

ALTER N°8
CUERPO ERÓGENO
Placebo y efecto placebo*
Francis Martens¹

«Yo lo vendo, Dios lo sana»
Ambroise Paré

Efecto placebo y triple ciego

Cirujano del ejército, inventor de la ligadura de las arterias (para evitar la cauterización), Ambroise Paré (1510-1590) revoluciona el mundo de la cirugía pero tiene conciencia de las limitaciones de su técnica. En efecto, el médico puede curar pero, *in fine*, es «Dios» –incluyamos que lo incluyamos en ese término– quien permite sanar. Por lo demás, la transitividad del verbo sanar en «Dios lo sana», no es la norma. En francés estricto, a pesar de la corrupción por un mal uso finalmente admitido – donde curiosamente el practicante ocupa el lugar de «Dios»–, «sanar», por oposición a «curar» o «tratar», es ante todo intransitivo: si el médico cura y puede poner en marcha las condiciones de la recuperación de la salud, a fin de cuentas es el paciente quien *sana*.

Desde hace medio siglo este hecho es demostrado por miles de investigaciones experimentales en «doble ciego» tan convergentes como desatendidas, al punto que aquí sugeriría hablar de «triple ciego». El uso experimental (o más raramente terapéutico) del placebo muestra que, en un entorno relacional que se muestre fiable, la simple la técnica misma. Además, aunque todo esto ocurre « en la cabeza » (¿y donde más si no?), ello no implica que no exista un concomitante neurofisiológico potencialmente identificable y en ocasiones identificado. Sin embargo, sería tan arriesgado ver la «causa» del efecto placebo en la secreción de dopamina (circuito de la recompensa), como confundir la razón del complejo fenómeno de la depresión con un simple déficit de serotonina.

* «**Médecine! Encore un effort pour devenir scientifique!**» En *Le Coq-heron*, 2013 / 1 n° 212, p. 109-119. Traducción: Lorenza Escardó.

¹ Conferencia presentada en los Encuentros del Comité de ética de los hospitales Iris Sud, Bruselas, 25 de septiembre 2012, bajo la presidencia del doctor Georges Bauherz.

A esto hay que añadir que el efecto placebo viene acompañado de su inquietante pariente: el efecto nocebo, capaz por sí solo de volver inoperantes, incluso tóxicos, los tratamientos más reputados. En realidad, al lado de las maravillosas proezas técnicas que a veces tienen la ventaja de salvarnos la vida, el efecto placebo muestra los límites de una tecnología médica habitualmente confundida con la científicidad de la medicina. Ciertamente no esperamos que la práctica médica sea científica en sentido estricto: por definición la clínica real escapa a las condiciones rigurosas de la ciencia. Sin embargo, sí tenemos derecho a esperar que se atenga a sus enunciados tanto como sea posible. Ahora bien, de éstos tiende a retener solo aquello que es cuantificable y aplicable tecnológicamente.

«Todo lo que es simple, es falso; todo lo que es complicado, es inutilizable», creía constatar Paul Valéry. ¿Es posible esquivar este dilema –él mismo un poco simplista – y concebir una medicina que se encuentre lo más cerca posible de las enseñanzas de la investigación experimental? En principio lo único que se opone a ello son ciertas crispaciones identitarias. Pues, de no ser así, ¿cómo entender que los resultados experimentales obtenidos en el dominio del placebo sigan siendo prácticamente letra muerta, cuando desde hace décadas y a lo largo de innumerables experiencias se observa una media del 33% de este efecto, a menudo muy estable, para cualquier enfermedad y forma terapéutica? Además, en las revistas médicas a veces aparecen operaciones de neurocirugía apoyadas en hipótesis falsas (por ejemplo a propósito del síndrome de Ménière) o ciertos tratamientos del cáncer que finalmente se revelan infundados y, sin embargo, esas intervenciones dan lugar a una cura o remisión espectacular. Existen abundantes testimonios, a los que podríamos añadir Lourdes, Epidauro y una retahíla de anécdotas de sala de guardia. Pero no se hace nada. Los hechos son ignorados: aunque los resultados experimentales y las observaciones sean convincentes e innumerables, las lecciones del efecto placebo no tienen ningún impacto en la clínica. Todo lo contrario.

Así ocurre con los antidepresivos de última generación (ISRS ...). Aunque un meta-análisis no refutado -basado en los resultados de las propias firmas farmacéuticas- mostró que en la inmensa mayoría de casos estos antidepresivos no funcionan mejor que un placebo², nada ha cambiado en materia de prescripción. Hay que decir que se trata de un mercado de intereses financieros colosales. Además, comprendemos aún mejor las reticencias de los prescriptores sabiendo que, en casos de estados depresivos severos (alrededor del 9% de la población francesa entre 15 y 75 años ha atravesado uno durante su vida, según una encuesta de 2005), la molécula específica se muestra efectivamente más eficaz que un placebo. El hecho de que la mayoría de veces un medicamento administrado no actúe mejor que su equivalente placebo, no quiere decir que sea ineficaz en sí. Aunque el placebo sea una « falsa molécula » no deja de ser un verdadero medicamento.

