

Usted es un placebo

https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=107108&fuente=mas_comentados

Acerca de los poderosos efectos que producen las personas



"Es médico quien sabe de lo invisible, de lo que no tiene nombre ni materia, y sin embargo, tiene su acción." Paracelso

Soy médico y me ha ocurrido -cientos de veces- que mientras asisto a una persona internada sus familiares y amigos atan cintas rojas a las patas de la cama, pegan estampitas de santos en la cabecera, arman altares en la mesita de luz, dejan pequeñas botellas con líquidos bendecidos o ramitas de alguna planta silvestre debajo de la almohada. Rezan, cantan, oran, bailan. He atendido a gitanos mientras su comunidad entera acampaba en las puertas del hospital en una vigilia de multitudes que, hasta que el paciente no era dado de alta, no se movían de allí. He aprendido el lenguaje de los presos y la jerga de las prostitutas. He visto a un detenido sobornar a un policía para que le traiga una imagen de "Gilda" y al miserable aceptar un billete arrugado que escondía dentro de la media para hacerlo. Me he hecho el distraído mientras una madre le "tiraba el cuerito" y rodeaba con una cinta amarilla el abdomen de su hijo minutos antes de entrar al quirófano con los intestinos perforados. He ingresado a la habitación de un paciente con la lentitud suficiente como para que su esposa ocultara una caja con gorgojos que colocaba sobre su espalda cuando yo no la veía. He permitido el ingreso a la sala de internados de sacerdotes, curanderos, chamanes, un "pai" Umbanda que danzó toda una noche alrededor del moribundo, y no sé cuántas cosas más. He compartido pacientes con el Gauchito Gil (muchos), con la Virgen Desatanudos, con Santa Muerte, Pancho Sierra, el padre Mario, la Madre María, y otros tantos colegas. Formamos un buen equipo y, entre todos, hacemos lo que podemos.

A mí siempre me resultó incomprendible que las personas vengan al hospital al sentirse

enfermas, pero al mismo tiempo confíen en que alguna de estas otras estrategias contribuya a sanarlos. Si era así, ¿por qué no se internaban en sus templos?

Hace algunos años una señora correntina a quien le pregunté esto me dijo: *"No se enoje, pero lo que pasa doctorcito es que estamos enfermos de más cosas de las que ustedes pueden curarnos y confiamos en la medicina menos de los que ustedes pueden tolerar"* Se llamaba Herminia y tenía una miocardiopatía chagásica terminal. Todavía pienso en ella a menudo; pero ya no me hago esa estúpida pregunta.

Usted es un placebo

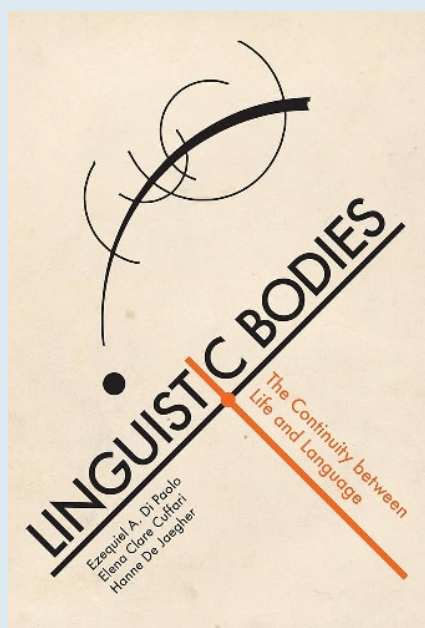
"Es posible que hubiera llegado hasta allí sintiéndome fatal pero que su sola presencia me haya hecho sentir espléndida. El doctor L. tiene ochenta y un años y practica cosas en las que yo no creo". (Leila Guerriero, "Teoría de la gravedad")

Ningún médico se sorprendería si se le dice que él produce efectos en las personas mediante el uso de *"remedios"*. Pero es posible que se sorprenda si le decimos que él mismo es un *"remedio"*. El acto médico emplea una enorme diversidad de recursos, entre ellos, la propia figura de quien lo ejerce. La presencia, la palabra, la actitud y una multitud de misteriosos recursos que operan en el encuentro entre médico y paciente ejercen su efecto terapéutico sobre la persona que padece. La consulta médica se desarrolla en un escenario ritualizado y con una larga tradición cultural. Los enfermos le hablan a la persona que tienen frente a ellos, pero responden al arquetipo profesional con el que socialmente se encuentra investido. Saberlo o ignorarlo puede ser parte del problema o de la solución.

