

Resignificación del concepto «respuesta al placebo» a «respuesta al significado» en un grupo Balint con residentes de medicina familiar

Resignification of the concept “response to placebo” to “response to meaning” in a Balint group with family medicine residents

Ismael Ramírez-Villaseñor^{1,2*} , Teresita Morfín-López²  y Antonio Ray-Bazán³ 

¹Comisión Académica, Colegio Jalisciense de Medicina Familiar, Guadalajara; ²Investigación Psicológica, ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara, Tlaquepaque; ³Educación, ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara, Tlaquepaque. Jalisco, México

RESUMEN: Antecedentes: En la educación médica prevalece la enseñanza del concepto «respuesta al placebo» sin reconocer que las respuestas clínicas que ocurren se deben a los significados del paciente y que no pueden ser producidas por sustancias inertes. **Objetivo:** Explorar el aprendizaje, las opiniones y los significados sobre el concepto «respuesta al significado» y su contraste con la idea de respuesta al placebo de los residentes participantes. **Material y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo con diseño y análisis acorde con la teoría fundamentada. Participaron tres residentes de medicina familiar que leyeron y discutieron en un grupo Balint un artículo que critica el concepto de respuesta al placebo y que propone el de respuesta al significado. Las discusiones se grabaron, transcribieron y codificaron con el método de la teoría fundamentada. **Resultados:** Los residentes lograron describir el concepto de respuesta al significado y su versión de sus componentes a partir de sus experiencias con pacientes. **Conclusiones:** La respuesta al significado se genera por la atención empática, centrarse en la persona, la comunicación adecuada y generando confianza; es influida por la cultura y su carácter es cambiante. El significado es potente para médico y paciente, se requiere formación al respecto, el médico debe aceptar que los pacientes responden clínicamente a los significados de la relación médico-paciente y que esta debe ser lo más horizontal posible.

Palabras clave: Educación médica. Respuesta al significado. Respuesta al placebo. Medicina familiar.

ABSTRACT: Background: In medical education, the teaching of the concept of “placebo response” prevails without recognizing that the clinical responses that occur are due to the patient’s meanings and that they cannot be produced by inert substances. **Objective:** Explore the learning, opinions, and meanings about the concept of “response to meaning” and its contrast with the idea of response to placebo among the participating residents. **Materials and methods:** A qualitative study was carried out with design and analysis in accordance with the grounded theory. Three family medicine residents read and discussed in a Balint group an article that criticizes the concept of response to placebo and that proposes the concept of response to meaning. The group discussions carried out were recorded, transcribed, and coded with the grounded theory method. **Results:** The residents could describe the concept of response to meaning and described their version of its components based on their experiences with patients. **Conclusions:** The response to meaning is generated by empathic attention, focusing on the person, appropriate communication and generating trust; it is influenced by culture and its character is changing. The meaning is powerful for doctor and patient, training is required in this regard, the doctor must accept that patients respond clinically to the meanings of the doctor-patient relationship and that this should be as horizontal as possible.

Keywords: Medical education. Response to meaning. Placebo response. Family medicine.

*Correspondencia:
Ismael Ramírez-Villaseñor
E-mail: ismael.ramirez@iteso.mx

Fecha de recepción: 28-09-2023
Fecha de aceptación: 19-12-2023

Disponible en internet: 11-04-2024
Rev Mex Med Fam. 2024;11:17-26
DOI: 10.24875/RMF.23000140

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se originó en un hallazgo dentro de un proyecto doctoral que desarrolla una intervención compleja para la enseñanza de la configuración mental de ecuanimidad compasiva a residentes de medicina familiar. Una de las fases de la intervención consistió en sesiones de trabajo de grupo tipo Balint. En una de esas sesiones surgió la necesidad de aclarar que el concepto «efecto o respuesta al placebo» es una forma errónea de entender los resultados clínicos de todo tipo de intervenciones terapéuticas, y que el concepto antropológico de «respuesta al significado» los explica mejor. La teoría que apoya esta afirmación encuentra su fundamento en el ámbito de la medicina familiar académica: «...mientras más aprendemos acerca del efecto placebo, más parece que se trata del poder curativo de la relación médico-paciente a través de actos simbólicos y rituales»¹.

Antecedentes

Las múltiples definiciones de *placebo* tienen en común que se trata de una sustancia o intervención clínica que carece de acción específica en la afección para la que se usa; puede ser simple harina o incluso una intervención falsa (cirugía falsa, acupuntura falsa, etc.)². La respuesta a placebo es la modificación clínica o fisiológica que ocurre en los pacientes que reciben alguna forma de tratamiento con placebo y que es atribuida a un «estímulo psicológico», pero dicho en el sentido de respuesta mecánica a un estímulo². La respuesta al significado precisa mucho más el fenómeno: «son los efectos psicológicos y fisiológicos del *significado* en el tratamiento de la enfermedad»³.

