

# LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

## CONTENIDO

- Estudio Retrospectivo Multicéntrico sobre la Efectividad de la Homeopatía en Pacientes con Neumonía.  
**Assumpta Mestre Blabia, Óscar Ángel Minotti, Antonio Francisco Marqués Arpa, Anna Pla.**  
Págs. 4-10
- Sobre los Medicamentos Homeopáticos Mexicanos.  
**Fernando Darío François Flores.**  
Págs. 11-19
- El Acompañamiento a la Muerte en los Pacientes Terminales Tratados con Homeopatía.  
**Gloria Alcover Lillo.**  
Págs. 20-30
- Citología Vaginal o Papanicolau.  
**Isis María Infante Regalado.**  
Págs. 35-37
- Salud Alimentaria y Medidas de Prevención de las Enfermedades Crónico Degenerativas, en la Población de Tultepec, Estado de México, y su Aplicación con el *Organon de la Medicina*.  
**Antonio García Lagunas, Norma Cedillo Urban, Noé Barreto Sánchez, Edna Paola Rendón Quintanar.**  
Págs. 39-44

Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. México, D.F.

[www.similia.com.mx](http://www.similia.com.mx)



[www.latindex.unam.mx](http://www.latindex.unam.mx)





Lo confiable en Homeopatía

La Homeopatía ya tiene su Sitio  
**www.similia.com.mx**





# LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

## CONTENIDO

- 3 EDITORIAL**
- 4 ARTÍCULO ORIGINAL**  
Estudio Retrospectivo Multicéntrico sobre la Efectividad de la Homeopatía en Pacientes con Neumonía.  
Assumpta Mestre Blabia.  
Óscar Ángel Minotti.  
Antonio Francisco Marqués Arpa.  
Anna Pla.
- 11 ARTÍCULO REVISIÓN**  
Sobre los Medicamentos Homeopáticos Mexicanos.  
Fernando Darío François Flores.
- 20 ENSAYO**  
El Acompañamiento a la Muerte en los Pacientes Terminales Tratados con Homeopatía.  
Gloria Alcover Lillo.
- 31 DE NUESTRA HEMEROTECA**  
La Infinitesimalidad en las Dinamizaciones. Número de Avogadro.  
Roberto Mendiola Quezada.
- 35 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS**  
Citología Vaginal o Papanicolau.  
Isis María Infante Regalado.
- 39 ARTÍCULO ORIGINAL**  
Salud Alimentaria y Medidas de Prevención de las Enfermedades Crónico Degenerativas, en la Población de Tultepec, Estado de México, y su Aplicación con el *Organon de la Medicina*.  
Antonio García Lagunas.  
Norma Cedillo Urban.  
Noé Barreto Sánchez.  
Edna Paola Rendón Quintanar.
- 45 LIBROS**
- 47 INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES**

**La Homeopatía de México** es una revista científica que publica trabajos nuevos y originales, artículos de opinión, temas de revisión, reportes de casos clínicos y notas de actualidad. Asimismo, se incluyen trabajos presentados en congresos y encuentros académicos, e investigaciones y controversias efectuadas en México y el mundo, referentes al medio homeopático.

# DIRECTORIO

## Director General Adjunto

C.P. Héctor Torres Carbajal

## Director Editorial

Juan Fernando González G.

## Director de Investigación

Dr. Gustavo Aguilar Velázquez

## Coordinación

Mónica Álvarez Soto

## Directora de Mercadotecnia

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

## Coordinador Editorial y de Comunicación Digital

Rafael Mejía Rosas

## Coordinador de Arte y Diseño Editorial

L.D.G. Fabiola Reyes Lúa

## Circulación y suscripciones

Rogelio García Luna

# CONSEJO EDITORIAL

## Dra. Josefina Sánchez Reséndiz

Coordinadora del Comité de Productos Homeopáticos, de la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

## Dr. Jorge A. Fernández Pérez

Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C.  
Profesor e investigador de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.  
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

## Dr. Fernando Domínguez Vello

Miembro fundador del Círculo Mexicano de Homeopatía, A.C.  
Coordinador Médico del Proyecto de Atención Médico-Homeopático del Desierto (Wadley S.L.P.).

## Dr. Héctor Montfort Cabello

Coordinador del Programa de Educación Médica Continua, del Instituto Superior de Medicina Homeopática de Enseñanza e Investigación (ISMHEI).

## Dr. Óscar Michel Barboza

Miembro del Colegio de Médicos Homeópatas del Centro, A.C.

## C.P. Héctor Torres Carbajal

Director General Adjunto de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.  
Presidente de la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática (ANIFHOM).

## L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Directora de Mercadotecnia de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

“La Homeopatía de México” es una revista bimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. **Administración:** Ma. de Lourdes López Anaya y Lola M. López Anaya. Franqueo pagado. Autorizado por SEPOMEX Permiso No. 0040360, Características 22 8251116. Licitud de título No. 2559. Licitud de contenido No. 1639. ISSN 1870-3666. **Fotografía de portada:** Elizabeth Vinck Monroy. Precio por ejemplar: \$60.00. Suscripción anual en la República Mexicana: \$250.00; extranjero: 30.00 USD., más gastos de envío. **Contacto:** 5547 9483 / 5547 5735 ext. 176; contacto@similia.com.mx. Dirección electrónica: [www.similia.com.mx](http://www.similia.com.mx). Impresión: Digital Orozco, S.A. de C.V. México, D.F.

“La Homeopatía de México” está indizada en el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex).





## Editorial

---

Siempre se ha asegurado que la medicina es fundamentalmente humanista, pero al paso del tiempo se ha percibido una incongruencia, ya que en la postmodernidad y en función de los avances tecnológicos existe la tendencia a proporcionar a los pacientes una existencia artificial. Esta conducta tiene como objetivo eliminar el sufrimiento, aun cuando se vea al paciente únicamente como una entidad corporal eventualmente psíquica, desconociendo en él su singularidad esencial como persona. En dichas circunstancias, con esas medidas sofisticadas, se propicia la ausencia de los suyos y, por lo tanto, se establece la soledad.

Siendo la muerte un acontecimiento único pero inexorable, se asocia siempre a la separación, a la ausencia y a la pérdida de la vida, que es nuestra propiedad esencial. Sin embargo, existe un cúmulo de experiencias pasadas o presentes que deben ser consideradas por el médico que está atendiendo al enfermo terminal, ya que es muy probable que éste en algún momento sienta la ausencia de afecto de las personas que lo rodean. En este contexto se hace imperativo que reciba una serie de apoyos y estímulos que pueden resumirse en una palabra: amor.

La Homeopatía tiene como uno de sus preceptos principales a la individualidad morbosa, toda vez que la forma de reaccionar ante la pérdida de la homeostasis de cada persona está sujeta a sus características antropológicas, genéticas, vivenciales y patológicas. Esta condición fue denominada por Samuel Hahnemann y otros autores, entre ellos Proceso Sánchez Ortega, como miasmas.

La muerte es una encrucijada natural e irremediable en la que el médico homeópata tiene que considerar al hombre como un todo específico, y dejar de lado la pretensión de fragmentarlo únicamente en sus aspectos nosológicos o fisiopatológicos. Es imperativo, por tanto, que se le permita ser consciente de la realidad y ayudarlo a que tenga la valentía para afrontar la desorientación existencial que el conocimiento de su condición le origina, de tal manera que pueda llegar a la muerte dueño de sí, íntegro psicológicamente.

La muerte es el evento final forzoso de la vida, pero en el transcurso de ella hay padecimientos que ocupan estadísticamente un lugar importante. Es el caso de la neumonía, que logra superarse con el método homeopático al estimular la recuperación de la homeostasis de los pacientes en forma rápida, segura y eficaz. Como siempre debe ocurrir, hay que considerar la individualidad del sujeto, puesto que en cada caso las reacciones a la enfermedad son particulares.

En uno de los artículos de este número se pretendió observar la utilidad de un grupo de medicamentos aplicado a 39 personas de diferentes edades, todas ellas diagnosticadas con neumonía. Los participantes fueron tratados con distintos remedios, de acuerdo con sus particularidades, utilizando distintas dinimizaciones y observando el tiempo en que la reacción de la mejoría se presentaba.

El trabajo buscó demostrar la actividad clínica de los medicamentos homeopáticos, un esfuerzo siempre plausible que debe recordarle a todos los médicos que siguen el paradigma establecido por Hahnemann que la investigación —tanto básica como clínica—, tiene que incrementarse sustancialmente para que haya pruebas contundentes acerca de su efectividad e inocuidad.

# Estudio Retrospectivo Multicéntrico sobre la Efectividad de la Homeopatía en Pacientes con Neumonía

\*Assumpta Mestre Blabia

\*\*Óscar Ángel Minotti

\*\*\*Antonio Francisco Marqués Arpa

\*\*\*\* Anna Pla

\*Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona (España). Presidenta de la Sección de Homeopatía del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Posgrado en Homeopatía por el Instituto de Estudios Superiores de Oaxaca, A.C. (México). Posgrado en Homeopatía por la Academia Médico Homeopática de Barcelona (AMHB).

\*\*Profesor titular de la Asociación Médica Homeopática Argentina. Creador del método audiovisual "Materia Médica Vivencial" y del primer software en español para repertorización homeopática, "Minotti 2014".

\*\*\*Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de La Laguna, Tenerife (España). Posgrado por Homeopatía de México, A.C., y por la Academia Médico Homeopática de Barcelona. Doctorado en Homeopatía por la Universidad de La Laguna.

\*\*\*\*Secretaria de la junta directiva de la sección de médicos homeópatas del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (España). Miembro del subcomité de investigaciones del Comité Europeo para la Homeopatía.

## Resumen

El estudio está basado en 39 casos de pacientes diagnosticados con neumonía y tratados según el método establecido por Samuel Hahnemann en el *Organon*. Observa los medicamentos más frecuentemente indicados, teniendo en cuenta la repertorización individual de los síntomas de cada paciente en el cuadro agudo. Hace un estudio comparativo sobre la evolución de los pacientes en función de las potencias utilizadas (30CH y 6LM) y de la conveniencia, o no, de la continuidad del tratamiento hasta la ausencia total de los síntomas clínicos.

### PALABRAS CLAVE:

Neumonía, Tratamiento homeopático de la neumonía, Infecciones respiratorias y Homeopatía, Estudio multicéntrico.

## Abstract

*This study is grounded on 39 cases of patients with pneumonia, who have been treated according to the method established by Samuel Hahnemann in the Organon. I pointed to the most frequently indicated remedies to treat this condition, following the individual repertorization of the symptoms of each patient. I compared also the evolution of the cases depending of the use of 30CH or 6LM potencies. I also questioned the suitability of continuing the treatment once the clinical symptoms have vanished.*

### KEYWORDS:

Pneumonia, Homeopathic treatment of pneumonia, Respiratory infections and homeopathy, Multicenter study.

Recibido: julio, 2013. Aceptado: agosto, 2013

## I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comunidad Europea, así como las conclusiones sobre el análisis de la situación de terapias naturales del Ministerio de Sanidad de España en torno a la Homeopatía (2011), coinciden en que son necesarios más estudios científicos en el ámbito homeopático que demuestren su efectividad. Es por este motivo que se realizó este estudio —en el año 2007— y que ahora se ha revisado y ampliado de forma multicéntrica para obtener una muestra más elevada. Actualmente, la Homeopatía tiene un papel en el tratamiento de las infecciones que es necesario dar a conocer.

Este estudio está basado en 39 casos de pacientes con neumonía que han seguido tratamiento con Homeopatía clásica, de acuerdo con las bases establecidas por Samuel Hahnemann en el *Organon*.

## Objetivos del estudio

Los objetivos principales del estudio evaluaron la efectividad de la Homeopatía en los procesos neuromónicos, observando la evolución del cuadro agudo tras la prescripción del medicamento homeopático *similimum*, e investigar la incidencia de los medicamentos que más frecuentemente contribuyen a su resolución, aplicando los parágrafos del *Organon* para la prescripción del medicamento homeopático.

También se ha procedido a hacer un estudio comparativo de la evolución de los pacientes según las escalas CH y LM en las potencias utilizadas.

## Material

- Historias clínicas, documentación diagnóstica, radiológica, exámenes de laboratorio e informes médicos hospitalarios.
- *Repertorio de la Materia Médica Homeopática*, de James Tyler Kent.
- *Complete repertory 4.5*, de Roger van Zandvoort.

- *El moderno repertorio de Kent*, de Francisco Xavier Eizayaga.
- *Synthetic Repertory*, de Horst Barthel y Will Klunker.
- Programa *Excel* para elaborar gráficas de los resultados de los medicamentos más frecuentes, horas de evolución y potencias utilizadas.

## Método

- Se prescribió el medicamento indicado, de acuerdo con las bases establecidas por Hahnemann en el *Organon*.
- La valoración miasmática de los síntomas fue tomada en dos casos de acuerdo con la escuela argentina, y en tres según la escuela mexicana.
- Se consideraron los casos tratados con potencias 30CH y 6LM, con la excepción de un caso tratado con 30LM. La frecuencia establecida fue de cada cuatro horas para poder comparar la evolución de los enfermos en función de la escala prescrita.
- Tanto en los pacientes que habían tomado previamente otros medicamentos, como en los que no, se tuvieron en cuenta los síntomas nuevos e intensos del cuadro agudo y los antiguos exacerbados en el momento de la toma del caso. Tras hacer la nitidez de los síntomas característicos modalizados, se procedió a su repertorización (parágrafo 92), considerando los síntomas mentales, generales y locales (parágrafos 151-153).
- Los casos en que los síntomas mentales no eran intensos o claros no fueron valorados ni repertorizados; se tomaron en cuenta sólo los síntomas generales y locales.
- Transcurridas 24 horas, a los pacientes que no evidenciaron alguna mejoría en su estado general se les retomaron los síntomas y se procedió a un cambio del medicamento.
- Como señala Hahnemann en los parágrafos 167 y 250 del *Organon*, en caso de que se deba cambiar el medicamento porque no sea el apropiado, se deberán tomar los síntomas primitivos, además de los nuevos aparecidos, para formar una nueva imagen y buscar otro medicamento. En los



casos urgentes, si a las 6, 8 o 12 horas de dar el medicamento el paciente está peor, significa que el médico se ha equivocado, por lo que debe cambiar el medicamento.

