

*El Acompañamiento a la Muerte en los Pacientes Terminales Tratados con Homeopatía

**Gloria Alcover Lillo

PALABRAS CLAVE:

Muerte, Paciente terminal, Caso terminal, Enfermedad terminal, Bien morir.

*Trabajo presentado en el 1^{er} Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático, organizado por la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática (Anifhom).

** Médico Cirujano por la Universidad Complutense de Madrid, España, con especialidad en Ginecología y Obstetricia.

Especialidad en Homeopatía por la escuela de posgrado Homeopatía de México, A.C.

Miembro de honor de la Universidad de Sevilla, la Academia Médico Homeopática de Barcelona, la Escuela Médico Homeopática Rumana, la Escuela Médico Homeopática Ecuatoriana, la Escuela Médico Homeopática de Bogotá y el Instituto G. Páez de Bogotá.

Resumen

El ser humano contemporáneo ha perdido la capacidad de vivir y de morir conscientemente. La muerte no tiene el sentido que tuvo en épocas pasadas, en las que su cercanía era un referente que daba sentido a la vida y a la enfermedad. En la actualidad, la muerte es presentada por los medios de comunicación masiva como un espectáculo lejano, tal vez lastimoso, pero tolerable y que le ocurre a actores anónimos. Además, se difunde la idea de que la ciencia médica y la tecnología, a cambio de una retribución, son capaces de desafiar a la enfermedad, a la muerte y al dolor, aunque no han podido ayudar al moribundo a darle sentido a su muerte, ni a aliviar la angustia de sus seres cercanos, quienes no saben cómo acompañarlo a morir.

La Homeopatía cuenta con los elementos médicos y filosóficos para ayudar a que los médicos, los enfermos terminales, los pacientes, los familiares y la sociedad en general, comprendan a la muerte de una manera más humana, personal e íntima, e incluso para proponer un nuevo paradigma que revolucione la concepción que el pensamiento moderno ha impuesto y que ha desnaturalizado a la muerte.

Abstract

The contemporary man has lost the ability to live and die consciously. Death does not have the meaning it had in the past, in which proximity was a reference that gave meaning to life and disease. Today, death is presented by the mass media as a

Recibido: mayo, 2013. Aceptado: julio, 2013

KEYWORDS:

Death, Patient terminal, terminal case, terminal illness, dying well.

distant spectacle, perhaps deplorable, but tolerable and that happens to anonymous actors. Also disseminated the idea that medical science and technology, in return for a share, are able to challenge the sickness, death and pain, but could not help the dying to make sense of his death, or alleviate the anguish of your close ones who do not know how to accompany him to die.

Homeopathy has medical and philosophical elements to help physicians, terminally ill patients, families and society in general to understand the death of a more human, personal and intimate, and even to propose a new paradigm that will revolutionize the concept that modern thought has been imposed and unnatural death.

Introducción al problema de la muerte

Parte I. Reflexiones de orden filosófico y sociológico

Fue el célebre médico homeópata austriaco Mathias Dorcsi, quien a finales del siglo XX acuñó la frase: “La Homeopatía, medicina de la persona”, misma que, como todos saben, fue apadrinada y difundida por el maestro Proceso Sánchez Ortega.

Hablar de un paciente que se trata con Homeopatía nos obliga a entender bien cuál es el significado real de “ser persona”. Y todavía más, descubrir el significado de ser persona hoy, en la postmodernidad, significa comprender la singularidad personal emergente en la Edad Moderna y postmoderna, es decir, ver a la persona no sólo como un individuo corporal dotado de racionalidad calculadora, ni sólo como un individuo psíquico (lo que reconduciría a los tipos generales del ser humano), sino a un ser personal caracterizado de una singularidad tal que sólo en la esfera espiritual puede cumplirse y ser reconocido.

El concepto de persona no se resuelve en la suma de todos los actos fenoménicos realizados por un hombre, sino que se nos presenta como el más escondido de todos los fenómenos, es decir, en conexión con el misterio, lo cual subraya la irreducibilidad de la persona respecto a cualquier objetivación, relación o mundo que lo circunda, e incluso de su propio yo. Ser persona es su esencia, su realidad radical.

Un “individuo” no es solamente un elemento, o cualquier elemento de la creación, sino todo aquel ser que es completo en sí mismo por constitución, acción y finalidad. Es decir, un elemento que forma parte de un todo y que no tiene sentido fuera de esa totalidad: una abeja o una célula, por ejemplo.

Sólo el hombre tiene, además, un sentido y puede encontrar su sentido independiente fuera del grupo. El hombre no es sólo individuo, es persona; es sujeto de sus acciones y de sus intenciones en el momento mismo que actúa su “sí mismo”. Es el punto de referencia permanente para su propio ser viviente; es el *prosopon* (máscara), el rostro estable y dinámico del “sí mismo” de cada cual.

Persona es, en síntesis, el ser individual capaz de singularidad, irrepetibilidad, intimidad, interioridad y autopertenencia; por tanto, es capaz de responsabilidad vital y existencial. Autopertenencia en conciencia, libertad y acción. Conocer, saber y actuar no son todavía manifestaciones de la “persona”; lo son sólo en el momento en que me pertenezco en el saber, el decidir y el actuar. Como autopertenencia en interioridad y dignidad. Sólo así se afirma la “persona”, como mundo propiamente espiritual, retirado y por encima del contexto exclusivamente natural, de los condicionantes sólo naturales. Saber eso es ser responsable y señala la conducta verdaderamente personal de cada ser humano.