Rigor experimental, delirio cartesiano

Más sutiles resultan las resistencias de fondo que llevan a ignorar clínicamente los

² Kirsch Irving, Hull University, *Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta- Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration*, Plos Medicine, 1998.

descubrimientos experimentales ligados al efecto placebo. En este nivel se trata,

además, de una situación paradójica. Pues parece como si lo que hubiese llevado a la tecno-medicina de los órganos a privarse de buena parte de los datos de la ciencia fuese ¡la joven identidad científica del médico! (desde la medicina experimental de Claude Bernard y a partir de los descubrimientos en materia de sulfamidas, antibióticos, neurolépticos, imaginería médica, etc.). Como sabemos, la ciencia intenta ordenar racionalmente nuestra relación con lo real y, desde luego, esa puesta en orden se revela tanto más fiable cuanto más se acompaña de pruebas y contra-pruebas experimentales. Pero el método experimental implica la preparación previa de una porción de lo real para volverlo efectivamente experimental. Si el objeto de la experiencia es un fenómeno complejo, aumenta el riesgo de no poder seguir estudiándolo experimentalmente más que en una ficción, lo que no excluye la acumulación de muchos resultados técnicamente utilizables. Lo importante es permanecer atento y no deshacerse sin más de los datos experimentales que vienen de otro lado cuando matizan la ficción inicial. De lo contrario, podemos despedirnos de nuestro intento de una relación racional con lo real.

Ahora bien, esta exclusión es persistente. Parece como si la medicina contemporánea temiese cuestionar la ficción tecnológicamente fecunda del *organismo*, para tomar en cuenta la inaprehensible realidad del *cuerpo*, carácter «inaprehensible» totalmente extranjero, subrayémoslo, a cualquier ficción poética. En efecto, ahora la genética constata la plasticidad extrema de la expresión de los genes según la historia y el medio de un individuo, al igual que el laboratorio pavloviano puso en evidencia la capacidad, según las variaciones del contexto (subjétivamente tranquilizador o especialmente angustiante), de potenciar o inhibir repetitivamente y en un instante, para un mismo sujeto, los efectos de una misma molécula. Pero lamentablemente constatamos que en la época de la psico-neuro-inmunología y de la plasticidad neuronal, de una práctica médica centrada en los órganos, queda poco campo conceptual donde integrar esta realidad compleja. Si Claude Bernard (1813-1878) es el talentoso heredero del modelo cartesiano del «animal máquina», esta construcción imaginaria se muestra inadecuada ¡ya no solo para el hombre sino también para el animal! A fuerza de querer simplificar demasiado para escapar a la escolástica oscurantista que le precede, aquí René Descartes (1596-1650) se hunde en un puro imaginario. Para él el animal no es más que puro mecanismo material, perteneciente solo al mundo de lo « extenso» (materia) y, por lo tanto, desprovisto de sentimientos: la apariencia de su sufrimiento no es más que disfunciones y chirridos de una máquina privada de «alma». El ser humano en cambio, titular de un « alma », evoluciona en una dualidad a la vez en el pensamiento («mente») y en lo «extenso»: a saber, en un cuerpo al que en este caso sería mejor llamar «organismo».

Entendemos que, aunque esta simplificación abre caminos interesantes a la experimentación y al descubrimiento tecnológico, racionalmente no puede dar cuenta del individuo real en el contexto artificial del laboratorio. A pesar del dualismo que lo habita (en la coexistencia paralela del alma y lo extenso), éste tiene, en efecto, el sentimiento obstinado de formar una unidad hecha a la vez de « alma » y de « cuerpo ». Es precisamente aquí que – para salvar su modelo– confrontado a la radicalidad de la experiencia íntima, el abogado altivo las « ideas claras y distintas », fruto del ejercicio austero de la « duda metódica », cae en el delirio científico. Ahí vemos a Descartes, ese curioso insaciable dedicado por mucho tiempo a la disección, decretar de pronto que la

interfaz de comunicación entre el cuerpo y el alma – que da cuenta del sentimiento de su unidad –, es la «glándula pineal» (actualmente más conocida con el nombre de epífisis) ...

Repitamos que todo esto no invalida en nada la fecunda posteridad del modelo del «animal máquina». Indiscutiblemente el reparto de las plantas del hospital, según los órganos o las patologías (cardiología, neumonía, oncología...) compite por salvarnos técnicamente la vida, o más bien el funcionamiento. Pero ¿*quid* cuando se abandona el quirófano y la sala de cuidados intensivos, cuando de repente nuestros órganos reencuentran un cuerpo? Muy a menudo, por razones tanto de inconsecuencia científica como de oscurantismo económico («gestión»), la consideración material y relacional por parte de los profesionales sanitarios participa más de la «enfermedad grave» que de la optimización de las intervenciones y cuidados a través de una consideración de las posibilidades proteiformes del efecto placebo, así como de los insidiosos perjuicios del efecto nocebo.

