

# \*Elementos Claves de la Repertorización

\*\*Fernando Ochoa Bernal

**PALABRAS CLAVE:**  
Repertorio,  
Repertorizar, Materia  
médica, Prescripción,  
Entrecruzamiento,  
Patogenias, Rúbricas,  
Síntomas, Noxa.

\*Conferencia dictada el 3 de septiembre de 2013, en la ciudad de México, como parte del Curso Precongreso Clínica Homeopática Avanzada que antecedió al Primer Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático, organizado por la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica (Anifhom).

\*\*Médico cirujano y homeópata por la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional, con especialidad en medicina interna. Especialidad por la escuela de posgrado Homeopatía de México, A.C. Director del Hospital Nacional Homeopático de la Secretaría de Salud y expresidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C.

## Resumen

El repertorio puede definirse como un índice de síntomas seleccionados de las patogenias y otros registros admitidos, los cuales se ordenan y valoran para facilitar la localización de los medicamentos homeopáticos más indicados para el paciente. La mecánica que se emplea para repertorizar es relativamente sencilla, ya que es un proceso aritmético; sin embargo, no sustituye al criterio médico ni al conocimiento de la materia médica, por lo que exige estudio, conocimiento, práctica y disciplina por parte del médico homeópata para aprovechar su potencial y no realizar prescripciones inadecuadas.

En el siguiente texto se presentan numerosas experiencias sobre los alcances y oportunidades que ofrece el uso del repertorio, como simplificar y reforzar la selección del medicamento homeopático o continuar aprendiendo de la materia médica, así como las limitaciones habituales de esta herramienta.

## Abstract

*The repertoire can be defined as a reference book which lists symptoms obtained from the different homeopathic provings and other types of admitted records, which are classified and graded to facilitate finding the most suitable homeopathic medicine for the patient. The mechanism used to repertorize is relatively simple, since it is a simple mathematical process; however, it does not replace the medical criterion or knowledge of the materia médica, that is why it requires the homeopathic doctor's study, knowledge, practice and discipline in order to harness its potential and to avoid making inappropriate prescriptions.*

Recibido: mayo, 2014. Aceptado: julio, 2014

**KEYWORDS:**

Index, Repertorize,  
Materia medica,  
Prescription,  
Crosslinking,  
Pathogenesis, Headings,  
Symptoms, Noxa.

*In the following writing many experiences are shown about the scope and opportunities offered by the use of the repertoire, how to simplify and reinforce the selection of the homeopathic medicine, how to continue learning from the materia medica by this mean and to know the usual limitations of this tool.*

He sido un apasionado del *Repertorio homeopático* de Kent desde que era alumno en Homeopatía de México, en 1973; me apasionaba esta obra en toda la extensión de la palabra, me impresionaba el esfuerzo monumental de arreglar, de acomodar la materia médica de esa manera, pero sobre todo descubrir que en el repertorio hay una inteligencia interna. Así, cuando veía al maestro Proceso Sánchez Ortega o al maestro Darío Flores Toledo manejarlo con tal maestría, me preguntaba: “¿qué se necesita para dominar esa obra, este libro?”.

Posteriormente, mientras cursaba el internado de pregrado en el Hospital Nacional Homeopático, le preguntaba al doctor Rubén Poplawsky, un buen amigo mío: “¿cuándo habrá un repertorio que podamos manejar en las computadoras, con rapidez, con fluidez?”, y bueno, poco después, uno de los primeros repertorios en computadora que hubo en la ciudad de México (creo que el segundo que llegó) lo tuve yo, y es desde ese entonces que me he adentrado en su estudio.

El tema es muy sencillo, aparentemente; la mecánica que se emplea al repertorizar no tiene mayor ciencia o dificultad, ya que es un proceso aritmético. Sin embargo, es muy importante entender lo que es el proceso de repertorización.

Para empezar, la palabra es una peculiaridad, pues no existe en el diccionario. Así como no existe **sucusionar**\* tampoco repertorizar; esa es una terminología nuestra, homeopática podríamos decir, casi un neologismo, ya que el médico homeópata ha elaborado su propio lexicón. Así pues, hemos creado un verbo que se llama **repertorizar**.

Bien, pues un repertorio se aborda como un índice, que en este caso hace mención de manifestaciones notables, ¡más que notables!, que aparecieron en los experimentadores formando las patogenesias; de esta forma, dicho índice de síntomas que se registran en las patogenesias es lo que podemos definir, en primera instancia, como nuestro repertorio homeopático. De una manera un tanto romántica, un tanto poética, un gran homeópata indio definió al repertorio como “una composición artística de las experimentaciones de los medicamentos registrados en la materia médica”. Siempre he sido obsesivo y escrupuloso en relación a las definiciones, y todas las que he leído sobre el repertorio, en muchas obras, me han parecido incompletas. Por tal motivo elaboré una definición un poco más extensa:

El repertorio es un índice de datos clínicos seleccionados a partir de registros toxicológicos, patogenésicos y curaciones verificadas, que son reproducidos en forma regional y alfabética con el objeto de facilitar la localización de sus correspondientes medicamentos valorados por su importancia.

Desde mi perspectiva esto expresa lo que es en verdad un repertorio homeopático (que en realidad debe denominarse *Repertorio de la materia médica homeopática*, como originalmente estaba intitulado): es un índice de síntomas o de datos clínicos coleccionados, pero de una manera especial, con fuentes específicas, no sólo patogenésicas.