La palabra **placebo**, derivada del verbo latino *placere*, que significa *"complacer"*, se usaba en la Edad Media para designar los lamentos que proferían las plañideras profesionales en ocasión del funeral de alguna persona. Puede gustarle o no, pero es indudable que complacer consuela y que el llanto compartido atenúa el dolor. Y no es tan extraño finalmente ya que el dolor más grande que la muerte produce es el de quedarnos más solos que antes.

El *"efecto placebo"* suele ser interpretado como *"ausencia de efecto"*. Sin embargo, lo único que está ausente es el principio activo, lo que de ninguna manera implica que no se produzcan efectos. Las vías a través de las cuales es posible inducir modificaciones sobre otras personas no se limitan a los agentes farmacológicos activos tal como los conocemos. Ya nadie ignora que el énfasis que un médico pone en el momento de realizar una prescripción incide en la magnitud de los resultados clínicos que produce. La práctica médica no constituye una situación experimental sino una interacción social dotada de múltiples dimensiones. Es en el ámbito de la investigación donde se deben realizar los mayores esfuerzos por aislar toda situación que pueda interferir con la acción *"pura"* del agente utilizado. En el consultorio ni el paciente ni el médico están *"ciegos"*. Ambos conocen las herramientas que emplean y saben que una parte considerable de lo que ocurrirá con el tratamiento que hayan decidido utilizar dependerá del tipo de relación que entre ellos sean capaces de establecer.

La afectividad surge en relaciones significativas con el entorno y como configuraciones dinámicas de la actividad corporal. La toma de **sentido** humana está atravesada por hábitos personales, prácticas sociales, lenguaje y narrativas culturales. Si la cultura, la cognición y la afectividad son parte de sistemas interrelacionados, no debería sorprendernos observar las respuestas corporales que siguen a eventos culturalmente significativos.



Cuerpos lingüísticos

Los cuerpos humanos no son entidades dadas, ya individualizadas, de las que emergen las acciones, sino que están co-definidas y co-constituidas por lo que hacen en el mundo. Son "*cuerpos vividos*" que cuentan historias y que en nada se parecen a máquinas. Los cuerpos se conciben mejor como procesos, prácticas y redes de relaciones. Tienen más en común con los huracanes que con las estatuas.

El "*cuerpo humano universal*" no existe; deberíamos eliminarlo de nuestras teorías. Los cuerpos están inacabados, en perpetua construcción. Los cuerpos humanos son históricos, de género, estilizados, politizados. Son cuerpos vivos reales, enferman, trabajan, comen, respiran, duelen, dan a luz. ¡Tenemos que permitir que los cuerpos nos cuenten su historia!

Nuestras metáforas médicas orientadoras ya no nos sirven, necesitamos otras. Son cuerpos lingüísticos, se constituyen en comunidades lingüísticas. La clave no está en nuestras cabezas o en nuestros genes, sino en el mundo. Los cuerpos y el ambiente se construyen recíprocamente en un permanente bucle recursivo.

Los **síntomas** manifiestan la naturaleza activa del cuerpo, ya que son el resultado de los intentos de regular las tensiones existentes. La historia, las motivaciones, las preocupaciones, los hábitos y las acciones actuales de un paciente no son factores incidentales o meramente contextuales en los fenómenos del placebo. Son un

componente fundamental de la experiencia humana situada y sensible al contexto. El sistema de creencias, prácticas sociales y narrativas culturales no solo modulan la respuesta a intervenciones particulares, como en el aspecto ritual de los procedimientos placebo, sino también la experiencia *corporizada* de toda interacción social significativa.



Cuenta Ted Kaptchuk que, en su Clínica de Dolor en Harvard, los pacientes le decían que lo que más los mejoraba era conversar con Víctor, el empleado de la recepción. Víctor, le preguntó:

"¿Qué diablos estás haciendo con estos pacientes?"

"Ted, cuando trabajaba en la enfermería de Auschwitz recibía dos aspirinas a la semana para tratar a miles de personas. Así que las disolvía en un balde grande de agua y le daba una cucharada a cada uno y los escuchaba, los escuchaba atentamente. Así aprendí a ayudar a la gente".

Solo una definición pobre y restrictiva de la salud y la enfermedad podría hacer recaer exclusivamente sobre las variables biológicas mensurables toda la potencia de la intervención médica.