En la educación médica en México predomina la enseñanza de los dos primeros conceptos descritos, mientras permanece ausente la enseñanza de la respuesta al significado. ¿Cómo surgió y se perpetuó la idea de privilegiar al efecto placebo en la educación médica? Una breve explicación es la siguiente. La medicina ha hecho grandes

esfuerzos por incorporar el método científico positivista y neopositivista para generar el conocimiento que nutre su práctica clínica. Así, William Gull (1816-1890) introdujo la administración de sustancias inertes, como pequeñas cantidades de almidón, harina, lactosa y otras similares, para poder distinguir el curso natural de las enfermedades y discernir qué medicamentos tenían un efecto terapéutico en la enfermedad y cuáles no lo tenían⁴. Posteriormente, los placebos fueron usados sistemáticamente por Fischer y otros en los ensayos clínicos controlados, junto con la distribución aleatoria de los sujetos de investigación, con el objetivo de verificar las hipótesis de si el fármaco —u otra intervención comparativa— superaba o no los efectos terapéuticos o adversos de intervenciones inertes². Cuando las personas en los grupos experimentales que recibían placebo tenían respuestas terapéuticas se decía que eran el resultado de la sustancia inerte: efecto o respuesta al placebo. Se cumplen así unos 130 años del uso habitual del término «efecto o respuesta al placebo» en la enseñanza y las publicaciones médicas. Dado que se cubre el objetivo científico de discernir si la sustancia activa (de prueba) tiene efectos terapéuticos o adversos diferentes de los del placebo, se dejó de lado la falta de congruencia del concepto efecto placebo con la epistemología científica fisicalista, al atribuir los efectos clínicos y paraclínicos a una sustancia químicamente inactiva. La biomedicina decidió ignorar lo que McWhinney denomina la «anomalía mente/cuerpo»⁵ del paradigma biomédico, que cree firmemente que lo biológico y lo psicológico están separados y que no se influyen mutuamente, a pesar de que diversas evidencias clínicas demuestran lo contrario en ensayos clínicos controlados⁶ y en la práctica diaria. En otras palabras, la biomedicina sigue negando que los factores psicológicos sean capaces de inducir respuestas biológicas demostrables a nivel molecular, fisiológico y clínico, incluyendo efectos desconcertantes, como describe Freeman: «De hecho, los placebos pueden producir efectos

no deseados y adicción semejante a la de los fármacos activos»⁵. Pueden incluso inducir hipotensión grave⁶.

En contraposición con la perspectiva biomédica, la antropología rechaza la separación de mente y cuerpo al afirmar que cualquier cosa que sucede cuando se reciben sustancias inertes no se puede deber a la inacción química: «La gente no responde a los placebos, responde a lo que los placebos, los medicamentos, los clínicos y otros factores, signifiquen para los pacientes. De hecho, cuando no hay placebos en un estudio los pacientes responden a la persona que les da la medicación»⁷.

Lo anterior coincide con la neurociencia que explica el efecto extremadamente específico de la respuesta al placebo: «Las creencias y las expectativas juegan un papel central en los efectos del placebo... En pacientes con enfermedad de Parkinson, la respuesta clínica al placebo se asocia con la liberación de dopamina endógena en el núcleo estriado o con la reducción de la actividad de neuronas individuales en el núcleo subtalámico. Y en pacientes con depresión mayor, el placebo produce cambios metabólicos similares a los producidos por la fluoxetina»⁸.

Y para ser más claros: «Los fenómenos mentales, como la conciencia, la metacognición, la voluntad, las creencias, las esperanzas y su contenido intencional no pueden ser reducidos a simples impulsos nerviosos o liberación de neurotransmisores, además influyen significativamente en el cerebro a niveles moleculares, neuronal, circuitos neuronales y la plasticidad cerebral»⁹.

Los estudios sobre los placebos han demostrado que, cuando se reciben sustancias inertes, las respuestas varían en función del color, del número de dosis y de si se reciben en forma de inyección o de tableta. También la respuesta varía en diferentes países y según lo que se explica a los pacientes acerca del medicamento; por ejemplo, las píldoras de color azul en Italia tienen efecto divergente según el sexo, pues son estimulantes para los hombres y tranquilizantes para las

mujeres⁸. El efecto terapéutico global que se logra en cada caso depende no solo de la intervención médica —sea un medicamento, una cirugía u otra—, sino también de una serie compleja de factores inmersos en la relación médico-paciente, la personalidad del clínico y el contexto^{10,11}.