Es importante recordar que en la actualidad los repertorios se alimentan de tres venas: lo toxicológico, lo patogenésico y las curaciones verificadas; tomamos las aportaciones clínicas que se generan en el día a día, las vamos agregando y reproducimos

Nota del editor: dado que no existe una ortografía oficial para esta palabra, se optó por emplear la grafía de la segunda edición de la *Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos*.

todos esos datos en este índice de una manera alfabética, regional y organizada, de tal forma que nos permite encontrar con relativa facilidad (habría que poner énfasis en la palabra facilidad) aquellos medicamentos que tienen una relación con tales registros de patogenias, efectos toxicológicos y curaciones, que además tienen la ventaja de ser categorizados y de tener un valor máximo (3), intermedio (2) y menor (1), lo que es conocido por todo aquel que haya utilizado un repertorio homeopático.

Repertorizar, en sí, es un procedimiento mecánico aritmético que tiene una finalidad: ayudar al homeópata a encontrar el medicamento más indicado para su paciente, pero no es la panacea para encontrar un medicamento, y eso debe quedar muy claro; de ninguna manera la repertorización sustituye al médico en su conocimiento de la materia médica ni a su criterio para encontrar el medicamento que cure al paciente. Es importante tomar en cuenta algo fundamental, que es registrar los síntomas característicos del enfermo. Esto es un *sine qua non*: tenemos rigurosamente que utilizar síntomas característicos para una repertorización. Eso sería el primer elemento clave; el médico que no lo haga de esta manera, estará destinado a realizar una prescripción inadecuada.

Entonces, ¿la repertorización es solamente una media aritmética o es algo más? en mi opinión, es algo más; genera lo que llamamos el cuadro repertorizado, en donde tenemos un elemento denominado entrecruzamiento. A su vez, del entrecruzamiento podemos decir que no es nada más la suma de los valores del medicamento en relación con alguno de los síntomas en donde sí se encuentre. No es nada más este cruce; es lo que consideramos dentro de nuestro conocimiento de la Homeopatía como la totalidad, porque si yo tengo cinco síntomas característicos de un enfermo y esos cinco síntomas los tiene un medicamento, significa que dicho medicamento tiene la “cobertura total” de los cinco síntomas que considero como principales o característicos en mi enfermo. Pero además de eso me proporciona un puntaje, y ese puntaje es la suma de estos cinco síntomas encontrados en el medicamento, pero que tienen un valor.

Esa suma, expresada con un indicador, nos da valores que actualmente ciertos programas para computadora o *software* dan en automático. Entonces no es nada más un promedio donde se dice que, por ejemplo, de los cinco síntomas característicos de un paciente, Sepia tiene los cinco y cubre todo, mientras que a Natrum muriaticum y a Calendula officinalis les falta uno, y que a Natrum carbonicum le

faltan dos. Esto no me dice que tenga que prescribir forzosamente Sepia; más bien, lo que me indica es que estos cuatro medicamentos cubren una buena parte o la totalidad de los síntomas del paciente.

¿Por qué usar el repertorio? Es frecuente escuchar a profesores de escuelas homeopáticas decir que no se necesita para prescribir, y aunque esto puede parecer descabellado, en algunos casos específicos estoy de acuerdo. Existen casos tan evidentes que no se necesita repertorizar; sin embargo, es inevitable que la mente de un homeópata que conoce la materia médica quiera realizar comparaciones y entrecruzamientos, aunque no esté utilizando el repertorio, y será inevitable que haga dificultosas operaciones en su mente. No obstante, si utilizara algún repertorio facilitaría su labor realizando estos análisis y síntesis con rapidez y precisión.

¿Qué ventajas ofrece el uso de estos repertorios en la práctica diaria? Primeramente la selección de un remedio o medicamento único, ya que los médicos que utilizan un repertorio tienden a esto. Recuerdo muy bien la experiencia que tuve alguna vez con un médico de la escuela francesa, el cual mencionó con respecto al uso de los repertorios digitales: “¡oye!, cada vez tengo menos necesidad de utilizar dos o tres medicamentos”, lo cual me dio una gran satisfacción y me hizo sentir que yo, como pretendido unicista, defendiendo a ultranza esta ortodoxia, pensara: “bueno, es que así tiene que ser”. En fin, que llegar a esa conclusión a través del repertorio me pareció particularmente curioso, porque no fue mediante la doctrina, sino por el uso de una herramienta que le facilitó elegir el medicamento más similar.

Así pues, el uso del repertorio nos lleva a ser prescriptores cada vez más cuidadosos en la selección de nuestro medicamento; nos evita ser rutinarios porque, sorprendentemente en ocasiones, una buena repertorización nos hace descubrir que el medicamento en el que estábamos pensando no aparece ni en las primeras cinco opciones, sino hasta el séptimo, octavo o noveno lugar; esto en muchas ocasiones puede llevarnos a reconsiderar la prescripción que pretendíamos realizar exclusivamente con ayuda de nuestra materia médica.

En los diferentes tratados en donde se analizan los métodos de repertorización se menciona que no se debe prescribir con base en el resultado mayor del repertorio sino a partir de los primeros tres, cuatro o cinco medicamentos, y que se utilizarán ciertos criterios o filtros para finalmente seleccionar el mejor medicamento.