Por todo esto, los médicos, cuando nos enfrentamos a un enfermo terminal y por lo tanto a la tarea particular de “acompañar hacia la muerte cotidiana y final” de nuestros pacientes, debemos tener bien presente esta realidad personal, esencial y fundamental de nuestro paciente.

Se hace imprescindible introducirnos en el problema de la muerte y el morir en la sociedad actual para comprender el marco histórico, humanístico y espiritual donde nosotros, como médicos de hoy, debemos actuar. Porque nuestra sociedad actual conoce formas de censura y remoción queriendo reducir la muerte a un momento puntual, puramente biológico, privándola de toda dimensión comunitaria o al menos comunicativa, quitándole toda dimensión espiritual.

Hago la precisión de que la espiritualidad no es una elección de política administrativa de la vida interior, sino la respuesta natural de la estructura fundamental antropológica del ser humano: el *Homo adorans*, el cual se reconoce en el culto y descubre, a través del culto, la afirmación genuina y original, específica y propia, de su condición humana y de su realización.

De acuerdo con los filósofos contemporáneos más significativos, como Bianchi, Natoli y Galignberti, el fenómeno característico de las imágenes en nuestra sociedad actual se relaciona con la exorcización colectiva de la muerte, actuada mediante el espectáculo de muertes teatrales pero anónimas y lejanas. Un rito oficiado por los medios de comunicación de masas o *mass-media*, que encuentra en la televisión, convertida en el “sumo sacerdote”, el celebrante por excelencia.

Esta realidad contrasta con lo ocurrido hasta ahora en todas las culturas, en las que la muerte es un miembro de la comunidad. Este acto, el de la muerte, era celebrado con una ritualidad que le acompañaba y le daba sentido, integrándola en un sistema simbólico de pertenencia.

El problema de la muerte conlleva implícitamente el problema del sentido de la vida. Como dicen todos los filósofos modernos y antiguos: la muerte es la extraña por excelencia y, al mismo tiempo, es nuestra propiedad más íntima. Sólo la muerte es cierta; esa es nuestra propiedad más original. La muerte es el problema por excelencia; es más, en cierto sentido, es el único.

Es la realidad que descubre al hombre en su desnudez y en su realidad radical. Es el acontecimiento que hace consciente a cada individuo de ser “él mismo” el verdadero problema. Y la muerte se conoce fundamentalmente a través de la pérdida de quien se ama. El problema verdadero se abre en el conflicto entre amor y muerte. Porque el amor es lo que ilumina y da sentido a la vida, y es el amor lo que

hace considerar la vida de otro más importante que la propia vida, hasta parecer no sólo posible, sino lógico, morir por otro, dar la vida por otro. Y, por tanto, el amor y sólo el amor es capaz de integrar dentro de sí mismo a la vida y a la muerte; muerte y vida. De esta paradoja se nutre y por este conflicto se pone en evidencia. Es el amor el que nos hace sentir como enemiga a la muerte, y sólo el amor puede hacerla amiga y hermana.

Hablar de la muerte nos obliga a hablar de la vida y de las relaciones, que son el contenido de la vida, del amor y de lo que da sentido al vivir, a nuestra existencia.

La sociedad actual esconde y hace privada la muerte. Hoy, la muerte es sólo para el que muere y acaso para alguno que participa un tanto de la muerte de esa persona. En contraste con este silencio nos enfrentamos a la gran *Epopéya del Macabro* (Natoli), a través de los *shows*, las audiencias públicas y un espectáculo continuo de la muerte de otros, que la hace tolerable. Un espectáculo que ofrece suspenso y excitación, que nos mueve a una cierta piedad y nos hace sentir un poco buenos, aunque esa piedad y esa bondad se alternen con publicidad de comida, mujeres y placeres. Las grandes tragedias de otros son siempre lejanas, extrañas e inocuas. Hoy, la muerte no tiene nada de sagrado y/o tremendo. Es simplemente despiadada, impudicamente exhibida, vivida sin respeto y por lo tanto fácilmente olvidada.

Este modo de exorcizar la muerte tiene una consecuencia concreta para el individuo: que cuando se trata de “mi muerte”, la que “me toca”, lo mejor es que “desaparezca de mi vista” lo antes posible. La excusa es que la ciencia y la técnica son, realmente, las más capaces de hacerse cargo de esta muerte, mucho más de lo que es o sería capaz de hacer la piedad humana. Esas *pietas* (término de la antigua Roma que puede traducirse como deber, religiosidad, devoción o piedad filial), hacen posible que alguien asuma sobre sí mismo el dolor de los demás, es decir, la capacidad de compartir hasta el fondo la suerte del otro, a quien se ama.

Cuando la muerte entraba directa y continuamente en el circuito de la vida, era, inevitablemente, pública por su manifestación y su significado. Por tanto, era celebrada porque era un acontecimiento de la comunidad en conjunto. La muerte era, además, naturalmente, un motivo de reflexión para todos sobre la “caducidad de la vida”. Era pública y privada porque se moría en casa, lugar en el que se desarrollaba todo el proceso de la enfermedad, a los ojos de

todos, y compartida con toda la familia, parientes y amigos. Sufrimiento y muerte eran participados, consolidando los lazos de solidaridad. De los otros se esperaba la ayuda moral, afectiva e incluso material, práctica, física o económica.

Por otra parte, la comunidad sentía la muerte como una pérdida que le pertenecía. Era un trauma colectivo. Era la privación de una parte viva, una herida para la comunidad, una pérdida que de alguna forma se debía compensar o corresponder. Exigía, como algo natural, la elaboración colectiva del luto. Quien había fallecido era acompañado en el tránsito y era conmemorado por el significado de lo que había dejado a la comunidad. Se rezaba comunitariamente por él y se pedía a Nuestro Señor la paz y la misericordia.

