

El *Quién Es* del Paciente. Un Enfoque Antropológico

Dr. Fernando Domínguez Vello

Resumen

El ejercicio médico desde la perspectiva hahnemanniana se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de la persona, y no en el de la enfermedad. En este sentido, el abordaje homeopático puede calificarse como antropológico porque se dedica a la atención del ser humano de manera integral. Esto significa que desde la elaboración de la historia clínica, el médico homeópata contemplará no sólo los síntomas, sino los detalles finos en la biografía del paciente, sus relaciones familiares, su desempeño laboral, su integración en la comunidad, y sus gustos, temores y aficiones, entre otros aspectos, a fin de revelar lo que el doctor Proceso Sánchez Ortega denominada el *Quién Es* del paciente.

En este trabajo se presenta la descripción de un caso clínico representativo en la consulta homeopática, que inicialmente fue tratado mediante un enfoque organicista, basado exclusivamente en la identificación de las manifestaciones de la enfermedad, y que por tanto fue objeto de falsas curaciones que no atendieron las causas de fondo que ocasionaban su padecer. Se describe también su respuesta favorable al tratamiento homeopático y su seguimiento, resaltando con ello la importancia de que los conceptos de salud y enfermedad se amplíen y, ante todo, de que en la práctica contemplen a la naturaleza humana en su totalidad, pues sólo así es posible restablecer el estado de equilibrio u homeostasis que caracteriza a la salud.

Abstract

In the medical practice from the hahnemannian perspective the diagnosis and the treatment is based on the person and not in the sickness. In this sense the homeopathic approach of the patient could be considered as anthropologic

PALABRAS CLAVE:

Quién es, Totalidad de los síntomas, Patografía, Historia clínica, Terapéutica homeopática.

*Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C.
Círculo Mexicano de Homeopatía, A.C.

because the attention is focused on the human being in an integral way. From the moment of obtaining the clinical record, the homeopath considers not just the clinical symptoms but looks for fine details in his biography, his family relations, his labor performance, his integration to the community and his fears and whims among other aspects in order to reveal what Dr. Proceso Sánchez Ortega called the Who Is of the patient.

In this article a representative clinical case of an homeopathic approach is presented in which an organicist approach was made, focused exclusively in the identification of the physical symptoms and the organic disease and because of that was victim of false recovery, which not attended the fundamental causes of disease that were causing his suffering. It is described also his favorable response to a correct homeopathic treatment and his further follow up, bringing in out the importance that the health and sickness have to be broaden in order to abarcar the human nature in its wholeness because just in this way it is possible to recover to total equilibrium needed for the complete state of health .

KEYWORDS:

Anthropologic, Human being, Wholness, Human nature.

Introducción

Paciente de 42 años. Soltero. Contador público y hermano religioso de la Compañía de Jesús.

Se trata de un paciente que padece úlcera duodenal desde los 30 años, con evacuaciones de tipo melena en forma recurrente, con intervalos de mejoría que duran unos meses para volver a recaer.

En su etapa inicial fue tratado con medicación alopática que le mejoraba sólo temporalmente.

A los 35 años inició con tratamiento homeopático en Chiapas con un médico que le prescribía con pluralismo homeopático, y a decir del paciente le permitió espaciar las crisis de sangrado y dolor, pero sin dejar de padecerlas cada vez que estaba estresado.

Hace ocho años empezó a radicar en el Distrito Federal y me fue referido por hermanos

de la misma comunidad religiosa a la que pertenece.

Se presenta a la consulta en una de sus tantas crisis de dolor y sangrado, que es mejorada con Arsénico álbum 0/6 repetido en plus c/8 horas durante 7 días.

Se le realizan estudios: panendoscopia que revela úlcera duodenal de 1 cm de diámetro, y cicatrices de 2 úlceras antiguas. Gastritis erosiva antral, y hernia hiatal grado II. Se revela la presencia de *Helicobacter pylori* por biopsia.

Se inicia tratamiento, y atendiendo a sus síntomas mentales, generales y particulares, se le ha prescrito Phosphoro y en otras ocasiones Pulsatilla en diferentes potencias, en escala centesimal principalmente (200CH, 1000C, 10MC).

En panendoscopías posteriores ha llegado a presentar ausencia de úlcera duodenal, lesiones cicatrizadas, y erradicación de *Helicobacter pylori*.