## Síntomas

Síntomas nuevos o exacerbados durante el cuadro agudo.

1. Mentales.
2. Tórax:
  - a. Inflamación de pulmón. Lateralidad y localización.
  - b. Estado del pulmón.
3. Fiebre: particularidades.
4. Tos: particularidades.
5. Expectoración: características y modalidades.
6. Respiración: características y modalidades.
7. Estado general.
8. Estado de la piel: ictericia, seca, transpiración, color, cianosis.
9. Sed: características y modalidades.
10. Dolor: características, localización, modalidades.
11. Generales
  - a. Agravaciones.
  - b. Mejorías.

### 1. Mentales

- Ansiedad.
- Compañía, aversión, deseo.
- Deseo de ser llevado en brazos.
- Irritable.
- Llanto. Con la tos.
- Lamenta.
- Miedo: muerte, enfermedad grave, solo.
- Murmura.
- Quejoso.

### 2. Tórax

- Inflamación pulmones.
  - Localización.
  - Estadio: hepatización.
  - Complicaciones: absceso. Pleuritis. Empyema.
  - Pleuroneumonía.
  - Bronconeumonía.
- Dolor torácico.
  - Modalidades: agravación, mejoría.
  - Tipos.
  - Causas: tos, respiración, posición.
- Respiración

- Características: acelerada, abdominal, difícil, entrecortada.

### 3. Generales

- Somnolencia.
- Cansancio.
- Inquietud.
- Quietud.
- Debilidad.
- Deseos y aversiones alimentarias.
- Horarios.
- Tapado, destapado, aire, posición en la cama.
- Pulso.
- Causas.

### 4. Fiebre

- Temperatura corporal: localizaciones.
- Modalidades: horarios, agravación, mejoría.
- Aspecto del enfermo: color.
- Escalofrío, estadios.
- Sudoración: ausente, localización, horario.
- Tipos: seca, intensa, hética, insidiosa.
- Tapado, destapado.

### 5. Vértigo

- Vértigo modalizado.

### 6. Cabeza

- Cefalea modalizada.

### 7. Tos

- Causas.
- Tipo de tos (seca, húmeda, quintosa).
- Dolor por la tos.
- Vómitos por la tos (características).
- Agravación y mejoría.

### 8. Respiración

- Abdominal.
- Acelerada.
- Sibilante.
- Silbante (se oye sin estetoscopio).

### 9. Cara

- Color.
- Labios.
- Nariz: movimiento alas nasales.
- Ojos: sensibilidad a la luz.

### 10. Expectoración

- Color.
- Sabor.
- Textura.

### 11. Digestivo

- Sed modalizada. Características. Deseos.
- Deposiciones: diarrea, estreñimiento.
- Vómitos: características. Etiología.
- Boca: olor, sabor, aspecto de la lengua.
- Abdomen: distensión.

### 12. Piel

- Ictericia.
- Seca.
- Transpiración.
- Color: cianosis.

### 13. Etiología

- Frío.
- Corrientes de aire.
- Complicación de un resfriado.
- Emocional.

### 14. Concomitantes

- Herpes labial.
- Dentición.
- Erupciones dérmicas.
- Epistaxis.
- Diarreas.
- Rinorrea.

## Características de la muestra y discusión sobre la rapidez de acción de los medicamentos homeopáticos

La edad de la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio osciló entre los 0 y 10 años (25). Asimismo, el segundo grupo con mayor participación fue el de pacientes con 50 a 70 años de edad (6), seguido por los grupos de 30 a 50 años (4), 10 a 30 años (3) y de 70 a 90 años (1). Ver figura 1.

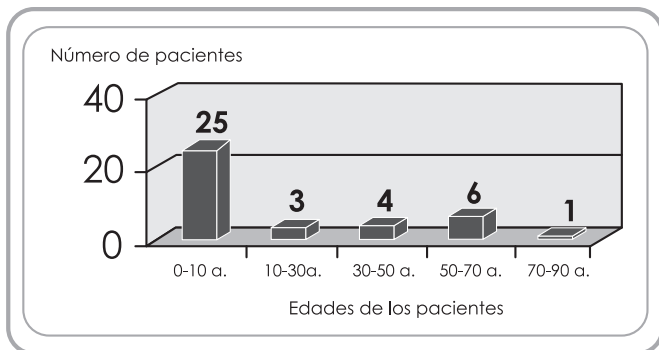


Figura 1. Edades de los pacientes.

La mayor parte de los pacientes no precisaron más de tres dosis de medicamento homeopático antes de la aparición de la mejoría (figura 2).

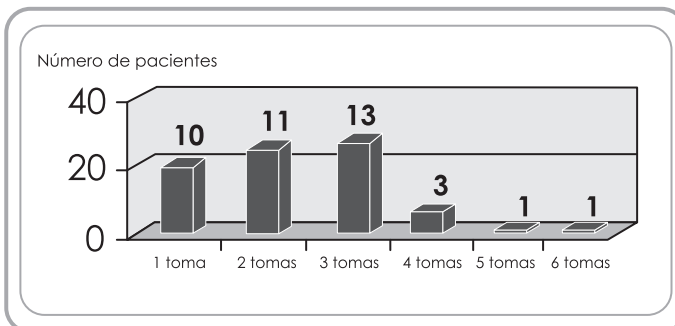


Figura 2. Tomas necesarias para la aparición de mejorías.

El tiempo de respuesta osciló mayoritariamente entre la primera y la cuarta dosis, reaccionando un 85% de los pacientes entre las primeras 12 horas (debemos recordar que la frecuencia de las tomas fue de cada 4 horas). Ninguno de ellos superó las 24 horas (ver figuras 3 y 4).

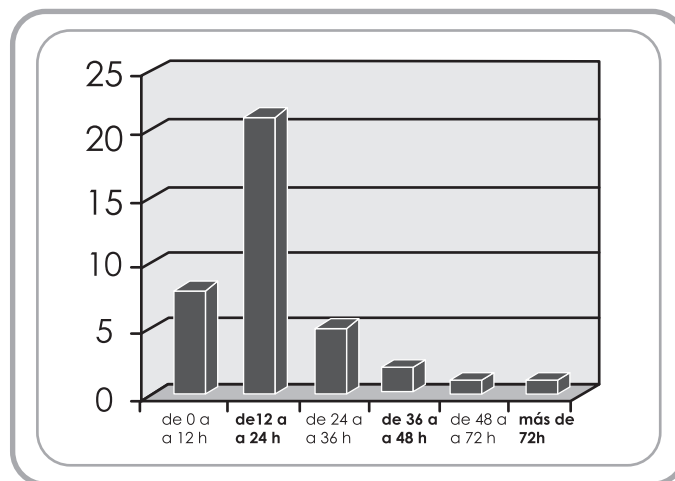


Figura 3. Tiempo transcurrido hasta la desaparición de la fiebre.

### Tipo de Respuesta

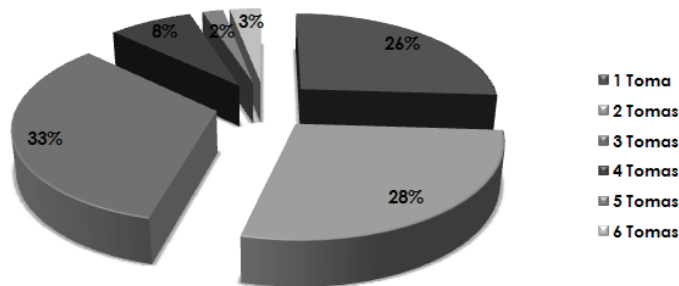


Figura 4. Número de tomas y tiempo de respuesta para la desaparición de la fiebre.

En las enfermedades agudas, si el medicamento es el apropiado la enfermedad central desaparece imperceptiblemente en pocas horas desde la primera dosis (parágrafos 148, 167 y 250).

Respecto a la discusión que suele plantearse sobre el efecto placebo de la Homeopatía, la mayor parte de los pacientes incluidos en este estudio fueron niños y no supieron qué tomaban, ya que el medicamento se les dio disuelto en agua.

En otros casos, la respuesta curativa sólo apareció tras modificar el medicamento indicado sin que el paciente lo supiera.

## Medicamentos utilizados con más frecuencia en neumonías

La mayoría de los medicamentos administrados fueron policrestos que no coincidieron con el tratamiento crónico de los pacientes. En las gráficas correspon-

dientes (figuras 5 y 6) sobresale el uso de 14 distintos medicamentos homeopáticos, lo que ilustra la importancia de la individuación en el tratamiento y, por ende, en este tipo de estudios.

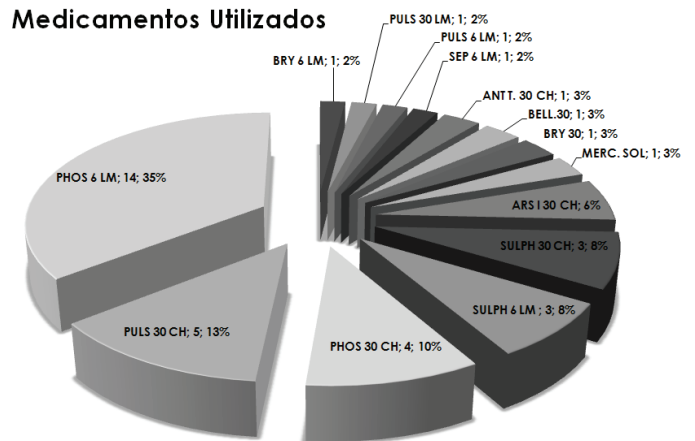


Figura 5. Gráfica de pastel con los porcentajes correspondientes a los medicamentos utilizados.

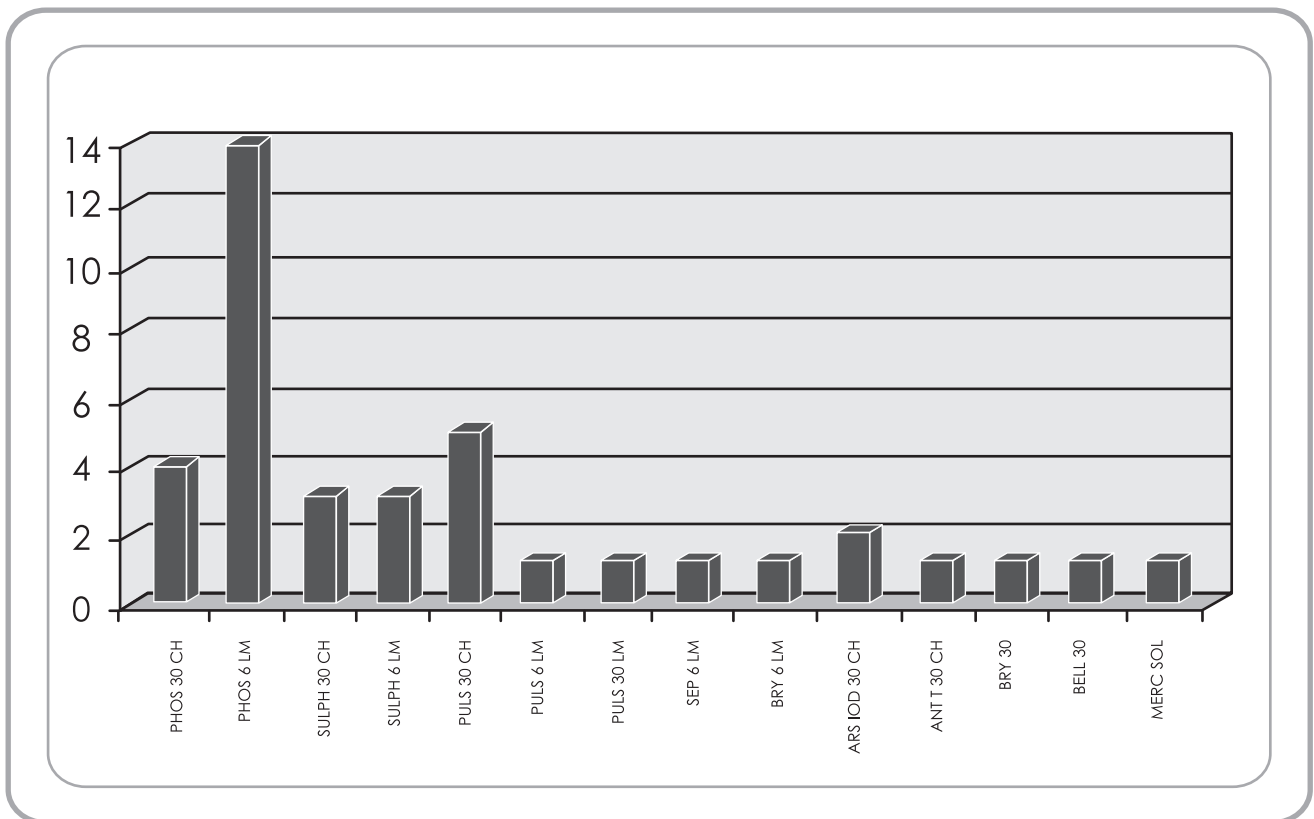


Figura 6. Gráfica de barras con los medicamentos utilizados en el estudio y su frecuencia.



## Potencias y escalas utilizadas

Inicialmente los tratamientos fueron prescritos con potencias CH, y ninguno de ellos precisó un aumento superior a la 30 (figura 7).

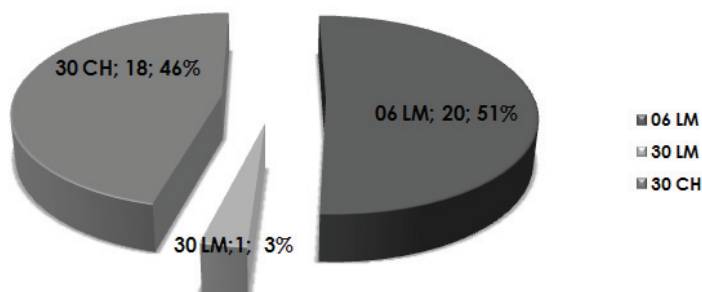


Figura 7. Gráfico comparativo de las potencias y escalas empleadas en el estudio

Posteriormente, a raíz del conocimiento del uso de las potencias LM, se procedió al cambio de escala CH a LM, observando que el tiempo transcurrido para el inicio de la mejoría de los pacientes fue prácticamente el mismo en las dos escalas, aunque los enfermos tratados con escala 6LM presentaron mayor rapidez en su evolución, sin aparición de agravaciones en ninguno de ellos.