Así, inmortal no era sólo el alma, sino el significado entero de una vida. Era vivida como una experiencia de unión, no obstante que siempre quien muere, muere solo. En el morir junto a los otros se hacía una experiencia de unión porque es verdad que se muere solo porque muere sólo quien muere, pero siempre se muere para alguien del cual uno no quisiera nunca separarse. Porque, se quiera o no, se vive entrelazado con los otros porque la vida, desde el orden biológico al orden personal, es en sí misma y por sí misma, relación. Donde no hay relación, no hay vida.

Sin embargo el sentido de la relación con los demás y con la vida ha cambiado en la modernidad (a partir del siglo XVII, aproximadamente). El movimiento *in crescendo* de espacios y relaciones humanas ha creado una sobrecarga que se hace poco soportable. El hombre moderno pierde el sentido de pertenencia a una comunidad de la cual, antes, se separaría sólo con la muerte. La muerte se hace cotidiana y atraviesa nuestra vida habitualmente a través de las continuas “despedidas”, en las continuas separaciones, en los encuentros suspendidos, sin éxito, sin desarrollo, sin futuro. Hoy el hombre aprende a quedarse solo y a no dramatizar la pérdida —que no puede evitar—, consolándola y engañándola con la continua creación de nuevos intereses y nuevas relaciones, tratando siempre de recomenzar. Actualmente la muerte está en medio de la vida.

En la sociedad contemporánea hay un malsano binomio constituido así: libertad=soledad. Pero nuestra realidad impone un hecho concreto: si no somos capaces de relaciones verdaderas, estamos ya muertos mientras vivimos. La soledad de la muerte en el mundo actual no sería más que el extremo sello final impreso sobre la soledad de nuestro vivir.

Hoy el riesgo no es morir solo, sino morir sin nombre, para nadie. Y eso ocurre porque en este estado de cosas, el enfermo, para que sea bien atendido, es cedido a la técnica y a la ciencia, eliminando así la responsabilidad humana de quien debería hacerse cargo de “ese morir”. Para evitar lo inevitable se interviene pagando, para que, quien es capaz técnicamente, resuelva lo que supuestamente puede resolverse. Se paga el gigantesco aparato de ayuda al cual debemos contribuir todos con nuestro dinero para que el aparato sea eficaz y pueda ocuparse de lo que nosotros no queremos, ni sabemos hacer: abrazar la vida de los nuestros y su tránsito final.

Al aumentar los extraños sistemas colectivos de ayuda se ha reducido al máximo la proximidad. El ser humano hoy no es próximo ni siquiera a sí mismo. Se cuida a sí mismo como si fuera un extraño. Se piensa a sí mismo como un objeto. Y procura organizarse para que en el momento de la necesidad los mecanismos automáticos sociales se ocupen de él, como si fuera una máquina, porque da por descontado que cuando se enferme nadie se interesará en él, únicamente aquellos a los que se les habrá pagado. Se puede ser curado, pero no amado.

Y en estas condiciones el enfermo se envilece, siente odio y envidia y desesperación del alma. La muerte, así vivida, llega sólo como una inmensa derrota. El hombre actual, libre por estar abandonado, puede descubrirse auténtico, es decir, capaz de asumir hasta el fondo su propio destino, solo en la muerte. Sólo la muerte lo acoge por entero en su decadencia y por eso mismo en su irreplicable unidad.

Sólo en la sociedad contemporánea se hace posible existir y no ser visto. Vivir y no tener apariencia. La muerte se vuelve “celada, clandestina”. El llanto, hoy, no es adecuado. Se necesita contener las lágrimas, ocultarlas.

En otros tiempos la muerte podía ser secreta, privada, pero privada no quería decir solitaria o separada. Era compartida aunque no fuese pública. Actualmente, la muerte secreta corresponde a la libertad y abandono actual. El hombre actual siente que puede elegir la propia muerte. Puede decidir “salir del escenario” en el momento que considera no tener más sentido ni dignidad, (de allí la petición grupal de la eutanasia).

En esta tendencia actual, un paso determinante es la técnica respecto al dolor. Actualmente una gran parte del llamado éxito terapéutico se relaciona con el poder que poseen las drogas para quitar

el dolor “vivo”. Así, el dolor ha pasado de ser una “señal llena de significado” a una patología en sí mismo, al margen del individuo que lo padece. La técnica ha quitado del medio el sufrimiento del *continuum* de la existencia. El paciente se vuelve anónimo “en la enfermedad” y se queda anónimo “en la muerte”.

El paciente se consigna a los técnicos y antes de la separación de la muerte en sí misma, se inicia la separación de los familiares y amigos. Y es así que cuando llega la muerte ya está casi presente el olvido. Todo como una cosa natural, insensiblemente, diríamos, normal. Y este modo de enfrentarse a la muerte verdadera, actualmente tiene un efecto búmeran en los que quedan vivos... el jugar con la muerte en mil modos, como si la muerte no fuese verdadera.

Un papel importantísimo para comprender por qué el individuo de la sociedad actual se consigna totalmente a la técnica es desempeñado por la secularización totalizante en la cual el individuo actual vive su vida. La modernidad ha encerrado y reducido a la vida trascendente y a su raíz en la fuente creadora de la vida, es decir, a Dios, en este mundo terreno. Todo lo que puede esperar es inmanente, no trascendente. La idea de “salvación” no tiene nada que ver con lo escatológico. La salvación es sólo terrenal, como sólo terrenal es la salvación del dolor, de la enfermedad y de la muerte, que por otra parte es cierta e ineluctable.