Sin embargo, sus crisis de dolor y sangrado se han presentando en forma esporádica. En esos casos se han prescrito otros medicamentos como: Lachesis, Arsénico álbum, Ornythogalum peltatum, Phosphoro, etcétera.

Consideraciones iniciales:

1. El caso se puede considerar como un caso no curado y como un fracaso terapéutico.
2. El asunto evidencia una condición miasmática de fondo, con predominio syphilitico (destrutivo) y alteraciones de orden psórico (carencia) en lo mental.
3. Sin embargo, el cuadro persiste con el mismo tipo de lesión localizada en el mismo plano, sin haber generado una profundización de la patología. Por tanto, no se ha desarrollado una metástasis mórbida, aunque el tratamiento ha sido solamente paliativo.
4. La evolución del paciente obliga a una nueva toma del caso y a repensar lo realizado hasta el momento actual.

Este es un ejemplo típico de los casos que habitualmente vemos en la consulta, de falsas curaciones, pacientes estudiados con una mirada superficial, sin haber atendido a las causas de fondo que sostienen su padecer.

Desarrollo

La práctica de la medicina es inseparable de sus paradigmas. Se puede ejercer desde la posición que privilegia la idea de la enfermedad y su diagnóstico como el sustento de la práctica, o desde la perspectiva que pone a la persona enferma como el centro de nuestro quehacer.

En un enfoque antropológico, las nociones de lo que entendemos por salud, por enfer-

medad y por curación, determinarán el proceso de elaboración de una historia clínica, y hacia dónde se inclina la observación del médico. Si se remiten estos conceptos a una idea organicista, la biografía queda marginada de la historia clínica y entonces el énfasis recaerá en la identificación de los síntomas que caracterizan a la enfermedad y su diagnóstico, ya que ella será lo digno de curar en ese paciente. En este contexto, la idea de la persona apenas se insinuará. Si por el contrario, interesa el sujeto en tanto enfermo, la manera de llevar a cabo la historia clínica, como se verá más adelante, variará significativamente y se harán patentes los aspectos que conforman la biografía y el modo particular de sufrir de ese enfermo, la historia nos mostrará el “quién es” del enfermo, una noción que fue introducida por el maestro Proceso Sánchez Ortega.

De manera apriorística, una historia clínica debe permitir el conocimiento de la persona y de su enfermedad. La realidad es otra, sin embargo, cuando el enfoque médico centra todo su saber en el diagnóstico de la enfermedad, en una exploración de la patología que busca síntomas y signos para reconocer esa “realidad nosológica”, que utiliza toda la tecnología disponible para determinar, hasta sus mínimos detalles, de qué clase de enfermedad se trata y cuáles son las posibilidades terapéuticas para erradicarla. En este enfoque la persona queda marginada y convertida en mero objeto de estudio. Todo lo que el enfermo dice y siente, todo lo que observa y explora el médico, se pone al servicio del diagnóstico. Es poco relevante saber si el paciente tiene miedos, incertidumbres, penas, etcétera, porque ello no ayuda al diagnóstico de “la enfermedad”, y es si acaso, parte del anecdótico en el relato del enfermo.

Otro aspecto muy importante en la historia clínica es la tecnología, que juega un papel fundamental, ya que se ha puesto al servicio de una perspectiva médica que tecnifica y despersonaliza la relación médico-paciente y rompe el diálogo humano que debiera ser su esencia. En síntesis, una perspectiva que privilegia la enfermedad como centro de la historia clínica pierde, tarde o temprano, la posibilidad de ver a la persona enferma.

Un análisis de orden ontológico —indispensable para una verdadera comprensión del problema en cuestión— nos muestra que no existe concepto de salud sin uno de persona, y que no se puede hablar de enfermedad sin hacerlo del individuo que la padece. Lo sustancial radica en la persona humana y no en los conceptos de salud y enfermedad; por eso, Higinio G. Pérez dijo: “el estado de salud y el estado de enfermedad son adjetivos del sustantivo hombre”¹. Los conceptos de salud y enfermedad quedan incluidos y subsumidos en el de naturaleza humana; conocer acerca de estos estados es, de alguna forma, conocer al hombre en general y, en particular, al hombre que las padece. El hombre puede vivir en salud o en enfermedad sin que su condición de humanidad se altere por ello. Ambos estados afectan su modo de estar, su situación vital, su percepción de sí mismo y de lo que le rodea, pero no deja de ser quien es.