## Observaciones

Los pacientes que precisaron el mismo medicamento, tanto en el cuadro agudo como en el crónico, evidenciaron posteriormente una mejoría en la frecuencia e intensidad de las recaídas de sus cuadros bronquiales.

Los pacientes que precisaron otro medicamento distinto al crónico no mejoraron en las recaídas de su cuadro bronquial al ser tratados posteriormente con el mismo medicamento del cuadro agudo, de modo que se volvió a instaurar el crónico anterior, evidenciando una mejoría de las mismas en espacio e intensidad y llegando a la desaparición en la mayoría de los casos en un periodo aproximado de 1 año (parágrafo 195).

Se subraya lo siguiente:

- En los casos en que se suspendió el tratamiento antes de la ausencia total de los síntomas físicos se observaron recaídas o estancamiento en la evolución de los mismos, mejorando al reiniciar el tratamiento con el mismo medicamento y la misma potencia hasta su resolución total.
- No se pudo apreciar mayor rapidez en la resolución del cuadro agudo con las distintas escalas.
- Sólo apareció una ligera agravación en uno de los casos, al tomar un medicamento en potencia LM en seco.
- Casi todos los pacientes iniciaron la toma de los medicamentos con una frecuencia de cada 4 horas. Dos de ellos lo hicieron cada 2 horas.
- Se utilizaron potencias 6LM y 30CH, excepto un caso, en el que se usó 30LM.
- Uno de los pacientes no mejoró con el *plus*, y sí lo hizo con la 6LM en seco.

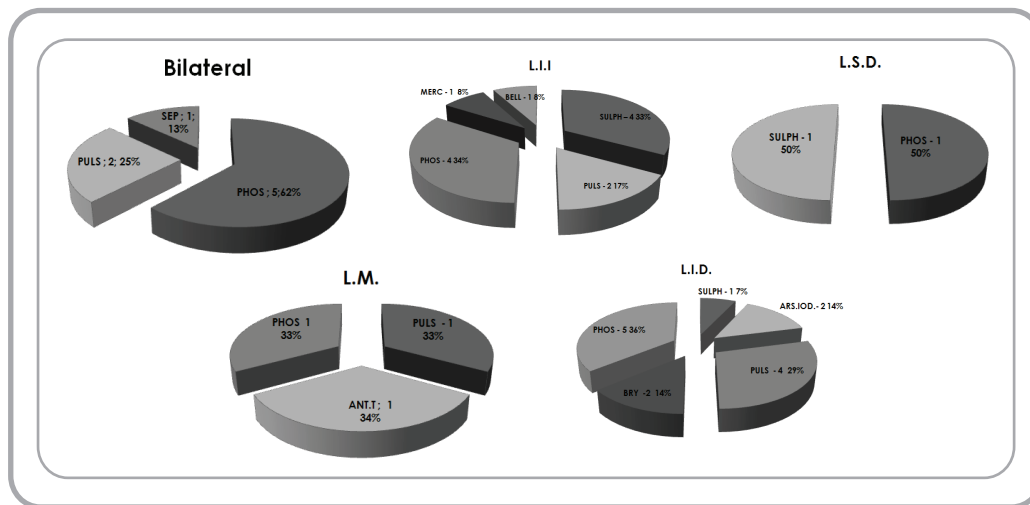
## Conclusiones

El medicamento más frecuentemente indicado ha sido Phosphorus, reafirmando así su organotropía pulmonar.

Las potencias LM han sido ligeramente más efectivas que las CH, en cuanto a la velocidad de la evolución, sin mostrar grandes diferencias.

Este estudio ha confirmado la acción de algunos medicamentos homeopáticos que no están registrados en el *Repertorio de Kent*:

- L.S.D: Phos, Sulp.
- L.M. Ant T. Phos, Supl.
- L.I.D. Aes. Iod, Bry, Puls, Suplh.
- L.I.I. Bell, Merc, Phos, Puls (ver figura 8).



**Figura 8.** Cuadro comparativo de los medicamentos prescritos en función de su localización.

Cuando el medicamento prescrito es el correcto, la efectividad del tratamiento homeopático en las enfermedades agudas es evidente desde las primeras horas, independientemente de la edad y el sexo, por lo que deberemos tener en cuenta la posibilidad de error de prescripción, en cuanto al medicamento y/o potencia, en caso de que en las primeras 12 horas no se haya producido ningún cambio.

El tratamiento no debe suspenderse, aunque sí espaciarse en frecuencia cada 8, 12 o 24 horas en cuanto el paciente empieza a experimentar una mejoría evidente (parágrafos 246 y 247), hasta la ausencia total de síntomas físicos a fin de evitar posibles recaídas. Uno de los pacientes abandonó el tratamiento antes de la desaparición total de los síntomas clínicos respiratorios, y sufrió una recaída que obligó a la reinstauración del mismo.

En los casos en que no se han evidenciado síntomas mentales intensos o nuevos, se han valorado únicamente los síntomas generales y particulares sin que en ningún caso se haya producido agravación o supresión alguna.

La evolución de los pacientes ha sido más rápida en quienes no suspendieron el tratamiento hasta la ausencia total de crepitantes, aunque el estado general fuera bueno y la fiebre hubiera desaparecido.

Se ha comprobado que el método establecido por Hahnemann en el tratamiento de las enfermedades agudas es efectivo, aún cuando en un caso (no. 23) se evidenciara que una potencia LM en seco hubiera sido más efectiva que en el método *plus*, objetivándose sólo una ligera agravación por aumento de temperatura en un corto espacio de tiempo, seguida de una mejoría franca del estado general del paciente.

Mientras dure el efecto de la dosis anterior, no debe repetirse ningún medicamento, y cuando deba repetirse se modificará ligeramente a una dinamización más alta, a intervalos definidos en agua y potencias cada vez más altas, para que la curación sea más rápida (parágrafos 246 y 247). No hay medicamentos exclusivamente agudos. Su aplicación depende de la estrategia utilizada y los síntomas del paciente. Podemos ver así medicamentos profundos que se utilizan a menudo en enfermedades agudas (Phosphorus, Mercurius solubilis, Sulphur). Finalmente, un solo medicamento *simillimum* es suficiente para la resolución de los casos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hahnemann S. Organon de la medicina, 6a ed. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1986.
- Kent JT. Filosofía de la Homeopatía. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1988.
- Kent JT. Escritos menores. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1987.
- Kent JT. Repertorio de la Materia Médica Homeopática. Nueva Deli: B. Jain Publishers; 1982.
- Barthel H, Klunker W. Synthetic Repertory. Heidelberg: Herausgegeben; 1982.
- van Zandvoort R. Complete Repertory 4.5. Países Bajos.
- Boenninghausen CFM. Manual de terapéutica homeopática y repertorio. México: Propulsora de Homeopatía.
- Lathoud JA. Materia médica homeopática. Buenos Aires: Editorial Albatros; 1975.
- Vijnovsky B. Tratado de materia médica homeopática (tres tomos). Buenos Aires: Talleres Gráficos Didot; 1981.
- Farrington EA. Materia médica clínica. Nueva Deli: B. Jain Publishers; 2001.

## Artículo de revisión

# \*Sobre los Medicamentos Homeopáticos Mexicanos

\*\*Fernando Darío François Flores

### Resumen

A lo largo de 155 años, médicos homeópatas e instituciones académicas han promovido el estudio y la configuración de las patogenesias de diversos remedios mexicanos. Este trabajo relata la historia de 54 de ellas y señala datos específicos acerca de su acción terapéutica. Es importante resaltar las investigaciones en torno a Meteorita campo cielo (es la primera vez en la historia que se experimenta con un meteorito), y Cinis popo (ceniza del volcán Popocatepetl).

### Abstract

*Over 155 years, homeopaths and academic institutions have promoted the study and configuration of several mexican remedies pathogenesis . This work tells the story of 54 of them and points out specific facts about its therapeutic action. Importantly, the research on Campo cielo meteorite (the first time in history that is experienced with a meteorite), and Cinis popo (Popocatepetl volcano ash).*

#### PALABRAS CLAVE:

Medicamentos homeopáticos mexicanos, Patogenesias, Materia médica, Materia médica mexicana, Farmacopea, Farmacopea homeopática.

#### KEYWORDS:

Mexican homeopathic medicines, pathogenesis, Materia medica, Materia medica mexicana, Pharmacopoeia, Homeopathic pharmacopoeia.

\*Trabajo presentado durante la XX Reunión de Grupos Foráneos de Homeopatía de México A. C., celebrada en Cuernavaca, Morelos, entre el 1 y el 3 de agosto de 2013.

\*\*Médico cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana. Integrante de la Red Internacional para la Historia de la Homeopatía, de la Asociación Europea para la Historia de la Medicina y la Salud. Catedrático en Homeopatía de México, A. C.

## Los inicios

La República Mexicana es un país lleno de cultura y tradiciones, muy anteriores a la conquista de los españoles en el siglo XVI. México es un país rico en herbolaria y remedios naturales, y de hecho fue el primero en el mundo en reconocer oficialmente a la medicina homeopática —hace 118 años, justo en 1895—, gracias al decreto del general Porfirio Díaz, en ese entonces presidente de la República.

Recibido: junio, 2013. Aceptado: agosto, 2013



El estudio de la materia médica y las patogenias homeopáticas es muy antiguo en México. De hecho, los primeros ensayos se realizaron al interior de la primera agrupación homeopática, la efímera Sociedad Homeopática Mexicana, fundada por Pablo Fuentes y Herrera en 1861<sup>1</sup>. Su publicación oficial, denominada *La Gaceta*, es también la primera revista homeopática publicada en la República Mexicana. Existen referencias acerca de los ensayos de Pulsatilla, Bufo y Arnica<sup>2</sup>, entre otros. Desgraciadamente no me fue posible conseguir ningún ejemplar de estas patogenias, aparentemente las primeras realizadas en nuestro país.

Correspondió a Ismael Talavera, médico veracruzano, la publicación del primer remedio netamente mexicano, la *Magnolia grandiflora*, en 1885<sup>3</sup>. Talavera fue uno de los últimos discípulos de Ernest A. Farrington, y tuvo la oportunidad de estudiar durante dos años con él en la ciudad de Filadelfia.

Fue, asimismo, un gran impulsor de la Homeopatía en Veracruz y una pieza fundamental en la oficialización de la medicina homeopática en dicho estado.

Es pertinente señalar que el decreto del general Luis Mier y Terán, emitido el 15 de diciembre de 1779<sup>4</sup>, fue el segundo en México a nivel estatal. Talavera logró que el hospital “Ignacio de la Llave”, de Orizaba, incluyera dos salas de Homeopatía que él atendía personalmente<sup>5</sup>.

Por otra parte, los medicamentos Terebinthina chio (no confundir con *Oleum terebinthinae*), *Paronychia illecebrum* (actualmente llamada *Alternanthera repens*) y *Rajania subsamarata* (actualmente llamada *Amphipterygium adstringens*) fueron ensayados inicialmente por Pánfilo Carranza<sup>6</sup>, pero su experimentación pura fue realizada por Manuel M. de Legarreta, uno de los primeros médicos que se dedicaron específicamente a investigar los medicamentos originarios de México.

Manuel M. de Legarreta introdujo también a la materia médica homeopática a *Achyranthes calea* (actualmente llamada *Iresine calea*) y a *Hoitzia coccinea* (que ahora se denomina *Loeselia mexicana*). Estos cinco remedios homeopáticos, todos de acción muy importante en trastornos febriles e infecciosos, también tuvieron una gran difusión a nivel internacional. Sus primeros síntomas, obtenidos mediante experimentación clínica, fueron publicados en la revista *La Homeopatía*, en 1894<sup>7</sup>.

En dicho artículo, que no es más que la reseña de una sesión clínica de los miembros de la Sociedad Hahnemann, se discutió el tratamiento homeopático del tifo y otras piroxias. La presentación por Manuel de Legarreta y Pánfilo Carranza de estos cinco remedios mexicanos causó gran expectación y polémica, al grado de que el médico catalán Olivé Gros publicó, en noviembre de 1898, un artículo en el que ponía en entredicho la efectividad de los medicamentos citados. El texto apareció en la *Revista Homeopática*, órgano de la Academia Médico Homeopática de Barcelona<sup>8</sup>.

La polémica siguió su curso y Manuel de Legarreta publicó otro artículo, ahora en diciembre de 1898, titulado *Los medicamentos mexicanos de la fiebre tifoidea y la Academia de Medicina Homeopática de Barcelona*<sup>9</sup>, donde expuso los síntomas característicos de estos remedios mexicanos, tan útiles en los síndromes febriles. Años después, publicaría las patogenias completas de cada uno de ellos<sup>10-14</sup>.

---

## Un nuevo impulso

---

En 1911, nuevamente se presentaron a la luz pública los medicamentos producto de la discusión, esta vez en un folleto titulado *Patogenia de cinco medicinas introducidas en la materia médico homeopática para la curación del tifo y otras piroxias*<sup>15</sup>. Este folleto se publicó de nuevo durante los festejos del 50 aniversario del Hospital Nacional Homeopático, enriquecido con adiciones a la patogenia de Terebinthina por parte de Luis de Legarreta, hijo de Manuel, quien seguiría los pasos de su padre dentro del camino de la medicina homeopática<sup>16</sup>. Es pertinente subrayar que las sustancias descritas, que generaron una polémica internacional desde fines del siglo XIX, son muy útiles en las enfermedades agudas febriles.

Pablo Fuentes y Herrera, una de las personalidades más importantes en los albores de la medicina homeopática en nuestro país, publicó en 1899 la patogenia de *Phacamollis* (actualmente *Crotalaria pumila*), enriquecida con varios casos clínicos<sup>17</sup>. Este medicamento, coloquialmente conocido como chipilín, tiene una gran acción en la parte final del tubo digestivo. A partir de entonces, los esfuerzos para enriquecer la materia médica mexicana cayeron en un largo letargo.