¿Por qué se dice que el repertorio también enseña materia médica? Porque en la medida en que se buscan los síntomas de un paciente en el repertorio, se aprende. Por ejemplo, digamos que un médico conoce por su estudio que el síntoma “X” lo presentan 10 medicamentos de la materia médica, pero en el momento en que dicho síntoma es consultado en un repertorio, en forma de rúbrica, se da cuenta de que hay un total de 35 medicamentos que tienen ese síntoma; de ellos, en efecto, existen 10 que lo presentan en un grado máximo en el repertorio (3), pero aprende que existen otros 25 medicamentos que también presentan dicho síntoma con un valor medio (2) o menor (1), y son medicamentos que nunca estudió o no les puso atención. En consecuencia, por medio de la repertorización el médico también va descubriendo la importancia relativa de cada medicamento.

¿Qué nos permite relativizar el poder, la fuerza, la capacidad curativa de un medicamento en relación con algún síntoma? Es precisamente el observar constantemente la clasificación en grados de los diversos síntomas lo que también proporciona una enseñanza. En este sentido, podemos ver que el síntoma de un medicamento que siempre consideramos de altísimo valor, como la falta de sed durante la fiebre que tiene Pulsatilla, en realidad cuenta con un valor medio (2) en el repertorio.

A menudo los médicos homeópatas tendemos a tener un sesgo: tratamos de prescribir o encontrar con mayor frecuencia el medicamento que hemos estudiado recientemente en la materia médica, lo cual podría deberse a que tenemos en la mente la mayor cantidad de síntomas de ese remedio; esto nos vuelve un poco prejuiciosos, y lo he observado tanto con mis alumnos como conmigo mismo. Por ejemplo, si en esta semana he estudiado el *Arsenicum album*, tenderé a ver la patogenesia de este medicamento en muchos pacientes.

Eso no sucede cuando el repertorio se utiliza sistemáticamente; no es necesario usarlo en forma exhaustiva, simplemente se pueden introducir tres o cuatro síntomas rápidamente. Por ejemplo, si hemos hecho toda la toma del caso y tardamos casi una hora en hablar con el paciente, y nos adentramos en estudiar su biopatografía, ya no repertorizamos de manera sistemática como lo hacíamos al principio; pero con tres o cuatro síntomas que entresacamos de esa toma del caso es suficiente para estar muy, muy cerca del medicamento ideal para el paciente.

¿Qué más nos permite el uso del repertorio? Simplifica y refuerza nuestra selección, ya que

al tener a la vista durante la repertorización a los medicamentos más probablemente útiles para un determinado caso, de forma rápida, logramos mayor precisión en la prescripción. Y es que en el caso de la medicina Institucional, especialmente en el área de urgencias, esto resulta de gran importancia. Les voy a explicar por qué: en el Hospital Nacional Homeopático existe un grupo de Clínica Integral Homeopática en el servicio de Urgencias; cuando llega un caso de asma, por ejemplo, este equipo sólo tiene una hora para manejarlo con Homeopatía, ya que si no se obtienen resultados en muy poco tiempo (recordemos que se trata de un hospital general gubernamental) el médico tendrá que alinearse a las normas de tratamiento de las *Guías de Práctica Clínica* y seguir las normas oficiales. En estos casos la técnica que utilizamos es la administración de un medicamento a la 1Q cada quince minutos y esperamos cuatro dosis antes de ver una mejora.

El médico homeópata está en una gran desventaja para prescribir Homeopatía a nivel institucional, pero este hecho no es percibido por los pacientes. Al comentar esto con otros médicos, me han dicho: “Deberían elaborar algún tipo de guías y prontuarios para prescribir Homeopatía en el caso agudo”, y de alguna manera eso es lo que hemos hecho en el servicio de Urgencias del Hospital Nacional Homeopático para solucionar el caso con la mayor rapidez posible: contamos con guías de 10, 12 o hasta 15 medicamentos que pueden cubrir entre el 80 y el 90 por ciento de los cuadros de asma, y el novato en Homeopatía tiene que enfocarse en esos 12 o 15 medicamentos, a menos de que una repertorización bien llevada proporcione la evidencia de que el paciente necesita otro medicamento de la lista. Actualmente no se le permite prescribir al estudiante o al interno en el servicio de Urgencias, si no realiza antes una repertorización de cuatro, cinco o seis medicamentos, sobre los cuales se discute.

Existen casos de pacientes que presentan síntomas raros, que obviamente requerirán de “medicamentos raros”. Este es un fenómeno que se observa en el hospital, en donde se atienden estos casos y encontramos síntomas que jamás o con muy poca frecuencia se verían en la práctica de consulta externa. Tan raros son estos síntomas que en ocasiones no los podemos encontrar en el repertorio; para esto podemos acudir a la selección de medicamentos auxiliares.

Supe por primera vez del término de medicamento auxiliar cuando leí la obra de Kent, y posteriormente el maestro Flores Toledo lo comentó en alguna ocasión. Es como la segunda flecha en la historia de

*Guillermo Tell*: al prescribir un medicamento se tiene la gran expectativa de que va a funcionar perfectamente y de que, como en el tiro al blanco, en el que uno intenta atinar al centro de la diana, a veces no se consigue el objetivo a pesar de afinar el pulso y la flecha; el medicamento se queda en el 80 o 70 por ciento, y eso significa que no llegamos al *simillimum*, sólo “le atinamos” a un *parasimillimum*.