Desde este punto de vista sólo la ciencia y la técnica son los dioses, el punto de referencia de la salvación posible. Son las esperanzas en ellas las que generan la “fe” que permite al hombre actual consignarse sin protestar a estos “dioses”. De allí que, como no se puede evitar morir, la expectativa es morir sin sufrir. Acortar al máximo la agonía, el combate final absurdo de la muerte. Todo esto ha hecho posible lo imposible: sentir que sea la máxima ética médica el procurar una vida y una existencia artificial a los pacientes.

La medicina, actuando así, ha llegado a la mayor contradicción de su saber. Hoy, para el médico, el sufrimiento no tiene sentido. Por lo tanto, el hombre actual puede convivir mucho tiempo con la muerte dentro de sí mismo, y puede incluso cultivar su morir y su modo de morir: es decir, ser espectador de su disolución y de la propia impotencia mientras, al mismo tiempo, se hace de todo para negar la muerte del moribundo como si de este modo pudiera expropiarse de su propia muerte y del sentido de su propia muerte, su propia enfermedad y su propia

vida, ocultando su propio, intransferible y único e imperioso sentido de su destino. A la par que, para los que le rodean, queda la angustia de no haber sabido acompañar a morir a los que le pertenecían.

Hoy se priva al hombre de vivir y morir en un estado consciente y “dueño de sí mismo”.

Parte II. Reflexiones desde la realidad de la medicina alopática

La síntesis de los trabajos de bioética (*Acta Bioethica 2000*) actuales que hacen referencia a morir con dignidad se concretizan en la necesidad de cambiar el paradigma médico, pasando de una medicina dominada por el “imperativo tecnológico” a una “medicina personalista”.

Al respecto, quiero puntualizar algunos aspectos:

1. Añadir un concepto más o un conocimiento más al mismo modo de ver y hacer las cosas, no es cambiar de paradigma.
2. El Imperativo tecnológico no es un paradigma, sino el instrumento y la respuesta consecutiva al paradigma alopático, es decir, el modo galénico y cartesiano, fragmentado y mecánico, sólo fisiológico y fisiopatológico, de ver y de comprender a la enfermedad y al enfermo.

Un ejemplo característico de su proceder es la tendencia a confundir los efectos de la enfermedad con sus causas, el sentido reducido y mecánico que tiene del origen de la enfermedad y del contagio. Fue Pasteur mismo el que al final de su luminosísima carrera de investigador terminó diciendo: “El terreno es todo, el microbio es nada”.

Esto se explica con el siguiente hecho: se sabe bien que un germen no es la causa de la enfermedad, sino la consecuencia de un tipo preciso de desequilibrio y de alteración del terreno. Por lo tanto, el esfuerzo de curar eliminando los efectos no será jamás una acción auténticamente curativa ni restitutiva del orden. No podemos olvidar que “la naturaleza es la que hace, da forma y cura las enfermedades”.

3. Mientras persista el intento de desconocer completamente la causa eficaz de la patología, es decir, la alteración de la fuerza vital, de las energías constitutivas del ser viviente llenas de información creativa, no se podrá pensar en cambiar de paradigma ni en hacer una medicina personalista,

ya que la persona a tratar, como unidad individual irrepetible, no existe para esta visión.

Se necesita, antes que nada, cambiar este modo de ver y de pensar para dar el salto hacia una medicina personalista. Y sobre eso hay ya camino recorrido por otros senderos del mundo médico. Creo, humildemente, que hay que escuchar y dejarse fascinar por todo lo que ya otros saben.

Podemos decir con el historiador y filósofo Thomas Samuel Kuhn, que un paradigma es la nueva redefinición de una ciencia a partir de la toma de conciencia de las anomalías que hasta un momento determinado han impedido a esa misma ciencia satisfacer la necesidad fundamental del conocimiento eficaz de respuestas a la realidad. Esas anomalías, o crisis de la ciencia, sugieren las características que deberá tener el nuevo paradigma. La transición resultante a un nuevo paradigma y los episodios de sustitución de un paradigma anterior constituyen las revoluciones científicas y un cambio en la visión del mundo.

Un paradigma incluye el descubrimiento de principios, leyes, constantes universales, teorías, método, reglas o normas, aplicación e instrumentación por medio de los cuales surge un nuevo criterio para leer un problema. El nuevo criterio es el nuevo canon racional que, a partir de un nuevo descubrimiento, permite distinguir las representaciones subjetivas coincidentes con las realidades objetivas. El paradigma modifica lo que se ve, cómo se ve, y transforma el objeto de conocimiento.

Un verdadero paradigma pone a prueba las creencias tradicionales. Se pone a prueba a sí mismo descubriendo la coincidencia entre los instrumentos, las reglas y la naturaleza propia del objeto de conocimiento. Un verdadero paradigma es capaz de presentar un modo alternativo de practicar la ciencia, no en función de logros pasados, sino de promesas de conocimiento relativas al futuro.

A partir de la formulación real de un nuevo paradigma se desarrolla durante un largo periodo histórico científico la llamada nueva ciencia normal, asociada al nuevo criterio. Su objetivo será refinar, extender, articular el paradigma y reconocer sus límites, sus anomalías y su alcance.

Para que una visión relativa a un campo de conocimiento sea aceptada como paradigmática:

1. Debe explicar mejor que las anteriores lecturas los hechos a los que se enfrenta. En nuestro caso:

la enfermedad, la salud, la curación el hombre y su sufrimiento.