Planteamiento del problema

Con respecto a la enseñanza de la medicina, se requiere trascender el abordaje tradicional de efecto o respuesta al placebo para que los nuevos estudiantes puedan comprender el concepto de respuesta al significado de Moerman: «Son los efectos psicológicos y fisiológicos del significado en el tratamiento de la enfermedad»⁸.

En apariencia parece sencillo enseñar y aprender que las sustancias inertes no pueden producir efectos físicos, y que estos se producen por factores psicológicos y culturales. Pero no es fácil aprenderlo porque a los médicos se les ha enseñado durante toda su carrera a negar que los fenómenos psicológicos tienen un sustrato biológico y que también inducen cambios biológicos. Esto se debe, entre otras cosas, a que en México los programas de pregrado médico y las residencias médicas no incluyen las pruebas científicas que demuestran los efectos biológicos de los placebos¹². Por ejemplo, no se enseña que en 1978 se evidenció que la analgesia inducida por placebos en pacientes operados de la tercera molar podía ser bloqueada con naloxona, un conocido antagonista de los receptores de los opioides¹³; el experimento fue repetido y confirmó los resultados 18 años después³. Más adelante, en 2001, se demostró que el placebo aumentó la concentración de dopamina en el núcleo *accumbens* en pacientes con enfermedad de Parkinson. Y en 2002 se observó traslape en áreas del cerebro activadas por placebos y fluoxetina⁷. Estos hallazgos confirmaron lo que habían visto los farmacólogos en 1994: que los placebos tienen una curva de efecto que muestra picos acumulativos y duración posterior a la suspensión de la dosis (*carryover effect*), en clara semejanza con las curvas

dosis-efecto de los medicamentos¹³. La ausencia de información que demuestra que los efectos aparentemente inducidos por las sustancias inactivas tienen un sustrato biológico demostrable, y la enseñanza de que la mente y el cuerpo son entidades distintas¹⁴, constituyen dos barreras para el aprendizaje del concepto de respuesta al significado.

Pregunta de investigación

En el contexto descrito es viable preguntarse ¿Cómo influye en los residentes la discusión grupal de un artículo que cuestiona la idea de respuesta al placebo que aprendieron en su educación médica?.

Objetivo del estudio

Explorar el aprendizaje, las opiniones y los significados sobre el concepto de respuesta al significado, y su contraste con la idea de respuesta al placebo, de los residentes participantes en sesiones de discusión.

Los resultados de este estudio podrían aportar elementos y vías educativas en la necesaria tarea de dejar de lado la enseñanza dicotómica que separa los procesos psicológicos, biológicos y socioculturales en las respuestas clínicas globales que se observan día a día.

MÉTODO

En este trabajo se asumió el paradigma constructivista de investigación científica, también conocido como emergente, interpretativo o naturalista, que acepta la existencia de realidades múltiples, objetivas y subjetivas¹⁵. Aquí se adoptó la perspectiva cualitativa del diseño, la recolección y el análisis de datos, cuyo propósito es examinar los significados y las interpretaciones de los participantes de la investigación mediante el diálogo constante de los datos con la teoría¹⁶.

Recolección y análisis de los datos

El estudio consistió en dos sesiones formales, que fueron grabadas en audio y transcritas literalmente. Las transcripciones fueron comparadas con los participantes y posteriormente

los textos fueron codificados. La recolección y el análisis de los datos se realizaron siguiendo las indicaciones de la teoría fundamentada¹⁷, y dado que esta es un *continuum* de métodos de análisis que van desde el extremo objetivista al constructivista¹⁸ es necesario precisar que asumimos la idea más constructivista del espectro, que incluye los siguientes supuestos:

- Los datos se crean conjuntamente entre investigador y participantes.
- La teoría que resulta es una interpretación del investigador.
- Los participantes construyen significados en situaciones concretas que difieren en otros contextos.
- Los significados pueden corresponder a realidades más amplias.
- Puede haber discrepancias entre los participantes y entre ellos con el investigador.
- Mucho de lo ocurrido en la investigación es tácito e intersubjetivo, y la generalización es condicional¹⁸.

Participantes

Los participantes fueron tres residentes que cursaban el segundo año de la especialidad de medicina familiar en una institución del sistema de salud de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Todos firmaron un consentimiento informado en el que se garantiza su derecho al anonimato. Los tres residentes participan desde marzo de 2021 en un proyecto educativo que ensaya un sistema complejo para la enseñanza de la «ecuanimidad compasiva», concepto que fue descrito en otra publicación¹⁹. Lo que se reporta en este informe es solo el resultado del análisis de dos sesiones de discusión (6 y 13 de julio de 2022) que se llevaron a cabo en el contexto de este proyecto formativo.