Fue hasta 1913 que nuevamente se publicaron patogénesias estudiadas en México, contenidas en el *Prontuario de materia médica* de Manuel A. Lizama<sup>18</sup>. En el apéndice de este pequeño texto de materia médica hay una síntesis de los cinco remedios de Manuel M. de Legarreta y una descripción de tres remedios nuevos: Chollostrum, experimentado por Alberto B. Palma; Antipyrine, experimentado por Juan N. Arriaga, y el famoso Yumel (*Malmea depressa*), con las observaciones clínicas del mismo Lizama, quién lo introdujo a la materia médica homeopática.

El *Prontuario* de Lizama se editó nuevamente en 1937<sup>19</sup>, con el mismo apéndice acerca de los medicamentos mexicanos. De hecho, el Yumel es uno de los pocos remedios ensayados en aquellos tiempos que no ha caído por completo en el olvido, y hoy se conocen mucho más sus efectos en la clínica que por su experimentación pura. Esta sustancia es conocida en nuestro país y en el extranjero por su gran acción sobre hígado y vías biliares.

Durante las sesiones del Consejo Homeopático Internacional, celebrado en Barcelona, España, en septiembre de 1924, el médico homeópata yucateco José D. Conde Perera presentó una revisión bibliográfica de la patogénesia de *Carica papaya*<sup>20</sup>, con la intención de llamar la atención sobre este medicamento, que es una sabrosa fruta muy popular en los países tropicales. Son ampliamente conocidas sus propiedades antiparasitarias y su capacidad para mejorar la digestión.

Tuvieron que trascurrir 36 años para que Hilario Luna Castro publicara en la revista *La Homeopatía en el Mundo* la patogénesia del *Centruroides suffusus pocock*, el alacrán de Durango<sup>21</sup>. Esta experimentación pura fue realizada durante 1939 y enviada a la *Deutscher Zentralverein Homöopathischer Ärzte* (Asociación Central Alemana de Médicos Homeópatas). El alacrán, también conocido como escorpión, es un arácnido identificado como un habitante típico de la biosfera tropical que cuenta con once géneros en la República Mexicana. Como es lógico, esta sustancia es un excelente antídoto contra las ponzoñas de los arácnidos, particularmente de los alacranes.

En 1961 apareció el libro *Materia médica homeopática de plantas mexicanas*, de Luis G. de Legarreta<sup>22</sup>, dedicado investigador e hijo de Manuel María. Esta obra contiene las patogénesias de 12 nuevos remedios mexicanos (varios estudios fueron iniciados por su padre, además del ya conocido Yumel).

Los medicamentos vegetales son: *Abelmoschus moschatus*, *Agave tequilana*, *Argemone ochroleuca* (actualmente *Argemone mexicana*), *Calea zacatechichi*, *Castella texana* (actualmente *Castella tortuosa*), *Cecropia Obtusifolia*, *Cynara scolymus*, *Karwinskia humboldtiana*, *Lippia mexicana* (actualmente *Lippia dulcis*), *Persea americana*, *Rauwolfia serpentina* (actualmente *Rauwolfia hirsuta*) y *Smilax cordifolia*.

Entre esta docena de remedios encontramos una gran diversidad de acciones y efectos sobre el ser humano sano que, sin embargo, deben ser reexperimentados para conocer a fondo todo el potencial curativo que tienen. Algunos de ellos, como la “tullidora” (*Karwinskia*) y el “chaparro amargoso” (*Castella*), han sido objeto ya de nuevos estudios. En este grupo de medicamentos encontramos excelentes aplicaciones clínicas, como es el caso de *Castella*, que es ideal para tratar los trastornos de hígado y vías biliares; *Abelmoschus*, muy útil en las picaduras de mosquitos, y *Karwinskia*, en los síndromes de neurona motora inferior, entre otros.

En 1968, uno de los tres grandes maestros de la Homeopatía mexicana, Proceso Sánchez Ortega, publicó la experimentación pura de *Amorphophallus rivieri*, realizada en la Escuela Libre de Homeopatía de México y en la sociedad médica “Eulalio Darío Flores”. Esta patogénesia, editada en *La Homeopatía en el Mundo*<sup>23</sup>, es un remedio más para la materia médica homeopática, con una particular indicación en los dolores de cabeza.

Después de esta publicación, la investigación sobre los medicamentos mexicanos decayó notoriamente. De hecho, durante la década de los setentas ninguna patogénesia mexicana fue publicada.

## Renacimiento

En las sesiones del XXXV Congreso de la Liga Médico Homeopática Internacional, realizado en el puerto de Acapulco entre el 18 y el 22 de agosto de 1980, David Flores Toledo presentó la patogénesia de *Psilocybe caerulescens murray*, variedad *mazatecorum*, un hongo alucinógeno de Oaxaca que tiene una gran acción sobre la esfera mental<sup>24</sup>, principalmente en trastornos de la memoria.

En 1983, María Eugenia Pulido Álvarez y colaboradores realizaron la experimentación pura de *Plumbago capensis*, uno de los primeros ensayos realizados dentro de la Sección de Graduados e Investigación de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, perteneciente al Instituto Politécnico Nacional (IPN)<sup>25</sup>.

David Flores Toledo publicó en 1987 la patogenesis del *Hypophisium anterioris* (actualmente llamado *Pituitaria anterior*, a solicitud expresa del autor de la patogenesis). Este remedio, obtenido del lóbulo anterior del cerdo macho joven (*Sus scrofa domestica*) ha demostrado tener una gran afinidad con el aparato reproductor femenino, particularmente en mujeres jóvenes que padecen trastornos hormonales<sup>26</sup>.

Durante ese mismo año, María Eugenia Pulido Álvarez y José Waizel Bucay publicaron una pequeña patogenesis de *Opuntia vulgarismill*, mejor conocido como nopal. Este remedio, actualmente muy utilizado de manera empírica en su condición natural, debe ser investigado más a fondo para poder conocer mejor sus posibilidades curativas<sup>27</sup>, que apuntan principalmente a sus cualidades diuréticas y antidiabéticas.

En enero de 1988, María Eugenia Pulido Álvarez y colaboradores publicaron en *La Homeopatía de México*<sup>28</sup> la patogenesis de *Euphorbia pulcherrima*, mundialmente conocida como flor de nochebuena. Esta hermosa flor mexicana también tiene síntomas muy interesantes en su patogenesis, que pueden sugerir una acción antihistamínica.

La década de los noventa fue especialmente rica en experimentaciones y reexperimentaciones, las cuales tuvieron difusión internacional, al grado de que ocho remedios homeopáticos fueron ensayados y dos más reexperimentados, ahora introducidos en la materia médica mexicana.

A principios de 1991, María Eugenia Pulido Álvarez y colaboradores publicaron las primeras observaciones de *Pyracantha koidzumii*, un arbusto ornamental comúnmente conocido como piracanto, de uso muy común en parques y jardines en nuestro país<sup>29</sup>. Esta planta tiene acción sobre malestares digestivos de tipo agudo y trastornos migrañosos.

Durante las sesiones de la XVII Asamblea General de Homeopatía de México, A. C. (HMAC), realizada en la ciudad de Puebla de los Ángeles, Raúl Morales López y Gonzalo Cortés Rodríguez dieron a conocer los primeros síntomas patogénicos de *Gryllus*, medicamento que posee una gran

afinidad por los órganos urinarios masculinos y por la próstata<sup>30</sup>. Esta patogenesis, presentada en agosto de 199, fue realizada conjuntamente por los departamentos de farmacia del Grupo Oaxaca y del Grupo Central de HMAC.

El 26 de noviembre de 1991 dio inicio, en la Sección de Graduados e Investigación de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (IPN), la experimentación del ácido indolacético (*Indolaceticum acidum*), uno de los componentes principales del aguamiel. Esta hormona vegetal fue experimentada por María Eugenia Pulido Álvarez y colaboradores, introduciendo a la materia médica mexicana un remedio más<sup>31</sup>, que se ha mostrado como regenerador de la mucosa gástrica y modulador de algunas funciones y/o alteraciones digestivas.

En febrero de 1993, Pulido Álvarez presentó un trabajo titulado *A través de la Homeopatía, un enfoque diferente sobre el uso del tepezcohuite o Mimosa tenuiflorapoirot*, durante las sesiones del V Congreso de la Organización Médico Homeopática Internacional, celebrado en Nueva Delhi, India. Este medicamento mexicano ha sido utilizado desde tiempos ancestrales como cicatrizante y coadyuvante en el tratamiento de las quemaduras y heridas tanto del ganado como de los seres humanos<sup>32</sup>.

En la primera mitad de 1995 Pablo Hernán López Sánchez y Víctor Manuel Toledo Ramírez publicaron la patogenesis de *Lophophora williamsii*, mejor conocida como peyote. Esta cactácea, de efectos alucinógenos, ha sido utilizada por algunos indígenas mexicanos con fines místicos<sup>33</sup>; su acción principal recae en el sistema nervioso del ser humano.

La patogenesis completa de *Carcinosinum*, remedio introducido a la materia médica homeopática por James Compton Burnett desde fines del siglo XVIII, fue publicada en *La Homeopatía en el Mundo*, en 1997. Esta investigación, fruto de más de 10 años de trabajo, fue coordinada por Eduwiges Sánchez Caballero, Rosario Sánchez Caballero y Martha Riba Espinosa de los Monteros, dentro de HMAC<sup>34</sup>. El medicamento en cuestión, como su nombre lo dice, tiene una gran acción sobre los trastornos cancerosos.

Durante las sesiones de la XXII Asamblea General de HMAC, celebrada en agosto de 1999, Raúl Morales López presentó la patogenesis de un vegetal que no es originario de nuestro país. Sin embargo, en la actualidad es muy utilizado por la medicina empírica en todo tipo de trastornos. Esta planta, cuyo nombre científico es *Uncaria tomentosa*, mejor

conocida como uña de gato<sup>35</sup>, tiene múltiples aplicaciones, aunque destaca la que se relaciona con la disminución de los niveles séricos de colesterol.

También en 1999 fueron presentadas a la comunidad homeopática internacional las reexperimentaciones de Castella y de Sol<sup>36</sup>, así como los primeros síntomas estudiados de la manzanilla mexicana, cuyo nombre científico es *Matricaria recutita*<sup>37</sup>.

Dichas ponencias, presentadas durante el 54<sup>o</sup> Congreso de la Liga Médico Homeopática Internacional, en Salvador de Bahía, Brasil, fueron elaboradas por Eduwiges y Rosario Sánchez Caballero, Martha Riba Espinosa de los Monteros, Ana Isabel Dávila Partida y Andrés de León García, médicos adscritos a HMAc. Es pertinente señalar que la manzanilla mexicana tiene las mismas indicaciones que la alemana, que nosotros conocemos como Chamomilla.

En los inicios del nuevo milenio, en el año 2000, fue editada por primera vez la patogenesia del Cinis popo (ceniza del volcán Popocatepetl), experimentada por Luis Germán González y González y los médicos del Colegio de Homeópatas del Estado de Puebla, A. C. Este nuevo remedio, indicado en problemas vinculados con los ojos y la boca, se sumó a las otras<sup>38</sup> patogenesias anteriores que forman el contenido de una recopilación ilustrada llamada *Materia médica mexicana*.

Durante los trabajos del IV Congreso Latinoamericano de Materia Médica, celebrado en Zacatecas, México, en agosto del año 2000, se presentaron dos patogenesias nuevas: *Sedum praealtum*, también llamado siempreviva, un medicamento vinculado con problemas de los ojos y la boca cuya investigación estuvo a cargo de Ana Isabel Dávila Partida y Marta Riba Espinosa de los Monteros, y *Jatropha dioica*, un medicamento que tiene acción astringente y que se conoce como sangre de Drago, el cual fue experimentado por la doctora Consuelo Arteaga Saucedo<sup>39</sup>.

Otro remedio experimentado por los miembros del Grupo Oaxaca es la *Thevetia peruviana*, planta conocida vulgarmente como “codo de fraile”, “cabalonga”, “flor de campana” o “calaverita”. Este remedio se utiliza popularmente como febrífugo, emético, purgante e, incluso, para tratar las hemorroides. La patogenesia correspondiente fue presentada durante la XXIII Asamblea Congreso de HMAc, en la ciudad de México (2001).

*Xanthosoma robustum*, también llamada hoja elegante, se encuentra en sus últimas fases de

experimentación. Durante esta misma XXIII Asamblea Congreso se presentaron los primeros síntomas de su patogenesia por Ana Isabel Dávila Partida y Marta Riba Espinosa de los Monteros<sup>40</sup>. La acción de este medicamento es sobre a esfera mental y el sistema nervioso central.

En 2001 se realizó por primera vez la patogenesia de *Acineta superba*, experimentación a cargo de Luis Germán González y González y los médicos del Colegio de Homeópatas del Estado de Puebla, A. C. Es la primera vez que uno de los remedios florales de Bach se experimenta homeopáticamente. En la actualidad este trabajo permanece inédito.

Rosario y Eduwiges Sánchez, así como Esther Molinares, presentaron durante el V Congreso Latinoamericano de Materia Médica, en Bogotá, Colombia, la reexperimentación de *Mercurius protoyodatus flavus*<sup>41</sup>.

Las doctoras Rosario Sánchez y Celia Chávez Camarena, así como Everardo Ayala Ramírez y Beatriz Zenteno Manzano, realizaron la experimentación de *Carcinocinum*.

Durante 2004, a partir del 16 de junio, se llevó a cabo la recolección de los síntomas experimentados en la patogenesia de *Erythroxylon coca*, presentada en el 6<sup>o</sup> Congreso Latinoamericano de Materia Médica, por las doctoras Rosario y Eduwiges Sánchez Caballero, Martha Riba Espinosa de los Monteros, Esther Molinares Rodríguez, Beatriz Zenteno Manzano y Celia Chávez Camarena<sup>42</sup>. Este medicamento tiene una importante acción en la esfera mental.

Más adelante, el doctor Raúl Morales reexperimentó *Kali sulphuricum*, investigación que presentó en la XXV Asamblea Congreso de HMAc, en Tlaxcala, Tlaxcala, en agosto del 2005<sup>43</sup>.