Como se habrá comprendido, aquí no se trata de reclamar una elevada prescripción de terapéuticas placebo. Sino más bien de renunciar a los equivalentes contemporáneos de la glándula pineal para repatriar, más allá de los órganos, la realidad del cuerpo. De atreverse a tomar en cuenta, por consideración a la ciencia, las enseñanzas clínicas del efecto placebo.

Ficción del organismo, realidad del cuerpo

Desde hace más de medio siglo, toneladas de investigaciones puramente experimentales, publicadas en prestigiosas revistas científicas, prueban la eficacia del efecto placebo. Con gran constancia, las cifras le otorgan aproximadamente un 33% de efecto benéfico– para cualquier enfermedad y forma terapéutica – a veces muy estable. En algunos casos, la eficacia puede elevarse a un 66%. Pero la reiterada sorpresa ante el efecto proteico del placebo solo se equipara a la que produce la falta de teorización en la materia. Claro que algunos investigadores intentan, periódicamente, despertar a esta princesa de sueño obstinado, pero, en general, la falta de reflexión sobre el tema evidencia la escasa preocupación de la comunidad científica por los mecanismos esenciales de la *función terapéutica*. En este dominio, es corriente confundir ciencia y aplicación tecnológica pragmática de descubrimientos aportados por diversas disciplinas científicas: especialmente física, química y biología. Respecto a ésta última, hay que precisar que su esfuerzo por convertirse en ciencia de lo vivo es algo reciente. De hecho, durante años no hizo más que aplicar a la vida el lenguaje de la física y de la química. La imaginaria médica, por tomar un ejemplo, depende de un saber tecnológico avanzado, en sí mismo ajeno a la medicina. Con agudeza, ésta podrá cercar los concomitantes objetivos de un padecimiento determinado y, a partir de ahí, guiar la mano del cirujano. Pero esa mano nunca hará más que aportar su modesta ayuda en el complejo camino de la curación, destinado al fracaso si no consiste ante todo en una autocuración. Así, la herida mejor tratada no se curará nunca si, desde el interior, no se pone en marcha un proceso de autoreparación, del que conocemos la fragilidad tanto como la fuerza de las corrientes que se le pueden oponer. Lo sabemos, o más bien podríamos... Pues todo ocurre como si no quisiéramos saber nada sobre ello. O como si no supiéramos qué hacer con esos aspectos – en gran parte relacionales – de la realidad médica. De modo que se quedan ahí, casi siempre rebajados a anécdota de sala de

espera, a falta de un armario tecnológico donde encajarlos. En efecto, la paradoja quiere que todo ocurra como si el auge reciente de una medicina capaz de salvarnos la vida, coincida con una incapacidad para pensar la realidad del cuerpo. Lo cierto es que la reducción transitoria de éste último a la mecánica de los órganos (en la estricta línea de la concepción cartesiana del « animal máquina », observable en la medicina experimental de Claude Bernard) es lo que, pragmáticamente hablando, permite que unos técnicos experimentados nos curen cuando aún es posible, dejando que la « naturaleza » haga el resto. El problema es que, por lo general, este pragmatismo reemplaza al pensamiento y termina por exiliar del campo de la medicina cualquier consideración de la función terapéutica.

Sin embargo, el efecto placebo insiste. Al no poder encarnar la mala conciencia de la techno-medicina, hace el papel de piedra en su zapato. Muchas curaciones, así como muchas agravaciones súbitas, pueden contradecir las opiniones médicas. En ocasiones, el placebo incluso roza la impertinencia... Por lo tanto es importante enmarcarlo en una definición, sin olvidar examinar la sutileza de su filiación etimológica. Pero recordemos primero que – en la práctica – el placebo puede consistir en cualquier cosa, siempre que le sea atribuida alguna virtud terapéutica. Por ejemplo, un comprimido de lactosa del mismo aspecto y sabor que otro enriquecido con moléculas analgésicas. Puede ocurrir que el placebo sea convocado en un contexto estrictamente terapéutico, sobre todo durante el periodo de corte en caso de adicción medicamentosa. La literatura médica se muestra entonces ávida de consideraciones éticas, interrogándose sobre la legitimidad de engañar al paciente, ¿aunque sea por su bien? Pero, en la mayoría de casos, el placebo es prescrito a grupos de voluntarios, debidamente retribuidos, durante experimentos que intentan demostrar la eficacia farmacológica de una nueva molécula. En efecto, desde los años 40, la ley de los países occidentales obliga a comparar rigurosamente el efecto de toda nueva terapéutica, antes de su ingreso al mercado, con una terapéutica anterior dirigida a los mismos síntomas y/o con un placebo. El procedimiento habitual es el conocido como « doble ciego » (double blind): un grupo de pacientes recibe la nueva molécula y un grupo idéntico recibe el placebo. La experimentación está concebida de manera que ni los investigadores ni los pacientes saben lo que han recibido o administrado; ello a fin de evitar las interferencias debidas a las expectativas de unos y otros. Evidentemente, lo que se espera de una molécula específica es que se muestre más eficaz que un placebo, o tan eficiente como un medicamento anterior. Más *eficaz* – destacamos la palabra – porque, desde que existen este tipo de experiencias, se confirma que el efecto de una « nada » envuelta en el aura de una medicación no es en absoluto despreciable. Por lo demás, existen casos en los que el placebo se burla del «doble ciego» y donde que su ingestión deliberada y consciente no deja de tener efectos terapéuticos (como lo han podido constatar especialmente los profesionales de la medicina). Por otro lado, a veces el efecto placebo se induce de manera involuntaria. Se sabe de pacientes que, habiéndose beneficiado de intervenciones neuroquirúrgicas que après-coup se mostraban totalmente innecesarias, salían sin embargo curados de forma duradera (por ejemplo en el caso del síndrome de Mesnier). De todas formas, al escrutar las antiguas farmacopeas, anteriores a las sulfamidas y a los antibióticos, al interrogar elixires y antidotos, al pasearse entre los bonitos frascos de las farmacias de Bruges o de Beaune³, se pone de manifiesto que los éxitos de la medicina inmemorial se debieron principalmente al efecto placebo. No

