertes, pero no son inocuos terapéutica o psicológicamente. Para este autor se trata de procedimientos que instan al paciente a tener expectativas de mejorías elevadas respecto a la intervención a que está siendo sometido, o va a someterse.

No obstante, para Lieberman (1985) las expectativas de mejoría no son un factor estático, que determine los resultados de una intervención, sino que son variables cognoscitivas que van variando dinámicamente a lo largo del tratamiento, las creencias se modifican en función de las experiencias del sujeto, curso de la terapia, experiencia del terapeuta, etc.

Henry (1985) señala que la división entre ingredientes activos y mecanismos placebo es fútil porque da una visión irreal del proceso terapéutico, estableciendo una línea aditiva, lineal, fuera de lugar para explicar el dinamismo de las intervenciones psicológicas. Por otro lado, los diseños de investigación que igualan los grupos en expectativas resultan incapaces de dilucidar los mecanismos mediante los cuales las expectativas de mejoría producen cambios terapéuticos. Por lo tanto, aboga por eliminar el concepto placebo del vocabulario psicológico: su debate "es terapéuticamente activo, pero inerte teóricamente" (Henry, 1985).

## CAMBIO DE PARADIGMA

Wilkins (1986) defiende el cambio de paradigma y la reconceptualización del efecto placebo en el paradigma psicológico-social para 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, 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. En concreto, la química se guía por la doctrina de la causación específica y la intervención específica (Beecher, 1972) de forma que las variables psicológicas son relegadas al término de "no droga" ("*non-drug*", del original). Se trata de factores de cambio, pero son artificiales y por lo tanto es necesario controlarlas o eliminarlas. Al cambiar de paradigma, dichas variables dejan de ser artificiales para tener efectos específicos. El hecho que una variable sea "factual" o "artificial" depender del paradigma en que nos movamos.

El placebo, entonces, significa cosas diferentes en farmacología y en psicoterapia, siendo un término contradictorio en sí mismo (Byerly, 1976); las variables que en una disciplina son artificiales en la otra son relevantes. Todo ello ha conllevado los aspectos peyorativos del término: en medicina y farmacología el placebo va asociado a efectos espúreos y en muchos casos a charlatanería y falta de rigurosidad. Al trasladar el término a la psicoterapia y ver los efectos desde el prisma de la química, podemos llegar a determinar como artificiales todas las variables psicológicas presentes en todas las formas de psicoterapia (Wilkins, 1985), lo cual es, evidentemente, incorrecto.

## RECONCEPTUALIZACION DEL PLACEBO

Por último, queremos referirnos a una conceptualización alternativa del fenómeno placebo que hemos desarrollado en un trabajo anterior (Chóliz, 1989).

Si consideramos un típico ejemplo de efecto placebo, a saber, el uso de una pastilla de glucosa para paliar el dolor, podemos argumentar que se trata de un placebo porque no encontramos ningún componente químico en dicha píldora que dé razón de los efectos analgésicos de ella. Al estudiar dicho fenómeno por parte de la Psicología se aduce que los factores causales de dicho efecto son variables psicológicas y se hipotetizan variables tales como expectativas, sugestión, o condicionamiento como responsables de los efectos placebo.

Cabe señalar, no obstante, que dichas variables ni son inocuas, ni son inespecíficas, ni son inertes en psicología y que tienen tanta identidad y relevancia en nuestra disciplina como cualquier otra que podamos postular. Por ello, la pastilla de glucosa utilizada como un analgésico no puede considerarse como placebo en psicología, debido a que podemos emitir una serie de hipótesis basadas en una teoría científica psicológica que den razón de los fenómenos observados. Una vez que realicemos una investigación para comprobar las hipótesis emitidas y constatemos que el fenómeno sometido a estudio puede explicarse tal y como planteamos con nuestras hipótesis, a nadie se le puede ocurrir aducir que los efectos obtenidos por el procedimiento son debidos a un efecto placebo, sino que los efectos de la intervención han sido debidos a sugestión, expectativas, o cualquier factor que hayamos planteado en nuestras hipótesis.