Durante el 7<sup>o</sup> Congreso Latinoamericano de Materia Médica, celebrado en la ciudad de Puebla en 2007, se presentó la reexperimentación de *Helleborus*, en conjunto con otros países de Sudamérica y Europa, por las doctoras Rosario Sánchez Caballero, Beatriz Zenteno Manzano y Celia Chávez Camarena.

El doctor Raúl Morales presentó un trabajo sobre *Agkistrodon bilineatus*, el cual tiene una importante acción sobre la piel y los sistemas nervioso, digestivo y respiratorio, durante el 62 Congreso de la Liga Médico Homeopática Internacional. Hizo lo propio con el *Loligo pealei* durante el 7<sup>o</sup> Congreso Latinoamericano de Materia Médica<sup>44</sup>, remedio que tiene



su acción más importante en la piel y en los sistemas urinario, digestivo, nervioso central y periférico.

En los festejos de los 50 años de existencia de HMAC, en 2010, el equipo de experimentación de dicha asociación presentó la patogenesia de *Strychnos tabascanana*<sup>45</sup>.

Fue la doctora Martha Riba Espinoza de los Monteros quien desarrolló todo el estudio botánico, taxonómico, etcétera, mientras que las doctoras Rosario Sánchez Caballero y Celia Chávez Camarena fungieron como coordinadoras. También colaboraron en este proyecto Beatriz Zenteno Manzano, Rebeca Alarcón Dávila, Teresa Picazo Soto, Alicia Sánchez de la Vega García y Noemí Muciño Campuzano.

El doctor Raúl Morales López presentó la patogenesia de *Meteorita campo cielo* durante los trabajos de la XVIII Asamblea General de HMAC, en agosto de 2012 en la ciudad de Oaxaca, Oaxaca<sup>46</sup>. Es digno de resaltar que es la primera vez en la historia que se experimenta con un meteorito.

Durante este mismo evento, la doctora Rosario Sánchez Caballero y el equipo de experimentación (grupo de los 12) de HMAC presentaron la reexperimentación de *Kali Muriaticum*<sup>47</sup>.

Actualmente se encuentran en marcha nuevas experimentaciones tanto en la Escuela Libre de Homeopatía como en HMAC. Tal y como la metodología lo requiere, no se conocen los nombres de los medicamentos investigados.

El destino que han tenido estos nuevos remedios no ha sido el mejor. Desgraciadamente, la mayoría de estas patogenesias no han sido correctamente difundidas, y paradójicamente, algunas son más conocidas en el extranjero que en México.

Podemos citar publicaciones y programas de computación en los que se encuentran algunos de estos remedios mexicanos:

- En el *Diccionario de Materia Médica Homeopática*, de O. A. Julian, se incluyeron 19 de ellos<sup>48</sup>. Son los siguientes: *Abelmoschus*, *Achyranthes* (*Iresine calea*), *Agave*, *Argemone*, *Amorphophallus*, *Calea*, *Castella*, *Cecropia*, *Cynara*, *Guatteria* (*Malmea depressa*), *Hoitzia* (*Loeselia mexicana*), *Karwinskia*, *Lippia*, *Paronichia* (*Alternanthera repens*), *Persea*, *Psilocybe*, *Rajania* (*Amphiterygium*), *Rauwolfia* y *Terebinthina*.

- En el *Diccionario de Medicamentos Homeopáticos* de Antonius A. Dorta Soares<sup>49</sup>, publicado en Sao Paulo, Brasil, en 2000, están contenidos 31.
- Dentro de los repertorios computarizados algunos remedios han tenido más difusión que otros. *Psilocybe* está incluido en el *Complete Repertory* de Roger van Zandvoort (Holanda), en el *Synthesis Repertorium Homeopathicum Syntheticum* de Frederik Schroyens (Bélgica), y en el *Repertorio Homeopático Digital* de Ariovaldo Ribeiro (Brasil). También está incluido en el *Novo Repertorio de Síntomas Homeopáticos* y en el *Repertorio de Síntomas Homeopáticos*, ambos publicados por el mismo Ariovaldo Ribeiro, así como en el *Homeopathic Medical Repertory*, de Robin Murphy (Canadá).
- El *Synthesis Repertorium Homeopathicum Syntheticum*, de Frederik Schroyens, contiene 23 remedios tanto en su versión computarizada como impresa<sup>50</sup>. La lista es la siguiente: *Abelmoschus*, *Agave*, *Alternanthera*, *Amphiterygium*, *Antipyrine*, *Argemone*, *Carcinosinum*, *Carica*, *Castella*, *Chollostrum*, *Cynara*, *Euphorbia*, *Iresine*, *Karwinskia*, *Loeselia*, *Lophophora*, *Opuntia*, *Persea*, *Pituitaria anterior*, *Psilocybe*, *Rauwolfia*, *Sol* y *Terebinthina*.
- En el *Tratado de Materia Médica Homeopática*, cuyo autor es Bernardo Vijnovsky, se incluyen 21 medicamentos: *Achyranthes* (*Iresine calea*), *Agave*, *Argemone*, *Calea*, *Castella*, *Cecropia mexicana*, *Cynara*, *Guatteria* (*Malmea depressa*), *Hoitzia* (*Loeselia mexicana*), *Karwinskia*, *Lippia*, *Magnolia glauca*, *Lophophora*, *Opuntia*, *Paronichia* (*Alternanthera repens*), *Persea*, *Psilocybe*, *Rajania* (*Amphiterygium*), *Rauwolfia* y *Terebinthina*<sup>51</sup>.
- En la *Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos*, publicada por la Secretaría de Salud, aparecen solamente 19 de los 54 medicamentos homeopáticos mexicanos: *Abelmoschus*, *Achyranthes* (*Iresine calea*), *Agave*, *Antipyrine*, *Argemone*, *Amorphophallus*, *Carica*, *Castella*, *Chollostrum*, *Cynara*, *Guatteria* (*Malmea depressa*), *Hoitzia* (*Loeselia mexicana*), *Karwinskia*, *Lippia*, *Magnolia glauca*, *Opuntia*, *Paronichia* (*Alternanthera repens*), *Persea*, *Rajania* (*Amphiterygium*), *Rauwolfia*, y *Smilax*. Sin embargo, la especie de *Magnolia* consignada aquí no es la utilizada para la preparación del remedio mexicano<sup>52</sup>.



El maravilloso legado de Hahnemann sigue aportando nuevas herramientas para la curación de los enfermos. Como ha sido demostrado, la metodología enunciada en los párrafos 105 al 145 del *Organon*, que describen la experimentación pura, sigue siendo vigente hasta nuestros días.

La medicina homeopática lleva en México más de 155 años. Ha pasado por sus buenos y malos momentos y, en su corta historia, tiene muchos eventos meritorios que relatar.

Estas 54 patogenesias son solamente uno de ellos. Varias son sólo breves ensayos, que deberán continuarse hasta tener una imagen completa de los poderes curativos que cada medicamento es capaz de desarrollar. Otras han sido estudiadas exhaustivamente.

En vista de esta revisión histórico documental podemos concluir:

1. Las patogenesias mexicanas han sido difundidas a nivel internacional, y uno de muchos ejemplos es el de la patogenesia de *Magnolia grandiflora*, que fue la tesis de ingreso de Ismael Talavera al *Hahnemann Medical College*, de Filadelfia (Estados Unidos), trabajo que se publicó en el *Hahnemannian Monthly*. Del mismo modo, podemos mencionar a *Carica papaya*, *Centuroides* y *Psilocibe*, entre muchos otros.
2. Los medicamentos mexicanos han llamado poderosamente la atención del gremio desde sus orígenes. De allí que, por ejemplo, Manuel de Legarreta publicara en diciembre de 1898 el artículo *Los medicamentos mexicanos de la fiebre tifoidea y la Academia de Medicina Homeopática de Barcelona*<sup>53</sup>, donde expone los síntomas característicos de estos remedios mexicanos, tan útiles en los síndromes febriles.
3. Las escuelas de licenciatura, como la Escuela Libre de Homeopatía de México y la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, han enriquecido con patogenesias a la materia médica mexicana.
4. Las escuelas de posgrado también han participado en esta investigación, como es el caso de Matatipac, en el norte; Puebla, en el centro, y Oaxaca, en el sur del país.

5. Han sido los médicos homeópatas mexicanos los que le han dado una investigación patogenética a medicamentos homeopáticos que sólo contaban con experimentación clínica, como es el caso de *Carcinosinum*.
6. También se han realizado reexperimentaciones de remedios ya conocidos, como es el caso de *Castela*, *Kali Sulphuricum*, *Hellevorus*, etcétera.
7. Se han experimentado medicamentos de origen inédito, como es el caso de *Meteorita campo cielo*.
8. México es el primer lugar en que se ha experimentado homeopáticamente uno de los remedios florales de Bach: *Acineta superba*.
9. Las patogenesias de los 54 medicamentos homeopáticos experimentados o reexperimentados en la República Mexicana (vegetales, animales, minerales, nosodes e, incluso, un fármaco y un imponderable), del siglo XIX al XXI, han sido producto del esfuerzo de diversos grupos de médicos e instituciones.
10. Durante el siglo XXI solamente el Grupo Central de Homeopatía de México, así como los grupos de Oaxaca y Puebla, han continuado con la investigación patogenética en México.

Es cierto: al paso de un siglo y medio los médicos mexicanos hemos aportado conocimiento a la Homeopatía universal, pero en este tercer milenio de la era cristiana debemos continuar con la labor de los que nos precedieron en el arte y la ciencia del curar.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antiga J. Un pequeño resumen de la historia de la homeopatía en México. *La Propaganda Homeopática*. 1906 oct; (11).
2. *Ibid.*
3. Talavera I. Patogenesia del *Yolotlxochitl*. *La Reforma Médica*. 1885 ago; 2.
4. Mier y Terán L. Decreto número 105. *Archivo General del Estado de Veracruz. Leyes y decretos*.
5. Apuntes biográficos del Dr. Ismael Talavera. *La Reforma Médica*. 1886 nov; (3).
6. Antiga J. Apuntes biográficos de notables homeópatas mexicanos: el Dr. Manuel M. de Legarreta. *La Propaganda Homeopática*. 1905 sep; (10).

7. La Homeopatía. 1894 mar; (6).
8. De Legarreta MM. Los medicamentos mexicanos de la fiebre tifoidea y la Academia de Medicina Homeopática de Barcelona. La Homeopatía. 1898 dic; (4).
9. *Ibid.*
10. De Legarreta MM. Achyrantescalea. La Homeopatía. 1907 jul; (1).
11. De Legarreta MM. Hoitziacoccigea. La Homeopatía. 1907 ago; (2).
12. De Legarreta MM. Illecebrumparonichia. La Homeopatía. 1907 sep; (3).
13. De Legarreta MM. Rajaniasubamarata. La Homeopatía. 1907 dic; (4).
14. De Legarreta MM. Terebinthina. La Homeopatía. 1908 ene; (5).
15. De Legarreta M. Patogenesia de cinco medicinas introducidas en la materia medico homeopática para la curación del tifo y otras pirexias. 1911; La Verdad. Reedición de 1943.
16. *Ibid.*
17. Fuentes y Herrera P. Phacamollis. La Homeopatía. 1899 may; (9).
18. Lizama MA. Prontuario de Materia Médica. Ciudad de México, México: Imprenta El Republicano; 1913.
19. Lizama MA. Prontuario de Materia Médica; 2a ed. Ciudad de México, México: El Libro Español; 1937.
20. Conde Perera JD. Carica Papaya. En: Edición facsimile del International Homeopathic Council. España: Ediciones Índigo; 1991.
21. Luna Castro H. Centruroides suffusus pocock. La Homeopatía en el Mundo. 1959 jun, 1960 jun; (1-2).
22. De Legarreta LG. Materia Médica Homeopática de Plantas Mexicanas. Ciudad de México, México; 1961.
23. Sánchez Ortega P. Amorphophallus rivieri, datos fundamentales de la planta en experimentación. La Homeopatía en el Mundo. 1968; (2).
24. Flores Toledo D. Psilocybe caerulescens murray, variedad mazatecorum. Se inicia una patogenesia. La Homeopatía de México. 1980 oct; (432).
25. Pulido Alvarez ME, *et al.* Plumbago capensis thumb. Resultados de su experimentación pura. Ciudad de México, México: Sección de Graduados e Investigación, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del IPN; 1983
26. Flores Toledo D. Relato sobre Hipophysinum anterioris (lóbulo anterior de hipófisis). La Homeopatía de México. 1987 ene; (499).
27. Pulido Alvarez ME, Waizel Bucay J. Comunicación acerca del uso en Homeopatía de Opuntia vulgarismill., comúnmente conocido como nopal. La Homeopatía de México. 1987 abr; (501).
28. Pulido Alvarez ME, *et al.* Perfil de un nuevo medicamento homeopático. Euphorbia pulcherrima willd o Flor de Nochebuena. La Homeopatía de México. 1988 ene; (511).
29. Pulido Alvarez ME, *et al.* Pyracantha koidzumii rehd, investigación acerca de un nuevo medicamento homeopático. La Homeopatía de México. 1991 feb; (545).
30. Morales López Raúl, Cortés Rodríguez G. Gryllus. Actas de la XVII Asamblea General de Homeopatía de México, A.C. 1991 ago; Puebla, México.
31. Pulido Alvarez ME, *et al.* Acido indolacético. Reporte de su experimentación pura. Ciudad de México, México: Sección de Graduados e Investigación, Departamento de Homeopatía. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del IPN; 1991.
32. Pulido Alvarez ME. A través de la Homeopatía, un enfoque diferente sobre el uso del tepezcohuite o Mimosa tenuiflorapoiret.

# LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

La información médico científica más actual y relevante del mundo de la **Homeopatía**.



Actas del V Congreso de la Organización Médica Homeopática Internacional. 1993 feb 14-18; Nueva Delhi, India.

33. López Sánchez PH, Toledo Ramírez VM. Experimentación pura de *Lophophora williamsii*: Peyote. La Homeopatía de México. 1995 mar-abr; (575).

34. Sánchez Caballero E, Sánchez Caballero R, Riba Espinosa de los Monteros M. *Carcinosinum*. Patogenesia completa. La Homeopatía en el Mundo. 1997 jul; 47(1 edición especial).

