

EL METGE, UN PLACEBO DE LUXE PER A UNA SOCIETAT POBRA

Ramon Bayés

D'acord amb Shapiro i Morris (1978), el començament històric de la paraula placebo es troba en la Bíblia hebrea, on hi ha el terme *ethalech*, que es tradueix al llatí com *placebo*: *Placebo Domino in regione vivorum* —“Complauré el Senyor a la regió dels vius”— (Salms, 114, 9, Vulgata).

El placebo ja ve definit amb un sentit mèdic en el *Quincy Lexicon* de 1787 i, al principi, aquesta paraula serveix no solament per assenyalar un determinat tipus de medicament sinó també altres tècniques o mètodes que feien servir els metges més per complaure —i per això el terme placebo— que per beneficiar el pacient.

Més tard, durant molts anys, a causa possiblement de l'equivocació d'un linotipista que va convertir a *commonplace method or medicine* en a *commonplace method of medicine*, l'ús d'aquesta paraula es va restringir a l'àmbit farmacològic i encara avui, a molts indrets, aquesta sol ser la pràctica més corrent com fa palès la definició de placebo que dona l'edició de 1979 del *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*: “Nombre que los autores anglosajones dan a las preparaciones farmacéuticas que sólo contienen productos inertes y que se prescriben para lograr un efecto psicoterapéutico”.

Per la nostra part, com es pot deduir del títol de la present comunicació, farem servir el terme placebo en un sentit ampli de forma que pugui incloure tots els tractaments, parts de tractament o elements associats a un tractament, amb independència de la seva naturalesa —farmacològica, verbal, aparent, etc.—, que siguin capaços, amb o sense intenció, de produir efectes terapèutics en el pacient, sense tenir, intrínsecament, capacitat específica per a fer-ho.

De fet, si fem cas a Laín (1975), el primer descriptor de l'efecte placebo —sense aplicar-li però aquesta denominació— va ser Plató, qui en un passatge del *Càrmides*, fa l'advertència que un remei terapèutic només pot ser profitós si abans d'administrar-lo es fa al malalt un discurs veritablement persuasiu (*epodé*).

El primer —o un dels primers— a defensar la tesi que la Història de la Medicina és, a grans trets, la Història de l'efecte placebo, és probablement, Houston (1938) i sembla adient reproduir tot seguit alguns paràgrafs del seu treball per tal com expressen amb precisió un dels aspectes cabdals de la nostra línia argumental. Referint-se a la relació “metge-malalt”, Houston escriu:

En el començament històric de la Medicina (aquesta relació) era tot el que el doctor podia oferir al pacient. És només des de dates molt properes que la Medicina pot oferir quelcom més. Una anàlisi de la història mèdica ens forneix noms importants... però... aquests poc tenen a oferir que pugui afavorir el malalt. Els historiadors solen sentimentalitzar els valors pràctics de la Medicina antiga. Però fullejarem sense profit les pàgines d'Hipòcrates si cerquem tractament amb un valor específic. Les pàgines de la història de la Medicina es lleixen com el vell diari d'un viatge per l'oceà, en el qual va quedar ano-

tat que un dia una onada va aixecar una mica d'escuma o que un altre dia es va veure un peix volador o un tros de fusta a la deriva, però en el qual, per més que es busqui, no es troba cap referència al fet cabdal, constantment present dia rera dia, amb exclusió de tota altra cosa: la verda superfície sense fi del mar. I aquesta inevitable omnipresència ambiental de l'oceà equival, per analogia, en la Història de la Medicina, a la "relació personal entre el doctor i el malalt".

En una paraula, els medicaments que es feien servir eren placebos... Per tant, la gran lliçó de la història de la Medicina és que el placebo ha estat sempre la norma de la pràctica mèdica, i que només ocasionalment i molt de tant en tant s'ha incorporat quelcom de veritablement útil com combatre l'escorbut prenent fruita fresca... L'historiador de la Medicina ens pot confondre quan parla dels destres i savis doctors del passat... La seva habilitat es reduïa a una habilitat per tractar les emocions humanes.

Els agents terapèutics mitjançant els quals aconseguïen guarir els seus malalts eren les seves pròpies persones. Les seves eines terapèutiques, tant si eren inertes com perilloses, van ser placebos, símbols que els servien per a sostenir la fe dels seus pacients i la seva pròpia.

La història de la Medicina és una història del poder dinàmic de la relació entre el doctor i el malalt...

La llavor del raonament de Houston es troba ja en l'obra d'Osler (1892) *Principles and practice in medicine*, considerada com el millor text del seu temps en llengua anglesa i on podem llegir:

La fe en els déus o en els sants guareix l'un, la fe en les petites píndoles un altre, la suggestió hipnòtica un tercer, la fe en un doctor afable, un quart... La fe en nosaltres, la fe en els nostres mètodes i drogues (és) el gran capital de la professió... la pedra de toc de l'èxit en Medicina... i en tractar dels fonaments de la terapèutica ha de considerar-se com un dels seus elements de més valor, fins a tal punt que si no el tinguéssim aniríem molt malament.

Shapiro (1979) escriu que tant els 800 remeis i les 700 drogues que s'anomenen en el famós papirus d'Ebers —que es creu que és un compendi de tots els coneixements mèdics de l'antic Egipte—, com els procediments d'Esculapí, Hipòcrates, Galè i centenars d'altres metges importants al llarg de la Història, foren remeis inespecífics o placebos.