Hallar los medicamentos auxiliares significa encontrar después de la repertorización esos cuatro, cinco o seis medicamentos que proporcionen una segunda opción; esto resulta útil en esta época, de grandes avances en las comunicaciones, ya que en casos agudos se le puede decir al paciente que llame al día siguiente para saber cómo ha evolucionado, permitiendo hacer un ajuste en el medicamento o en su posología.

Si el paciente no ha mejorado después de 48 horas será necesario revisar el caso, y si se ha realizado una repertorización adecuada se tiene la ventaja de que al contar con los registros, la revisión se puede hacer de inmediato y es viable ajustar la prescripción. Ya no son los tiempos envidiables en que los médicos homeópatas de hace 100 años se daban el lujo de pasar a ver al paciente después de su consulta habitual, de revisar al paciente encamado, al paciente grave, y de permanecer junto a su cama, observándolo, platicando con él. Esto resulta muy complicado, si no es que imposible en la actualidad.

¿Qué otra ventaja tiene el repertorio? Muchas veces, buscar alguna rúbrica en particular de cierto síntoma hace que el médico aprenda nuevas rúbricas, así que nos enseña a afinar la búsqueda de las modalidades de los síntomas. Muchas veces ni siquiera se conoce la existencia de esas modalidades, pero con base en repetir y repetir constantemente las búsquedas, vamos encontrando esos detalles que de otra manera no se nos ocurriría preguntar. Así, nos ayuda o nos capacita para encontrar la diferencia entre el síntoma característico y el síntoma común.

Siempre le digo a mis alumnos: “pónganse muy listos, porque el repertorio tiene una sabiduría intrínseca que va de lo cuantitativo a lo cualitativo”. Pero, ¿por qué? Bueno, podemos hacer una analogía con la tabla periódica de los elementos: todos los átomos tienen protones y electrones idénticos; sin embargo, cuando varía el número de estas partículas, como en el caso del helio y el hidrógeno, ya no son lo mismo; son muy diferentes. Lo mismo sucede cuando repertorizamos. En un ejemplo anterior ha-

blamos de un caso hipotético en el que *Sepia* ocupaba el primer lugar en una repertorización, y esto significa que tiene cobertura absoluta y con valores altos en los síntomas recogidos, llegando a (3) o (2); esto no es lo mismo que con otros medicamentos, *Tarentula* por ejemplo, que aparecía por ahí cubriendo cuatro de los cinco síntomas y sólo con valores (1). Entonces, la repertorización nos da lo cuantitativo, pero al final nos revela algo cualitativo, por hacer la diferencia en la selección del medicamento.

La repertorización también nos permite encontrar con frecuencia síntomas desconocidos. La verdad es que esto nos motiva, nos hace buscar en una materia médica diferente ese síntoma que no se conocía. Recuerden que una de las ventajas (y a veces de las desventajas) del repertorio son sus fuentes. Actualmente, las fuentes de los repertorios son múltiples materias médicas, y nadie alcanza a leer las diferentes versiones o descripciones del medicamento homeopático en una sola materia médica, por más completa que sea, aunque sea la *Enciclopedia médico homeopática* de Allen, o la *Materia médica pura* de Hahnemann; nunca se alcanzan a ver todas las facetas que tiene un medicamento.

El repertorio está integrado por muchísimas fuentes; esas rúbricas y los medicamentos que tienen relación con esas rúbricas representan una ventaja.

Para Herbert Roberts hay elementos importantes que rebasan la repertorización para llegar a la prescripción exitosa; este autor nos habla en principio del arte del médico para tomar el caso, el *techné* o técnica, y en eso estriba la gran diferencia que hay entre las distintas escuelas homeopáticas en México. Otro factor es el conocimiento de la materia médica especial arreglada, en este caso el repertorio, y que no es sólo una suma de síntomas y medicamentos arreglados en un índice de forma particular, no.

En realidad tiene una filosofía, porque cuenta con una estructura didáctica o un sentido común que le lleva a tener una construcción particular; pero también, de alguna manera, tiene la limitación de que en ese proceso de elaboración como índice, el repertorio pierde la esencia del síntoma como lo expresa el paciente o el experimentador. Obviamente que al final una de las grandes dificultades que tenemos, con el paciente enfrente de nosotros, en vivo, es que nos va a referir el síntoma de acuerdo con su cultura, como él lo percibe, traducido de alguna manera, y nos lo va a decir con su lenguaje. Nosotros deberíamos hacer el esfuerzo de anotarlo con fidelidad en nuestra historia clínica.

Sin embargo, el repertorio es inamovible, está escrito de alguna forma, de acuerdo con el autor, con su pensamiento y su filosofía, y según la idea que tenía de construir los síntomas; y así los deja: fijos. Así pues, no hay forma alguna de conocer a cabalidad las rúbricas de un repertorio, salvo leyéndolas, viéndolas y repasándolas una y otra vez.

¿Y cuál es el mejor repertorio? Algunos médicos dicen: “no, pues es muy simple, el mejor repertorio es el de Murphy, que está en orden alfabético; me voy en orden alfabético y lo hago muy sencillo”. En lo personal jamás he recomendado a mis alumnos que estudien en ese repertorio, porque el mundo de la Homeopatía utiliza desde hace 150 años a distintos repertorios como referencia para sus grandes obras clásicas de clínica, en el análisis de los grandes casos reportado en sus congresos, y tales repertorios están basados en la estructura kentiana, por lo que pienso que sobre esa base hay que aprender.