Instrumentos y procedimientos para la obtención de datos

Si bien lo que se reporta aquí es el producto de dos sesiones de discusión grupal focalizada en la enseñanza del concepto de respuesta al significado, se describen brevemente las sesiones tipo Balint porque fueron

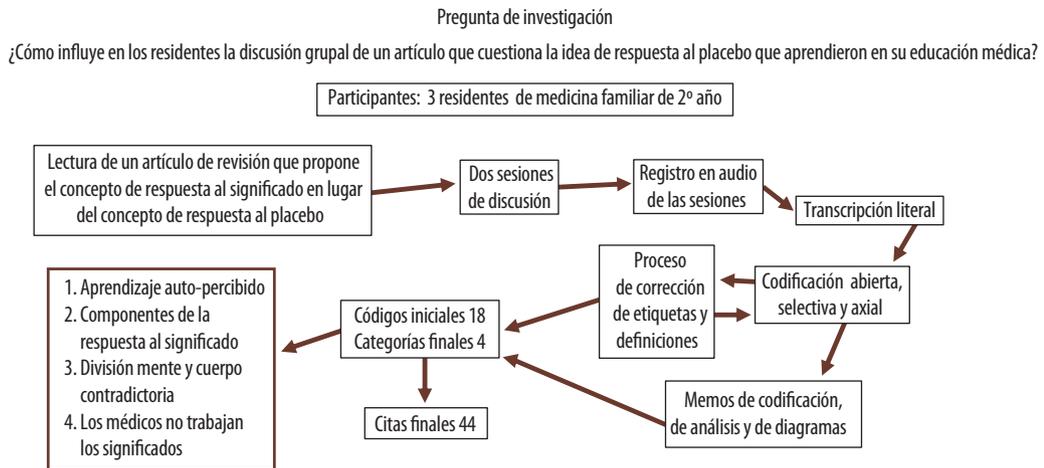


Figura 1. Arquitectura del estudio. Se hizo la transcripción en tres fases y se obtuvieron 18 códigos que en el proceso de comparación constante y búsqueda de propiedades se redujeron a cuatro categorías, que aparecen numeradas en el recuadro abajo a la izquierda.

parte destacada del contexto que precedió a este reporte. Las sesiones de un grupo Balint consisten en reuniones con 8 a 12 médicos y un coordinador. El foco es la discusión de aspectos de la relación médico-paciente. Un integrante, a voluntad, relata un caso que le motivó emociones intensas. El grupo escucha sin opinar hasta que termina el relato del médico. Luego se aclaran dudas sobre el contexto del caso comentado, y a continuación los participantes expresan las emociones y los sentimientos que percibieron en el relato. En todo momento, la confidencialidad es fundamental²⁰. Posteriormente, el médico que contó el caso reflexiona sobre lo que comentaron sus compañeros. El coordinador cierra la sesión destacando los avances en la comprensión del caso y las tareas y dificultades que percibe. También puede pedir que cierren los participantes que lo deseen²¹. Esa es la experiencia grupal que tuvieron los residentes del estudio y que posiblemente influyó en los resultados que se obtuvieron.

La iniciativa de investigar el tema surgió cuando se discutían los conceptos de un libro titulado *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*²², que se ligaban a casos clínicos que

los residentes habían tenido en su práctica profesional. En una sesión surgió confusión respecto a si las sustancias químicamente inertes tienen efecto en la evolución de enfermedades orgánicas o solo lo tienen en casos sin evidencia orgánica. El profesor asignó la tarea de leer un artículo que propone el concepto antropológico de respuesta al significado en contraste con el de respuesta al placebo²³. Estas sesiones fueron grabadas en audio y luego transcritas literalmente (12 páginas), y se codificaron para su análisis.

Método de sistematización y análisis

Se utilizó el programa Atlas.ti 22.1.0 para la codificación en todas sus fases, la elaboración de los memos y los informes con los que se elaboró este reporte. La arquitectura del estudio se muestra en la figura 1.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El proceso de codificación de las transcripciones fue guiado por el objetivo de explorar las opiniones y los significados expresados, y si estos reflejaban un aprendizaje del concepto de respuesta al significado contrastado con el de respuesta al placebo. La codificación inicial arrojó 18 etiquetas que