Encara que, en la nostra opinió, un judici tan draconia hauria de suavitzar-se ja que l'opi i el cànem indi, per exemple, es van fer servir des de l'antiguitat per nombroses cultures (Cfr. Bayés, 1977), i per raó de les seves propietats analgèsiques es van poder dur a bon terme operacions quirúrgiques de valor terapèutic indubtable, el cas és que la dificultat de dosificació les convertien molt sovint en insegures o perilloses.

Les medecines de l'Antiguitat solien consistir en herbes de gust desagradable, sang, excrements i substàncies orgàniques i inorgàniques de tota mena: dents de porc, esperma de granota, plomes, excrement de cocodril, greix d'eunuc, píndoles d'escorçó, suor humana, etc. L'objectiu de la seva administració, en general, era clar: fer fugir el dimoni que, amb seguretat, es trobava dins el cos de la persona malalta.

Un principi similar encara que fent servir una tendència tècnica diferent és el que, originalment, sosté l'ús de sangoneres en Medicina. Al principi, el fet de treure sang als malalts es fonamentava en la creença que el dimoni responsable del dolor es trobava a la sang i que les sangoneres, en xuclar-la, el treien ensems amb ella. Més endavant, la idea dominant va ser que, en sagnar, es desviava el mal fent-lo passar d'un lloc a l'altre. Durant l'Edat Mitjana les prescripcions per sagnar i les tècniques que, en cada cas, havien de fer-se servir, van ser molt detallades i se solien trobar determinades per criteris astrològics. La seva popularitat va ser molt variable arribant a un màxim el segle passat a França, on Bouillaud, degà de

la Facultat de Medicina, considerava que treure sang era el remei ideal per tota mena de malalties agudes. En aquest país, mentre que l'any 1824 en tenien prou amb 300.000 sangoneres, tres anys més tard va ser necessari importar-ne 33 milions de l'estranger una vegada esgotades les existències pròpies, i el 1833 el nombre de sangoneres importades va arribar a la xifra de 41 milions.

Els pacients d'altres cultures encara van tenir pitjor sort. En alguns pobles primitius es creia que el mal de cap era degut a la presència en el cap d'un mal esperit. Si els sortilegis no aconseguien treure'l del cos es feia servir un tractament molt més directe: es trepanava el malalt per fer que el dimoni sortís pel forat.

En altres indrets, els malalts foren més afortunats i els dimonis o les malalties eren foragitats per mitjans menys traumàtics. La guarició per imposició de mans va ser practicada entre els hebreus, els grecs i els romans. Els antics profetes de la Bíblia solien guarir els malalts imposant-los les mans sobre el seu cap, i de forma semblant actuava Esculapi. Plini afirma que Pirrus, rei d'Epir, guaria les malalties de la melsa tocant el pacient amb el dit gros del peu dret, i Tàcit assegura que Vespasià guaria els cecs tocant-los els ulls.

En algunes societats occidentals aquest poder de guarir per mitjà de la imposició de mans va ser durant molts segles patrimoni del seus reis, i fins i tot varen esclatar baralles entre França i Anglaterra per tal com tots dos reis volien la prioritat. Els francesos defensaven que el poder de guarir l'havia aconseguit Clodoveu el dia del seu baptisme i coronació l'any 496, mentre que els anglesos responien que els reis de França havien adquirit la gràcia guaridora com herència colateral dels reis d'Anglaterra. Sigui com sigui, el cas és que el segle XI la terapèutica per *toc de rei* era admesa en tot l'Occident i que els malalts hi anaven des d'Espanya, Flandes, Alemanya, Lombardia i Itàlia, i es calculava que el segle XVIII, Carles II d'Anglaterra, els dinou anys del seu regnat, va aplicar aquesta terapèutica del *Royal Touch* a unes 80.000 persones.

Els metges d'aquestes èpoques solien recomanar als seus pacients la cura reial. William Clowes, cirurgià d'Isabel d'Anglaterra i encomanat d'assistir a la cerimònia del tocament, afirma que bona part del súbdits de la seva Majestat i també molts estrangers que, en altre cas, haurien mort miserablement, van ser guarits amb aquesta terapèutica. Per la seva part, André Laurens, primer metge d'Enric IV el Gran, introdueix la clàssica nota de delirios chauvinisme francès en defensar que la gràcia de guarir era propietat absoluta del rei de França.

Ben entrat el segle XIX, Carles X de França, durant les cerimònies de la seva coronació, que va tenir lloc el 1824, encara va tocar 121 malalts que li varen ser presentats per dos metges de fama: Alibert i Dupuytren.

A l'Edat Mitjana, per aprofitar millor el poder guaridor de les relíquies dels sants, es va arribar fins i tot a fer servir una tècnica originària de Síria consistent en col·locar en un lloc alt un dipòsit d'oli que anava baixant lentament per gravetat i que després de passar per les despulles del sant es recollia a la part inferior impregnada ja de les virtuts del mort. Segons sembla, l'acollida del producte fou magnífica.

L'any 1348, per fer front a la pesta, la Facultat de Medicina de París va donar els següents consells:

- a) Cremar gran quantitat d'incens i flors de camamilla a les places públiques, llocs concorreguts i interior dels domicilis.
- b) Dormir només fins la sortida del sol.
- c) En cap cas, prendre oli d'oliva ja que pot ser mortal.
- d) No banyar-se ja que pot ser perillós.
- e) Evitar els contactes sexuals ja que poden ser tant dolents com l'oli d'oliva.