Por la misma razón, el tratamiento no es placebo antes de comprobar las hipótesis que mantengamos, siempre y cuando dichas hipótesis se emitan, sean coherentes y devengan de un modelo teórico adecuado. En

ese momento únicamente podemos señalar que nos encontramos en un estadio de gestación de hipótesis que habrá que confirmar, por lo cual no podemos postular que el procedimiento es 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 y el estado de la cuestión no es placebo sino desconocimiento momentáneo. Si se diera el caso en el cual se realizan las investigaciones oportunas y no pudiéramos comprobar las hipótesis emitidas y ya no hubiera posibilidad alguna de explicación por parte del modelo teórico del que partamos, entonces sí que sería adecuado hablar de placebo.

De esta forma, lo que pudiera considerarse como 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 esta posee modelos teóricos que puedan hipotetizar, explicar o comprender los efectos producidos, aún cuando todavía no haya sido comprobado científicamente.

Así pues, 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 está 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 psico terapéutico 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.

Algo muy distinto es que dichos factores sean menos eficaces, o que no sean tan indicados como otro procedimiento terapéutico estudiado. En ese caso, lo único que podemos argumentar es que se trata de un procedimiento menos eficaz (suele ocurrir que los "placebos" sean menos eficaces que los tratamientos apropiados) y ello es debido a que las variables no son tan eficaces, tan específicas o tan apropiadas para ese determinado problema.

Podemos entender un poco mejor la cuestión con el siguiente diagrama:

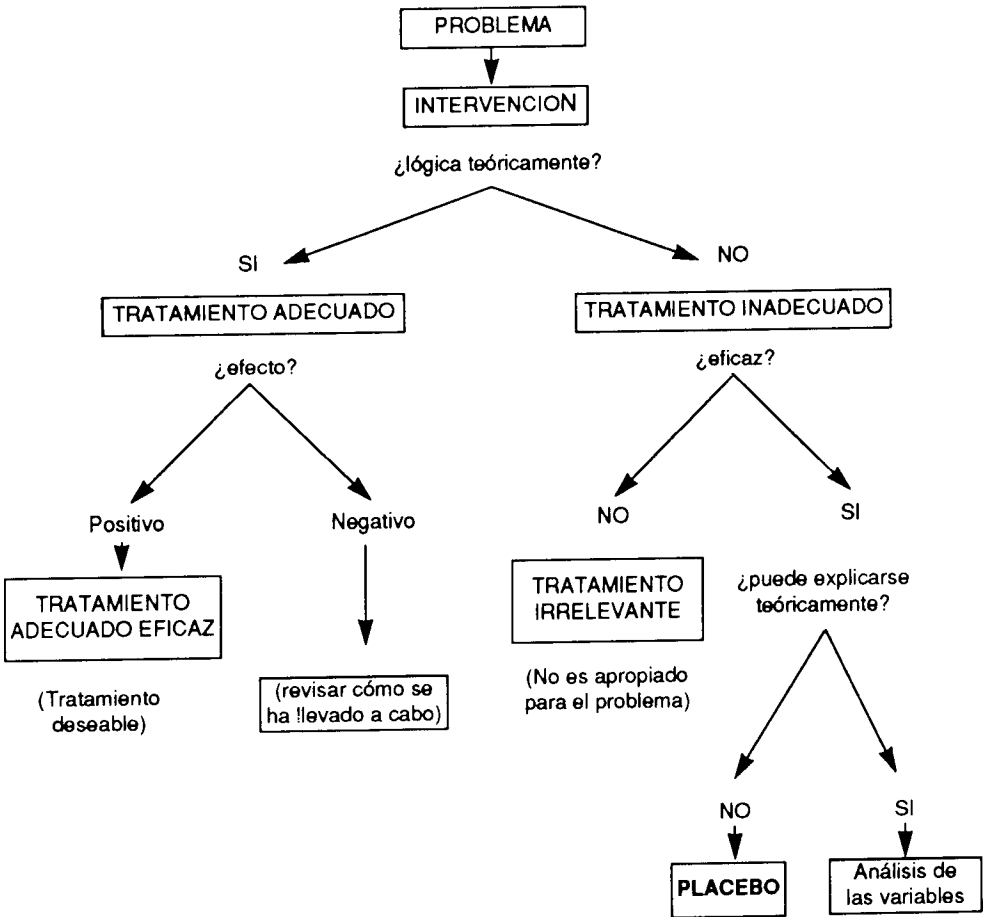


Figura 2.

Para mostrar más claramente este modelo supóngase que, como parece que tiene algo de cierto, la aspirina posee como una de sus características el prevenir trastornos cardiovasculares. Supóngase que dichos efectos preventivos su hubieran descubierto de forma empírica o casual y que la ciencia médica todavía no conociera el mecanismo de acción mediante el cual se produce dicho efecto, pero estableciera varias hipótesis tentativas que fueran teóricamente apropiadas (supóngase que éstas que cito lo fueran):

- a) Que las aspirina posea un ingrediente que fuera un ligero vasodilatador.
- b) Que tuviera un ingrediente anticoagulante, o
- c) Que fuera un reforzador de los músculos cardíacos por poner algunos ejemplos imaginarios.

Supóngase que todas esas hipótesis fueran igualmente plausibles. Evidentemente, a ningún profesional de la medicina se le ocurriría decir que los efectos de la aspirina como factor preventivo de los trastornos cardiovasculares son efectos placebo sino que:

- a) Todavía no se conoce el mecanismo mediante el cual la aspirina produce dichos efectos, con lo cual será necesario estudiarlo experimentalmente. En todo caso es comprensible y explicable dentro de la ciencia médica por las hipótesis tentativas que se postulan y
- b) Los efectos fueron inesperados en un primer momento y, desde luego, no son los específicos de la aspirina, que se trata de un analgésico antiinflamatorio y antipirético, fundamentalmente.

Visto todo esto, cabe pensar que nada en psicología es placebo, puesto que hay va-

riables psicológicas subyaciendo a la mayor parte de los procesos humanos que podrían dar razón de ellos. No obstante, podríamos buscar ejemplos de placebos psicológicos (al igual que de otra ciencia) siguiendo el hilo del discurso que hemos realizado hasta el momento. Deberá tratarse de fenómenos psicológicos, de los que no pueda emitirse desde la ciencia psicológica explicación alguna, ni hipótesis acerca de las variables relevantes que han hecho posible el efecto. Un ejemplo podría ser los fenómenos paranormales: acontecimientos psicológicos que no puedan explicarse desde la psicología, ni tampoco existen hipótesis adecuadas y plausibles teóricamente en nuestra ciencia que puedan dar razón de estos fenómenos, por lo menos de momento. No obstante, pudiera ser que efectos como la telepatía, pudieran explicarse desde otra ciencia, como la física, al producirse dicho fenómeno, pongamos por caso, por la transmisión de determinado tipo de ondas hertzianas, que pueden propagarse con facilidad bajo determinadas condiciones ambientales. En este caso, la telepatía sería un placebo en psicología, pero no en física.

No obstante, el placebo no es un concepto inmutable y un fenómeno placebo en una ciencia determinada no tiene por qué serlo por siempre, sino que dependerá del progreso y avance de la investigación científica. En el momento que el avance científico permita desarrollar modelos teóricos permitan la generación de hipótesis plausibles que expliquen el fenómeno, éste dejará de ser placebo. Si las hipótesis no se demuestran experimentalmente se tratará de desconocimiento, mientras que si se llegan a comprobar la cuestión quedará solucionada y la comunidad científica habrá solucionado un problema importante.