En alguna ocasión estuvo el doctor Luis Detinis en el Hospital Nacional Homeopático dictando algunas conferencias, y uno de los conceptos que mencionó fue el de hacer notar la existencia de síntomas que tenían una semejanza impresionante, y cuya única diferencia era su graduación en el repertorio; un medicamento “X” estaba graduado con un (2) y el otro tenía valor (3), y de los cinco medicamentos que había en esa rúbrica la diferencia era que el quinto medicamento estaba sustituido por otro medicamento; entonces las diferencias eran mínimas.

Detinis hablaba mucho de eso, de la flexibilidad que podemos tener al decir: “Bueno, como no estoy cierto realmente de ese síntoma y son tan parecidos...”, y comentó que se podían fusionar en una gran rúbrica. Eso en la actualidad se puede hacer fácilmente con ayuda de los nuevos repertorios digitales, pero existe un riesgo: sólo lo puede ejecutar el médico que tiene experiencia. Pero se puede hacer, aunque a veces es muy difícil definir cómo está desarrollada la estructura de los síntomas en el repertorio, es complicado diferenciar si se trata de un temor o de una ansiedad; no es tan sencillo.

Hay médicos que dicen que tienen una gran técnica y depuración del síntoma, pero lo cierto es que a veces hasta el mismo paciente nos lo pone de una manera que fácilmente pudiera traducirse como “temor a algo”, pero si no encontramos tal temor, podemos utilizar el término ansiedad. Así pues, el médico debe tener la capacidad de ver el síntoma de varias formas para utilizarlo en un momento dado.

El elemento final es el análisis que se realiza para seleccionar al que consideramos como el mejor medicamento. Existen siete claves para repertorizar; tomé las cinco que a mi juicio tienen mayor sentido común para realizar una repertorización exitosa:

- a) El conocimiento de la construcción y la organización del repertorio.
- b) La evaluación correcta de los síntomas.
- c) La conversión precisa del síntoma al lenguaje de la rúbrica repertorial.
- d) Las permutas y combinaciones de rúbricas.
- e) Reconocer las limitaciones del repertorio.

Sabemos que existe una gran cantidad de repertorios; en alguna ocasión los conté y recuerdo que existían más de cien. De hecho, siguen creciendo y más ahora que incluso resulta muy fácil confeccionar un repertorio propio.

Durante una reunión que hubo en Ecuador, un médico mexicano comentó que un grupo de colegas había llegado al consenso de elaborar una materia médica muy depurada, solamente con síntomas patogenésicos, así como un repertorio de la *Materia médica pura*, es decir, un repertorio muy riguroso que no se contaminara con los síntomas toxicológicos y con los clínicos, pero al parecer no se ha realizado. Con relación a esto, es importante reconocer que el modelo kentiano del repertorio sigue siendo el más utilizado, y el que en la mayoría de las escuelas del mundo se continúa estudiando.

El repertorio de Kent, desde su plan, su organización, no tiene ninguna falla; para los que lo hemos estudiado desde que empezamos a aprender Homeopatía es muy sencillo: se comienza en *mente* y se termina en *generales*, y después hay un arreglo regional que va aproximadamente de cabeza a pies. Antes de *generales* existen varios capítulos de manifestaciones generales de la patología; pero finalmente es sencillo de entender para el que lo ha utilizado durante algún tiempo. El repertorio tiene un arreglo interno, por capítulos, y las rúbricas se acomodan a través de los diferentes capítulos; esto varía dependiendo del órgano o la región del organismo que analizamos. Nadie puede encontrar un síntoma si no tiene una idea más o menos clara de cómo se organiza, y ese trabajo solamente se logra con estudio. El doctor David Flores comentaba: “son ‘horas nalga’ de estar hojeando y hojeando, viendo, buscando al-

gunos síntomas, a veces del propio paciente, a veces alguno que se nos ocurre o que leímos en la materia médica, y que tratamos de encontrar en el repertorio, cosa que no es sencilla”.

En mi opinión, para que un médico domine paulatinamente el repertorio, la manera en que está construido y en que están diseñadas las diferentes rúbricas, primero se necesita leer la *Materia médica pura* y luego pensar qué hizo el autor para expresar los síntomas que vienen en ella, en una frase simple o en una construcción muy sencilla de la rúbrica; desafortunadamente, esa curiosidad ya no se da tanto con los repertorios digitales, porque están muy digeridos, es muy fácil encontrar las rúbricas así, y manejarlas.

Si no se conoce cómo están arreglados los capítulos del repertorio, difícilmente se podrá encontrar el síntoma del paciente en el mismo. Cuando se enfrentan a esta dificultad, algunos médicos rechazan el uso del repertorio y prefieren consultar directamente su materia médica o las guías terapéuticas. He observado esta situación con muchos alumnos de la escuela de la cual procedo, y ahí se quedan, haciendo una Homeopatía parcial, imperfecta; una Homeopatía débil que no tiene la fuerza que nos dan el uso del repertorio y el hacer repertORIZACIONES.

¿Qué sigue a la valorización correcta de los síntomas? Es motivo de meses, incluso de años, para que el médico homeópata tome un caso correctamente; pero supongamos que el médico va bien en esa dirección, y para eso existen grandes maestros y múltiples guías de lo que se denomina filosofía homeopática, así como *El Organon*, nuestra doctrina, y que nosotros hemos modernizado en el Hospital Nacional Homeopático denominándolo **metodología homeopática**, la técnica de la práctica de la Homeopatía, que al final es una metodología.