El segle XVII alguns dels remeis que feien servir els metges espanyols —admesos per

la Inquisició mentre no s'acompanyessin de paraules o cerimònies sospitoses— es poden trobar en el tractat de Castañega de 1669, el qual s'expressa en els següents termes:

Algunos de los médicos mandan traer algunas raíces colgadas al cuello para remediar algunas enfermedades, como la raíz de peonía o los granos della, para la pasión de la gota, coral y para las cuartanas unos animales pequeños vivos como grillos o langostas o arañas (veure Muñoz Calvo, 1977, pàg. 37).

En la *Carta Filosòfica-Médico-Chímica* de Juan de Cabriada, apareguda el 1687 i considerada per López Piñero com a fita fonamental per a la introducció de la Medicina moderna a Espanya, es pot llegir: “Me ha sucedido en algunas juntas proponer algún remedio químico o algunas doctrinas nuevas anatómicas y entrar luego los médicos, que se siguen hablando, y decir, dejémonos de químicas, que nuestros pasados curaron sin estas novedades”; encara que la farmacopea europea de l'època no semblava trobar-se massa avançada si hem de judicar per l'edició del segle XVII de la *London Pharmacopea* que inclou, entre altres productes: els cucs, les píndoles d'escorçó, la pols de pedres precioses, l'oli de maó, les formigues, el cabell, la suor humana, la saliva, les teranyines, els polls, els ulls de cranc, les ungles i els orins.

No deixa de ser significatiu que, el segle XVI, Hernán Cortés, després de conèixer la Medicina precolombina, la qual feia servir orins, matèties fecals i objectes tals com dents de mort i ulls de llop, escrivís a Carles V per demanar-li que no autoritzés l'anada a Mèxic de metges espanyols ja que la gran habilitat i coneixements dels metges azteques ho feien innecessari.

Actualment, encara que el panorama ha millorat molt en el sentit que el metge pot disposar de substàncies actives adequades per combatre amb eficàcia un cert nombre de processos patològics, el cas és que el seu ús específic es complica a causa, en gran part, de:

- a) El nombre de productes farmacèutics. Mentre que la llista de l'Organització Mundial de la Salut tenia solament 220 medicaments bàsics el 1978, el mercat espanyol de 1977 disposava de 12.227 preparats farmacèutics (Cfr. Lobo, 1980).
- b) La minvada informació de molts metges respecte a l'acció específica, efectes secundaris, contraindicacions, etc. dels fàrmacs que administren als seus malalts. Laporte, Du Souich i Erill (1976), en el comentari d'una enquesta feta a 272 metges, escriuen:

Existen medicamentos que más de un 70% de los encuestados admitieron prescribir y de los que, en cambio, no conocían su composición, y otros medicamentos que eran prescritos también por la mayoría de los encuestados y de cuyos componentes sólo un pequeño porcentaje de dichos encuestados tenía conocimiento.

Si a aquesta realitat hi afegim que, d'acord amb els descobriments de la cronobiologia, les mateixes drogues poden produir efectes diferents segons el moment del cicle biològic en què son administrades, i que aquesta dada els metges no solen tenir-la en compte, els resultats de l'enquesta que acabem d'esmentar encara s'enfosqueixen més.

- c) Les equivocacions de diagnòstic dels metges.
- d) Els errors d'autodeterminació dels malalts ambulatoris que es calcula afecten el 40% dels casos (Bonal de Falgas, 1974; González Duro, 1979; Rachman i Philips, 1978; Valtueña, 1979).
- e) La informació deficient que solen tenir els metges de la història medicamentosa dels seus pacients (Bonal de Falgas, 1974).
- f) La temptació del “tarugo”, pràctica mèdica tradicional d'uns quants segles d'antigui-

tat que en els nostres temps ha assolit rècords veritablement notables, i es calcula que l'any 1978, per aquest procediment, s'havien estafat a la *Seguridad Social* espanyola uns 100.000 milions de pessetes (*Cambio 16*, 1978).

Aquests fets es poden completar amb la dada no menys rellevant denunciada per Béraud (Cfr. Bayés, 1979) que entre el 30 i el 40% dels productes que formen l'actual farmacopea tenen una acció farmacodinàmica feble o nul·la, estimació que coincideix tant amb la que dona una editorial del *British Medical Journal* de 1952, que assenyalava que un medicament és receptat "com un placebo aproximadament en el 40% dels pacients en Medicina General", com amb la quantitat de "malalts funcionals" que troben nombrosos estudis (Bykov i Kurtsin, 1968; Delay i Pichot, 1962; García Sevilla, Canalda, De Flores, Merín i Pérez, 1978; Goldberg i Blackwell, 1970; Helsborg, 1958; Roberts i Norton, 1952; Shepherd, Fisher, Stein i Kessel, 1959; Sidavon, 1969; Tizón, 1974; Tizón, Salamero, De la Lama, Díaz-Munquira i Freixas, 1978), la qual varia, segons els autors, entre el 22% i el 60%, amb una mitjana de 40,43%.