Un vez expuestas nuestras reflexiones, proponemos una definición de placebo al hilo de este discurso:

*“Un placebo es toda aquella intervención que resulta activa (positiva o negativa-*

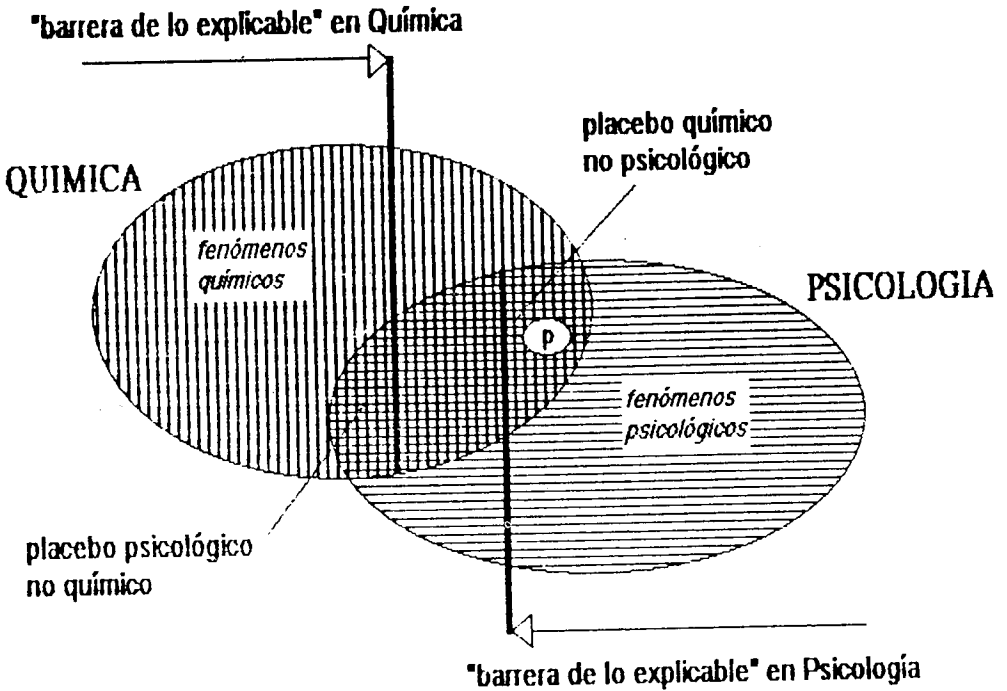


Figura 3. El placebo en el marco de las teorías científicas (I).

mente) 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".

La figura 3 representa gráficamente lo que acabamos de exponer. La explicación de esta figura sería la siguiente:

a) Cada conjunto representa el objeto de estudio de una disciplina, en este caso fenómenos psicológicos y fenómenos químicos.

- b) La intersección entre ambos supone un grupo de conocimientos que pueden estudiarse desde ambas disciplinas. Se trata de fenómenos objeto de estudio de la Química y de la Psicología, en este caso.
- c) Dentro de cada una de las disciplinas existen una serie de fenómenos que, aún siendo objeto de estudio de cada una de las ciencias (o de diversas), no pueden explicarse, o no pueden encontrarse relaciones funcionales entre las hipótesis científicas y los fenómenos constatables. Sería la porción rayada de cada conjunto más allá de la "barrera de lo explicable" de cada una de las disciplinas. Dicha porción es lo que representa el verdadero placebo en cada una de las ciencias, que es po-