Tabla 1. Libro de categorías y códigos que las conforman

Categoría	Definición
Aprendizaje autopercebido	Categoría eje. Los residentes explican en sus palabras lo que han aprendido de los trabajos de lectura individual y las sesiones de discusión.
Componentes de la respuesta al significado	Categoría que incluye enunciados de los residentes que nombran componentes de lo que consideran la respuesta al significado. Se constituyó con los códigos: <i>atención afectuosa, centrarse en la persona, comunicación empática, creencias culturales, complejo cambiante, la confianza.</i>
División entre mente y cuerpo contradictoria	Categoría que hace referencia a ideas contrapuestas respecto a la aceptación o el rechazo de la dicotomía mente y cuerpo. Está formada por cinco códigos que se contradicen: <i>relación mente-cuerpo, comunicación empática, la sugestión crea significados, efecto farmacológico separado del significado, lo químico inerte sin acción biológica.</i>
Los médicos no trabajan los significados	Categoría que expresa que los médicos no suelen comunicarse con los pacientes con la intención de inducir o fortalecer respuestas al significado terapéuticas. Está conformada por los siguientes códigos: <i>idea de placebo no ayuda, inducir significado es difícil.</i>

en el proceso analítico se redujeron a cuatro categorías finales: 1) aprendizaje autopercebido; 2) componentes de la respuesta al significado; 3) los médicos no trabajan los significados; y 4) división entre mente y cuerpo contradictoria. Cada una de ellas, y sus subcategorías, se ilustran en la tabla 1.

Se eligió la categoría de aprendizaje autopercebido como eje del análisis porque se relaciona directamente con la categoría de componentes de la respuesta al significado, donde se reúnen citas de los residentes sobre lo que a su juicio está detrás de la respuesta al significado. La categoría axial también se conecta con la categoría de que los médicos no trabajan los significados, que sintetiza experiencias de los residentes respecto a lo poco que ayuda en la clínica asumir la idea de que los pacientes responden a los placebos, así como lo difícil que es inducir significados benéficos. En el lado opuesto, la categoría eje se conecta con la categoría de división entre mente y cuerpo contradictoria, creada por los investigadores a partir de teoría, y donde se reúnen cinco códigos que se contraponen unos con otros: 1) relación mente-cuerpo; 2) comunicación empática; 3) la sugestión crea significados; 4) efecto farmacológico separado del significado; y 5) lo inerte químico sin acción biológica. La categoría axial elegida y sus relaciones con las

categorías descritas constituyen el sistema de análisis de este trabajo, como se muestra en la figura 2.

Componentes de la respuesta al significado

En la figura 2 se aprecia que los residentes expresan directamente lo que consideran que da como resultado final significado terapéutico para los pacientes (ser atendidos afectuosamente, centrarse en sus necesidades personales), que la respuesta al significado es compleja y cambiante, que se requiere empatía para que ocurra, que la respuesta al significado es influida por elementos culturales y que se requiere confianza. Las siguientes citas lo ilustran:

- «...respondemos a lo que creemos, sabemos, conocemos, a las personas, al lenguaje, a la atención afectuosa... eso es lo que le da el significado... es la base.»
- «Qué el médico realmente vea lo que es la patología del paciente y cómo le está afectando en su vida diaria para saber cómo transmitir ese significado.»
- «...estamos hablando de respuesta al significado conforme evoluciona el paciente.» (El residente aquí expresa que la respuesta al significado cambia conforme el paciente evoluciona respecto a sus síntomas o enfermedad.)

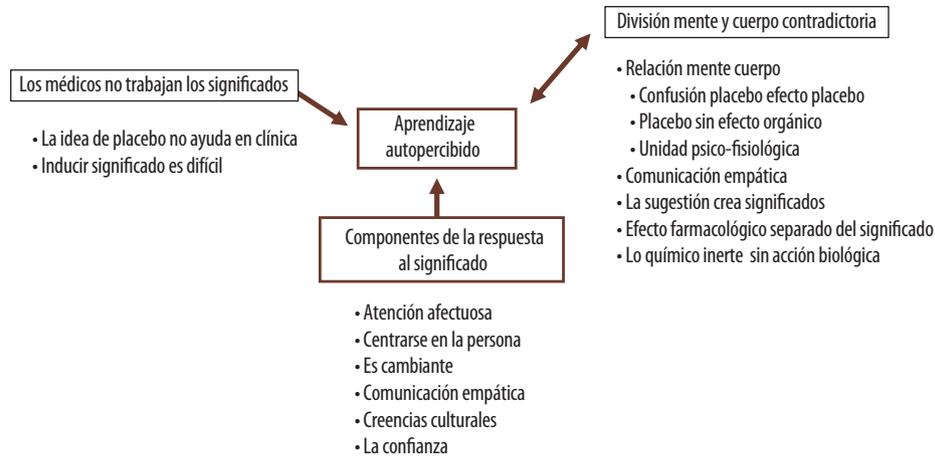


Figura 2. Sistema de análisis de los datos. Esquema del sistema de análisis del aprendizaje del concepto de respuesta al significado.