³ Beaune es una población francesa, en la región de Borgoña, departamento de Côte-d'Or, en la que transcurrió la infancia de Jean Laplanche. N. de T.

resulta tan fuera de lugar hacer coincidir en la misma estantería un poco de polvo perlimpinín⁴ (de tan bonito nombre) con una cámara de Anger⁵, por cierto ya en desuso.

Antropología, etimología

Notemos que los objetos más tecnológicamente sofisticados de la medicina, no están menos cargados simbólicamente. Bien al contrario: en ocasiones toman el relevo de la sacralización perdida de la figura del médico. A principios de los años 70, el departamento de antropología de la Universidad de Montreal mostró⁶ la mutación que, en el curso de medio siglo, sufrió la imagen del médico en un pueblo aislado de los cantones del este de Quebec (Serpentine). Antes de los años 50 prevalecen las representaciones del doctor heroico que, maletín en mano, coge su trineo en una noche cerrada de pleno invierno para dirigirse a una « aldea » alejada. Pronto la nieve se hace demasiado espesa y debe dejar el trineo y continuar andando con raquetas. Finalmente, el médico llega a la lejana aldea y llama a la puerta. Entonces intervienen dos ejemplos prototípicos: que el bebé ya nació y todo va bien, o que el abuelo ya falleció... Sin embargo, la presencia del médico es capital porque funciona como prueba de que todo ocurrió con normalidad: uno murió como hay que morir y el otro nació como hay que nacer. Así, el médico tiene una función de testigo y de garante, pues, por lo demás, las mujeres de la aldea saben hacerlo casi tan bien como él. En este contexto, el médico es un personaje sagrado dotado de un saber profano. Su persona está justificada por un status más que por un saber (que en realidad es muy compartido y poco especializado). A partir de los años 50, todo se invierte: en caso de accidente, los « habitantes » (paisanos) recorren sesenta kilómetros para llegar al CHU de Sherbrooke. Allí les someten a todos los exámenes necesarios. Pasan por aparatos indescifrables y relativamente amenazantes, detrás de los cuales se deslizan médicos de bata blanca, poco locuaces, intercambiables, y que están como al servicio de la técnica implementada. No conocen sus nombres pero qué importa. Regresan al pueblo cargados de radiografías, análisis y protocolos, para reflexionar y decidir el siguiente paso: dirigirse al generalista del pueblo, auto-medicarse o ir a ver, por ejemplo, al « quiropráctico »⁷ experto en reducción de fracturas y problemas óseos de todo tipo. La inversión simbólica del médico de « personaje sagrado de saber profano » a « personaje

⁴ La expresión « polvo de perlimpinín » hace referencia a aquellos polvos que eran vendidos antaño por charlatanes, presentados como dotados de maravillosas virtudes y sanadores de cualquier tipo de mal, cuando en realidad carecían de cualquier valor benéfico. La expresión « polvo de perlimpinín » se sigue utilizando para designar un medicamento sin virtud, algo sin valor. N. de T.

⁵ Uno de los primeros prototipos de escáner, desarrollado en 1957 por el ingeniero norteamericano Hans Anger (1920-2005). Se utilizó en algunas localidades hasta finales del siglo pasado. N. de T.

⁶ Investigación en antropología médica, no publicada, acerca de las representaciones del médico, de la enfermedad y del medicamento en una comunidad rural (La Patrie, Compton, P. -Q.), realizada en el marco de una investigación más general sobre este pueblo y organizada por el Departamento de Antropología de la Universidad de Montreal.