Por lo tanto, el relato clínico debe priorizar el conocimiento de la persona y, consecuentemente, lo que tiene que ver con ella cuando se la supone sana: cómo es y qué ha cambiado cuando se vive enferma. La biopatografía es el tema central de la historia, sin ella no hay enfermedad; el despliegue del individuo en el relato clínico es un ejercicio biográfico en el que su vida personal se entreteje con la enfermedad. La historia clínica de un enfermo debe ser un relato en el que se le puede conocer desde ángulos diferentes, y así, los pormenores de su historia pueden permitirnos comprender “por qué aquí”, “por qué ahora” y “qué significa su padecer”; debe permitirnos conocer “quién es” el que sufre.

El diagnóstico patológico, por el contrario, es una forma de clasificar su padecer, pero como veremos más adelante, este modo no basta para evaluar su padecer: describir, explicar y clasificar la enfermedad es reconocer la “especie morbosa”, pero no significa conocer al enfermo.

Todo estudio patográfico nos enfrenta a dos problemas: la dificultad de conocer al hombre y la dificultad de abarcarlo en su totalidad. Todo intento de conocer a una persona es una obra que quedará necesariamente inconclusa; la complejidad es un aspecto inherente al ser humano.

Siempre aparecerá lo sorprendente y lo imprevisible, no sólo de la conducta humana en su aspecto psicológico sino en su relación con lo somático. En el proceso de desarrollo de una persona podemos ver una multitud de factores constitucionales, educacionales, sociales, económicos, religiosos, etcétera, que operan a través de su vida y que no se manifiestan en conductas mentales y físicas predecibles y estables.

Conocer a un enfermo con toda la complejidad que ello conlleva es conocer los puntos nodales que permitan la comprensión de su estado actual. Por ello, ante cada cuadro morboso es necesario preguntarse —dice von Weiszäcker— “por qué aquí”, “por qué ahora” y “qué verdad trata de evidenciar esta no verdad”². Es decir, por qué la enfermedad está localizada en este órgano o en esta región del cuerpo; por qué en este momento de la vida, qué circunstancias o acontecimientos de la vida del enfermo han llevado a que sea en este momento existencial y no en otro cuando se produce la enfermedad; qué está simbolizando esta enfermedad y qué significado muestra, es decir, qué debe apreciar el médico ante tal conjunto de síntomas, y qué revelan éstos acerca de esa persona enferma.

La enfermedad y sus síntomas, no hay duda, son contenidos que nos hablan de una participación de la persona en su totalidad, y en ellos se expresan los acontecimientos —hallazgos, como los llama Karl Jaspers— de la vida de un sujeto. La labor del médico es en una primera instancia, la de un descriptor fiel del relato biográfico del enfermo, y posteriormente en la misma historia clínica hará las explicaciones e interpretaciones necesarias.

Al recorrer las etapas de la evolución patológica toda biografía muestra la correlación y la conexión existente en diferentes planos y órdenes:

- a) Entre lo psíquico y lo corpóreo. El plano mental y somático actúan como un todo y con una constante interdependencia.
- b) De los síntomas. Los contenidos sintomáticos, como elementos expresivos de lo que es el enfermo. Todos los síntomas guardan

niveles de congruencia y de relación, y nos muestran al enfermo como totalidad.

c) De la temporalidad. El ayer y el mañana se ligan con el momento presente del sujeto de manera dinámica, evidenciando que el tiempo en la biografía es ante todo “duración”.

d) De la historia personal y su “prehistoria”. La biografía está íntimamente ligada con la biografía de los ancestros, en niveles conscientes e inconscientes.

La medicina homeopática nos da elementos de juicio mucho más profundos que permiten explorar al enfermo en una perspectiva integral, con una coherencia que ayuda a comprender el conjunto de factores que operan en su devenir patológico.

Una pregunta fundamental que debemos hacernos ante cada enfermo es: “¿quién es?” Dicha interrogante nos coloca en una posición diferente en nuestro papel médico habitual. Cuestionar sobre quién es el enfermo, es ubicarnos en una perspectiva que demanda una atención cuidadosa en un nivel de perspicacia que rebasa la tarea rutinaria del médico.

Preguntar sobre el quién es significa penetrar al interior del individuo enfermo, indagar sobre lo que hay detrás de la lesión orgánica, entender la vida de un paciente³. Es desentrañar el conflicto o los conflictos que de algún modo operan en la vida del sujeto.