2. Debe ser capaz de examinar con más detalle los fenómenos escogidos, recogiendo mejor los hechos y articulando mejor la teoría. Como consecuencia, debe ser más efectivo y eficaz, y demostrar una mejor aplicación social del método. En nuestro caso, entender mejor toda la detallada información que el organismo proporciona a través de la enfermedad.

3. Debe producir una síntesis más amplia que satisfaga la inquietud científica, dando una nueva y más rigurosa visión del campo de investigación. Y, como consecuencia, tiene que guiar mejor los esfuerzos del grupo hacia el objeto de conocimiento.

4. Debe ofrecer la posibilidad de repetir los ejemplos y las experiencias, presentando experimentos cruciales y argumentos nuevos, demostrando más éxitos detectables que lo conocido hasta ese momento.

5. Debe establecer la nueva ciencia normal, es decir, la actualización de la promesa de éxito, dando mayor precisión y mayor amplitud de casos, revelando mejor la naturaleza de la realidad, del objeto de conocimiento, definiendo mejor el problema y garantizando la existencia de una solución estable.

6. Debe determinar la mejor forma de aplicación a los distintos fenómenos. Clasificar y reformular; cambiar las reglas anteriores para crear soluciones nuevas; eliminar las ambigüedades y abrir nuevos territorios, e introducir orden.

Como podemos comprobar, el *Organon* y la obra de Hahnemann en general contienen todos los elementos que demuestran cumplir los criterios de un nuevo paradigma. Todo esto obliga a los médicos homeópatas a tomar parte activa dentro de nuestro mundo médico global, no sólo homeopático, porque en definitiva la gravedad de lo que los médicos en general hemos permitido que ocurra con la humanidad es algo tan serio que somos absolutamente responsables de la lucha por remediar la realidad con la que hoy nos encontramos.

Parte III. Reflexiones desde el punto de vista de la medicina homeopática

Veamos ahora qué es lo que puede ofrecer la medicina homeopática en el seguimiento de los enfermos

graves o terminales, es decir, lo que los homeópatas reconocemos como incurables, a corto o largo plazo, inminentemente fatales.

Obviamente, la primera distinción es relativa a los casos incurables tratados con Homeopatía durante años, y los casos que no han sido tratados con Homeopatía. Las condiciones de respuesta psicobiológica son muy diversas. Sin embargo, el primer consejo, tanto en uno como en los otros casos, ya está escrito en el parágrafo 11 del *Organon*: “no tener prejuicios” y “no dar por descontado nada”.

Los puntos fundamentales que debemos recordar siempre son los siguientes:

1. La higiene constitutiva de cada paciente, física, mental y social.
2. La diferencia entre su conflicto existencial y el cuadro patológico a tratar.
3. La aplicación del método: parágrafo 153 del *Organon*.
4. La comprensión miasmática.
5. Claridad en los diagnósticos y en el pronóstico integral e Individual.
6. La restitución del ambiente exterior e interior: la re-unión.
7. El secreto.
8. El “desierto”.
9. El re-ligue y la oración posible.

Como dejaron bien establecido el maestro Higinio G. Pérez y luego el maestro Proceso Sánchez Ortega: “Primero es la higiene y luego la terapéutica” (desde los tiempos de Hipócrates, la higiene se entiende como “la satisfacción evidente de una necesidad determinada”).

Esta consideración es básica y corresponde a los párrafos del *Organon* sobre la anamnesis.

Debo confesar que de frente a la gravedad y desesperación de mis pacientes terminales, a los que he tratado por años, he aceptado y hecho de todo dentro de la coherencia con el método homeopático, motivo por el cual puntualizo mis conclusiones:

1. Que hablar de higiene es hablar de lo que le falta como necesidad fundamental dentro de su historia actual, para satisfacer con precisión su naturaleza al menos en modo básico. Y esto no tiene un estándar. Es auténticamente el fruto de comprender la vida y la realidad del paciente, así como su persona.

2. En el mundo actual, donde empujados en parte por la desesperación y en parte por el comercio, hay un sinnúmero de investigaciones en curso que han dado ciertos beneficios con los cuales el paciente actual se contenta como consecuencia de haber perdido el verdadero sentido de la curación: la restitución posible de su integridad. Ahora no hay nada más difícil que colocar las cosas, elegir una vía y dar un consejo, es decir, entender la intención y la posibilidad real curativa de cada acto terapéutico. En esta situación, no olvidar los principios y leyes descubiertas por Hahnemann es una ayuda muy necesaria.

3. Sin duda, hacer una dieta alcalina favorecerá mucho al paciente. El problema es que hay pocas personas dispuestas a cambiar las costumbres de su alimentación a tal punto, y empezar el día con un vaso de agua y bicarbonato. Tampoco muchas pueden hospitalizarse para recibir inyecciones en vena de vitamina C y/o Vitamina B₁₇, más un sinnúmero de integradores para “completar” y no dejar ninguna posible función descompensada. Por tanto, los cambios de vida propuestos deben ser evidentemente ajustados a cada caso y accesibles para la realidad de cada enfermo.

4. En esta consideración de la higiene es donde entran a formar parte todas las posibilidades del modernamente llamado equipo multidisciplinario que el homeópata propondrá al paciente, no en modo “estándar”, sino de acuerdo a las posibilidades psico-biológicas, de historia, cultura, creencias y auténticas necesidades terapéuticas.