⁷ Especialista con una larga tradición en Quebec, donde se les conocía con el nombre de « ramancheur » o rebouteux. Estas personas iban de pueblo en pueblo y, con unos dedos milagrosos, lograban colocar los huesos en su sitio, aliviando dolores de pies, de espalda, tortícolis... N. de T.

profano de saber sagrado » es patente. Pasa por los milagrosos objetos de la medicina. El médico ya no tiene prestigio en tanto que tal. Ahora ya solo se beneficia de éste, metonímicamente, por contigüidad con la alta tecnología a la que presta servicio. Los ancianos del pueblo vivieron esta mutación que aparecía claramente en sus relatos: en lugar del cuerpo sufriente, el organismo defectuoso se convirtió en el modelo de referencia, el « hombre de arte » fue suplantado por el técnico en órganos; pero la sacralización de la medicina – siempre vivaz – no hizo más que cambiar de dirección. En este sentido los médicos especialistas de hoy, aunque lo ignoren, siguen siendo los hijos de los terapeutas de Epidauro. Por lo demás, « terapeuta » es una palabra antigua que encaja bien, y no es inútil escrutar su genealogía. Como siempre, tratándose de orígenes inmemoriales, faltan documentos convincentes. Pero la falta de escritos puede suplirse con la coherencia del sentido.

Como sabemos, la etimología es una ciencia de lo más conjetural. Las diversas reglas de transformación de palabras, a través del tiempo y el espacio, responden a leyes fonológicas generales que dan lugar a múltiples excepciones. A la manera del arqueólogo, el especialista en etimología rastrea las huellas materiales, los eslabones faltantes, los caminos lógicos que permiten demostrar el pasaje de una forma a otra. En efecto, los términos de la lengua son constantemente sacudidos por la resaca del habla y no es fácil remontarse a sus orígenes. Cuanto más nos remontamos, más escasas son las huellas escritas y más obligados nos vemos a la conjetura. Así mismo, cuanto más nos ocupamos de las raíces léxicas –vocablos de base erosionados por el uso –, más difícil resulta su delimitación. Y tanto más cuanto que las lenguas tuvieron la nefasta idea de nacer en el seno de pueblos sin escritura ... Esta falta de certeza en lo que concierne a la raíz etimológica de las palabras, fue reemplazada a lo largo de los siglos por un abundante imaginario, finalmente desacreditado con la llegada de la lingüística científica. Sin embargo ésta, a menudo dividida entre rigor y rigidez, está lejos de alcanzar la unanimidad en su propio seno. En griego, por ejemplo, para un término tan importante como *théos* (dios), algunos autores no dudan en aferrarse a una raíz indoeuropea presente en el sánscrito *deva* – lo que lleva a emparentar el griego *théos* y el latín *deus* (dios) – mientras otros juzgan que esta filiación es manifiestamente imposible⁸. Por su parte, la palabra *thérapeia* (cuyo sentido constante de « servicio » y de « cuidado » se precisa en « tratamiento médico » y en « culto a los dioses ») se encuentra unida a *thérapon*, término de « oscura⁹ » etimología pero del que sabemos que una de sus significaciones es precisamente « sirviente de un dios ». Resultado de este linaje, el vocablo *thérapeutès* (terapeuta) significa, a su vez, « aquél que cuida en nombre de un dios ». Ahora bien, desde un punto de vista antropológico, la confluencia semántica de lo *divino*, del *cuidado* y de lo *médico* (como aquí, en el crisol del término *thérapeia*) nos resulta de lo más familiar. En efecto, aunque nuestra civilización nombró, y progresivamente laicizó, la función terapéutica, su existencia se comprueba en todo tiempo y en toda cultura (y ello en una constante intrincación de lo sagrado, del ritual y de lo médico). Con esta tela de fondo, donde léxico y costumbres parecen

⁸ Los términos comentados son traducidos de forma escueta.

⁹ P. Chantraine, *Dictionnaire étymologique de la langue grecque*, Paris, Klincksieck, 1974, rééd. 1999.

avanzar de la mano – y a falta de un origen mejor establecido – no resulta aventurado atribuir al término *thérapeia* (culto a los dioses) una construcción basada en la misma raíz que la de la palabra *théos*. Esta hipótesis, fonológicamente verosímil, parece más convincente que aquélla, sugerida en ocasiones, de una formación a partir de la raíz indo-europea de *théros* («verano» y, etimológicamente, «calor»).

Por lo demás, existe otra raíz que armoniza bien con el universo semántico y práctico de la palabra *thérapeutès*, y que tal vez no es ajena a su construcción. Se trata de la de la palabra *rupos* («mugre», «suciedad», «sustancia pegajosa») y de su familia: *rupto* («limpiar», «lavar», «limpiarse») y *ruptikos* («que sirve para limpiar»). Si al filólogo puede parecerle de mal gusto la vecindad -en el seno de un mismo término- de raíces que evocan por un lado lo *divino* y, por otro, lo *mugriento*, lo pegajoso y su *limpieza*, al antropólogo todo terreno no podría resultarle más coherente. En efecto, si los ritos terapéuticos favorecen la ablución y en ella conjugan lavado y purificación, es porque, como ha mostrado Mary Douglas¹⁰, la *mancha* y lo *sagrado* cazan desde siempre en las mismas tierras ancestrales. En cuanto a *psycho* – que viene a engancharse a *thérapeute* – se trata de lo que le falta al « animal máquina » de Descartes, o al « organismo » de la medicina tecnológica, para parecerse al menos un poco a un cuerpo. Así como el hebreo *ruach* y el latín *anima*, el griego *psuchè* – traducido normalmente por « alma » (anima) – significa « el aliento »: aquello que está en el principio mismo de la vida, cuya imagen empírica la ofrece la respiración, que permite distinguir lo animado de lo inanimado.