El quién es define lo que hay en la intimidad del enfermo. Para entender el quién es, es necesario penetrar en la biopatografía del enfermo.

Conclusión del caso clínico

a) Antecedentes heredo-familiares:

Padre: Diabetes controlada, tiene 74 años.

Abuelo paterno: Fallecido de una complicación diabética a los 85 años.

Abuela paterna: Trastornos del sueño desde los 20 años, exigente, muy dominante. Fallecida de complicaciones diabéticas.

Madre: Hipotensa, pero sana en general, de 67 años.

Abuelo materno: Infarto a los 55 años. Fallecido de 86 años por una cirugía de cadera fracturada.

Abuela materna: “Padeció de los nervios siempre”. Con migrañas muy severas, y recibía tratamientos psiquiátricos. Fallecido a los 60 y tantos.

b) Antecedentes personales patológicos

- Es el segundo de siete hermanos.
- De los 10 a los 15 años, epistaxis frecuentes; tratado con vitamina K.

c) Biopatografía

Ha radicado en San Cristóbal de las Casas y actualmente en la ciudad de México para estudiar teología.

Ha padecido desde los 30 años úlcera duodenal, que se inició a partir de situaciones laborales que lo mantenían en gran estrés, con síntomas como: ansiedad, anticipación, nerviosismo; mala digestión, diarreas al consumir leche y helados. Y desde ahí los ha padecido con remisiones y exacerbaciones periódicas, frecuentemente asociado a estados nerviosos.

El dolor que presenta es en la zona del epigastrio, muy intenso, “como una mordida”, con gran sensación de vacío, que se presenta principalmente horas después de comidas abundantes y condimentadas, y después de medianoche; mejora bebiendo agua fría y comiendo algo de alimento; a veces le mejora más el ayuno.

Refiere que también desde hace 3 años sufre problemas de sueño, que se presenta con tardanza para dormirse y despierta durante la noche; cualquier preocupación le quita el sueño.

Había mejorado con tratamiento homeopático, “pero ahora está despertando angustiado”, “con miedo de que algo pueda pasar”. “A veces entra en estados de ansiedad y nerviosismo, sin una causa concreta”.

Otros aspectos destacados:

- Hay ansiedad por anticipaciones.
- Preocupaciones por cosas cotidianas.
- Le afecta mucho no cumplir sus compromisos.
- Es exigente con él mismo.
- Meticuloso.
- Tiene siempre presente el deber ser.
- Hay inseguridad.
- Ha estado en terapias bioenergéticas, Gestalt y otras que le han ayudado.
- Tiene conflicto con la autoridad. Siente que le impone; no suele cuestionarla y cuando lo hace hay gran culpabilidad.
- Tendencia notable a sentir “remordimientos cuando se brinca la autoridad”.
- Tiende a experimentar temor por no sentirse aceptado.
- Se muestra muy vulnerable a las reprimendas.
- Es sensible en general; “vibra mucho con la naturaleza” y los días de lluvia le conmueven. Disfruta mucho la naturaleza, el campo.
- Le encanta y le mejora estar a la orilla del mar.
- Disfruta mucho la música; le gusta el baile, sobre todo en lugares donde tiene confianza.
- Posee gran habilidad manual que expresa haciendo esculturas de plastilina, aunque dice que ha reprimido mucho sus cualidades artísticas por enfocarse a la profesión, donde también demuestra ser muy creativo.
- Obsesión por aprovechar el tiempo.
- Quiere muchísimo a su mamá y tuvo un gran apego a ella hasta los 15 años; le costaba separarse de su lado.
- Su abuelo, que era muy exigente y duro, lo marcó mucho. Convivió con él una década (de los 10 a los 20 años). Era represivo e inflexible.
- Siente un gran gusto al estar con sus padres, pero la separación le causa una profunda tristeza, con gran deseo de llorar.
- Su madre es muy sencilla, tranquila y cariñosa, “siempre estuvo en casa”.
- A los 19 años entró al noviciado, pero se sentía con deseo de cursar una carrera lucrativa, de modo que se dedicó a estudiar para contador público; al concluir, regresó como hermano religioso, sin sacerdocio, pero con votos de pobreza, castidad y obediencia.
- “Siempre hubo en casa un tabú en el tema de sexualidad”. Sus padres eran cerrados al respecto.
- Siente que en los últimos años ha tenido que aprender a mejorar su visión de la sexualidad, entendiéndola de una forma más abierta.
- De niño siempre tuvo mucha vergüenza de su cuerpo, y lo fue superando.
- Es muy afectuoso, pero lo expresa poco debido a que sus padres siempre fueron poco entusiastas en lo afectivo.
- Muy apegado a la abuela materna, la lloró mucho cuando murió.
- Se comportaba apegado a su madre, a la vez que cohibido con su padre y su abuelo.
- Le gustaban las cosas delicadas; no le gustaban las armas (muy comunes en casa para ir de cacería). Era objeto de la desaprobación de los demás “por ser poco dado a las cosas de hombres”.
- Ha cargado con el peso de que se le juzgue como afeminado. Rechaza la rudeza; desde niño siempre fue más delicado y amante del arte.
- Reconoce un grado de homosexualidad, ya que siente admiración y cierta atracción por los hombres. Esto le angustió mucho durante un tiempo y sentía que debía condenarse. Nunca ha tenido relaciones sexuales, aunque al masturbarse sus fantasías involucraban a hombres y mujeres.
- Aunque nunca ha pasado por su mente la idea de casarse, ha tenido algún tipo de enamoramiento platónico con personas de ambos sexos, de un modo fugaz.
- Lo angustia el futuro.
- Tiene muy buenas relaciones con los religiosos; deja siempre buenos precedentes.
- Siente que no cree en él y no le da crédito a lo que hace o a los valores que tiene. Tiende a devaluarse siempre.
- Muestra un gran gusto por los chocolates.

