

A PROPÓSITO DE GOLD A. Y LICHTENBERG P. Y EL PLACEBO

Juan Medrano

Resumen: ¿Resulta ético usar el placebo en la terapéutica clínica? Los profesionales que emplean el placebo (que se sitúan, según la literatura, entre el 15 y el 0%), lo hacen desde el imperativo moral de la virtud y la ayuda, guiados por la prudencia –la *Phronesis*- que les auxilia a la hora de equilibrar los conflictos entre beneficencia y autonomía. A partir de esta convicción los autores distinguen entre mentir y engañar. ¿Estamos facultados en ocasiones para no proporcionar toda la información, eso es, para obviar la que llamaríamos “información periférica”?

Palabras clave: placebo, ética del placebo, paternalismo, información periférica, fármacos.

Abstract: ABOUT GOLD A. AND LICHTENBERG P. AND THE PLACEBO

Is it unethical to use placebo in clinical therapy? Professionals who use the placebo (according to the literature, between 15% and 80%) do so from the moral imperative of virtue and support, guided by prudence - *Phronesis* - that helps them balance the conflicts between beneficence and autonomy. Based on this conviction, the authors distinguish between lying and deceiving. Are we empowered, occasionally, to not provide all the information to patients, that is, to ignore the so-called "peripheral information"?

Keywords: placebo, placebo ethics, paternalism, peripheral information, drugs.

Artículo recibido: 20 abril 2015; **aceptado:** 14 mayo 2015.

GOLD A., & LICHTENBERG P. "The moral case for the clinical placebo". *Journal of Medical Ethics* 2014; 40:219-224. DOI: 10.1136

La Revista *Journal of Medical Ethics*, como todas las del grupo BMJ, ofrece en cada número un artículo de acceso libre seleccionado por su director. Hemos elegido el que los psiquiatras israelíes Gold y Lichtenberg publicaron recientemente sobre la moralidad del uso del placebo.

Como consideración previa, los autores defienden que el tratamiento con placebos debe poner el énfasis en la intención de quien los administra o indica, más que en cuestiones “quimicocéntricas” que abocan a considerarlos meras sustancias

inertes y por lo tanto, engaños, absolutos tocomochos que faltan al más básico respecto al paciente. Para reivindicar al placebo Gold y Lichtenberg establecen una serie de argumentaciones. En primer lugar, reconocer que la visión del mecanismo de acción de los fármacos descansa sobre un “bottom-up”, de modo que su efecto terapéutico se debe a cambios en niveles de escasa complejidad (célula, receptores, síntesis proteica) para obtener cambios en un nivel complejo (organismo, con desaparición de síntomas o malestar). El placebo, en cambio, tiene un fundamento “top-bottom”, va del nivel más complejo, psicosocial, presidido por una expectativa de ayuda en el paciente, una atribución de conocimientos especiales al médico y un contexto relacional y social que define la relación médico – paciente, hasta el nivel más elemental de la célula, los receptores o la síntesis proteica, como se demuestra en numerosos estudios con procedimientos de neuroimagen que han verificado que el uso de placebos produce cambios similares a los observados con la aplicación del tratamiento activo. En otras palabras, si el medicamento modifica desde lo elemental y estructural y funcionalmente básico, el placebo lo hace desde lo psicosocial y funcional y estructuralmente complejo. Por lo tanto, hablar del placebo como una sustancia inerte no ayuda a definirlo, toda vez que no podemos atribuir los cambios a esa sustancia, precisamente por ser inerte.

Por otra parte, el reconocimiento del nivel en que opera nos debe llevar a concluir que existe placebo (acto) sin placebo (sustancia), como sucede cuando las palabras optimistas del médico fomentan la mejoría y la recuperación del paciente sin recurrir a ningún producto. El placebo es, por lo tanto, algo relacionado con el cuidado y con la ayuda, va mucho más allá de que la sustancia, cápsula o pastilla tenga unas propiedades farmacodinámicas reconocibles. En este sentido, el mandato ético y deontológico de asociaciones como la AMA, que prohíben a los médicos dar medicamentos acerca de los cuales no creen que ejerzan una acción farmacológica específica está anclado en la visión bottom-up de la mejoría clínica y de la efectividad de las actuaciones terapéuticas y en un dualismo cartesiano que ubica el terreno de juego de los cambios en la materia orgánica artificialmente separada de la “mente” o “alma”.