El 1970, el 30% de totes les receptes mèdiques que es van fer als Estats Units corresponia a drogues psicòtropes, i aquest any el nivell de consum de tranquil·lizants i píndoles per a dormir de les dones espanyoles era, aparentment, molt similar al de les fèmies de Califòrnia (Cfr. Bayés, 1977). Tenint en compte: a) la gran quantitat de medicaments psicòtrops que hi ha al mercat; b) l'alta probabilitat que molts fàrmacs siguin prescrits a dosis insuficients; c) la impossibilitat, en la majoria dels casos, de controlar eficaçment la seva administració; i d) la manca d'aprenentatge dels metges. Shapiro (1979) arriba a la conclusió, potser excessiva, que en el 95% dels casos, aquestes drogues, es fan servir, més que res, per l'efecte placebo que produeix el seu consum. En paraules d'aquest autor: "les drogues psicòtropes s'han convertit, en gran mesura, en els gloriosos placebos de la nostra generació". Placebos una mica cars, val a dir-ho, i que poden donar lloc —tant com els antibiòtics, dels quals Espanya es calculava fa poc que en consumia sis vegades més dels necessaris— a les anomenades malalties iatrogenes.

Si ens preguntem com és possible que els metges, malgrat la inutilitat i, fins i tot, moltes vegades, la perillositat dels tractaments emprats, han aconseguit conservar, com a classe, una innegable posició de respecte i poder al llarg de les cultures i de les èpoques, només trobem una resposta possible a aquest fet increïble: amb independència de la inoperància o toxicitat dels remeis que han fet servir, un nombre important de guaricions o millores han degut seguir a la intervenció dels metges, la qual cosa no vol dir necessàriament —encara que aquesta hagi estat la interpretació— que s'hagin degut als coneixements i habilitats d'aquests professionals. En la nostra opinió, bona part d'aquestes guaricions o millores han d'atribuir-se —i continuen essent atribuïbles— a l'anomenat efecte de placebo.

A fi de demostrar la realitat d'aquest efecte està al nostre abast fer quelcom més que esbrinar els textos d'Història, les narracions antropològiques o la simple anècdota. Podem portar a terme experiments controlats amb totes les garanties científiques.

Gold, Kwit i Otto (1937), en un dels treballs capdavanters en l'aplicació de les tècniques a cegues, varen demostrar la importància del paper que juga la confiança del metge en el tractament que aplica, en els resultats terapèutics que aconsegueix. En emprar una tècnica simple cec —tècnica en la qual els subjectes no poden diferenciar la substància inerta de la droga activa, però l'administrador sí— es varen aconseguir millors resultats amb la droga activa que amb el placebo, però en replicar l'experiment amb una tècnica doble cec —en la qual ni els subjectes ni l'investigador poden diferenciar-los *a priori*— els resultats corresponents a la droga activa i al placebo van ser similars.

Beecher (1955), en una revisió de 26 investigacions empíriques diferents que varen afectar un total de 1.082 subjectes amb problemes tals com dolor postoperatori agut, angina de pit, mal de cap, refredat, etc., troba que el percentatge de pacients que milloren amb l'administració de placebos purs —comprimits de lactosa, injeccions de solució salina, etc.—

varia entre el 30% i el 40%, ultrapassant en alguns casos el 50%. Per valorar millor aquests resultats és convenient recordar que una dosi normal de morfina aplicada a malalts amb dolor postoperatori agut només redueix el dolor a la meitat en el 75% de casos. Beecher (1955) també informa que l'administració de placebos pot donar lloc a efectes secundaris indesitjables tals com sequedat de boca, mareig, dificultats de concentració, ensopiment, etc., que solen afectar, en general, el 15% dels pacients.

Park i Covi (1965), en un treball sorprenent portat a terme en el *John Hopkins Hospital* de Baltimore, van demostrar que malgrat que es digués explícitament als pacients que allò que se'ls donava era un placebo, milloraven. Park i Covi varen donar als seus 15 subjectes neuròtics la següent explicació:

Moltes persones amb un tipus de problema similar al seu han millorat amb l'administració d'un producte que, a vegades, rep el nom de "píndoles de sucre" i pensem que una d'aquestes píndoles també el podria ajudar a vostè. Les coneix? Una píndola de sucre no porta cap tipus de medicament. Estic convençut que aquesta píndola pot anar-li bé a vostè com ja ha passat a moltes altres persones. Està disposat a fer la prova?

Aquestes indicacions s'acompanyaven del lliurament d'un flascó amb l'etiqueta del *John Hopkins Hospital* que tenia píndoles de color rosa que el pacient havia de prendre tres vegades al dia amb els àpats.

Els resultats que es van aconseguir varen ser els següents:

- a) Dels 15 pacients que van rebre les instruccions, 14 anaren a la segona visita.
- b) 13 dels 14 van millorar, i es concretà aquesta millora en una disminució dels símptomes d'un 41%.
- c) 3 es van queixar d'efectes secundaris.
- d) 9 van dir que estaven convençuts que les píndoles de sucre eren la causa principal de la seva millora.
- e) 4 van manifestar que la píndola de sucre era "el més eficaç que els havien donat en tota la vida".
- f) No es varen trobar diferències entre els efectes observats en els 8 subjectes que van creure en la informació rebuda a la primera visita, i els 6 que, malgrat les indicacions, estaven concençuts que se'ls donava una droga activa.