35. Morales López R. Experimentación pura de *Uncaria tomentosa* (Uña de gato). Actas de la XXII Asamblea General de Homeopatía de México, A.C. 1999 ago; Puebla, México.

36. Sánchez Caballero E, Sánchez Caballero R, Riba Espinosa de los Monteros M, Dávila Partida AI, De León García A. Experimentación pura y reexperimentación en Homeopatía de México, A.C. Sol. Actas del 54° Congreso de la Liga Médico Homeopática Internacional. 1999 oct 11-15; Salvador de Bahía, Brasil.

37. Sánchez Caballero E, Sánchez Caballero R, Riba Espinosa de los Monteros M, Dávila Partida AI, De León García A. Experimentación pura y reexperimentación en Homeopatía de México, A.C. Chamomilla. Actas del 54° Congreso de la Liga Médico Homeopática Internacional. 1999 oct 11-15; Salvador de Bahía, Brasil.

38. François-Flores FD. *Materia Médica Mexicana*. Ciudad de México, México: Biblioteca de Homeopatía de México, A.C.; 2000.

39. Actas del IV Congreso Latinoamericano de Materia Médica. 2000 ago; Zacatecas, México.

40. Actas de la XXIII Asamblea Congreso de Homeopatía de México, A.C. ,2001 ago; ciudad de México, México.

41. Actas del V Congreso Latinoamericano de Materia Médica. 2002 jul; Bogotá, Colombia.

42. Sánchez Caballero R. Patogenesia de *Erythroxylon Coca*. La Homeopatía en el Mundo. 2005; (1).

43. Morales López R. *Kali sulphuricum*. Actas de la XXV Asamblea Congreso de Homeopatía de México, A.C. 2005 ago; Tlaxcala, México.

44. Actas del LXII Congreso de la Liga Médico Homeopática Internacional y del VII Congreso Latinoamericano de Materia Médica. 2007 jul; Puebla, México.

45. Sánchez Caballero R, *et al.* *Strychnos Tabascana*. Actas de la XVII Asamblea General de Homeopatía de México, A. C. 2010; ciudad de México, México.

46. Morales López R. *Meteorita campo cielo*. Actas de la XVII Asamblea General de Homeopatía de México, A.C. 2012 ago; Oaxaca, México.

47. Sánchez Caballero R. *Kali Muriaticum*. Actas de la XVIII Asamblea General de Homeopatía de México, A.C. 2012 ago; Oaxaca, México.

48. Julian OA. *Dictionary of homoeopathic materia medica*. Nueva Deli, India: Jain Publishers LTD; 1985.

49. Dorta Soares AA. *Diccionario de medicamentos homeopáticos*. Sao paulo, Brasil: Santos, Livraria Editora; 2000.

50. Schroyens F. *Syntesis repertorium homeopathicum syntheticum*. Nueva Deli, India: Jain Publishers LTD; 1998.

51. Vijnovsky B. *Tratado de materia médica homeopática* (3 tomos). Buenos Aires, Argentina: Talleres Gráficos Didot; 1989.

52. Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. *Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 1998.

53. De Legarreta MM. *Los medicamentos mexicanos de la fiebre tifoidea y la Academia de Medicina Homeopática de Barcelona*. La Homeopatía. 1898 dic; (4).

Suscríbese y obtenga más de  
**30% de descuento**  
sobre el precio de portada.

**Suscripción anual**  
**\$250.00** (6 números)



Adquiera nuestra  
revista a través de la  
**Tienda en Línea**

[www.similia.com.mx](http://www.similia.com.mx)

Llame a los teléfonos 5547 9483 / 5547 5735 / 01 800 730 2300  
Escriba a [contacto@similia.com.mx](mailto:contacto@similia.com.mx)



# \*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<sup>er</sup> 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, irrepitibilidad, 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 Galimberti, 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 irrepetible 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-uniión.
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 sinfín 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 B<sub>17</sub>, más un sinfín 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](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.

# \*La Infinitesimalidad en las Dinamizaciones. Número de Avogadro

Roberto Mendiola Quezada

## Resumen

**PALABRAS CLAVE:**  
Infinitesimalidad, Número de Avogadro, Dilución, Divisibilidad molecular.

Este artículo define con claridad uno de los postulados fundamentales de la Homeopatía, el cual se refiere a la dosis infinitesimal, un concepto que en el área de matemáticas es una cantidad tan pequeña que no puede ser pesada o medida por los medios usuales de la física.

En el caso de la Homeopatía, se entiende que una dinamización que no contenga alguna molécula de la sustancia primaria activa no puede ser medida, lo que ocurre de acuerdo con la físico-química cuando se alcanza el Número de Avogadro. Dicha situación ocurrirá cuando exista la desconcentración equivalente a  $1/10^{23}$ , es decir, la dinamización 23X.

Este trabajo relata, asimismo, los postulados de investigadores como Perrin, Rutherford, Planck y Millikan, y establece la posibilidad de que la sustancia primaria contenga iones desde el momento en que inicia la dinamización, lo cual haría que dicho componente conservara sus propiedades a altísimos niveles de dilución.

## Abstract

*This article clearly defines one of the fundamental postulates of homeopathy, which refers to the infinitesimal doses, a concept that in the area of mathematics is such a small amount that can't be weighed or measured by the usual means of physical.*

\*Artículo publicado originalmente en el número 478 de La Homeopatía de México (Abril 1975).



**KEYWORDS:**

Infinitesimidad, Avogadro number, Dilution, Molecular severability

*In the case of Homeopathy, energizing means that any molecule that does not contain the primary active substance can't be measured, which occurs according to the physicochemical when reaching the Avogadro number. This situation will occur when there is a concentration equivalent to  $1/10^{23}$ , that is to say the dynamic 23X.*

*This paper describes also the tenets of researchers like Perrin, Rutherford, Planck and Millikan, and establishes the possibility that the primary substance containing ions from the moment you start the revitalization, which would make such component towering retain their properties dilution levels.*

## Conceptos iniciales

a) La dosis infinitesimal se ha venido considerando, desde Samuel Hahnemann, como uno de los postulados básicos de la medicina homeopática, aunque el maestro no siempre usaba verdaderos infinitesimales, sino que empleaba las dosis con criterio de individualidad. Actualmente, la neo-Homeopatía ya no acepta que sea imprescindible el uso de las cantidades infinitesimales para obtener efectos curativos. Pero para desarrollar esto, tenemos que aclarar primero qué se entiende por infinitesimal:

En matemáticas, lo infinitesimal se entiende como una cantidad infinitamente pequeña de algo, es decir, una cantidad variable tan pequeña que tiende a cero. Y aún más: algo tan sumamente pequeño que no puede ser pesado o medido por los medios usuales de la física.

b) Ahora bien, ¿qué es lo que en nuestras dinamizaciones tenemos que determinar para saber cuándo esto ya no es medible y, por lo tanto, considerar a esa dinamización como infinitesimal? Indudablemente la sustancia primaria activa que se ha venido atenuando más y más.

¿Cuándo llegará el momento en que ya no podamos medirla? Teóricamente, cuando en la dinamización correspondiente ya no haya molécula alguna de

esa sustancia. Y esto, según la físico-química, ocurre cuando se alcanza el Número de Avogadro, que marca el límite de divisibilidad molecular de la materia.

## Número de Avogadro

Para la Homeopatía, el Número de Avogadro marca el momento en que el cálculo matemático nos dice que en nuestras diluciones ya no hay más que el vehículo o solvente, porque la molécula de la sustancia medicamentosa habrá desaparecido. Esto ocurre cuando alcancemos la desconcentración equivalente a  $1/10^{23}$ , o sea la dinamización 23X o, más o menos, 12C.

Se podría pensar que para entonces, ya no habiendo más moléculas de la sustancia primaria, hubiera átomos de ella, pero esto no es posible porque, por una parte, ni la dilución ni la dinamización son capaces de romper la molécula, y por la otra, si por acaso se hubiera roto, sus átomos no pueden existir en libertad y tenderían a unirse otra vez para reconstituir la molécula.

Esa cantidad  $1/10^{23}$  o  $1 \times 10^{-23}$  que nos marca, en teoría, el límite de divisibilidad intermolecular de la materia —entiéndase bien: de la divisibilidad intermolecular, no intramolecular, ni menos aún intratómica—, es el Número de Avogadro. Recordemos

brevemente de dónde proviene y qué significa realmente esta constante físico-química:

El físico italiano Conde Amadeo de Avogadro (1776-1856) imaginó en 1811 y después confirmó y publicó en 1814 una hipótesis, bajo el título *Ensayo de una manera de determinar las masas relativas de las moléculas elementales de los cuerpos y las proporciones según las cuales entran ellas en las combinaciones*. En esta hipótesis, que al confirmarse se volvió verdad aceptada por la físico-química, se estableció la diferencia entre moléculas y átomos, llamando a éstos “moléculas elementales”, que formaban a las otras que él llamó “moléculas constituyentes e integrantes”. Asimismo, definió a la molécula elemental o átomo de ahora como: “la partícula más pequeña capaz de intervenir en las combinaciones químicas”, y a la molécula propiamente dicha como: “la porción más pequeña de materia que puede existir al estado libre”.

Estas definiciones las formuló cuando, en dicha hipótesis, pudo establecer su ley sobre el número de moléculas contenidas en los gases, ley deducida de las de Gay-Lussac y Boyle.

Dicha Ley de Avogadro —también conocida como de Avogadro y Ampère— dice: bajo idénticas condiciones de temperatura y presión, iguales volúmenes de gases contienen igual número de moléculas.

Se puede ver cómo esta ley abre un camino para poder determinar la magnitud de las moléculas, pues conocidos los volúmenes gaseosos, se conocen sus pesos. Avogadro determinó, de acuerdo con su ley, el número de moléculas existentes en una molécula-gramo (recuérdese que molécula-gramo de un elemento es la masa del mismo cuyo número de gramos equivalga al peso molecular y que, para todos los gases, ocupa un volumen de 22.4 litros) encontrando que ese número era igual a:  $6.02 \times 10^{23}$ .

Esta cifra ha sido llamado desde entonces Número de Avogadro. Este es una constante fundamental en físico-química, pues aparte de su gran aplicación para determinar los pesos moleculares, nos da una clara idea del límite de divisibilidad intermolecular de la materia y por consiguiente, del límite teórico hasta el cual podemos llevar nuestras diluciones para ya no contar en ellas con moléculas.

Lo anterior se deduce de un sencillo cálculo: Si el número de moléculas que hay en una molécula-gramo es:  $6.02 \times 10^{23}$ , significa que tenemos 602,000,000,000,000,000,000,000 moléculas.

Si dividimos el peso en gramos de la molécula-gramo por este número, el cociente será el peso de una molécula. Entonces, cuando al diluir lleguemos al título  $10^{-23}$  o  $1/10^{23}$ , o más exactamente:  $1/6.02 \times 10^{23}$ , tendremos en la dilución una sola molécula, y si pasamos a la siguiente dilución ( $10^{-24}$ ) y suponiendo que al tomar la gota de la 23X para preparar la 24X, nos lleváramos esa postrer molécula, y dado que por la dilución y sacudidas no podemos romper esa molécula, ésta permanecerá en la 24X y en todas las subsiguientes que se preparen, mientras no se quede en el frasco anterior.

A manera de resumen podemos decir:

1. Hasta la dilución 23X podemos llegar para ya no tener en ella más que una molécula de la sustancia primaria.
2. Si al pasar a la 24X y subsiguientes diluciones, tomamos con la gota respectiva de paso la última molécula de sustancia medicamentosa que queda, ésta andará viajando, por así decirlo, de dilución en dilución, mientras no se quede en alguno de los frascos.
3. En las diluciones después de la 23X, donde ya no hay molécula activa, sino solamente vehículo, ¿a qué podremos atribuir el poder medicamentoso indudable de ellas? Esto se abordará posteriormente.

Después de Avogadro, este número ha sido determinado por diversos investigadores siguiendo distintos métodos experimentales, y todos los resultados concuerdan, lo que hace de esa cantidad una positiva constante. Señalaremos brevemente algunos de los métodos seguidos para esta determinación, porque sus técnicas pudieran alguna vez aplicarse a propósitos demostrativos de nuestra doctrina. Advertimos que estas determinaciones fueron hechas con la finalidad de demostrar la realidad de los átomos.

Perrin llegó a la determinación del Número de Avogadro observando el movimiento browniano de los coloides. Rutherford, determinando la carga eléctrica de la partícula alfa del radio; Planck, por medio de determinaciones de las constantes de radiación. Millikan encontró uno de los valores más exactos al demostrar la condición atómica de la electricidad, en su célebre experimento de la gota de aceite eléctricamente cargada y con la cual, de paso, determinó la carga del electrón. Pero el valor más exacto que dio:  $N=6.023 \times 10^{23}$ , se obtuvo estudiando las interferen-

cias de los rayos X al través de cristales, las cuales revelaron la existencia de la fina estructura atómica de dichos cristales.

Nota: nosotros pensamos que esta constante de Avogadro no define la infinitesimalidad de nuestras diluciones y que sólo es un límite teórico de la presencia molecular, ya que en la práctica, al prepararse los medicamentos, en las paredes de los frascos se van quedando adheridas moléculas de la sustancia primaria, que pueden aparecer nuevamente en otros pasos en virtud de las cargas que se generan, efecto eléctrico sobre la absorción eléctrica. Esto hace que la relación matemática de atenuación progresiva sea variable, pudiendo llegarse a diluciones más allá del Número de Avogadro, que aún contengan moléculas de la sustancia primaria.

Por otra parte, recientemente —año de 1975— algunos físicos y bioquímicos nos han obje-

tado que usemos ese número como límite de divisibilidad molecular de nuestras sustancias primarias, porque algunas de ellas pueden estar ionizadas desde que se inicia la dinamización y entonces, en lugar de moléculas serán iones los que continúen pasando de frasco en frasco; asimismo, otras se ionizarán después, como resultado de la misma dinamización. Por lo tanto, la sustancia activa ionizada puede llevar sus propiedades específicas quién sabe hasta qué altísimos niveles de dilución. Resulta entonces erróneo que el Número de Avogadro, que se refiere a moléculas y no a iones, nos indique el límite de la presencia de sustancia activa.