d) Análisis del caso

Se trata de un paciente que no ha tenido cambios sustanciales entre su ayer y su hoy psicológico, que ha desarrollado una somatización de orden miasmático syphilitico, con la presencia de la úlcera duodenal, que se ha establecido desde los 30 años.

Muestra como elemento central de su biopatografía una profunda sensibilidad manifiesta desde niño, la cual se expresa en diferentes aspectos de su personalidad. Esta sensibilidad, le ha generado la crítica y el rechazo del género masculino. Su identificación más marcada se da con las mujeres, vía la abuela y la madre. Con el abuelo sufrió más bien represión y sometimiento, el deber ser, y con el padre un distanciamiento afectivo.

En su comunidad religiosa ha obtenido el reconocimiento a sus cualidades, pero también una forma de resguardo a la expresión de una sexualidad reprimida y que canaliza a través de las prácticas religiosas.

¿Quién es el paciente? ¿Quién es el portador de esa úlcera duodenal? Un individuo que se encuentra privado de expresar su afectividad y su sensibilidad de una manera más sana, siempre en busca de la aceptación de los otros, que desarrolla todas sus habilidades para obtener el reconocimiento de los demás.

Educado dentro de un ambiente machista, represivo y carente de afecto, ha buscado en la comunidad religiosa una forma compensatoria que le permita desarrollar sus habilidades y expresar su afecto. No obstante, aún no logra esa sublimación compensatoria que lo mantenga en un equilibrio psicofísico.

e) Evolución

El análisis repertorial y de la Materia Médica indica la administración de Carcinosinum.

Se prescribió en potencias centesimales, iniciando por 200CH en dosis única; posterior-

mente en dosis plus por lapsos de varios días por semanas. Luego se ha indicado en las potencias 1MCH y 10MCH, dosis única, y más adelante en dosis plus.

Simultáneamente ha recibido tratamiento psicológico por un profesional de su comunidad religiosa.

Al cabo de tres años de tratamiento, no ha presentado agudizaciones de su cuadro digestivo, con una mejoría sustancial del estado mental, manifestado a través de una disminución de la ansiedad en sus diferentes modalidades; se muestra más seguro, con una marcada aceptación de su sexualidad.

Sigue trabajando en su comunidad religiosa, sin saber todavía cuál será su situación futura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Pérez, HG. Filosofía de la medicina. Nueva Delhi: B. Jain; 1979. pág. 119-120.
- 2.- Para von Weiszäcker, la salud y la enfermedad humanas no deben ser entendidas en términos de normalidad-anormalidad, sino de verdad-no verdad. La salud es la realización de la verdad en cada hombre, mientras que la enfermedad es una carencia de verdad, una "no verdad".
- 3.- Lo que Viktor von Weiszäcker llamó "patografía" y Juan Pablo Paschero designó como "biopatografía".