Y el placebo es efectivo especialmente en la clínica. En la investigación (ensayos) su eficacia decae, muchas veces porque el paciente, informado obligatoriamente sobre aspectos como los efectos secundarios del fármaco activo, percibe que no los presenta, y concluye que no está recibiendo el producto a estudio. Curiosamente, cuantos más brazos tenga el estudio (esto es, cuantas más probabilidades tenga el paciente de recibir tratamiento activo), mayor es la eficacia del placebo. Dicho de otra manera: cuanto más racionalmente alta es la expectativa de que lo que uno recibe sea efectivo, tanto más probable es que experimente su efectividad incluso si se trata de un placebo. Llevado a la clínica, en la que el paciente no tiene por qué pensar que recibe un producto inerte, la consecuencia lógica es que el placebo debe ser muy eficaz para remediar el problema del paciente.

Los autores distinguen a continuación entre mentir y engañar. Mentir es, nos dicen, dar una información falsa creyéndola falsa (condición epistémica) y con la intención de que la persona a quien se le da la información la crea cierta (condición intencional). Engañar es hacer intencionalmente que alguien tenga una creencia falsa que quien la divulga cree falsa, pero con la particularidad de que a través del engaño se persigue un beneficio para quien engaña. Por lo tanto, frente a la mentira, el engaño reúne dos condiciones específicas: la primera, no requiere necesariamente emitir una proposición falsa, ya que puede bastar con decir algo aproximado o simplemente con no decir la verdad; la segunda, el engaño solo es viable cuando el receptor ha sido exitosamente convencido de la veracidad del aserto. El engaño, pues, persigue la convicción y tiene el elemento egoísta de buscar el beneficio de quien engaña, por lo que es moralmente más reprobable que la mentira.

A partir de aquí hay que preguntarse si la administración del placebo entraña mentir o engañar al paciente. Hay que señalar que algunos estudios han demostrado que informar al paciente de que está recibiendo un placebo (es decir, administrarlo sin mentira ni mucho menos engaño) no reduce su efectividad, siempre y cuando el médico lo aporte remarcando que confía en su utilidad y en que no producirá efectos

indeseables al paciente. Es decir: si el médico administra un placebo creyendo, por las circunstancias que sean, que va a ser útil, y explica al paciente que efectivamente se trata de un producto inerte, pero del que espera eficacia, no hay lugar a la mentira ni al engaño ni cabe cuestionarse en modo alguno la moralidad de su uso.

El problema surge cuando el médico cree que el producto no tiene acción farmacológica alguna, esto es, cuando administra un fármaco inerte o cuya acción no está relacionada con la patología que sufre el paciente (por ejemplo, vitaminas) y no explica al paciente esta circunstancia. Ahora bien, aun creyendo que el producto carece de acción farmacodinámica, el médico puede tener, en cambio, la creencia (e incluso la certeza, a partir de datos empíricos) de que aportar esa cápsula inerte o esas vitaminas será eficaz y útil para el paciente, al margen de cualquier consideración quimicocéntrica, desde la que no cabe esperar acción alguna (visión bottom-up), en contraposición a lo que puede obrar el placebo, desde una perspectiva psicosocial (visión top-down). En este caso, nos encontramos con que dependiendo de la posición del médico el acto será un engaño (y por lo tanto reprochable) o no lo será. Constituirá un engaño cuando el médico pretenda obtener una ventaja de la inoculación de una creencia falsa (efectividad del producto) en el paciente a pesar de que el propio facultativo no crea que será eficaz. Pero si lo cree eficaz y se persigue el beneficio del paciente no puede haber engaño. Eso sí: esta forma de plantear las cosas nos lleva indefectiblemente a una posición paternalista que chirría escandalosamente en el contexto de cómo se concibe la relación clínica en nuestros días.

Para afrontar esta objeción, Gold y Lichtenberg plantean, por una parte, lo que de saludable tiene el paternalismo en tanto que benéfico y orientado a la ayuda y, por otra y en contraposición, el extremo caricaturesco en el que puede caer el principio de autonomía, expresado en el consentimiento informado y el derecho a la información. Distinguen, en este sentido, la información que podría desear recibir el paciente “razonable” frente a la que exigiría el paciente “específico”. El grueso de los pacientes quiere conocer datos sobre eficacia y efectos secundarios, pero no

muestran un particular interés por mecanismos de acción, salvo que sean individuos “específicos” que, por el motivo que sea, quieren recibir información que en la mayor parte de los casos sería “periférica”. Las informaciones periféricas son las que no son directamente relevantes en relación con la eficacia y seguridad de los procedimientos. Los autores recurren al ejemplo de una víctima del Holocausto que desea saber si el medicamento que recibirá ha sido fabricado en Alemania. Esta información, es “periférica” pero puede ser de gran interés para ese paciente concreto y puede determinar su aceptación o rechazo del tratamiento. Sin llegar a esas trágicas connotaciones podríamos imaginarnos un paciente vegano que quiera saber si la gelatina de la cápsula que le recetamos tiene origen animal. Una información a todas luces periférica si pensamos en el grueso de los pacientes, pero que es “razonable” que demande, en sus circunstancias “específicas”.