Siempre, y lo remarco, siempre es necesario determinar cuáles son los síntomas generales y diferenciarlos de los síntomas locales; eso es básico, sobre todo tratándose de la patología crónica, pues nos enseñan hasta el cansancio que para una buena prescripción en un cuadro crónico, la importancia de los síntomas locales es muy pequeña, casi mínima.

Otro dato fundamental: al evaluar los síntomas es importante encontrar los concomitantes; nos vamos mucho por la modalización de los síntomas, pero en mi práctica en el hospital, donde tenemos que prescribir con rapidez muchos casos, a mí me ayuda mucho el concomitante; a veces son como

atajos. Si un paciente se presenta con una crisis epiléptica, inmediatamente encontramos dos, tres síntomas concomitantes, que son un patrón recurrente cada vez que él entra en crisis; con estos síntomas el trabajo se abrevia, sobre todo en casos que requieren una prescripción rápida, como en todo caso agudo. Por supuesto que esto es lo que llamaríamos la buena semiología de la Homeopatía y está dentro del arreglo repertorial de cada síntoma. Cada síntoma, cada dolor de cabeza, va a tener muchas variables, va a tener concomitantes, localización o sensación, donde habrá otros muchos detalles.

Y luego viene la manera kentiana de repertorizar, la que el maestro Kent siempre practicó, de generales y particulares, teniendo los generales dos grandes grupos: los mentales y los generales propiamente dichos, y que son con los que prescribimos mayormente en casos crónicos. Otro elemento importante, sobre todo cuando nos enseñaban teoría miasmática, se refiere a buscar la congruencia en algunos síntomas; cuando algún síntoma se aleja totalmente de lo que el paciente está sufriendo, no es un síntoma al que debemos darle demasiada importancia; realmente no nos está reflejando lo que el paciente es o está sufriendo.

Para darle validez al síntoma, para que realmente represente al paciente, tenemos que hacer siempre un estudio del síntoma y del paciente, partiendo desde buscar la causalidad, la cual es básica en el paciente hospitalizado porque también es una forma de atajo. Cuando tenemos un síntoma como causa evidente de agudización o de agravamiento de un paciente o de un cuadro, tenemos adelantado el trabajo para poder prescribir el *simillimum*.

Una vez que hemos hecho todo este discernimiento del síntoma, este estudio, este análisis, este “disecarlo”, incluyendo la mayor cantidad de información del paciente, del enfermo, debemos tener en ese “filtro”, en esa selección de los síntomas que consideramos mayormente característicos, que ya refinamos en nuestra mente con base en el párrafo 253 del *Organon*, nos encontramos en condiciones de tener en la mente un pequeño grupo de medicamentos. Esto se logra con muchísima facilidad mediante la repertORIZACION.

Llegar a este punto parece fácil, pero nos podemos perder en el camino porque en realidad no estamos tomando lo característico del caso. Necesitaríamos muchas charlas y seminarios completos para establecer la manera de determinar y detectar rápidamente cuándo estamos ante un síntoma carac-

terístico y cuándo no. Y hasta en eso nos ayuda el repertorio; es curioso, pero volvemos al tema de lo cuantitativo y lo cualitativo. El repertorio, de alguna manera, en muchos de sus síntomas, nos señala con el número de medicamentos y por la graduación que tiene, el valor de ese síntoma para el medicamento, nos va dando “la nota”, “el tono” que nos permite, digamos, individualizar más a nuestro paciente. Esto es como la mitad del camino, la mitad de la utilidad del procedimiento de esa repertorización; en tanto, la gran dificultad o una de las grandes dificultades que desanima a los homeópatas jóvenes es el momento en que tienes que convertir el síntoma del paciente en rúbrica.

En ocasiones se quejan los alumnos de eso; me dicen: “Es que, doctor, usted apenas está leyendo cinco síntomas del paciente que tenemos anotados del caso, y automáticamente los está localizando en el repertorio, ¿cómo lo hace?”. Les contesto que es como todo: es practicar, es hacerlo muchas veces y sobre todo apoyarse en la materia médica, porque el síntoma, tal como está expresado en el repertorio, no tiene la suficiente claridad. No puede utilizarse un repertorio si no se conoce la materia médica, o al menos no se va a utilizar con precisión. Ese es el punto clave: se pierde precisión cuando no sabemos traducir los síntomas, nos podemos perder en no conocer el significado de las rúbricas. A mí me entrenaron y me enseñaron mucho de eso en el lexicón homeopático, que también era como el lexicón repertorial; es un trabajo muy arduo, extenso y profundo, ¡y más si a eso le agregamos lo miasmático!

Recuerdo ciertos ejercicios que hicimos durante mucho tiempo con un grupo muy pequeño de homeópatas, en Homeopatía de México. ¡Qué difícil era diferenciar los matices entre lo que significaban una cosa y otra! Me refiero a ver la diferencia entre la ansiedad, el temor, la angustia, la irritabilidad, la ira, la ira violenta, la violencia, etcétera; no era nada fácil, era motivo de estudio, de analizar los síntomas, de tratar de entenderlos. Resulta muy importante la paciencia del médico para tener una adecuada toma del caso, con los síntomas precisos del enfermo, evitando la distorsión y la deformación, lo cual se vuelve especialmente difícil en el medio hospitalario.