Por su parte, la genealogía de la palabra « placebo » nos lleva directamente a lo sagrado, lo que no puede ser indiferente. El efecto placebo recuerda a la medicina que a pesar de sus éxitos se ocupa de seres humanos, del cuerpo, del « psique-soma », de la carne inscrita en redes relacionales, y no de « animales máquina ». Lástima que no lo tenga realmente en cuenta, pues el benéfico efecto placebo (del latín: *complaceré*) evidentemente tiene su contraparte en el deletéreo efecto nocebo (del latín: *perjudicará*) – capaz de hacer fracasar por sí solo cualquier tratamiento en principio apropiado. En realidad, la mayoría de los médicos conocen por experiencia el efecto nocebo (llamado así por W. P. Kennedy, en 1961), pero la pobreza conceptual de los estudios de medicina les impide beneficiarse de este saber, salvo en algún vestigio individual del arte médico. En el terreno clínico, el corazón mismo de la función terapéutica se ve reducido a algunas extrañas anécdotas de las que no sabemos que conclusión sacar. Sin embargo, el término « placebo » tiene muy arraigados sus títulos de nobleza. Si a lo largo del tiempo su sentido se ha secularizado peyorativamente del lado del trapicheo (« cantar un placebo », « ir de placebo », que antiguamente quería decir « halagar, adular »), connota fundamentalmente una posición acertada por relación a la vida y a la muerte. *Placebo Domino in regione vivorum*, enuncia el Salmo 116 (en la traducción de la Vulgata de San Jerónimo): « *Complaceré a Dios en el reino de los vivos* ». O, a partir de la versión hebraica: « *Camino frente a YHWH por las tierras de la vida*¹¹.» Desde el

¹⁰ *De la souillure*, Paris, La Découverte, 2001.

¹¹ Traducción de André Chouraqui, Desclée de Brouwer, 2007.

siglo XIII, este texto tranquilizador atribuido al rey David fue popularizado *vía* su salmodia en el oficio de los difuntos: « Descansa, oh alma mía, porque el Señor te ha colmado de bienes », enuncia el inicio del versículo. Sin embargo, esta connotación sagrada de un término que llegará a significar la medicación en estado puro, no tiene nada de etérea. Viene naturalmente a subrayar el saber hacer de un Ambroise Paré (1510-1590), considerado el padre de la cirugía moderna, cuando confía: « Yo lo curé, Dios lo sana ». Aquí no hay ninguna necesidad de atribuir la mínima valencia sobrenatural a « Dios ». En medicina, no hay nada más natural que el milagro – es decir la auto-sanación – si tan solo lo dejamos ocurrir.

Plasticidad del cuerpo

En el siglo XIX, el *Hooper's Medical Dictionary* (1843) consagra el uso médico del placebo pero todavía con una connotación de engaño: « Cualquier medicación prescrita al enfermo más para complacer que para ser útil ». Es recién en 1945, bajo la pluma de O. H. P. Pepper (Filadelfia), que se abre un cuestionamiento claramente científico sobre el tema, con su « Note on placebo¹² » que propicia la celebración de un coloquio. Pero es necesario constatar que desde entonces no se ha avanzado mucho del lado de la conceptualización. Sin duda hay algunos artículos estimulantes, pero poco trabajo de síntesis. Una buena revisión del tema fue presentada en 1964¹³ por P.Kissel y D. Barrucand (dignos herederos de Bernheim en Nancy). Más recientemente, en 1996, Patrick Lemoine -psiquiatra de Lyon especialista en el sueño y en la depresión- abrió un campo fértil al hacer converger datos clínicos, culturales y experimentales. Especialmente llama la atención sobre las relaciones entre estrés y morbilidad, o sobre las similitudes entre depresión inmunitaria y depresión a secas; además, recuerda los orígenes embriológicos comunes del sistema inmunitario y el sistema nervioso central, así como su « capacidad similar para comunicar con el exterior, para almacenar o memorizar ciertas informaciones y para recordarlas, siendo ambos altamente condicionables¹⁴ ». Al mismo tiempo, del lado anglosajón, Anne Harrington -profesora de historia de las ciencias en Harvard University-, coordinó una obra de varios autores que trataba de desenredar críticamente los hilos en juego presentes en el efecto placebo¹⁵. Enfatizaba mucho relaciones entre el cuerpo y la cultura, así como los peligros de cerrarse en un modelo exclusivamente neurobiológico. Es destacable que, en medio siglo, ninguna investigación haya logrado identificar un perfil-tipo de sujeto especialmente placebo-respondiente. De hecho, el placebo actúa de forma meramente contextual, siempre adaptándose a cualquier forma mórbida y a cualquier tipo de intervención terapéutica. Medicamento en estado puro que parece asociarse, más que a cualquier otra variable, a la condición humana en cuanto tal. Kissel y Barrucand lo definieron así: « Medida terapéutica de eficacia intrínseca nula o débil -sin relación

¹² *Am. J. Pharm.*, 1945, p. 409-412.