Ahora bien, cuando no existe esa preocupación “específica”, omitir información “periférica” no sería reprochable. Y en el caso del placebo, omitir la explicación de su mecanismo de acción no lo sería, porque facilitar ese dato resultaría tan “periférico” (y posiblemente, pedante) como explicar a un paciente la acción que ejerce sobre el enzima convertidor de la angiotensina el antihipertensivo terminado en pril que se le receta (Gold y Lichtenberg, como psiquiatras que son, ponen el ejemplo de la acción de los antidepresivos sobre la serotonina, olvidando que es algo que en el mejor de los casos no pasa de ser una hipótesis y no un mecanismo de acción verificado; es decir, algo mucho más cogido por los pelos que la explicación de la acción de los priles invocando al enzima convertidor de la angiotensina). Si el médico sabe (o presume con base) que el paciente no quiere recibir información “periférica” no tiene por qué darla; es más: explicarle cómo funciona el placebo estaría tan fuera de lugar y sería tan paternalista como detallarle el funcionamiento (la farmacodinamia, el *bottom-up*) de un fármaco y tan ridículo y contraproducente como parar la consulta para explicarles otras técnicas no farmacológicas destinadas a la obtención de información, consolidar el *rapport* terapéutico o fomentar la mejoría con intervenciones verbales o relacionales.

Para desatascar la cuestión, los autores recurren a una ética de la virtud, y señalan que las personas que han optado por una profesión sanitaria han hecho su elección, sin duda, por condicionamientos que tienen que ver más con la voluntad de aliviar el sufrimiento de los enfermos que con el respeto escrupuloso de la autonomía y el derecho a la información. Los profesionales que emplean el placebo (que se sitúan, según la literatura, entre el 15 y el 80%), lo hacen desde el imperativo moral de la virtud y la ayuda, guiados por la prudencia –la phronesis- que les auxilia a la hora de equilibrar los conflictos entre beneficencia y autonomía.

- Con convicción de que la confianza del paciente en el médico es una de las fuerza principales que hacen posible el efecto placebo, Gold y Lichtenberg plantean unos principios para el uso moral del placebo que merece la pena recoger:
 - La intención del médico debe ser benéfica, y su única preocupación, el bienestar del paciente
 - El placebo no puede administrarse en lugar de otra medicación de la que pueda esperarse razonablemente una mayor efectividad
 - El placebo es una opción a considerar cuando el paciente no responda a tratamientos estándar, presente efectos secundarios derivados del mismo o no exista un tratamiento estándar para su problema
 - El placebo puede ser definido tal y como es, pero no es necesario hacerlo. Basta con hacer una declaración entre líneas de que la sustancia que se administra ha demostrado ser eficaz en el problema de que se trate, aunque su mecanismo de acción no está del todo determinado
 - Los placebos solo deben usarse cuando exista evidencia empírica que permita considerarlos potencialmente beneficiosos para el paciente (por ejemplo: dolor, depresión, otras)
 - Cuando resulte ser inefectivo deberá retirarse el placebo

- El médico no debe mentir. Debe responder honestamente cuando el paciente le pregunte acerca de la naturaleza del tratamiento con placebo que ofrece y el efecto que puede esperarse del mismo. Además, explicar los las intervenciones “top-down” puede ser oportuno y contribuye a corregir la tendencia quimicocéntricas que impera en Medicina