Esto se practicará siempre que sea posible y, sobre todo, sin confundir las realidades porque, por ejemplo, ¿cómo se compensa higiénicamente una persona que se está muriendo de soledad desde hace años y ya no sabe ni quiere querer a nadie? ¿O una persona que es cruel y sorda a cualquier sugerencia porque su opinión es “lo único que tiene”, la única raíz de su existencia? ¿O aquella que está empeñada en vengarse de la vida con los demás porque ya no tiene tiempo de vivir lo que quiso y no supo? ¿O aquella que ha hecho una conclusión total hereditaria y personal, y simplemente está loca? ¿O

aquella que necesita diálogos profundos pero no encuentra el interlocutor? ¿O aquella persona que es carnívora por constitución y debería tomar sólo fruta y verdura? ¿O aquella que vive con una suegra, un marido, una mujer y/o un jefe que la o lo tortura, y que odia y que no puede deshacerse de él o ellos y alejarse?

Es decir, la realidad radical. ¿Cuántas personas están dispuestas y/o saben ganar tiempo al tiempo para volver a re-nacer? De frente a un diagnóstico fatal, la primera reacción es de desorientación existencial. Creo que el médico también se desorienta y tiende a negar la realidad proponiendo vías y más vías. Cuanta menos claridad, cuanta más desesperación, más propuestas. Es más, actualmente parece que si no se hace así, se está dejando morir al paciente. Por tanto y en síntesis: es necesario centrarse para comprender el cambio de vida justo y posible que se debe proponer a cada cual.

El paciente actualmente está dispuesto a “consignarse”, de tal modo que otro haga por él lo que él no ha sabido hacer antes. De ahí viene la aceptación fácil de terapias agresivas que el paciente identifica como resolutivas y heroicas, porque así le viene transmitido por la técnica.

5. Es obvio que la higiene posible es insuficiente. Como dejó bien establecido Hahnemann de frente al descubrimiento de lo miasmático: “ni las mejores condiciones de vida, ni la situación más estable y sana puede modificar la evolución progresiva de la condición miasmática, sino el tratamiento homeopático continuado hasta erradicar la estructura miasmática profunda y hereditaria, que como todos sabemos es intrínseca al hombre, pero no constitutiva del ser humano”. Por profunda que sea, es adquirida. Justamente por ignorar esta realidad es por lo que se dan tantos “palos de ciego” en el proceder médico.

6. Unida a la higiene adecuada, el tratamiento homeopático rigurosamente aplicado hará que el binomio patología-conducta sea cada vez más sano y haga posible un cambio de vida que restituya la “integridad” posible al paciente en el tiempo biológico más breve, en aspectos psíquicos, físicos y ambientales necesarios para la posible mejoría, curación o sereno final del paciente.

Sin ir más lejos, la última paciente grave que estaba tratando, con un cáncer en el ovario izquierdo, metástasis peritoneales y hepáticas con una ascitis grave, estaba extraordinariamente bien física y

mentalmente. Todos estaban admirados, y ella y yo también. Tenía molestias digestivas como flatos continuos ruidosos y diarreas acuosas, alternantes, a veces con agotamiento, pero la mayor parte del tiempo se encontraba tan estupendamente bien que hacía una vida “casi” normal; se sentía muy contenta, alegre y particularmente feliz. Pudo resolver cosas importantes de la familia, pero no todo.

En este esplendor sorprendente que había organizado, mi paciente acudía cada 15 días a hacerse una paracentesis para aliviar la ascitis. De repente, tuvo una feísima discusión familiar —conflicto que había generado la situación de su enfermedad— y de golpe empezó con vómitos violentísimos incoercibles que terminaron en tres días con su vida. Los remedios homeopáticos actuaban, pero debían cambiarse con frecuencia, y la depauperación violenta la llevó lógicamente al hospital para nutrirla y rehidratarla mientras se recuperaba, si era posible.

Obviamente en el hospital la llenaron de todo tipo de medicamentos. El diagnóstico para ellos fue la peritonitis secundaria. El único remedio que cubría todos los síntomas fue *Arsenicum album*, que fue suministrado en agua cuando se podía. El *Arsenicum album* dio paz, pero no pudo liberar el cuadro. Terminó con una dosis de *Carbo vegetabilis* 6CH. Yo no pude saber, en realidad, qué paso.

7. No podemos olvidar jamás que en un acto terapéutico completo hay que distinguir dos momentos: el momento prescriptivo y el momento médico. Es decir, lo que estrictamente pertenece a la técnica del método hahnemanniano y lo que pertenece al arte. Estos aspectos, aunque se den juntos en el desarrollo normal de una entrevista y de un seguimiento, conllevan dialécticas muy diversas. Por eso es tan importante distinguir el conflicto existencial del paciente del CMC (cuadro morboso común) que está pidiendo la necesidad del *similimum*.

8. Como dejó bien establecido el maestro Proceso Sánchez, en los casos de incurabilidad la característica del movimiento de la fuerza vital del paciente es su incapacidad para resolver el conflicto y, por lo tanto, se hace patente la rotación frecuente del grupo de síntomas característicos en cada momento. La administración del *similimum* tendrá que ver mucho con la naturaleza del remedio y la potencia en función de la posibilidad biológica del paciente. Fácilmente, el remedio agota su acción benéfica y el organismo, en este punto, tiende a reorganizar, con las energías que le restan,

un nuevo cuadro, generalmente localizado en los mismos órganos, pero con matices diversos en su peculiaridad, extraordinariedad, predominancia y a veces rareza.

Así las cosas, si se entiende que debe haber persistencia en el tratamiento y que no debe perderse la paciencia al enfermo en relación a los grupos de síntomas que se van sucediendo, a veces muy velozmente, se consiguen mejorías extraordinarias y una reorganización de las energías de la vida que queda en su totalidad, hasta la reorganización de las energías de la muerte final.