- «...Entonces, tienes que conectarte empáticamente con tu paciente para que tenga una buena respuesta.»
- «...me dice el paciente “el tecito me funcionó...” Sí, probablemente le funcionó y hay que creerle... La cultura, la ideología y la religión también son importantes... Todo en conjunto crea un significado para el paciente.»
- «[Se responde a] la confianza... que le tiene el paciente tanto al tratamiento como al médico.»

Por otro lado, los participantes expresaron diversas ideas que fueron reunidas en la categoría de que los médicos no trabajan los significados del paciente, y que privilegian la prescripción de fármacos. Esta categoría reúne expresiones que señalan dificultades para aplicar en la práctica el concepto de respuesta al significado: «... los médicos no se toman el tiempo de dar un significado al tratamiento que están dando... Se van más por el tratamiento farmacológico, que darle una explicación entera a su paciente».

La tendencia a privilegiar la prescripción farmacológica eleva los costos de la atención médica y va en el sentido contrario del método clínico centrado en el paciente, que logra reducir esos costos a través de llegar a acuerdos con los pacientes acerca de los problemas a tratar y los medios para

hacerlo²⁴. No trabajar los significados de los pacientes significa no abonar a mejores resultados terapéuticos: «... decir efecto placebo es como decir “este es solo un cubo de azúcar que a la mejor te ayuda, a la mejor no te ayuda”, pero hasta ahí... Entonces, como que el paciente no hace ese *clic*».

Una explicación del porqué los médicos —según los participantes— no asumen el concepto de la respuesta al significado es que les falta formación específica para asumir la tarea. Las citas al respecto se codificaron como «inducir significado es difícil»:

- «Porque al final de cuentas, muchos médicos no estamos preparados para el significado que cada paciente dé a las cosas...»
- «...creo que es difícil en la práctica médica actual aplicar realmente la respuesta al significado...»

División contradictoria entre mente y cuerpo

La figura 2 trata de ilustrar que la idea de que existe una división entre mente y cuerpo es difícil de superar por completo (por eso la flecha de doble vía).

- E: «¿Ocurre efecto farmacológico o respuesta al significado, uno u otro? ¿Uno descarta al otro?»

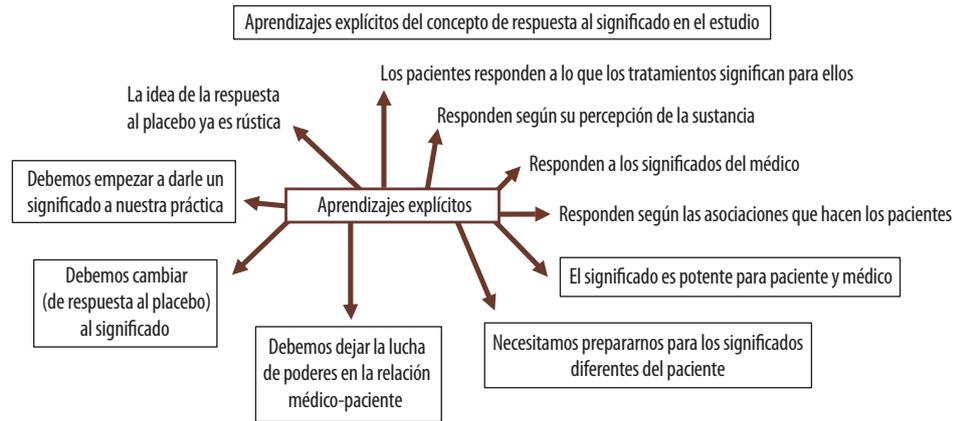


Figura 3. Descripción de la categoría central del sistema de análisis. Se citan algunos de los aprendizajes explícitos de los participantes. En el cuerpo del texto se explica lo ilustrado en esta figura.

- M1: «¡No! Son totalmente diferentes. Bueno, lo que yo entendí es que son totalmente diferentes, es dependiendo de cómo lo percibe el paciente y cómo tú lo transmites al paciente.»

La segunda parte de la oración contradice a la primera: si la respuesta clínica depende de la percepción del paciente y de lo que el médico transmite, entonces debería ocurrir también respuesta a los significados cuando se usan fármacos efectivos, como se afirma en la farmacología clínica¹¹. Sin embargo, el poder de la sugestión se asume con seguridad: «... si el médico le transmite lo que es realmente ese medicamento genérico, va a tener los mismos resultados [que con un fármaco de marca comercial]».