Una altra peça d'evidència en la mateixa direcció ens la dona un interessant treball d'Evans (1974). Aquest autor, després de revisar nombrosos treballs en els quals es comparen els efectes de diferents analgèsics i placebos, arriba a la conclusió que l'eficàcia d'un placebo en relació a la d'una dosi normalitzada d'un agent analgèsic, administrats mitjançant una tècnica doble cec, es manté constant al voltant del 50%. En altres paraules, quan l'eficàcia aparent de l'agent farmacològic actiu que es fa servir a la investigació. Si emprant una tècnica doble cec, s'administren morfina i placebo, l'eficàcia d'aquest darrer serà, aproximadament, d'un 50% respecte a l'efecte analgèsic de la morfina; i si els productes que es comparen són l'aspirina i un placebo, amb el placebo s'aconseguirà, igualment, un efecte analgèsic d'un 50% però, respecte a l'aspirina. Evans considera que les expectatives de l'administrador sobre la potència de la droga que està administrant, es comuniquen per algun mitjà al pacient i constitueixen un poderós mitjancer de l'eficàcia terapèutica global.

Fischer i Dlin (1957) han suggerit que "pot convertir-se en placebo qualsevol objecte que s'ofereixi amb intenció terapèutica", i Stroebel i Glueck (1973) han assenyalat que els efectes placebo constitueixen una peça fonamental de la tècnica de *biofeedback* i que, per tant, haurien de ser avaluats i manipulats explícitament en lloc de silenciats; punts de vista

que ha obtingut evidència empírica en un treball de Plotkin (1980), el qual ha demostrat que les persones que creuen que estan fent un aprenentatge en *biofeedback* a fi de controlar el seu ritme cerebral alfa és molt probable que informin d'“experiències alfa” —estat que es caracteritza per: relaxació, pèrdua del sentit del temps i de la gravetat, benestar generalitzat, absència o disminució del flux de pensament, etc.— independentment que hagin rebut retroalimentació correcta o falsa.

Curiosament, fins el moment s'ha col·locat més èmfasi a portar a terme investigacions a fi de destacar els possibles valors terapèutics de noves drogues mitjançant el control d'un subproducte molest anomenat efecte placebo, que a dissenyar treballs que, a partir del reconeixement de la importància innegable dels factors psicològics en tot acte terapèutic, tinguessin com a fi prioritari l'estudi del propi efecte placebo i les variables de les quals sens dubte ha de ser funció.

Es diria que tot passa com si els terapeutes —metges, psiquiatres, psicòlegs— i farmacèutics tinguessin por de treure a la llum el fet innegable que, en molts casos, allò que guareix les “malalties” i alleuja els dolors dels seus clients no són els seus coneixements criptogràfics, adquirits després de llargs anys d'estudis, recerca i reflexió, ajudats per l'acció de sofisticats —i cars— fàrmacs i aparells, sinó el modest efecte placebo, el qual pot ser potenciat pel professional manipulant elements que es troben a l'abast de qualsevol i que poden ser utilitzats amb una eficàcia similar o més gran —com de fet així és en moltes de les anomenades Medicines alternatives— per persones que no solament no són metges sinó que mai no han trepitjat una Facultat universitària i, a vegades, ni tan sols saben llegir.

Considerem simptomàtic que, malgrat que un component placebo formi part, probablement, de totes les terapèutiques psiquiàtriques i que, possiblement, si moltes poden presumir d'algun èxit ho deguin a ell per complet, un dels manuals de Psiquiatria més populars a les nostres Facultats de Medicina (Ey, Bernard i Brisset, 1975), en les seves 1091 pàgines de la setena edició espanyola, no esmenti una sola vegada el terme “placebo”,

Resumint el nostre punt de vista: en els casos en què no es disposi d'un remei específic conegut, l'única contribució personal autènticament valuosa del metge en el procés guaridor continua essent, avui com fa vint segles, el seu somriure confiat, les seves paraules d'esperança i la pràctica del sublim i delicat art de la col·locació paternal de la mà a l'espatlla, ja que de les altres variables capaces d'influir en l'efecte placebo, unes es troben en el pacient i són, en gran mesura, producte de la seva història personal, i les altres —el paper social del metge, la bata blanca, les receptes il·legibles, les impressionants píndoles de coloraines, etc.— li són conferides per la tradició cultural i són independents de la seva vàlua i esforç personal, depenent únicament del context on porta a terme la seva activitat.

El pudor de molts metges i psiquiatres davant la simple menció dels placebos, ¿no serà degut a la por que un reconeixement públic i generalitzat del veritable origen de molts dels “seus” èxits terapèutics pogués traduir-se en l'existència popular d'una disminució dels seus, massa sovint, desproporcionats honoraris?

Toro, Daurella, Penzo, Basil, Jorquera i Salmurri (1981) denuncien encertadament:

Los países desarrollados están dedicando a la salud alrededor del 11% de su Producto Nacional Bruto. Pero lo más importante es que los costes de la salud están creciendo dos veces más deprisa que la inflación. Hablando en términos estrictamente económicos, nuestras sociedades no tienen más remedio que disminuir las enfermedades y los enfermos (pág. A-7).

Encara que, segons creiem, aquesta darrera fita es troba en contradicció amb l'ampliació, defensada per aquests mateixos autors —i també per molts altres—, del terme “malaltia” perquè compregui, de forma pràcticament il·limitada, tots aquells trastorns produïts pel medi social:

En consecuencia puede constituirse en tal agente (patógeno) todo cuanto rodea al individuo, principalmente las personas que lo rodean, los comportamientos de dichas personas, sus palabras, la organización de la vida familiar, de la vida laboral, la conflictividad política, ideológica, el peso del pasado, la incertidumbre acerca del futuro. Todo ello es capaz de enfermar al ser humano (pág. C-23).