9. Se hace imprescindible aplicar la técnica hahnemanniana con finura (es imprescindible saber aplicar bien el parágrafo 153), saber mucho de materia médica y, por último, conocer y usar lo miasmático para poder captar los matices, los giros y el lenguaje fino de un paciente grave, pudiendo así prever, realmente la posible evolución. Es decir, dentro del misterio inmenso que es siempre la vida, la muerte y el cumplimiento del destino de un paciente (no olvidar que nadie se muere la víspera), es provechoso hacer un pronóstico válido aproximado, no por las estadísticas sino por la comprensión del propio modo de vivir y el “modo de ser” del paciente. Puntualizo que un pronóstico de la patología personal sólo se hace con precisión si existe una visión dinámica y, por lo tanto, inevitablemente miasmática.

Hablar de cambios y giros es algo que tiene total sentido si se comprende lo miasmático en modo particular, con la lectura doctrinaria y técnica transmitida por el maestro Proceso Sánchez Ortega. Este modo de leer da claridad, exactitud y precisión a la identificación del dinamismo morboso actuante que está poniendo en crisis la vida del paciente, es decir, el movimiento miasmático activo.

Nos permite comprender la herencia dinámica y los movimientos intrínsecos dentro de la Ley de Hering, si se cumple. Nos permite ver la evolución o la involución del proceso patológico, guiados siempre por el mayor o menor bienestar de su “persona”, en el sentido propio del término. Es esta lectura la que nos podrá dar una visión provisoria pero certera del pronóstico. Claridad, para saber cómo camina la recuperación invisible de su integridad psicobiológica y la recuperación del ordenamiento de su principio vital y, por tanto, en qué momento el paciente se hace dueño de sí mismo y de su individualidad, es decir, si está acercándose algo más a lo que “hubiera tenido que ser”.

10. Aunque brevemente, creo imprescindible tocar los últimos puntos señalados: re-unión, secreto, desierto, re-ligue y oración.

Como ya se ha establecido incluso por los anatomo-patólogos, toda enfermedad es, en definitiva, una desconexión: una solución de continuidad del ser, que se manifiesta en su todo. Una fractura en su persona, en su vida, en sus células, en su conducta, en sus funciones, con características precisas que señalan la lesión de su *physis*, de su *dynamis*, en el sentido griego del término.

Nuestra función de médicos pasa por re-conectar, re-unir, re-construir. O sea, crear la solución de continuidad que permita que ese ser que sufre recupere lo que ha perdido. Eso hace el remedio homeopático con rapidez, suavidad y precisión estable, y eso es lo que nosotros como médicos, como remedios vivos y vivientes, tenemos que hacer dentro de lo posible con nuestros pacientes. Re-construir el espacio posible de la continuidad de su existencia. Eso frecuentemente comporta que tengamos que hablar con las familias, cuando es posible, no sólo para dar las sentencias pronósticas, sino para ayudar a reunir el amor perdido. Muchas veces no es posible, pero nos pertenece intentarlo.

Otro aspecto fundamental es el conocimiento del secreto de nuestro paciente. Eso que constituye el nudo verdadero de su sufrimiento. Lo que nunca dijo o nunca quiso decir, o nunca se dijo a sí mismo antes, que muchas veces es en definitiva la causa última de su enfermedad. Es frecuente que en los enfermos graves tratados con Homeopatía este secreto se haga patente y empiece a evolucionar mientras el tumor se desarrolla y hace su función compensadora. Es imprescindible saber ver esto porque muchas veces el paciente está bien y mal a la vez.

Está bien porque no obstante todo el problema físico y moral, el paciente se siente fuerte y ganando terreno. Esta mal porque todo está intensificándose y parece que se agrava hasta que llega a su clímax. Obviamente el final feliz no se conoce por anticipado aunque se sospeche. Por lo tanto, a nosotros nos corresponde saber estar, saber ver, saber sostener, sin optimismos eufóricos e infundados, sino prudentes, la transformación que está ocurriendo.

¿Problemas? Naturalmente uno de los problemas grandes es el que se relaciona con la gravedad de un enfermo al que necesitamos ayudar con una intervención médico quirúrgica, y/o de homeostasis e higiene esencial por parte del ámbito hospita-

lario, algo que no siempre está a nuestro alcance. Un ejemplo es el de los procesos tumorales que, con la ayuda del tratamiento homeopático, el organismo ha expulsado manteniendo intacto el organismo interior.

En estos casos se debería practicar una intervención quirúrgica para ayudar al organismo a terminar adecuadamente su proceso curativo, pero nos encontramos con que actualmente el médico cirujano no se permite hacer algo distinto a lo que establece el protocolo, que hoy generalmente son la radioterapia y la quimioterapia.

En estos casos siempre suceden cosas desagradables porque, no pudiendo intervenir de otra forma, el paciente, después de soportar todo el proceso con Homeopatía, se ve forzado a aceptar lo que nunca quiso, porque el tumor externo es insoportable y, como es natural, se siente traicionado por la Homeopatía y el homeópata, y en este punto se vuelve rechazante. No quiere seguir tomando remedios homeopáticos aunque tenga ante sus ojos la evidencia de que el diagnóstico del tumor ha pasado de maligno a benigno, es decir, ha transformado su naturaleza patológica. Por tanto, el médico homeópata debe estar preparado para “saber perder” en cuanto al reconocimiento y la imagen. Todo, por el bien del paciente.

Sin duda alguna es muy difícil saber qué hacer con el tumor de un paciente, que denuncia lo “intocable”, pero mucho más difícil es saber qué hacer con su vida, cómo ayudar a organizar un pasado que está fagocitando el presente y determinando el final del futuro en modo inminente.