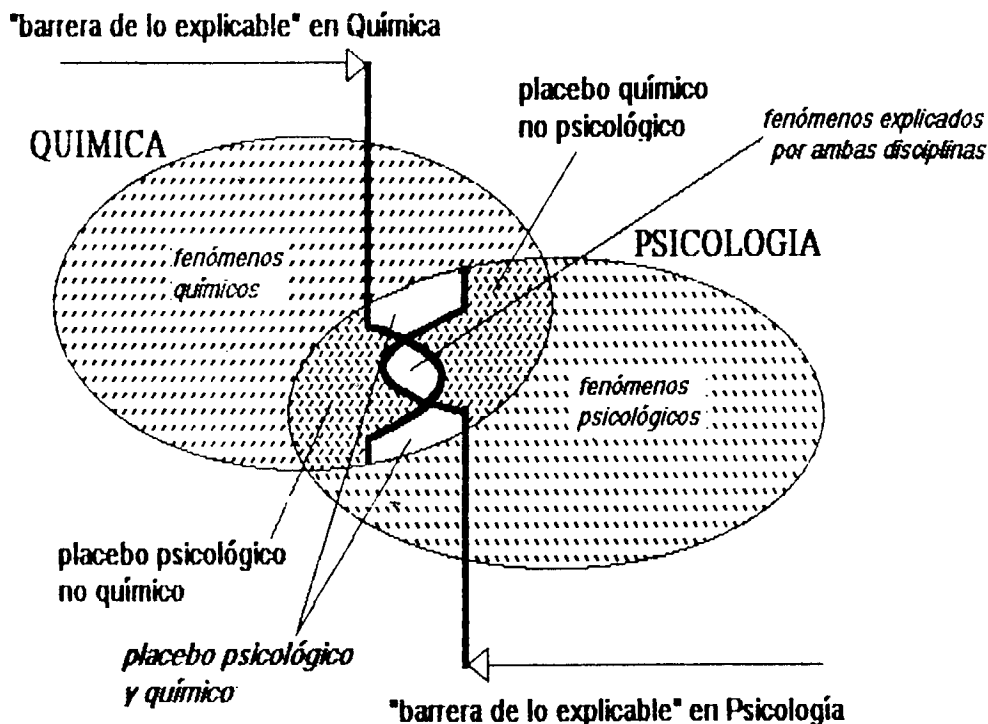


Figura 4. El placebo en el marco de las teorías científicas (II).

sible que encuentre explicación en otra disciplina (sería la porción rayada que hace intersección con otro conjunto: pastilla de glucosa como placebo químico con explicación psicológica), o puede no explicarse y tratarse de fenómenos que forman parte del conjunto de eventos de otra disciplina. La porción sombreada entre ambas "barreras" son fenómenos que forman parte del ámbito de la ciencia química y psicológica y que no pueden explicarse por ninguna de ellas. En este caso ese fenómeno se trataría de placebo químico y psicológico.

En aras de la claridad, y para que el diagrama resulte sencillo, no hemos señalado aquellos fenómenos que forman parte de

ambas disciplinas y que pueden explicarse adecuadamente tanto por la Psicología como por la Química. Se trataría de fenómenos ubicados en la intersección entre las dos disciplinas y dentro de la "barrera de lo explicable" de ambas, tal y como aparece en la figura 4.

Para dar una visión todavía más gráfica del diagrama vamos a seguir los pasos siguientes:

— Véase la letra "P", que puede significar una pastilla de harina suministrada como un nuevo antidepresivo.

— Dicha pastilla se encuentra en la intersección entre ambas disciplinas porque:

- a) Se trata de un producto con unos componentes y sustancias que provocan una serie de reacciones meta-

bólicas especificadas en el organismo. Pertenecer por ello al ámbito de la química.

- b) Dicha pastilla se ha prescrito para el tratamiento de depresiones, de forma que ha conseguido modificar los patrones emocionales, cognitivos y conductuales depresivos de determinados pacientes. Pertenecer, por lo tanto, al ámbito de la psicología de la misma manera que al de la química.

— Después de ingerirla el paciente se encuentra mucho mejor. Dicho fenómeno:

- a) No puede explicarse en base a las reacciones químicas que produce una pastilla de harina, puesto que las reacciones que se producen al metabolizarse las sustancias de dicha píldora no tienen ningún efecto antidepresivo, debido a los hidratos de carbono de la harina de trigo no son inhibidores de la monoaminooxidasa, no estimulan la elaboración de serotonina y el balance químico que se produce no puede explicar los efectos antidepresivos. El fenómeno cae “fuera de la barrera de lo explicable” y por lo tanto se trata de un placebo en química y farmacología.