Deixant de banda l'augment de cost que suposa, normalment, la medicalització de qual-sevol problema i que, en principi, sembla una mica absurd ampliar el camp d'acció dels metges en uns moments en què la seva qualitat professional en terrenys que ningú no els discuteix no és massa satisfactòria (Cfr. Bayés, 1979), creiem que l'aplicació universal i indiscriminada dels termes "malalt" i "malaltia" tenen, a la nostra cultura, connotacions "nocebo" i poden dificultar o inhibir l'aparició d'efectes placebo positius controlats per la pròpia persona, els seus familiars o un professional no metge; retardar la seva recuperació i facilitar que el pacient prengui una postura passiva davant el trastorn ja que el paper de malalt, al marge de les seves implicacions emotives, normalment indesitjables, suposa que el subjecte no es pot valdre per ell mateix per sortir-se de l'estat en què es troba i, necessàriament, ha de posar-se en mans d'un guardor oficial, un metge diplomad, el qual monopolitza, d'aquesta manera, la dispensa de placebos, convertint-se ell mateix —possiblement per simple associació pavloviana— en el placebo universal per excel·lència.

En una paraula: tenint en compte que el terme malaltia té connotacions negatives i no aporta, en si mateix, cap nou coneixement i que es pot normalment substituir, per exemple, per "alteració" o "trastorn", en la nostra opinió, només es justifica, èticament, la seva aplicació quan aquest etiquetatge pot contribuir, en alguna mesura, al benestar o millora del pacient —fent-li posar al llit, per exemple— i sempre que no hi hagi la possibilitat de solucions no mèdiques més eficaces o igualment eficaces però que suposin per al pacient una autonomia més gran o un risc més petit, ja que en cap moment s'han d'oblidar els perills d'iatrogènia, inevitables companys de viatge de molts tractaments mèdics.

Si considerem:

- a) que el cost corresponent a les prestacions sanitàries de la *Seguridad Social* espanyola serà al voltant dels 600.000 milions de pessetes l'any 1981 (Aretes, 1981);
- b) que una part important d'aquesta xifra correspon a sous de metges i consum de fàrmacs;
- c) que a aquesta tremenda xifra de la Medicina pública caldria afegir-ne una altra —probablement no menys important— corresponent a la Medicina privada.
- d) la crisi econòmica que travessa el país, i les necessitats socials encara sense la deguda atenció, per exemple, en el camp educatiu;
- e) que moltes feixugues prestacions portades a terme per metges es poden considerar, en tot o en part, prestacions-placebo,

ens hem de plantejar la viabilitat d'un model que sigui capaç d'oferir solucions igualment eficaces i més econòmiques en el camp de la Salut.

Per tenir èxit, el model sanitari que proposem necessitaria l'acceptació de les següents premisses:

- 1) El control guaritiu placebo deixaria de ser patrimoni exclusiu de les instàncies professionals mèdiques, psiquiàtriques i psicològiques per passar a ser compartit per tota la població. Aquest objectiu es portaria a terme mitjançant una doble acció paral·lela de tipus formatiu:
 - a) Respecte als ciutadans. Caldria aconseguir un canvi d'hàbits culturals, amb la participació dels mitjans de comunicació de masses, les escoles i els membres de les actuals instàncies sanitàries, entrenant els ciutadans en el coneixement i manipulació

directa —sense intervenció de professionals de cap mena— d'aquelles variables internes, capaces de produir o potenciar efectes placebo, i ensenyant a la població que, en moltes ocasions, aquesta acció substitueix avantatjosament la ritual ingesta de fàrmacs a la qual es troba acostumada.

- b) Respecte als metges. Per una banda, aquests haurien de limitar l'ús del terme "malalt" a aquells casos en què, èticament, consideressin que aquesta etiqueta és la contribució més positiva possible al procés guaridor; per altra, sempre que fos factible, haurien de traspassar als propis interessats o a professionals no metges —segons el cas— el control i manipulació dels efectes placebo, prescindint, sempre que poguessin, de la pràctica rutinària de receptar fàrmacs.
- 2) Hauria de donar-se prioritat a les investigacions científiques que tinguessin com a objectiu l'estudi de les variables i mecanismes responsables de l'efecte placebo.
- 3) En les Facultats de Medicina i Psicologia hauria de donar-se la màxima importància, en els dissenys curriculars, a l'estudi de l'efecte placebo ja que, probablement, no puguí administrar-se cap tractament, específic o no, ni portar-se a terme cap exploració —llevat que el pacient es trobi sense coneixement— sense que intervinguin components inespecífics, placebo o nocebo, que alterin en alguna mesura els resultats.

El nostre model, que anomenem *Model somàtico-conductual 2* perquè substitueix el *Model somàtico-conductual* presentat fa algun temps (Bayés, 1979), inclou, com a factor important, l'activitat guaridora del propi pacient, i pot observar-se en la Figura 1.