En mi experiencia esto último es muy difícil porque muchos de los médicos anteponen de inmediato, “en automático”, el término de la semiología moderna. Es más, hasta el paciente nos lo dice: “es que yo tengo un reflujo todas las noches”, y nos preguntamos: “¿qué es reflujo para él?” Entonces, debemos hacer que el paciente cambie el término “reflujo”

y utilice un lenguaje más sencillo, común, vulgar. Y ahí tenemos que hacer de nuevo la traducción a palabras que se utilizan en el repertorio.

En fin, el elemento clave para la conversión precisa del síntoma del paciente a una rúbrica repertorial, tiene que ver con esto que he remarcado en las diapositivas de mi presentación: **no se vale distorsionar**. Eso todavía me pasa con frecuencia; no tomo el síntoma como debería de ser y luego, aún con ese sesgo, lo traduzco mal, utilizo una rúbrica que no es exactamente lo que expresa como síntoma original el paciente. Desde ahí empiezan las imprecisiones por las que no encontramos el *simillimum*.

Otra cosa que se puede hacer es recurrir a la que llamo los síntomas parientes. Aunque sepamos cuál es el verdadero significado de la rúbrica, aunque tengamos esa precisión mental, no siempre encontramos el síntoma convertido en rúbrica en el repertorio; el síntoma pariente es semejante al término de paronimia, es decir, “se parece a...”, y ahí es donde viene una decisión importante: usarlo o no usarlo. Los maestros me decían que no lo usara, pero ¿y qué tal si es uno de los tres o cuatro principales síntomas del caso?, ¿qué hacer? Kent y algunos otros recomendaban su uso, pues de alguna manera hay síntomas semejantes.

En este sentido, por ejemplo, no conozco el rubro (o le pido a alguien que me corrija) como tal de “temor a la enfermedad”. Muchas veces, síntomas como “temor a una enfermedad inminente” son tomados como “ansiedad por su salud”, pero la distinción entre un síntoma y otro es evidente: “ansiedad por su salud” correspondería a aquella persona extraordinariamente preocupada por su salud, que siempre está observándose la lengua o buscando para mejorar un nuevo complemento en el local de productos de nutrición; la preocupación por su salud es más en ese sentido y no por un temor.

Sin embargo, hay personas con temores específicos, como a las infecciones o a ir a los hospitales. ¿Alguien conoce el rubro “temor de ir a un hospital”? Tenemos el de “temor de ir al médico”, por supuesto, pero ¿de ir a un hospital?

El de ir a un hospital tiene una relevancia más grande; el paciente tiene mucho más miedo y mayor ansiedad de una complicación, porque ya trae una cultura o ideas preconcebidas: de “los *matasanos*”, “en los hospitales se muere la gente” o “si me hospitalizan es porque de verdad estoy cerca de algo grave o de la muerte”.



Tenemos que interpretar esos síntomas que no encontramos en el lenguaje repertorial y traducirlos a otro. Por ejemplo, cuando yo veo en la clínica integral algunos casos de angina de pecho, siempre les digo: “El medicamento homeopático que van a prescribir depende mucho del momento en que llega el paciente, desde las 7:00 u 8:00 de la noche, hasta las 6:00 de mañana”.

El paciente que llega tempranamente, a las 7:00, 8:00 o 9:00 de la noche, a lo mejor es un paciente de Phosphorus; pero el que te llega tardíamente y bien complicado, a lo mejor es Lachesis, porque está muy desconfiado y porque ya durmió, y vamos, porque ya tiene ese elemento de angina perfectamente descuidado.

Así pues, a veces se pueden hacer combinaciones de síntomas, de rúbricas; se vale.

Ahora bien, otro elemento clave para no equivocarnos radica en distinguir las limitaciones del método repertorial en sí. En una época se sufrió mucho por esto, faltaban rúbricas, había listas incompletas de remedios o no había experimentación. De esto se quejaba mucho Hahnemann en un principio. Ahora tenemos demasiada riqueza, pero aun así el lenguaje repertorial es limitado, no nos describe bien o no traduce bien lo que el paciente nos está diciendo.

Un repertorio de “sensaciones como sí...” puede ser muy útil. Con ese repertorio podemos encontrar más fácilmente una sensación como la de “me escurre una gota de agua en la espalda”; puede ser más fácil encontrarlo ahí que en un repertorio de formato kentiano, por ejemplo. Asimismo, cuando estamos ante un cuadro de eclampsia o toxemia grave puede ser útil un repertorio clínico, por ejemplo, para encontrar rápidamente el campo y un número de medicamentos reducido.

Otro aspecto importante es prescribir en forma limitada, con muy pocos síntomas; eso hace que a veces prescribamos por *keynote* o por nosode, y no está del todo mal, siempre y cuando tengamos ya unos elementos o síntomas generales mentales y generales propiamente dichos, que apunten al medicamento.

En el momento en que encontramos la *keynote* dejamos de repertorizar; eso sucede. O igual, encontramos algo muy característico en un nosode y dejamos de repertorizar; entonces hay una limitación. Y eso sin olvidar que en los cuadros agudos y sobreaudos a veces no sirve para nada el repertorio.