Al final de la sesión se impone la lógica del fisicalismo (todos los fenómenos del mundo físico tienen una causa física de fondo) expresada por alguno de los participantes cuando se preguntó si lo químicamente inactivo podría producir respuestas biológicas: «No creo que haya respuesta a la nada, tiene que haber algo que lo motive...». En la manera fisicalista de ver el mundo no encaja que una sustancia químicamente inerte sea capaz de inducir cambios moleculares y fisiológicos sin mediar interacción con moléculas receptoras

del sujeto; no se percibe del todo que los significados del sujeto son capaces de inducir la actividad de sus propias moléculas y sistemas fisiológicos como si hubiera recibido moléculas activas. Este pensamiento muestra que se siguen manteniendo separados el cuerpo y la mente. No obstante, hubo datos que indican que la división entre mente y cuerpo es superada en la práctica. Se afirma que se pueden inducir efectos clínicos a partir de explicaciones y relaciones empáticas sinceras: «... le dices “Usted va a tomar este medicamento porque le va a ayudar en esto y en lo otro, porque usted tiene esta enfermedad que actúa así y así”. Entonces, si nosotros le ponemos un significado al padecimiento y al tratamiento, el paciente tiene más efecto farmacológico, se podría decir a la respuesta al significado».

Estos hallazgos permiten decir que la división entre mente y cuerpo no es fácil de superar y se vive de manera contradictoria por los residentes del estudio.

La figura 3 sintetiza el aprendizaje de los participantes cuando al final de la sesión se les pidió que resumieran lo que ellos creían que habían aprendido; sus dichos se presentan aquí como «aprendizajes explícitos». En la figura se destacan cinco enunciados inesperados:

- El reconocimiento de que el significado es tan potente para los pacientes como para los médicos.
- Es necesario prepararse para significados múltiples en pacientes diversos.
- Los residentes se proponen dar significados a sus prácticas.
- Se debe cambiar el viejo concepto de respuesta al placebo por el de respuesta al significado.
- Hay que dejar de lado la lucha por el poder en la relación médico-paciente.

Como referencia comparativa del aprendizaje que apreciamos en este estudio se muestran ejemplos de las ideas expresadas por los residentes en la sesión previa al ejercicio de enseñanza-aprendizaje que se reporta. Los participantes mostraban confusión entre placebo y respuesta al placebo, con diferencias importantes entre ellos:

- M2: «Yo siento que siempre el placebo tiene que ir acompañado de un poquito de... terapia con el paciente, o sea, de sentarte con el paciente y empatizar, y bla, bla, bla.»
- M2: «Yo he puesto placebos cuando he visto que realmente la causa que trae detrás, después de platicar con él y todo, es más emocional que física. Y después de aplicar el placebo el paciente dice “ya me siento mucho mejor”. Entonces, siento que es más la base emocional y psicológica que algo realmente físico...»
- E: «¿Se sostiene que lo psicológico no tiene un sustrato material?»
- M3: [Con voz firme] «Lo psicológico y lo fisiológico claro que tienen su enlace, porque uno puede desencadenar el otro.»

Una interpretación de los hallazgos es en el sentido de que los residentes logran explicar el concepto de respuesta al significado propuesto por Moerman: «Son los efectos psicológicos y fisiológicos del significado en el tratamiento de la enfermedad»³. Es de destacar que todos los residentes afirmaron de diversas formas que los efectos terapéuticos o no

terapéuticos finales están ligados a las cualidades de la relación médico-paciente, que los pacientes responden a los significados —conscientes o no— del médico, y que los efectos ocurren al menos en el binomio médico-paciente como parte de un proceso de comunicación bidireccional.

Merecen mención aparte las expresiones respecto a la presencia de la lucha por el poder en la relación médico-paciente, y que los participantes se hacen el propósito de dar significados conscientes a su práctica profesional. Esto, que emergió al cierre de la sesión y que no estaba en el artículo crítico, ni fue tratado en la sesión, podría estar influido por el curso de bases filosóficas y científicas de la medicina familiar, y por el curso de método clínico centrado en el paciente, que conforman el método de enseñanza de la «ecuanimidad compasiva» en que los residentes participaron en los últimos 18 meses.

Debilidades y limitaciones del estudio

El estudio es pequeño y exploratorio, además de que ocurrió dentro del contexto amplio descrito. No obstante, parece factible desarrollar experiencias semejantes por otros investigadores. Como sabemos, la investigación cualitativa busca conocer mejor un fenómeno y reconoce su alta dependencia del contexto, por lo que no pretende obtener validez externa, sino cierta transferibilidad que dependerá de los contextos de otros investigadores y sus participantes²⁵.