Desde el momento en que cualquier enfermedad implica un padecimiento subjetivo y una repercusión social, y no sólo una alteración de la homeostasis, influir sobre aquellas dimensiones forma parte de la cura o del alivio. Todos lo *sabemos*. Y lo *sabemos* porque, aunque no podamos ponerlo en palabras, incluso cuando no tomemos conciencia explícita de ello, lo aplicamos en cada momento en la tarea asistencial cotidiana. Forma parte del "*arte*" del ejercicio de la medicina. Es una habilidad intuitiva injustamente desvalorizada, pero siempre presente y a menudo poderosa.

Acupuntura vs morfina IV en el manejo del dolor en Emergencias (estudio prospectivo 150 pacientes grupo acupuntura vs 150 pacientes grupo morfina IV).

Tasa de éxito con significativas diferencias: 92% grupo acupuntura vs 78% grupo morfina ($P < .001$). El tiempo de resolución del dolor fue de 16 ± 8 minutos en el grupo acupuntura vs 28 ± 14 minutos en el grupo morfina.

Conclusión: en pacientes con dolor agudo en Emergencias la acupuntura se asoció con mayor efectividad, más rápida acción y mejor tolerancia que la morfina IV.

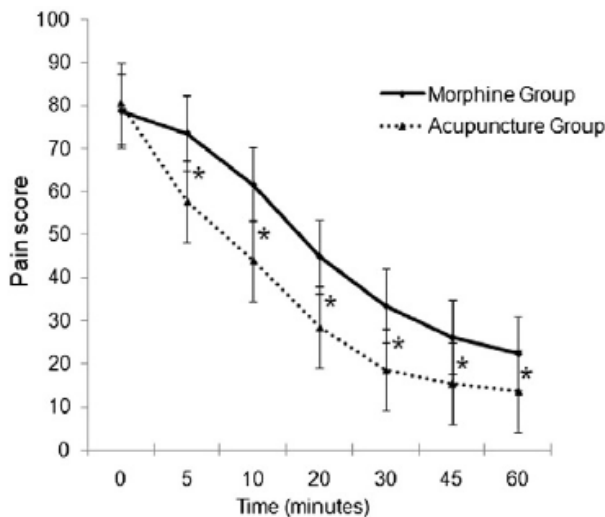


Figure. The pain score (VAS or NRS ranging from 0 to 100) changes from baseline at each time point in the 2 groups (*: significant change in pain scores between the 2 study groups with $P < .05$).

Cita: [Acupuncture vs intravenous morphine in the management of acute pain in the ED](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.07.028). The Journal of Emergency Medicine Agosto de 2016 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.07.028>

"En ciertas circunstancias, conocer cómo funciona una intervención puede ser menos importante que saber si funciona (y causa alivio o daño)".

Usted actúa como placebo produciendo efectos terapéuticos. Usted lo hace tanto cuando emplea productos activos como cuando indica sustancias inertes. Usted es un agente de la cura y del cuidado. Pero, por los mismos motivos, también puede ser un [agente de enfermedad, de sufrimiento](#), un verdadero obstáculo para la terapéutica ([efecto nocebo](#)). Usted crea **expectativas** sobre aquello que prescribe. Pero éstas pueden ser positivas o negativas.

Y, ya se sabe, en ocasiones la palabra es –para bien o para mal- una *profecía autocumplida*. Tal vez, en ciertas circunstancias, conocer cómo funciona una intervención sea menos importante que saber si funciona (y si puede causar alivio o daño). Finalmente, de eso se trata la medicina.

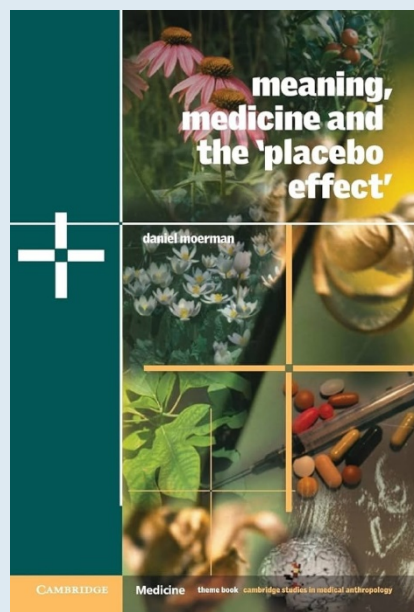
Una mano que se estrecha con firmeza y que transmite decisión y afecto. Una mirada que se dirige a los ojos y no a los papeles o a las pantallas. El silencio respetuoso e interesado

de la escucha atenta. Una persona que le hace saber a otra que lo que a le ocurre es importante y enciende su interés es lo que hace de usted un placebo. *¡Un extraordinario placebo!*