Tenim confiança que el nostre model pugui ser un pas endavant en la desmedicalització —despsiquiatriçació, despsicologització— de tots aquells casos en què això sigui factible, mitjançant el traspàs als interessats del control del seu propi efecte placebo, en línia amb el pensament de Ribes (1980), el qual demana als psicòlegs que es plantegin com una de les seves fites importants "la desprofessionalització", entenent-la com "la transferencia a los no profesionales de los procedimientos y conocimientos tecnológicos que permitan su aplicación extendida y permanente por aquellos que, tradicionalmente, han sido sólo recipientes de servicios" (pág. 23).

Quan en el títol d'aquest treball hem qualificat el metge com un "placebo de luxe" és perquè estem convençuts que, malauradament, moltes vegades, aquest és el seu paper i que en aquesta tasca podria ser substituït avantatjosament per placebos igualment eficaços, menys perillosos i més econòmics, i, a vegades, per tècniques específiques pròpies de professionals no mèdics. Però que ningú no cregui que volem la supressió dels metges. Res més lluny del nostre pensament. En el nostre model, el metge continua essent una peça clau; només que els seus límits d'actuació queden restringits per als casos i moments en què pot portar a terme una acció eficaç autènticament *professional*.

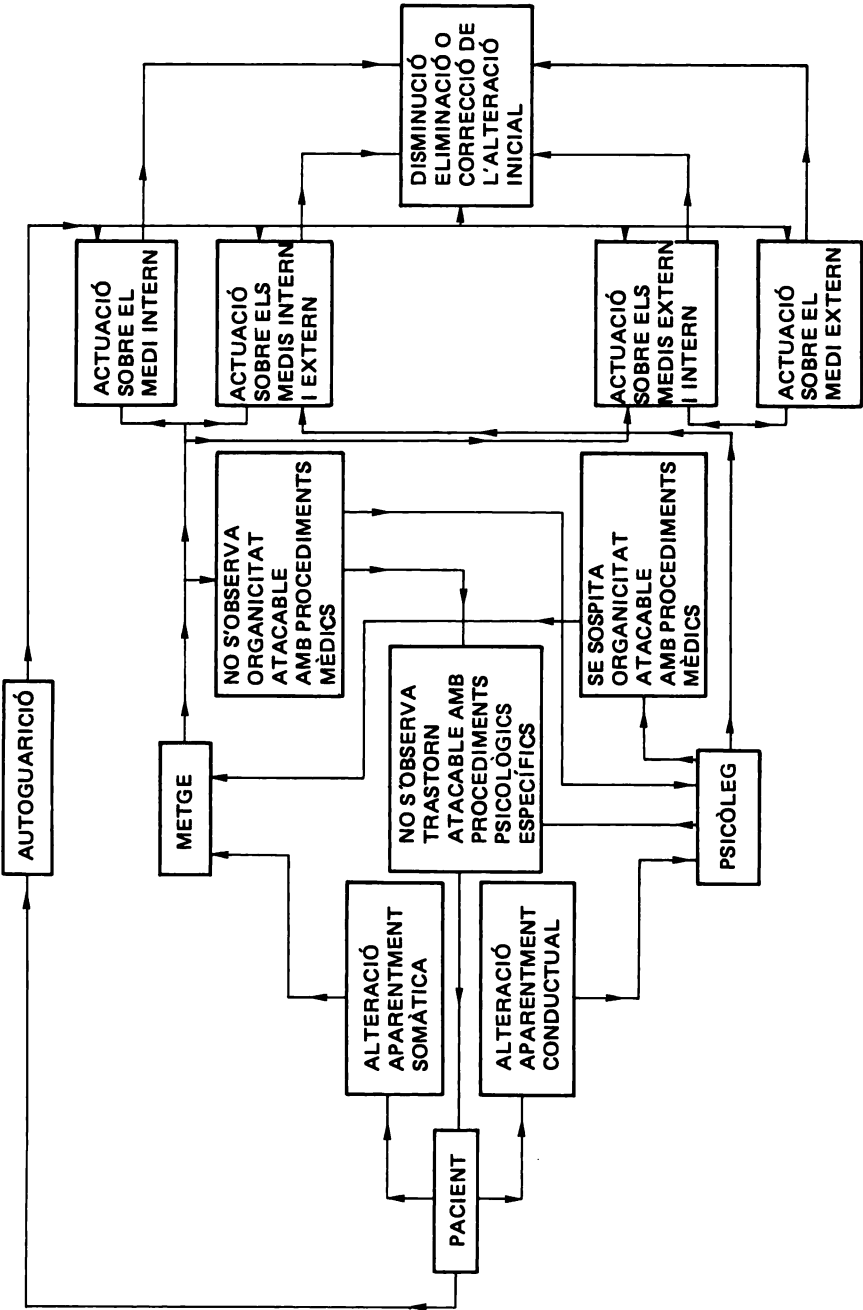


Figura 1. Model somàtico-conductual 2

BIBLIOGRAFIA

- BAYES, R. *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Barcelona: Fontanella, 1977.
- BAYES, R. *Psicología y medicina: interacción, cooperación, conflicto*. Barcelona: Fontanella, 1979.
- BEECHER, H.K. The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 1955, 159, 1602-1606.
- BONAL DE FALGAS, J. Información de medicamentos entre el farmacéutico de hospital y el enfermo. *XVIII Asamblea Nacional de Farmacéuticos de Hospitales*, LIADE, 1974, pág. 97-111.
- BYKOV, K.M. i KURTSIN, I.T. *Kortiko-vitserálnia patologuia*. Traducció: *Patología córtico-visceral*. Madrid: Atlante, 1968.
- Cambio 16*, El escándalo de las batas blancas: estafaron 100.000 millones, 1978, núm. 366, 22-32.
- DELAY, J. i PICHOT, P. *Abregé de psychologie a l'usage de l'étudiant*. París: Masson, 1962. Traducció: *Manual de psicología*. Barcelona: Toray-Masson, 1966.
- EVANS, F.J. The placebo response in pain reduction. Dins J.J. Bonica (Ed.) *Pain. Advances in neurology*. Nova York: Raven Press, 1974, pág. 289-296.
- EY, H., BERNARD, P. i BRISSET, C. *Manuel de psychiatrie*. París: Masson. Traducció: *Tratado de psiquiatría* (7a. edició). Barcelona: Toray-Masson, 1975.
- FISCHER, H.K. i DLIN, B.M. The dynamics of placebo therapy: a clinical study. *American Journal of Medical Science*, 1956, 232, 504-512.
- GARCIA SEVILLA, L., CANALDA, G., DE FLORES, T., MERIN, N. i PEREZ J. El paper d'un laboratori de psicologia anormal dins un hospital universitari. *Annals de Medicina*, 1978, 64, 763-793.
- GOLD, H. KWIT, N.T. i OTTO, H. The xanthines (theobromine and aminophylline) in the treatment of cardiac pain. *Journal of American Medical Association*, 1973, 108, 2173-2179.
- GOLDBERG, D.P. i BLACKWELL, B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 1970, 2, 439-443.
- GONZALEZ DURO, E. *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar, 1979.