Esto mismo podría ser una buena explicación de por qué dinamizaciones mucho más elevadas que la 30C, aún actuarían de acuerdo a sus patogenias —aún llevan sustancia activa— y de una manera por demás penetrante y enérgica —debido al mayor grado de dinamización.



 **farmax**<sup>®</sup>  
Farmacias Homeopáticas

# La nueva cara de la homeopatía

Consulta General · Nutrición · Distribución · Servicio personalizado

 [www.farmax.com.mx](http://www.farmax.com.mx)

 @farmax\_mx

[facebook.com/farmax.salud](https://facebook.com/farmax.salud) 

## Citología Vaginal o Papanicolau

\*Isis María Infante Regalado

### Resumen

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, durante 2010 uno de los principales tumores malignos que afectó a la población femenina adulta (de 20 años y más) en México fue el cervicouterino (9.7%). El método diagnóstico para cualquier alteración histopatológica es la citología vaginal, que es reconocido por programas de control y prevención del cáncer como una de las pruebas que ha reducido la incidencia y mortalidad provocadas por este padecimiento, gracias a su pronta detección.

Es por ello la relevancia de este estudio y la reiteración en la exploración continua de tejidos sensibles.

### Abstract

*According to the National Institute of Statistics and Geography in Mexico during 2010, one of the major malignancies affecting the adult female population (20 years and over) is the cervical (9.7%). The method for any alteration histopathological diagnosis is the vaginal cytology, as it is recognized by control programs and cancer prevention as one of the tests has reduced the incidence and mortality caused by this disease, thanks to early detection.*

*That is why the importance of this study and repeated in continuous exploration of sensitive tissues.*

**PALABRAS CLAVE:**  
Citología vaginal,  
Papanicolau, Cáncer  
cervicouterino, Tumores  
malignos, Neoplasias.

**KEYWORDS:**  
Pap smear, Pap test,  
Cervical cancer,  
Malignant tumors,  
Neoplasms.

\*Egresada de la Escuela Libre de Homeopatía de México. Coordinadora de Consultorios en Farmacia Homeopática Nacional.

Recibido: julio, 2013. Aceptado: agosto, 2013

## ¿Qué es?

La citología cervical, o Papanicolau, es una prueba que consiste en la toma de muestras de células de distintas porciones del tejido uterino, con el fin de buscar datos histopatológicos de múltiples diagnósticos, principalmente el cáncer cervicouterino. Gracias a su pronta detección, este estudio es reconocido por programas de control y prevención del cáncer como una de las pruebas que ha reducido la incidencia y la mortalidad provocadas por este padecimiento.

Al respecto, algunos datos señalan que la implementación de programas de búsqueda citológica de cáncer, bien organizados, han disminuido la mortalidad de esta neoplasia entre un 70% y 80%<sup>1</sup>.

Existen diversos factores de riesgo que contribuyen a producir algún daño en el tejido cervicouterino, como son:

- Edad.
- Inicio de las relaciones sexuales a temprana edad.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Número de gestaciones.
- Números de abortos o legrados.
- Uso de anticonceptivos.
- Antecedentes familiares.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Higiene local defectuosa.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, *Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino*, modificada en 2007, todas las mujeres de 25 a 64 años de edad deben realizarse anualmente una revisión cervicouterina a modo de prevención y vigilancia. Las medidas de higiene y protección sexual se ven directamente relacionadas con el daño que puede recibir el tejido cervicouterino.

El riesgo de contagio de diferentes enfermedades de transmisión sexual se acentúa con el aumento del número de parejas sexuales que se tienen; por lo tanto, el riesgo de un cáncer cervicouterino también se eleva. Uno de los actores más importantes son los antecedentes heredofamiliares y, por ello, las mujeres que cuenten con antecedentes de este padecimiento en su familia deben tener un mayor control sobre sus revisiones<sup>2</sup>.

## Cómo se realiza la prueba

El médico coloca un espéculo vaginal con el fin de tener un mejor acceso al tejido a estudiar; luego realizar una limpieza del lugar con un hisopo. Finalmente, se toma la muestra con una espátula u otro hisopo largo.

La muestra para diagnóstico oncológico se obtiene del cuello uterino, en la unión escamocolumnar, y del fondo de saco posterior de la vagina. Para un diagnóstico hormonal se consiguen de la pared lateral de la vagina.

De esta forma se obtienen células exfoliadas del epitelio de revestimiento, o pavimentoso cervicovaginal, y del epitelio cilíndrico endocervical; en ocasiones, también se descubren células endometriales, así como algunos elementos de contaminación o microorganismos, eritrocitos o células inflamatorias.

El nombre Papanicolau hace referencia al método con que se tiñe el frotis citológico, en el cual se emplea hematoxilina para obtener un color azul o violeta oscuro en el núcleo celular, y color diferente del citoplasma que varía de intensidad según la maduración celular. De este modo, las células inmaduras obtendrán un color citoplasmático azul pálido, o verdoso, ya que captan el *light green*, que es un colorante básico. Estas células se denominan basófilas o cianófilas.

De modo contrario, las células maduras y sus nucléolos poseen un citoplasma acidófilo; de allí que tomen el color rosado de la eosina y se denominen eosinófilas. Algunas células contienen gránulos de queratina, la cual tiene afinidad por el colorante *orange G*, que tiñe el citoplasma de color naranja o amarillo<sup>3</sup>.

## Diagnóstico

Las variaciones celulares más notorias en los frotis se encuentran relacionadas con el tamaño (anisocitosis) y la forma (polimorfismo). El citoplasma se llega a encontrar cianófilo, es decir, menos diferenciado, o presentar queratinización intensa, gran acumulación de mucus y desplazamiento nuclear hacia la periferia.

En el núcleo se encuentran las variaciones que nos proporcionan datos primordiales de malignidad. El aumento considerable de tamaño (aniso-



cariosis) y las alteraciones de formas (polimorfismo, cuando hay pliegues, angulaciones o diferencias en el grosor de la membrana nuclear), nos llevan hacia un diagnóstico claramente maligno.

La tercera característica importante a considerar es la distribución o cohesión celular, ya que en cuadros de malignidad esta unión disminuye, y muchas de las células se desprenden ya sea en total soledad o en pequeños grupos irregulares aislados, por lo que se observará superposición nuclear y borramiento de bordes.

Los resultados de la prueba sólo pueden interpretarse como normales o anormales. Sin embargo, esta respuesta muchas veces se considera insignificante por las pacientes que lo reciben. Por lo tanto se utiliza el sistema Bethesda, que nos ayuda a dar una mejor y más exacta interpretación de los resultados.

Según este esquema, las muestras sin anomalías celulares se reportan como “negativas de lesión o de cáncer intraepitelial”. Los reportes negativos de Papanicolau pueden informar acerca de infecciones comunes o inflamación, o simplemente incluir indicaciones sobre lo satisfactoria que fue la muestra para el examen.

El sistema Bethesda clasifica por separado las anomalías de las células escamosas y de las células glandulares<sup>4</sup>, desde las más leves a las más graves:

1. Las células escamosas atípicas (*atypical squamous cells*, o ACS) son el resultado anormal más común de las pruebas de Papanicolau.
  - a) ASC-US, células escamosas atípicas de significado indeterminado (*atypical squamous cells of undetermined significance*).
  - b) ASC-H (*atypical squamous cells*), las células escamosas atípicas no pueden excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado.
2. Las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (*low-grade squamous intraepithelial lesions*, o LSIL) se consideran anomalías leves causadas por una infección por VPH.
3. Las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (*high-grade squamous intraepithelial lesions*, o HSIL) son anomalías más graves que tienen una probabilidad mayor de que se conviertan en cáncer si no son tratadas.
4. El carcinoma de células escamosas (*squamous cell carcinoma*) es cáncer de cérvix.

Las anomalías de las células glandulares se dividen en las siguientes categorías:

1. Células glandulares atípicas (*atypical glandular cells*, o AGC).
2. Adenocarcinoma endocervical *in situ* (*endocervical adenocarcinoma in situ*, o AIS) significa que las células precancerosas se encuentran solamente en el tejido glandular del cérvix.
3. El adenocarcinoma incluye no solamente el cáncer del canal endocervical mismo, sino también, en algunos casos, el cáncer endometrial, el cáncer extrauterino y otros cánceres.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (Inegi), durante 2010 se observó que los principales tumores malignos que afectan a la población femenina adulta (de 20 años y más) son el cáncer de mama (24.3%), el cervicouterino (9.7%) y el de colon (3.2%)<sup>5</sup>. Por ello lo más importante es el autocuidado y la supervisión médica continua<sup>6</sup>.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kitchener HC, Castle PE, Cox JT. Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine*. 2006 ago 31; 24 Suppl 3: S3/63-70.
2. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. *Diario Oficial de la Federación*, primera sección, p. 52-70 (31 may 2007). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa294.pdf>
3. Consejo de Salubridad General de los Estados Unidos Mexicanos. Guía de referencia rápida SS-146-08: prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2011. 6 p. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/146\\_GPC\\_CACU/SS\\_146\\_08\\_GRR\\_CaCU.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/146_GPC_CACU/SS_146_08_GRR_CaCU.pdf)
4. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002 abr 24; 287(16): 2114-2119.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Mundial Contra el Cáncer [Internet]. Ciudad de México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 4 feb 2013 [citado 21 jun 2013]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/cancer0.doc>.
6. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Maryland, Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer; c2011 [actualizado 7 sep 2011; citado 27 jun 2013]. Los virus del papiloma humano y el cáncer [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/VPH-respuestas>.

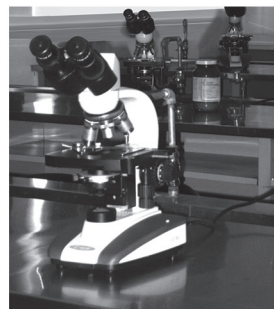


**LOS HOMBRES PASAN, PERO LAS  
INSTITUCIONES PERMANECEN**



# 100 años

DE FORJAR A LOS MEJORES MÉDICOS  
**HOMEÓPATAS DE MÉXICO**



**Reconocida oficialmente por decreto presidencial el 18 de enero de 1930.**

Peralvillo No. 75, colonia Morelos, delegación Cuauhtémoc, C.P. 06200.

Tels. (0155) 55260949, 55294475, 57720968, 57723548.

Correos: [elhmiap@prodigy.net.mx](mailto:elhmiap@prodigy.net.mx), [contacto@escuelalibredehomeopatia.com.mx](mailto:contacto@escuelalibredehomeopatia.com.mx)

Artículo original
 

---

# Salud Alimentaria y Medidas de Prevención de las Enfermedades Crónico Degenerativas, en la Población de Tultepec, Estado de México, y su Aplicación con el *Organon de la Medicina*

\*Antonio García Lagunas  
 \*\*Norma Cedillo Urban  
 \*\*\*Noé Barreto Sánchez  
 \*\*\*Edna Paola Rendón Quintanar

## Resumen

**PALABRAS CLAVE:**  
 Hábitos alimentarios, enfermedades crónico-degenerativas, sobrepeso, obesidad, *Organon de la medicina*.

La relación de los hábitos alimentarios con la salud y la enfermedad ha preocupado al hombre desde sus orígenes. El *Organon de la medicina* contiene los principios de la terapéutica homeopática, a manera de integrar, estudiar y conocer todo cuanto le afecta al enfermo tanto de su interior como de su medio para proveerle de la salud, con el objetivo de conservar la vida.

El presente trabajo busca conocer la percepción de la población del municipio de Tultepec (Estado de México) sobre salud alimentaria y medidas de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas. Se realizó un estudio de tipo exploratorio, y la muestra fue de n=80. Se aplicó una encuesta para conocer los hábitos dietéticos y los tipos de alimentos que se consumen frecuentemente, la ingesta de agua al día, el tipo de actividad física y los factores predisponentes para padecer sobrepeso y obesidad, así como su relación con enfermedades crónico-degenerativas. Los resultados muestran que la población no tiene un concepto generalizado sobre salud alimentaria; las ideas son múltiples, dejando ver que existe un gran analfabetismo sobre hábitos alimentarios.

\*Médico cirujano y homeópata, egresado de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (IPN).

\*\*Químico farmacéutico biólogo egresada de la Facultad de Estudios Superiores, campus Cuautitlán (UNAM).

\*\*\*Alumno de la Unidad de Estudios Superiores, campus Tultepec, Universidad Mexiquense del Centenario.

Recibido: mayo, 2013. Aceptado: julio, 2013



Surge entonces la necesidad de poner límites, promover la actividad física, estimular pautas y conductas adecuadas para preservar la salud, basadas en el párrafo 261 del *Organon* que dice que, tratándose de enfermedades crónicas, el régimen más apropiado consiste en eliminar todo lo que obstruya la recuperación, moral sin malicia, recreación intelectual, ejercicio activo al aire libre, alimentación y bebidas apropiadas y nutritivas.

## Abstract

### KEYWORDS:

Food habits, chronic degenerative diseases, overweight, obesity, *Organon of medicine*.

*The relationship of dietary health and disease has concerned man since its inception. The Organon of medicine contains the principles of homeopathic therapy, a way to integrate, explore and learn everything that affects the patient will both its interior and its environment to provide health, which aims to preserve life.*

*The present study aims to determine the population perception of the health prevention of chronic degenerative diseases in the Tultepec municipality (Estado de Mexico). We conducted an exploratory study, the sample consisted of n=80, we applied a survey to assess the dietary habits and types of food consumed frequently, daily water intake, physical activity, and predisposing factors overweight and obesity and its relation to chronic degenerative diseases. The results show that the population does not have a generalized concept of health food, multiple ideas are revealing that there is great illiteracy on eating habits.*

*This raises the need to set limits, promote physical activity, encourage appropriate behavior patterns and to preserve the health, based on paragraph 261 of the Organon it says, in the case of chronic diseases, the most appropriate regime is to remove everything that obstructs the recovery, without malice moral, intellectual recreation, active exercise outdoors, food and drink appropriate and nutritious.*

## Introducción

La relación de los hábitos alimentarios con la salud y la enfermedad ha preocupado al hombre desde los orígenes de las primeras sociedades y culturas. El *Organon de la medicina* contiene los principios de la terapéutica homeopática, al mismo tiempo que destaca la importancia de integrar, estudiar y conocer todo cuanto le afecta al enfermo en su interior y en su relación con el ambiente.