Es curioso el escaso tiempo que se dedica a desarrollar estas habilidades en la formación del médico. Nadie puede sorprenderse entonces que el malentendido se instale entre los más jóvenes y que se desvalorice aquello que saben naturalmente, pero que no les han enseñado. Esa clase de conocimiento que el limitado idelecto que intentan hablar, les impide nombrar. Es por eso por lo que, cuando se los consulta sobre el tema, casi siempre aparece la denominación de “*charlatanería*”.

Precisamente lo que un “*charlatán*” hace es emplear la palabra como instrumento y tener plena conciencia del poderoso efecto que con ella es capaz de producir. Él conoce lo que nosotros ignoramos y valora lo que a menudo despreciamos. Siempre que se respete un marco de honestidad y no se vulneren la dignidad ni los derechos del otro, lo que legitima un procedimiento son sus resultados y no sus metodologías. Se trata de sumar y no de excluir. De articular más que de separar. De contemplar otras perspectivas y no de subordinarlas a la nuestra o de “tolerarla” como un arrogante gesto de civilización. Los “*bárbaros*” también pueden tener postgrados universitarios.

Hace varias décadas el antropólogo francés [Claude Levy Straus](#) -en su libro "[Antropología estructural](#)"- describió entre los indios "[Cuna](#)" de Panamá el trabajo de los chamanes de la tribu. Llamó al efecto que ellos producían “[eficacia simbólica](#)”. Más tarde, diversos experimentos rigurosos publicados por la revista “[Science](#)” aportaron evidencias acerca de que el empleo de placebos como analgésicos no solo atenuaban el dolor, sino que lo hacían a través de los mismos mecanismos humorales y las vías neuroendocrinas que muchos fármacos, como los opioides, por ejemplo.



Antropología del significado

Los placebos son por definición inertes. Ser *inerte* significa *no hacer nada*, sin efecto. Si hace algo (causa cambios), entonces NO es inerte. Pero los placebos son inertes y los cambios ocurren de todos modos. Podemos estar absolutamente seguros de que los placebos no causan el efecto placebo. La situación es análoga a saber que el ruido que produce un disparo es inerte, pero alguien cae herido, y llamamos a eso "efecto placebo" (o nocebo). Si es placebo, no tiene efecto. Si tiene efecto, no es placebo.

Yo llamo respuesta al significado, son los efectos psicológicos y fisiológicos del significado en el tratamiento de la enfermedad.

La **respuesta al significado** no solo sucede con la prescripción de sustancias inertes, sino también a fármacos activos. Los seres humanos son exclusivamente "animales culturales". Esa frase parece, a primera vista, un oxímoron, una contradicción de términos. Y, esa creencia en una contradicción que NO existe (*biología / cultura*) es un obstáculo para comprender el problema. Pero una consideración cuidadosa muestra que lo que pensamos, decimos y sabemos sobre el mundo puede tener una influencia dramática en nuestra biología, ya que la cultura y la biología se superponen y se determinan mutuamente de manera poderosa e importante.

Todo el "misterio" del efecto placebo desaparece cuando hablamos de "efecto del significado" que no tiene nada de misterioso. El olvido y el prejuicio sobre este componente fundamental de la sanación, ha empobrecido nuestra medicina.

Síntomas, placebo y cerebro bayesiano

A pesar de su éxito, el modelo biomédico no ha proporcionado una explicación adecuada de dos fenómenos bien demostrados: los síntomas sin alteración fisiopatológica y el alivio después de la administración de un placebo.

El cerebro bayesiano

El sistema nervioso está lidiando constantemente con un flujo continuo y potencialmente abrumador de señales variables provenientes de nuestro cuerpo y sentidos. Por el bien de la adaptación, el cerebro debe convertir este juego confuso de entradas sensoriales y disparos neuronales en una percepción confiable del mundo. El debate en la ciencia cognitiva ha girado en torno a cómo exactamente el cerebro realiza esta tarea.

La percepción está modulada cognitivamente y podría considerarse mejor un proceso de predicción basado en una integración de entradas sensoriales, experiencia previa y pautas contextuales. Sentimos dolor porque predecimos que estamos sufriendo, sobre la base de una integración de entradas sensoriales, experiencias previas y señales contextuales.