¿Qué puede decirse de este artículo? Lo más reseñable es que intenta armonizar el uso del placebo (una práctica supuestamente engañosa y acientífica) con una práctica ética y moral. Los sanadores de todas las culturas se han caracterizado por un celo especial, una protección extrema del secreto de sus conocimientos, que se plasma en la institucionalización y ritualización de la formación en Medicina, en cautelas sobre la transmisión de esos conocimientos, que pueden rastrearse en el propio Juramento Hipocrático, y en los privilegios que conserva el médico en cuanto a prescripción o protección frente al intrusismo. Buena parte de esa materia reservada que aprendían los médicos tenía que ver con capacidades como la movilización del placebo, que el enfoque tecnificado de la Sanidad actual ha difuminado, al convertir al médico es una especie de algoritmo con patas mucho más experto en enfermedades abstractas que en malestares y sufrimientos individuales, y que ante una determinada situación problema (un síntoma, un síndrome) ha de descartar hipótesis etiológicas, determinar las pruebas complementarias indicadas y llegar al tratamiento de elección oportuno. El médico, así, se arma de conocimientos técnicos, perdiendo de vista que dos de las características fundamentales de tales conocimientos su mutabilidad y su provisionalidad, como demuestra un trabajo de Poynard et al (2002), quienes seleccionaron artículos originales y metaanálisis publicados entre 1945 y 1999 acerca de las hepatitis y las cirrosis. Una vez reunido tan ingente material, lo evaluaron a la luz de los conocimientos en este campo en 2000, y encontraron que solo el 60% de las conclusiones de los trabajos estudiados originales eran ciertas y el restante 40% se repartía casi a la par entre conclusiones obsoletas y meramente falsas. El experimento les permitió calcular que la vida media de las verdades médicas (en un campo relativamente “objetivable” como es la hepatología) no pasa

de 45 años, y que al ritmo actual dentro de 50 años sólo pervivirá el 26% de los dogmas actuales. La consecuencia de estos hallazgos es que los valores que deberían presidir la práctica médica son la prudencia y la humildad.

A pesar de ello, el paciente, sus vivencias, su malestar o su sufrimiento quedan en un segundo plano. En paralelo, asistimos a un creciente cuestionamiento de la figura y del saber del médico. Cada vez son más los pacientes que buscan en webs y foros de Internet información y cercanía que no siempre obtienen de sus facultativos. Para rescatar y revitalizar a la Medicina, nada sería mejor que una sistemática investigación sobre el fundamento y la potenciación del placebo (Miller et al, 2009). Tal vez habría que revisar aspectos como el consentimiento informado, no para eliminarlo, obviamente, sino para mejorarlo. Como apuntan Miller y Collocca (2011), el Arte de la Medicina, entre otros elementos, incluye informar potenciando el placebo y minimizando el nocebo. Informar sobre el uso del placebo como lo proponen Gold y Lichtenberg va exactamente en esta misma línea. Explorar la forma de presentar la información y no denostar al placebo, sino más bien reconocerse como agentes placebo, deparará beneficios a los propios médicos, aumentando su autoconfianza y ratificando su fe en sus actuaciones, lo que reducirá el riesgo de enfermedades profesionales como el llamado “síndrome del quemado”. La capacidad de movilizar el placebo mejorará los resultados de los tratamientos y tal vez podrá desterrar la recomendación recogida por Shapiro (1959) y que se ha atribuido sucesivamente a Trousseau, Osler, Sydenham o Lewis: “Trata todos los pacientes que puedas con fármacos nuevos mientras todavía sean capaces de curar”, una observación tan sabia como cínica que condensa la pérdida de eficacia de los tratamientos secundaria al creciente descreimiento de los médicos, un colectivo que está aún a tiempo de aprender a poner en práctica las actuaciones que potencian el efecto placebo (entre ellas, por qué no, el uso de “placebos” inertes) y para ello, sin duda, convendrá evitar frenos a su uso basados en cautelas éticas que pueden representar una trampa más que una ayuda.

Juan Medrano

Médico Psiquiatra.

Bibliografía

Miller FG, Colloca L, Kaptchuk TJ (2009). The placebo effect: illness and interpersonal healing. *Perspect Biol Med*; 52: 518-39

Miller FG, Colloca L. The placebo phenomenon and medical ethics: Rethinking the relationship between informed consent and risk-benefit assessment. *Theor Med Bioeth* 2011; 32: 229-43.

Poynard T, Munteanu M, Ratziu V, Benhamou Y, Di Martino V, Taieb J, et al (2002). Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem? *Ann Intern Med*; 136: 888-95

Shapiro AK (1959). The placebo effect in the history of medical treatment: implications for psychiatry. *Am J Psychiatry*; 116: 298-304

Cómo citar este artículo:

Medrano, J., "A propósito de Gold A. Y Lichtenberg y el placebo", en *Folia Humanística*, 2015; 1: 19-27. Doi:<http://dox.doi.org/10.30860/0003>.

© 2015 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.