Otro punto relevante: tenemos que encontrar y conocer medicamentos pequeños. ¿Cuántos casos se han salvado de cuadros muy severos por conocer un medicamentito? Les voy a dar un ejemplo, el de una hemorragia.

Ese caso lo vimos hace ya seis o siete años; era una metrorragia que no se controlaba con nada y pudimos encontrar el medicamento gracias al repertorio; se trataba de un medicamento pequeñito. En esa rúbrica no había más de dos o tres opciones y me parece que usamos *Thlaspi bursa pastoris* o alguno de esos medicamentos que probablemente vas a usar una sola vez en la vida, pero que van a salvar el caso, es decir, van a salvar la vida de alguien.

Entonces no hay que despreciarlos; yo antes los relegaba: “con mis 100 medicamentos ya la hice”; ahora lo digo de esta manera: “con mis 100 medicamentos de línea (que son los que vamos a incluir en una *Guía de Homeopatía*, desde el punto de vista oficial) manejo el 90 por ciento de los casos”, y al otro 10 por ciento tenemos que ver cómo lo arreglamos, qué usamos. La práctica le va quitando a uno esas ideas, esos perjuicios que nos llevan a pensar: “yo con esto me las arreglo, con este botiquín”.

Dejé al final el siguiente punto para que se den una idea, *grosso modo*, de las claves de la repertorización en el cuadro agudo. Todo mundo sabe que Bönninghausen le daba mucho énfasis a los síntomas generales, incluso a cosas patognomónicas, mientras que Kent le daba mucha más importancia a los síntomas mentales. Bönninghausen hacía grandes generalizaciones, a veces verdaderos “cuentos chinos”; inventaba, hacía inferencias de unos síntomas patogenéticos, los iba armando y decía: “¡ah!, si tiene varios síntomas parecidos, entonces también debe tener este otro”. Eso es lo que hacía Bönninghausen, y era muy curioso.

En otras pláticas que he dado sobre este tema hemos visto a detalle cómo lo hacía, cómo armaba un cuarto síntoma a partir de tres; pero eso en estricto sentido no es real. Le daba mucha importancia a las concomitancias, y esto nos empuja un poquito al cuadro agudo, entonces se ve que el cuadro agudo puede utilizar mucho de esto y ahí Bönninghausen es útil. Por ahí hay una nueva tendencia a utilizar a este autor en ciertos cuadros. Pero ésta es la base en la prescripción de Bönninghausen: los generales físicos, y sólo utilizaba los mentales para una diferenciación. Esto, tratándose de un cuadro crónico, pienso que está alejado y sesgado, y es más difícil encontrar el *simillimum* de esa manera.

En cambio, Kent es lo clásico, es lo que hemos utilizado todo el tiempo, aunque no debemos olvidar que mucho de este abordaje es para lo crónico, no tanto para los casos agudos. Y hablo desde lo que tengo muy cerca, en el Hospital Nacional Homeopático, y que es precisamente esto.

A mí me enseñaron: “jamás vas a utilizar la rúbrica nosológica, no te va a servir para prescribir”. Pues que me perdonen mis maestros, pero no es así, porque cuando tienes la rúbrica nosológica de un síndrome sobreagudo, te sirve para llegar rápidamente al territorio de los medicamentos que te pueden ayudar, sin perder tiempo.

Otro elemento que utilizamos mucho en los cuadros agudos es la noxa. Si un paciente tiene convulsiones cada vez que come mole, quiere decir que el mole es noxal y que se tiene que tomar en cuenta; sin embargo, el mole no existe en el repertorio. Entonces, hay que hacer una diferencia, hay que decir: “¡ah!, pues es una comida rica”, pero rica no es nada más que sea grasosa, sino que tiene muchos ingredientes. Esto es fundamental, es clave para la repertorización de casos agudos y siempre se ha dicho, es muy clásico: si vamos a tomar algún síntoma crónico, tiene que estar modificado y debidamente modalizado; asimismo, cuando tenemos un síntoma característico por la intensidad, tenemos que tomarlo en cuenta; no lo podemos obviar porque distingue al enfermo en ese momento.

Si la rúbrica contiene muchos medicamentos, hay que usar un segundo medicamento y cruzarlo. Esto era una recomendación clásica de Kent en su libro; en la actualidad, la mayoría de los médicos homeópatas tienen un repertorio electrónico y esto ya se obvia, pero era lo clásico.

Al agregar el resto de los síntomas podemos hacerlo en cualquier orden, siempre y cuando los tengamos perfectamente caracterizados; y si es un patognomónico, que esté modalizado, por favor.

Algo que no se debe olvidar y es clave en una repertorización, es que no nos conviene utilizar demasiadas rúbricas, tanto en un caso agudo como en uno crónico. Podrían ser tres; con dos vamos a tener dificultades y la prescripción difícilmente va a ser el *simillimum*. Es básico que juntemos lo más característico, que no usemos menos de tres, ni tampoco demasiados.

Si repertorizamos alrededor de 10 o más síntomas, lo que haremos es darle demasiado poder y fuerza a los policrestos, y éstos siempre aparecerán en los primeros lugares de la repertorización. Y si no les aparece un policresto, será entonces un semipolicresto, o un organotrópico, pero se pierden en la repertorización de todas, todas. Es como ver demasiado el bosque, y así no podrán apreciar al árbol peculiar que se necesita ver, al árbol diferente. Por eso no es recomendable repertorizar demasiados síntomas.