¿Qué es la codificación predictiva cerebral?

Nuestro cerebro genera continuamente modelos del mundo a su alrededor.

“La experiencia es la experiencia del mundo que se espera experimentar”. “Toda experiencia es una alucinación controlada”. Andy Clark.

La información no solo fluye desde nuestros sentidos hacia los niveles superiores, sino que esos niveles "predicen" la entrada de nuestro entorno, le dan significado e influyen en la percepción. Este mecanismo se denomina procesamiento predictivo o codificación predictiva.

Nuestro cerebro genera continuamente modelos del mundo a su alrededor. Predice la explicación más plausible de lo que está sucediendo en cada momento. El problema es que a veces se equivoca y este error predictivo produce disonancia cognitiva, trastornos del aprendizaje, ansiedad, depresión, dolor o fatiga.

El cerebro hace inferencias probabilísticas sobre el mundo basadas en un modelo interno, calculando una *"mejor conjetura"* sobre cómo interpretar lo que está percibiendo. Aplica la estadística bayesiana, cuantifica la probabilidad de un evento basado en información relevante obtenida de experiencias anteriores. En lugar de esperar a que la información sensorial impulse la cognición, el cerebro siempre está construyendo activamente hipótesis sobre cómo funciona el mundo y usándolas para explicar experiencias y completar datos faltantes.

La *"interpretación"* de las sensaciones no solo se refieren al mundo exterior, exterocepción, sino al mundo interior, interocepción. Percibimos cambios en nuestro cuerpo y le asignamos significado de acuerdo a nuestros conceptos previos, nuestra experiencia y al contexto donde suceden. Las mismas percepciones somáticas (interoceptivas) pueden tener distintos significados en contextos diferentes y en personas diversas: dolor, fatiga, amenaza, ansiedad, depresión, etc.

En un metaanálisis realizado sobre 21 grandes estudios publicado por Scot H. Simpson en el [British Medical Journal](#) acerca de los efectos de la adherencia a los tratamientos se constata que el cumplimiento de la prescripción *disminuye la mortalidad global*. Lo curioso –para los autores- es que la adherencia de los pacientes asignados a los *grupos "placebo"* en cada ensayo también disminuye la mortalidad. Los investigadores proponen que esto podría indicar que los *"adherentes"* constituyen un subgrupo de individuos con comportamientos más saludables que los *"no adherentes"*.

Es posible que sea verdad. Pero ¿por qué no pensar que el contacto con el equipo de salud ejerce sus propios efectos intrínsecos incluso cuando lo que se prescribe es un principio farmacológicamente inactivo? En términos de plausibilidad ambas hipótesis son posibles. Por otro lado, no hay pruebas contundentes para ninguna de ellas sencillamente porque nadie se ha propuesto realizarlas. De todos modos, no hay ninguna necesidad de que ambas no puedan resultar verdaderas al mismo tiempo sin ser excluyentes. *¿Usted qué opina?*