Finalmente, debemos tocar los temas del desierto, el re-ligue y la posible oración. Creo que ningún aspecto es más importante ni más difícil que éste en general y, en modo especial, en los enfermos graves y terminales.

El desierto no se debe confundir con la soledad y el abandono. El propiciar el momento de “desierto” en un paciente, como dirán todos los sabios, desde Jung a los místicos, es propiciar el espacio de íntima intimidad, único lugar en absoluto donde el hombre puede encontrarse “a sí mismo”, y en ese “sí mismo” a Dios, su creador, fuente y sentido único, primordial y último de su vida. La fe no es una adquisición cultural, es simplemente la respuesta natural al encuentro con Dios, que habita en nosotros. De la misma manera que sólo cuando se encuentra el amor se hace natural y espontáneo “cantarle al amor”. Cuando uno se enamora de otra persona

es cuando el amor adquiere luz, potencia y sentido evidente en su interior. Tiene cumplimiento y nace un lenguaje natural y propio del mismo invisible.

En un paciente que está distraído continuamente con el intento de “salvarse” de la enfermedad a través de la acción continua de propuestas multidisciplinarias, el riesgo que se corre es no dejar espacio para el desierto y, por lo tanto, para el encuentro más sustancial y necesario de su vida. Ése que en definitiva le puede dar la posibilidad del verdadero re-ligue, es decir, de entrar en su propia religiosidad que es, además, comunión íntima con el todo y con la comunidad de los hombres. Es decir, sentir, de repente, que ama y que su vida y su muerte tienen sentido.

A esta peligrosa pérdida contribuyen violentamente en la actualidad las drogas y, en consecuencia, los efectos iatrogénicos a los que el organismo viene sometido, en todos los enfermos crónicos de todo tipo y aún más en los enfermos terminales. El efecto constatable continuo es que el paciente va entrando en una desesperación antinatural, que tiene la particularidad de transformar su personalidad falsamente, pero en modo terrible. Esto le impide expresar una manifestación real de sí mismo y atravesar el momento de la muerte dueño de sí.

A toda esta enorme dificultad debemos añadir algo sobre la condición que favorece todo este conjunto penoso: la secularización. La “secularización” no es una posición intelectual de orden cultural histórico que acuerda separar las Iglesias o comunidades religiosas del Estado. La secularización es el desarraigo sustancial de la fuente de la vida: Dios. Y pretender encontrar el sentido de la vida fuera de la vida misma, pretender encontrar el sentido trascendente en las cosas en sí mismas, en el hombre en sí mismo; querer encontrar el sentido de la inmortalidad y la eternidad, que el hombre siente suya y desea, en una dimensión humana que es constitutivamente mortal y que se nutre sólo de la muerte. Una muerte que ritma desde el nacimiento la propia vida sólo biológica, de todo hombre.

En un paciente grave o terminal es muy difícil hacer que nazca una creencia a base de razonamientos. Diría, más bien, que es imposible. Sus creencias son su identidad y su tesoro. Se necesita un milagro. Y justo por eso se hace necesaria la oración posible. Es decir, que el médico, si es un hombre entero, será también, a su manera, un hombre religioso; un hombre re-ligado con el Todo, capaz de sentir que el último don verdaderamente terapéutico que puede ofrecer a su paciente es interceder a través de la

oración para que la fe que él mismo siente, producto del encuentro personal que lo religa, se perfunda (se inyecte), se contagie en silencio a su paciente para que le llegue la luz de Dios, que es la que da patencia a todo y hará patente al paciente el sentido de su vida —no importa cómo y cuál haya sido— y el sentido de su muerte, en la confianza de la misericordia amorosa del creador hacia el cual está caminando.

Conclusión

Todo lo que hemos analizado hasta ahora, los médicos debemos tenerlo ya interiorizado, con claridad y fuerza para que construya en nosotros una sabiduría que sea un modo de ser y de actuar en nuestra profesión, y que pueda llevar al paciente, del modo más simple, suave y estable —como el remedio homeopático— hacia su cumplimiento final, ya sea en su restitución, cuando sea posible, o en su muerte como verdadero *Dies natalis*, día de la luz y del feliz re-nacimiento.

La muerte es siempre una tragedia permanente porque significa “separación”, toda vez que estamos hechos para la unión total y por siempre con quien y con lo que se ama. Ese es el deseo íntimo de todos los hombres, revelado en el deseo de inmortalidad y de eternidad. Sentiremos no el “haber actuado como médicos”, sino haber “sido” junto a cada uno de nuestros pacientes y en cada uno de nuestros pacientes. Haber podido ser, aun modestamente, médicos y hombres plenamente hasta el final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bianchi E, editor. La morte e il morire. Italia: Parola Spirito e Vita; 1995.
- Laín Entralgo P. Historia de la medicina. España: Masson; 1998.
- Schmemmann A. Per la vita del mondo. Il mondo come sacramento. Italia: Lipa; 2012.
- Guardini R. Persona e personalità. Italia: Morcelliana; 2006.
- Jung CG. Sobre la muerte
- Taboada P. El derecho a morir con dignidad. Acta bioeth [Internet]. 2000 [citado 21 jun 2013]; 6(1): 89-101. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100007&lng=es.
- Hahnemann S. Organon de la medicina, 6a ed.
- Hahnemann S. Tratado de enfermedades crónicas.
- Sánchez Ortega P. Introducción a la medicina homeopática. Teoría y técnica. México: Biblioteca Homeopatía de México; 1992.