¹³ P. Kissel, D. Barrucand, *Placebos et effet placebo en médecine*, Paris, Masson, 1964.

¹⁴ P. Lemoine, *Le mystère du placebo*, Paris, Odile Jacob, 1996.

¹⁵ *Placebo Effect, an Interdisciplinary Exploration*, Harvard University Press, 1997.

lógica con la enfermedad- pero que, por un mecanismo psicológico o psicofisiológico, actúa cuando el sujeto cree recibir un tratamiento activo¹⁶ ». En cuanto al efecto placebo, es « la diferencia, cuando se administra una droga activa, entre la modificación constatada y aquella imputable a la acción farmacodinámica de la droga ». Estas definiciones tienen el mérito de la claridad pero son demasiado restrictivas. En realidad, el efecto placebo marca el desarrollo psico-somato-cultural del conjunto de la vida relacional. En él intervienen, como señala Patrick Lemoine, tres componentes: «el poder real o supuesto del tratamiento, la convicción del médico y la adhesión del paciente¹⁷ »

Una discreta revolución copernicana

La plasticidad del cuerpo y de sus funciones, tal como la pone de manifiesto el efecto placebo, no tiene nada de excepcional. Aunque ninguna teoría de conjunto se arriesgue a darles su lugar, miles de observaciones vienen a confirmarla una y otra vez. Por ejemplo, ya en 1926, W. B. Cannon (uno de los padres de la fisiología contemporánea gracias al desarrollo de la noción de homeostasis) se pregunta por los mecanismos biológicos de una muerte imparable, en los vigorosos aborígenes neozelandeses, provocada por el solo hecho de un gesto ritual equivalente a una excomunión¹⁸. Menos radical, el psiquiatra y psicoanalista Léon Chertok (1911-1991) se contenta con hacer surgir en el antebrazo marcas de quemaduras con ampollas tras la aplicación de una moneda – presentada como candente – a sujetos bajo hipnosis. Algo parecido le ocurre al dentista-cirujano que, durante una operación bajo hipno-analgésia, detiene una hemorragia –para su estupefacción- con el solo mandato: « no sangre ¹⁹ ». Por lo demás, del lado de la analgesia dental, las investigaciones de J. D. Levine (University of California) evidencian la producción natural de endorfinas (neurotransmisor que actúa en los receptores opiáceos) provocada por la ingestión de placebos presentados como analgésicos²⁰. Del lado del animalario, F. S. Hammet (Filadelfia), dedicado a la ablación total de la tiroides y paratiroides en una población genéticamente homogénea de ratas albinas Wistar, se quedó de pronto perplejo. Extrañamente, una parte de los animales desafía los pronósticos mostrándose anormalmente resistente. Tras la verificación, el sub-grupo de mortalidad débil se revela constituido por ratas domesticadas por razones de psicología experimental y que, en consecuencia, se beneficiaron de un entorno relacional rico²¹. Del lado pavloviano, desde 1925, S. Metalnikov pone en evidencia la condicionabilidad y, por lo tanto, la memoria de la función inmunitaria ²²,

¹⁶ P. Kissel, D. Barrucand, *op.cit.*

¹⁷ P. Lemoine, *op.cit.*

¹⁸ « Voodoo death », en *American Antropologist*, 1942, 44, 2, p. 169-181.

¹⁹ Comunicación personal.

²⁰ « The mechanism of placebo analgesia », *Lancet*, sept., 23, 1978, p. 654-657.

²¹ « Studies in the thyroid apparatus : I », *Am. J. Of Physiology*, 56, 1921, p-196-204; « Studies in the thyroid apparatus : V », *Endocrinology*, 6, 1922, p. 221-229.

²² « El papel del sistema nervioso y de los reflejos condicionados en la inmunidad », en los *Annales de l'Institut Pasteur*, XLVI, 2, febrero 1931, p. 7-168.

descubrimiento confirmado hacia 1980 por los trabajos de R. Ader y de N. Cohen²³. Aún del lado pavloviano, Cornelius Giurgea – joven neurofisiólogo rumano, futuro profesor en la Universidad de Lovaina – prueba, en 1957, los efectos de la clorpromacina en el comportamiento canino. Habiendo inyectado a sus víctimas 3mg de Largactil por kg de perro, constata fortuitamente que el efecto de la droga (disminución del tono central, comportamiento estuporoso) se anula o se restaura, hasta catorce veces en un cuarto de hora, según el animal es llevado hacia la puerta de la sala de juego o hacia aquélla – detestada – del laboratorio pavloviano²⁴. Dicho de otro modo, la modificación del entorno en sí misma puede inhibir o potenciar el efecto fármacodinámico de la clorpromacina. Finalmente, del lado de la experimentación con «doble ciego», los experimentadores saben que sujetos bajo placebo pueden padecer desagradables efectos secundarios. En 1975, Clauser y Klein constatan precisamente más efectos desagradables en los voluntarios que ingirieron placebo que en aquellos que recibieron el « verdadero medicamento »: un hipnótico ligero. Lógicamente – pero a la manera de una discreta revolución copernicana! – concluyeron que es el efecto fármacodinámico sedante de la droga, experimentado por quienes la tomaron, lo que inhibió los efectos secundarios – en realidad primarios! – debidos a la ingestión de pastillas²⁵.