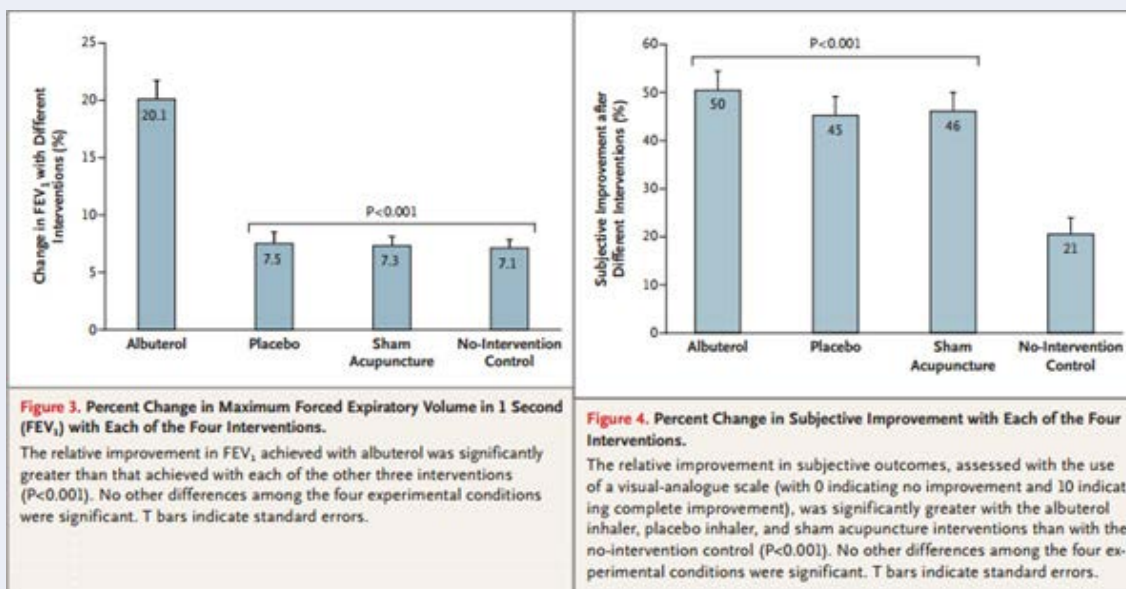
Claro que somos capaces de explicar los fenómenos humanos en términos científicos de moléculas y sinapsis. En una jerga pretenciosa y reductiva que supone decirlo todo. Lo hemos aprendido muy bien. Pero el amor no es dopamina, la soledad no es una excitación amigaloidal, el dolor no es nocicepción, la depresión no está en la serotonina. Las *propiedades emergentes* no existen como tales en ninguno de los componentes de un *sistema complejo*. Podemos hacerlo mejor. Pero necesitamos *saber lo que no sabemos* antes de que eso sea posible.

La sustancia y la circunstancia

Si a un paciente asmático se le administra Albuterol mejora su flujo aéreo bronquial (FEV₁), si se le administra placebo eso NO sucede. Pero el grado de **mejoría subjetiva** reportado por los enfermos es casi el **mismo**.

Todo acto médico administra dos “remedios”. El que contiene una sustancia activa y el rito de su administración. Ambos producen efectos. No es verdad que uno responda a mecanismos fisiológicos y el otro no. Los dos están motivados por modificaciones en la fisiología. No se trata de que uno sea “verdadero” y el otro “inmotivado”. Más bien uno resulta fácilmente explicado por nuestro repertorio de argumentos mientras que el otro exige una transformación en nuestras ideas y categorías de pensamiento. La conducta y la subjetividad también son tanto estímulo como respuestas según el caso y requieren de modificaciones fisiológicas para producirse. No hay subjetividad sin cuerpo.

El contexto, la palabra, la actitud, la narrativa que los organiza, son factores concurrentes para la efectividad clínica de cualquier intervención. Los resultados no sólo dependen de la "**sustancia**" sino que también dependen de la "**circunstancia**". La discordancia entre las variables medidas y los resultados que los pacientes manifiestan es producto de una debilidad de nuestros instrumentos de medición y de una catástrofe de nuestra epistemología. Hay muchos fármacos que no tiene efecto sobre la biología. Pero no existe ninguno que no tenga significado. Que un paciente asmático refiera una importante mejoría como consecuencia de una intervención incapaz de modificar su flujo espiratorio por sí misma no es ninguna paradoja, no es un signo de su ignorancia sino de la nuestra.



Referencia: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1103319>

Toda autorrepresentación es incompleta

"La verdad y el significado no son una misma cosa, el error consiste en interpretar el significado según el modelo de la verdad" (Hanna Arendt).

Creamos mapas en los que el cartógrafo supone que queda fuera de su obra. A fuerza de no incluirnos en lo representado terminamos por convencernos de que es ajeno e independiente de nosotros. Que los fármacos producen su efecto con independencia de lo que el encuentro entre médico y paciente facilita o impide. Que la escucha o las señales no verbales carecen de efectos mensurables. Trazamos mapas a los que luego llamamos *"realidad"*. Primero creamos una historia, luego ella nos cambia a nosotros. Médicos y pacientes formamos parte de un complejo dispositivo cultural creador de sentido y de coherencia narrativa. Somos reguladores homeostáticos sociales. Las emociones funcionan como un sistema inmunológico: los vínculos provocan una [reacción inflamatoria](#) cuando algo los amenaza. Pero también hay formas de amortiguar esa respuesta. Los amigos, la familia, los agentes de salud y los grupos de pertenencia son una especie de *"lóbulos frontales extendidos"*, como afirma el psiquiatra James Griffith. Nos transformamos unos a otros, para bien o para mal. Porque solos no podemos hacerlo.

Daniel Flichtentrei