- b) Se hipotetiza que el sujeto considera que los cambios fisiológicos normales que le acontecen son producidos por la acción farmacológica de la pastilla (“se trata de un potente antidepresivo”). Dichos procesos atribucionales generan expectativas positivas de resultado y hacen que se pongan en funcionamiento diversas estrategias de afrontamiento, merced a las cuales se modifica su patrón cognitivo-comportamental depresivo a otros más saludables. Esta hipóte-

sis (independientemente de que sea cierta, o no) cae “dentro de la barrera de lo explicable” en Psicología y por lo tanto no se trata de un efecto placebo. En todo caso ser necesario determinar cuáles son los factores que hacen posible que se produzca dicho fenómeno (si se trata de procesos atribucionales, sugestión, confianza en el médico, altas expectativas de éxito del tratamiento, o cualquiera otro), pero no puede considerarse como placebo en Psicología. Si no sabemos qué es exactamente lo que lo produce, únicamente deberemos experimentar con nuestras hipótesis para averiguarlo.

El hecho que señalemos que un placebo puede serlo para una determinada ciencia y no para otra, en función de la capacidad de explicación de los diferentes modelos teóricos de cada disciplina, no quiere decir que concibamos las disciplinas como compartimentos estancos, como estructuras cerradas e independientes. Obviamente, gran variedad de contenidos pueden formar parte de diversas ciencias, tal y como puede observarse en los diagramas que hemos señalado. Algunas de las características de las teorías científicas es que expliquen los fenómenos empíricos y predigan otra serie de acontecimientos. Para la formulación de una teoría son necesarios dos tipos de principios (Hempel, 1970): los principios internos, que son los procesos básicos producto de la teoría a que se ajustan, y los principios puente, que son los que conectan las entidades teóricas, inobservables, con aspectos empíricos, observables, o con inobservables que ya están muy asumidos por parte del ámbito de la ciencia.

Todo lo expuesto hasta el momento podemos explicarlo al hilo del discurso de la filosofía de la ciencia. El placebo podría definirse como un acontecimiento en el cual no existen principios puente que enlacen los

principios internos de una teoría con la realidad contrastable, o que no haya nexo entre los resultados empíricos y los principios teóricos. Analicemos el fenómeno del placebo: pastilla de glucosa para combatir depresión.

En medicina dicho fenómeno es placebo. Los principios internos son que los antidepresivos provocan reacciones químicas que inhiben la producción de monoaminoxidasa. Cada uno de los principios internos serían los supuestos que dan razón de las reacciones a nivel molecular de cada una de las sustancias, los productos resueltos, así como el hecho que merced a una serie de reacciones dicho enzima no pueda traspasar la membrana presináptica y llegar a la sinapsis. Los resultados son mejorías en los síntomas depresivos. Los principios puente relacionan el bajo nivel de este enzima en la sinapsis con solución del estado depresivo. Por contra, los principios internos que dan razón de la pastilla de glucosa, también a nivel bioquímico, suponen las reacciones metabólicas que sufren las grandes moléculas de glucosa. Sin embargo, no existen principios puente que relacionen los beneficios producidos en el estado anímico del sujeto con la liberación de

más o menos cantidades de ATP o niveles de insulina en sangre.

La investigación para dilucidar este placebo médico discurriría por determinar qué factores psicológicos son los responsables de la eliminación de los síntomas depresivos mediante una pastilla de glucosa. Supóngase que se ha descubierto que es la simpatía del terapeuta lo que determina la eficacia de dicha píldora. Ser necesario, entonces, establecer principios puente desde esta variable con los principios internos de la teoría farmacológica acerca de la depresión y determinar en qué forma las reacciones emocionales del paciente ante la simpatía del terapeuta provocan reacciones a nivel bio-químico en forma de inhibición de la monoaminoxidasa, por ejemplo. Si se obtuvieran resultados positivos, parecería evidente que el carisma del terapeuta provoca las mismas reacciones químicas que un producto farmacológico y la teoría quedaría contrastada. Si no fuera así, la medicina quedaría de nuevo sin principios puente que pudieran explicar la relación entre sus principios teóricos y los resultados obtenidos y seguiríamos hablando de placebo médico.