No hace falta, pues, evocar alguna receta contra las verrugas para convencernos de la influencia de la palabra, del rito, del contexto, de la expectativa, sobre procesos somáticos que escapan a la conciencia. Basta con la literatura experimental. Se quiera o no, cada día aporta su carretilla de confirmaciones del efecto placebo. Hasta el punto que éste, más allá de cualquier exotismo conceptual, no hace más que mostrar lo ordinario del cuerpo: el hecho de estar atrapado en la incesante resaca del caer-enfermo/recuperar-la-salud, constitutiva de la cotidianidad humana. Ciertamente, las teorías del aprendizaje tienen mucho por enseñarnos acerca su mecánica; la antropología psicoanalítica, mucho por discernir de su sentido. Más simplemente, este estado de cosas muestra que el aforismo de Miguel de Unamuno, siguiendo a Hegel y a Nietzsche – «El hombre es un animal enfermo» – está lejos de ser metafórico. Sin tener que llegar a las figuras extremas de la conversión histérica -donde las funciones vitales se turban para decir algo-, de la anorexia mental -donde el deseo de vivir solo se salva al precio del peligro de muerte- o del suicidio por honor -en el que se destruye el cuerpo para « salvar la cara »-, la existencia humana parece no ser más que una improbable anomalía de la selección natural. Como señaló el biólogo holandés Louis Bolk (teoría de la « fetalización», 1925), el ser humano, a lo largo de su vida, se parece más bien a un feto de primate. Desde el nacimiento, su prematuración parece condenarle a la muerte. Solo la excepcional solidaridad del grupo y la seguridad de un largo maternaje consiguen preservarle. Este largo periodo de impotencia y desamparo, designado por Freud como *Hilflosigkeit*, expone el cuerpo del pequeño bebé a excitaciones incesantes provenientes del adulto. Por ahí pasan las condiciones de su supervivencia. A partir de

²³ « Conditioned immuno-pharmacologic responses », en R. Ader, *Psychoneuroimmunology*, Orlando Academic Press, 1981, p. 281-317.

²⁴ « Neurophysiologie et conditionnement », *An. Soc. Royale Sc. Med. et Nat.*, 17, II, 1964, p. 53-58.

²⁵ G. Klauser, H. Klein, « Kritische Uberschit über das Placebo Problem », *Münch. Med. Wschr.*, 99, 24, 1957, p. 896-901.

ahí se trazan las vías del apuntalamiento de lo sexual – de la erotización del cuerpo – en las funciones necesarias para la vida. « El hombre es un animal erótico », exclamaba con dolor Antonin Artaud parafraseando a Unamuno, *para tratar de terminar con el juicio de Dios*²⁶. La necesaria «prioridad del otro» –otro subvertido por su propio inconsciente– viene a comprometer, agrega Laplanche, cualquier escenario genéticamente programado²⁷. Las funciones vitales, señala Christophe Dejours, se convierten en presa de una auténtica «subversión libidinal» y se ven expuestas, en contrapartida, al riesgo del desapuntalamiento de las pulsiones: por ejemplo en caso de duelo²⁸. Ahora bien, Adler puso en evidencia la depresión inmunitaria precisamente en mujeres que habían enviudado recientemente. Desde esta perspectiva, se comprende que el efecto nocebo pueda provenir de un desapuntalamiento mortífero, por más mínimo que sea, y el placebo participar de un encantamiento, por fugaz que fuera, de la relación con uno mismo y con los demás. « El hombre, según el proverbio wolof, es el remedio del hombre».

Coda

Podemos soñar con un hospital donde el acompañamiento relacional a las intervenciones y curas, a menudo desagradables e intrusivas, minimizaría su aspecto nocebo, y donde el encanto de sus instalaciones contribuiría a restablecer el deseo de vivir. Podríamos imaginar un presupuesto para este fin, equilibrado por la juiciosa reducción de actos técnicos inútiles, los cuales ya no serían necesarios para la rentabilidad de la empresa. ¿Sueño?, ¿quimera? Tal vez. ¿Imaginación? No necesariamente. Pues esos lugares terapéuticos en realidad ya existen en hospitales donde el cuerpo tiene derecho de ciudadanía! Seguramente se habrán reconocido en ellos los buenos servicios de los cuidados paliativos. Más vale tarde que nunca. No es indiferente que el placebo acompañe el oficio de los difuntos.

²⁶ ORTF, 1947.

²⁷ *Le primat de l'autre*, Paris, Gallimard, 1997. [La prioridad del otro en psicoanálisis, Amorrortu, 1996]

²⁸ *Le corps, d'abord*, Paris, Payot & Rivages, 1991.