- HELSBORG, H.C. Psychiatric investigations of patients in a medical department. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1958, 33, 303-335.
- HOUSTON, W.R. Doctor himself as therapeutic agent. *Annals of Internal Medicine*, 1938, 8, 1416-1425.
- LAIN ENTRALGO, P. Hacia una terapéutica general antropológica. Dins P. Laín (Ed.) *Historia universal de la medicina* (Volum VII) Barcelona: Salvat, 1975, pág. 232-235.
- LAPORTE, J., DU SOUICH, P. i ERILL, S. Conocimiento por parte del médico de la composición y propiedades de las especialidades farmacéuticas prescritas. *Revista Clínica de Especialidades*, 1976, 140 (3), 269-274.
- LOBO, F. La publicidad farmacéutica en España. *Papers. Revista de Sociología*, 1980, núm. 14, 99-132.
- MUÑOZ CALVO, S. *Inquisición y ciencia en la España moderna*. Madrid: Editora Nacional, 1977.
- OSLER, W. *The principles and practice of medicine*. Nova York: Apleton, 1892.
- PARK, L.C. i COVI, L. Nonblind placebo trial. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, (4), 336-345.
- PLOTKIN, W.B. The role of attributions of responsibility in the facilitation of unusual experiential states during alpha training: an analysis of the biofeedback placebo effect. *Journal of Abnormal Psychology*, 1980, 89, 67-78.

- RACHMAN, S.J. i PHILIPS, C. *Psychology and medicine*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin, 1978.
- RIBES, E. Consideraciones metodológicas y profesiones sobre el análisis conductual aplicado. *X Simposio Internacional de Modificación de Conducta*, Bogotá, Juny 1980 (No publicat).
- ROBERTS, B.H. i NORTON, N.M. Prevalence of psychiatric illness in a medical outpatient clinic. *New England Journal of Medicine*, 1952, 246, 82-86.
- SHAPIRO, A.K. The placebo effect. Dins W.G. Clark i J. Del Guidice (Eds.) *Principles of psychopharmacology* (2a. edició). Nova York: Academic Press, 1979, pàg. 441-459.
- SHAPIRO, A.K. i MORRIS, L.A. The placebo effect in medical and psychological therapies. Dins S.L. Gardfield i A.E. Bergin (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis* (2a. edició). Nova York: Wiley, 1978, pàg. 369-410.
- SHEPHERD, M., FISHER, M., STEIN, L. i KESSEL, W.I.N. Psychiatric morbidity in an urban group practice. *Proceedings Royal Society of Medicine*, 1959, 52, 269-274.
- SIDAVON, P. Formation psychologique des étudiants en médecine. *Psychologie Medicale*, 1969, 1, 29-36.
- STROEBEL, C.F. i GLUECK, B.C. Biofeedback treatment in medicine and psychiatry: an ultimate placebo?. *Seminars in Psychiatry*, 1973, 5, 378-393.
- TIZON, J.L. Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de medicina general del Seguro de Enfermedad. Comunicación preliminar. *Medicina Clínica*, 1974, 63 (2), 72-79.
- TIZON, J.L., SALAMERO, M., DE LA LAMA, E., DIAZ-MUNGUIRA, J.M. i FREIXAS, J. El uso del G.H.Q. en diversos medios ambulatorios y su comparación con la población general. *XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Granada, Setembre 1978, pàg. 27-54.
- TORO, J., DAURELLA, N., PENZO, W., BASIL, C., JORQUERA, A. i SALMURRI, F. *Lecciones de psicología médico-social*. Barcelona: Departament de Psiquiatria i Psicologia Mèdica de la Universitat de Barcelona, 1981.
- VALTUEÑA, J.A. Despreocupaciones que matan. *Jano*, 1979, núm 363, 15.