## REFERENCIAS

- 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: 1102-110.
- Beecher, H. K. (1972): The placebo effect as a non-specific force surrounding disease and the treatment of disease. En R. Janzen, W.D. Keidel, A. Herz, C. Steichele, J.P. Payne y R.A. Burt (eds.): *Pain: basic principles pharmacology-therapy*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Beecher, 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.
- Byerly, H. (1976): Explaining and exploiting placebo effects. *Perspectives in Biology and Medicine*, 19: 423-436.
- Dobrilla, G. (1987): Placebo and placebo effect, general aspects and extent of the problem. *Scandinavian Journal of Psychology*, 11-16.
- 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.
- Elton, D.; Stanley, G. y Burrows, G. (1983): *Psychological control of pain*. Sydney. Grune and Stratton.
- Evans, F. (1974): The placebo response in pain reduction. *Advances in neurology*, 4: 289-296.
- Fish, J. M. (1973): *Placebo therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Frank, J. D. (1961): *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- 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.
- Henry, W. (1985): The time-released placebo: A reply to Critelli and Neumann. *American Psychologist*, 239.
- Herrnstein, R. J. (1962): Placebo effect in the rat. *Science*, 138: 677-678.
- Kirsch, I. (1985): The logical consequences of the common factor definition of the term placebo. *American Psychologist*, 237-238.
- Korchin, S. J. y Sands, S. H. (1983): Principles common to all psychotherapies. En C.E. Walker (ed.): *The handbook of clinical psychology, vol 1*. Dow Jones-Irwin. Traducido al castellano en C. Botella: Aportaciones a la psicoterapia. Valencia: Promolibro
- Leslie, A. (1954): Ethics and the practice of placebo therapy: *American Journal of Medicine*, 16: 770-777.
- Lieberman, L. R. (1985): Comment on Critelli and Neumann's "The Placebo". *American Psychologist*, 40: 238-239.
- Mahoney, M. J. (1977): Cognitive therapy and research. A question of questions. *Cognitive therapy and Research*, 1.
- Park, L. C. y Covi, L. (1965): Nonblind placebo trial. *Archives of General Psychiatry*, 12: 336-345.
- Patterson, C. H. (1985): What is the placebo in Psychotherapy?. *Psychotherapy*, 22: 163-169.
- Peek, C. J. (1977): A critical look at the theory of placebo. *Biofeedback and Self-Regulation*, 2: 327-335.
- Rosenthal, D. y Frank, J. (1956): Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53: 294-302.
- Shapiro, A. K. (1964): A historic and heuristic definition of the placebo. *Psychiatry*, 27: 52-58.
- 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.
- Thome, F. C. (1952): Rules of evidence in the evaluation of the effects of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 8: 38-41.
- Ullmann, L. P. y Krasner, F. (1969): Cognitions and behaviour therapy. *Behavior Therapy*, 1: 202-204.
- Voudouris, N. J. (1981): *The condicionability of positive and negative effects in experimental pain*. Tesis doctoral no publicada. La Trobe University, Bundoora, Victoria.
- Voudouris, N. J.; Peck, C. L.; Connie, L. y Coleman, G. (1985): Conditioned placebo responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 47-53.
- Wickramasekera, I. (1977): The placebo effect and medical instruments in biofeedback. *Journal of Clinical Engineering*, 2,3: 227-230.
- Wickramasekera I. (1980): A conditioned response model of the placebo effect. Predictions from the model. *Biofeedback and Self-Regulation*, 5: 1, 5, 18.
- Wilkins, W. (1985): Placebo Controls and Concepts in Chemotherapy and Psychotherapy Research. En L. White; B. Tursky y G. Schwartz (1985): *Placebo: Theory, Research and Mechanisms*. New York: Guilford Press.
- 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.