CONCLUSIONES

Parece razonable afirmar que el método de enseñanza integrado por la lectura de un artículo crítico¹⁹ que contrasta el concepto biomédico de respuesta al placebo con el concepto antropológico de respuesta al significado, más la discusión formal en un grupo de pares, fue una forma eficaz para aprender el concepto de respuesta al significado en este grupo de residentes de medicina familiar. Sin embargo, el estudio se realizó en el contexto de 18 meses previos

de trabajo teórico práctico y experiencia reflexiva en sesiones tipo Balint. El aprendizaje obtenido rebasó la sola comprensión discursiva del concepto de Moerman, pues espontáneamente se abordaron temas como la lucha por el poder en la relación médico-paciente y el propósito de asumir un significado terapéutico consciente en su trabajo diario para poder transmitirlo conscientemente a los pacientes, así como la necesidad de prepararse para la diversidad de significados que los pacientes tienen respecto a la salud-enfermedad. Creemos que esta experiencia permite avanzar en la construcción de métodos educativos que enseñen el concepto de respuesta al significado para dejar atrás el concepto de respuesta al placebo que perpetúa el viejo error cartesiano de una mente separada del cuerpo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Dra. Karina Rengifo Mattos por su asesoría en la redacción del artículo.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que Ismael Ramírez-Villaseñor recibió la beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) # 785445 de agosto de 2020 a diciembre de 2023.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- McWhinney IR. The importance of being different. *BJGP*. 1996;46:433-6.
- Lam-Díaz RM, Hernández-Ramírez P. El placebo y el efecto placebo. *Rev Cub Hematol Inmunol Hemoter*. 2014;30:214-22.
- Moerman DE. Against 'placebo'. The case for changing our language, and for the meaning response. En: Colloca L, Flaten MA, Meissner K, editors. *Placebo and pain: from bench to bedside*. Amsterdam: Academic Press; 2013. p. 183-8.
- Meinert CL, Tonascia S. *Clinical trials, design, conduct, and analysis*. New York: Oxford University Press; 1986.
- Freeman TR. *McWhinney's Textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press; 2016.
- Reeves RR, Ladner M, Hart RH, Burke SR. Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos. *Gen Hosp Psych*. 2007;29:275-7.
- Moerman DE. Against the "placebo effect": a personal point of view. *Complement Ther Med*. 2013;21:125-30.
- Moerman DE. Looking at placebos through a cultural lens and finding meaning: modern perspectives on placebos in society. *MBR*. 2015;2:63-72.
- Beauregard M. Mind does really matter: evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Prog Neurobiol*. 2007;81:218-36.
- Bañoz-Díez JE. El efecto placebo. En: Albaladejo MF, Bañoz-Díez JE, editores. *Principios de farmacología clínica*. Barcelona: Masson; 2002. p. 169-77.
- Nies AS. Principles of therapeutics. En: Hardman GJ, Goodman GA, Limbird EL, editores. *Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics*. New York: McGraw-Hill; 1996. p. 43-62.
- Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Plan de estudios médico cirujano. (Consultado el 25-09-2022.) Disponible en: <http://oferta.unam.mx/planestudios/medicina-fmedicina-planestudio13.pdf>
- Levine JD, Gordon NC, Fields HL. The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*. 1978;2:654-7.
- McNaughton N. Discourse(s) of emotion within medical education: the ever-present absence. *Med Educ*. 2013;47:71-9.
- Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis; 2009.
- Jarvinen M, Mik-Meyer N. *Qualitative analysis: eight approaches for the social sciences*. Los Angeles, CA: SAGE; 2020.
- Flick U. *The qualitative research process*. London: SAGE; 2014.
- Charmaz K. *Constructing grounded theory (introducing qualitative methods series)*. 2nd ed. Los Angeles, CA: SAGE; 2014.
- Villaseñor IR. La enseñanza de la relación médico-paciente con poder terapéutico, enfocado con la teoría fundamentada constructivista. *Rev Mex Med Fam*. 2022;9:20-30.
- Balint M. The structure of the training-cum-research-seminars. Its implications for medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17:201-11.
- Balint AJ. Introduction. En: Balint M, editor. *The doctor, his patient and the illness*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone; 2000. p. I-V.
- Van der Kolk B. *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Viking Penguin, Eleftheria; 2015.
- Ramírez-Villaseñor I, García-Serrano VG. La respuesta al significado (antes respuesta placebo) y la medicina familiar. *Arch Med Fam*. 2019;21:61-8.
- Stewart T, Brown JB, Donner A. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796-804.
- Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *MJA*. 2008;188:243-6.