La salud no debe considerarse como un fin, sino como un medio para disfrutar una vida total, productiva e integrada socialmente, lo que el *Organon*

menciona en el párrafo 9 refiriéndose al estado de salud del hombre para que se emplee en los propósitos más elevados de su existencia<sup>1</sup>.

La obesidad, el sobrepeso y las enfermedades asociadas están generando costos de toda índole (anímica, social, familiar, laboral, monetaria, de finanzas públicas, etcétera), pues los enfermos muchas veces están incapacitados para trabajar y propician cargas para sus familiares; la existencia de estos padecimientos implica jubilaciones tempranas o despidos, y que haya un gran número de pacientes permanentes —y costosos— adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) u otras instituciones que brindan seguridad social.

Si nos restringimos a los términos económicos, la Secretaría de Salud ha dicho que en 2011 la obesidad y el sobrepeso generaron costos indirectos por 23 mil millones de pesos; asimismo, de seguir la tendencia actual, en los próximos diez años la cifra podría llegar a 150 mil millones de pesos anuales<sup>2</sup>.

La alimentación y el estilo de vida son factores ambientales importantes en su fisiopatología, de tal manera que puede decirse que el comportamiento alimentario ha sido determinado por algunos factores socioculturales, como la tradición alimentaria en cada región, los hábitos generacionales de la familia, los factores económicos y el sedentarismo, entre otros<sup>3</sup>.

El párrafo 3 del *Organon* menciona al respecto que el médico debe conocer los obstáculos que en cada caso se presentan para la recuperación del enfermo, en la inteligencia de que es sabedor de cómo quitarlos, a fin de que la recuperación sea permanente<sup>4</sup>.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut) informa que la incidencia de la diabetes aumentó 30% entre 2006 y 2012; la diabetes fue la principal causa de muerte en México en 2012, y hay más de 13 millones de personas diabéticas, aunque sólo la mitad están diagnosticadas y en tratamiento<sup>5</sup>.

Los riesgos asociados a la obesidad en la población mexicana incluyen muchas de las comorbilidades que han sido descritas con el nombre de síndrome metabólico, incluyendo el conglomerado de factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, hiperinsulinemia, hipertriglicéridemia, hiperglucemia y dislipidemia<sup>6-9</sup>.

Las diferencias observadas en lípidos sanguíneos, glucosa, insulina y presión arterial, dependen de factores como la edad, el género, la maduración sexual, los antecedentes familiares y el peso y la grasa corporal, así como la actividad física, el sedentarismo y la dieta, entre otros<sup>10-14</sup>. En la población de Tultepec no existen estudios específicos que evalúen la relación entre estos factores de riesgo con la presencia de marcadores de riesgo de síndrome metabólico.

El párrafo 77 del *Organon* hace referencia a los estados de salud deteriorados por el exceso en la ingesta de bebidas o alimentos dañinos, de igual manera que señala la importancia de los elementos necesarios para nutrir la vida: el ejercicio y el aire libre<sup>15</sup>.

A partir de lo anterior surge el presente trabajo, que tiene como objetivo general determinar la percepción que la población del municipio de Tultepec (Estado de México) tiene sobre la salud alimentaria y las medidas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas; esta información podría servir como fundamento para la elaboración de estrategias sobre salud alimentaria y medidas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas específicas para la población en estudio, aplicando tanto el párrafo 94 del *Organon*, que hace mención de las circunstancias particulares del paciente con respecto a sus ocupaciones diarias, dieta y manera habitual de vivir, como el párrafo 208, que hace referencia de la dieta, la ocupación y el ambiente doméstico del paciente<sup>16</sup>.

---

## Material y métodos

---

Para cumplir con el objetivo propuesto se realizó un estudio de tipo exploratorio, de corte transversal, durante el mes de enero de 2013. La muestra fue de 80 personas y los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 15 años y aceptar contestar el cuestionario de manera voluntaria.

Se aplicó una encuesta autoadministrada, conformada por 20 preguntas abiertas relacionadas con los hábitos alimentarios y los tipos de alimento que se ingieren frecuentemente, el consumo de agua al día, el tipo de actividad física y los factores predisponentes para padecer sobrepeso y obesidad, así como su relación con enfermedades crónico-degenerativas.

La encuesta fue confidencial y se levantó en las clínicas del Sistema Municipal DIF (Desarrollo Integral de la Familia) establecidas en el municipio de Tultepec, bajo la supervisión de los autores y previa explicación del cuestionario.

---

## Características de la población

---

Tultepec se localiza al norte de la zona metropolitana de la ciudad de México. De acuerdo con la página oficial del Ayuntamiento<sup>17</sup>, hasta muy avanzado el siglo



XX tuvo las características habituales de una población rural; fue hasta las tres últimas décadas de dicho lapso que se presentaron los vertiginosos cambios que lo han convertido en una comunidad urbana, lo que evidentemente ha implicado una serie de modificaciones en la dieta, la actividad física y, en general, los hábitos de vida.

A partir del decenio 1980-90 se inició en el municipio la construcción de “unidades habitacionales de interés social y fraccionamientos, que han modificado el paisaje natural y social”. Además, “el crecimiento natural de la población, sumado al constante flujo migratorio, han generado un importante crecimiento. A la fecha, la población asciende a 120 mil habitantes”<sup>18</sup>.

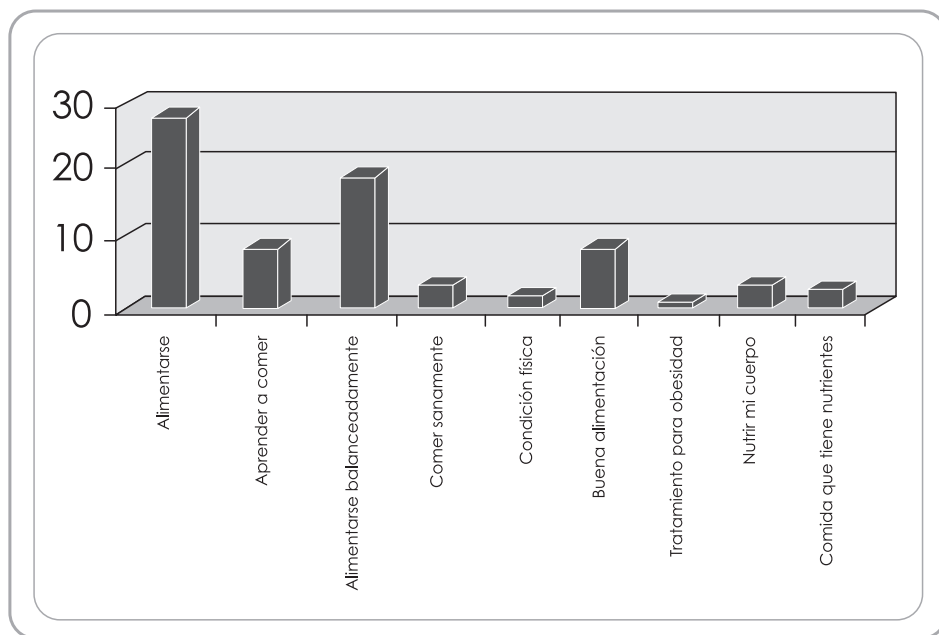
La pirotecnia es la actividad económica y cultural que le ha dado identidad al municipio. Se estima que 60% de los habitantes se involucra directa o indirectamente en la fabricación o el montaje de las fiestas, los castillos, los “toritos” y la juguetería con fuegos artificiales<sup>19</sup>.

## Resultados

Se tabularon un total de 80 encuestas, cuyos resultados muestran que el 65% de los consultados tiene un peso que oscila entre 54 y 74 kilogramos, con una talla promedio de 1.65 metros, lo cual refleja que si bien la mayoría de los habitantes se preocupa por mantener su peso, un porcentaje considerable de la población consultada tiene problemas de sobrepeso u obesidad: 31.5%.

La mayoría de las personas está consciente de que tiene malos hábitos alimentarios, y entre las excusas más frecuentes encontramos la de no comer en casa, en primer lugar, y que en la calle no se oferta comida saludable.

La población no tiene un concepto generalizado sobre nutrición; las ideas son múltiples, dejando ver que existe un gran analfabetismo sobre hábitos alimentarios (figura 1).



**Figura 1.** La mayoría de los ciudadanos de Tultepec asocian a la nutrición con palabras relacionadas con alimentación y salud.

Con respecto al consumo de agua, el promedio es de dos litros al día, lo cual es congruente con la recomendación diaria de beber al menos la cantidad citada diariamente. Sin embargo, no se especifica si el consumo es de agua natural o preparada con saborizantes artificiales.

Las personas refieren tener una dieta pobre, que se caracteriza por no desayunar, ingerir alimen-

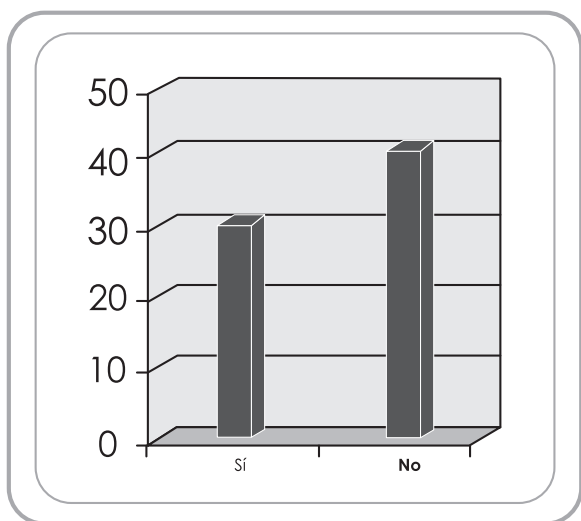
tos sin horarios fijos, comer poco porque ya han consumido algo antes, o bien, comer en exceso repitiendo varias veces el mismo plato. Mientras tanto, los que mencionan tener una dieta óptima informan que llevan a cabo desayuno, almuerzo, cena y dos colaciones; asimismo, aseguran ingerir en cada comida un plato más una fruta de postre, así como preferir el agua como bebida, y la leche y los panificados como merienda.

En la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos, las carnes y embutidos, el huevo, el pan, el arroz y las pastas son los más mencionados.

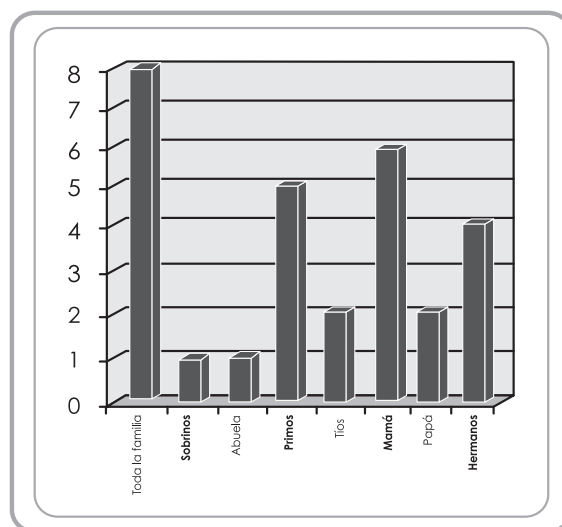
De acuerdo a las figuras 2 y 3, los índices de sobrepeso y obesidad se han incrementado en la población de Tultepec. Algo digno de destacar es que son familias completas las que padecen esta enfermedad. Por otra parte, hay que señalar que la en-

fermedad crónico-degenerativa con mayor índice de padecimiento es la diabetes *mellitus*, seguida de la hipertensión.

El 90% de la población encuestada refiere que padece cansancio, fatiga al caminar, cambios de humor esporádicos, mareos y cefaleas, síntomas que están relacionados directamente con la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes.



**Figura 2.** Los datos muestran que el 45% de la muestra presenta obesidad o tiene un familiar directo con esta condición.



**Figura 3.** Los datos muestran que el 10% de los encuestados pertenece a una familia donde todos los integrantes padecen obesidad.

## Discusión

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en esta entidad mexiquense es de 31.5%, situación que supera la media nacional. En el caso específico de los adolescentes, la cifra se ubica en 34.3%, y la de los adultos en 72.6%, lo que supera la media nacional de 31.9% y 69.8%, respectivamente<sup>20</sup>.

En resumen, siete de cada diez personas mayores de 20 años sufren de sobrepeso y obesidad. Los hábitos alimentarios hicieron referencia a una dieta poco variada, incompleta o excesiva en algunos casos, con carencias de ciertos alimentos por no ser consumidos en cantidades adecuadas, ya sea por falta o por exceso. El consumo excesivo de productos de panadería y preparaciones rápidas sumados a la omisión de algunas comidas en el día, es parte de la conducta habitual de la población.

Las comidas que realizan fuera del hogar son carentes en nutrientes esenciales como hierro,

calcio, vitaminas y fibra, y en cambio, ricas en hidratos de carbono simples, grasas y sodio.

Asimismo, se encontró un alto porcentaje de personas que consumía carnes y derivados, así como cereales y pastas, con un limitado consumo de frutas, verduras y legumbres, lo que da la pauta de que los patrones alimentarios son inadecuados para esta población, cuyas características, como se ha mencionado, son eminentemente urbanas.

Es una realidad que los hábitos alimentarios se relacionan con el rendimiento laboral, como lo muestran diversos estudios que examinan las deficiencias de vitaminas y minerales en la dieta<sup>21</sup>. La importancia de una alimentación completa en relación con la productividad tiene que ver con cubrir los requerimientos mínimos necesarios de energía y nutrientes que el organismo necesita para mantener un buen estado nutricional de salud y bienestar.

En virtud de que el 90% de la población evaluada cambiaría su dieta para mejorar su salud, resulta necesario implementar educación nutricional,

diseñando programas que fomenten buenos hábitos alimentarios bajo un estilo de vida saludable y la incorporación de profesionales sanitarios para el asesoramiento individual y colectivo de esa comunidad.

## Conclusión

La percepción que tiene la población respecto al estado nutricional es errónea en general. Se observa falta de información acerca de los hábitos alimentarios favorables, lo que influye en la distorsión de la percepción, ya sea del estado nutricional real como de los hábitos alimentarios adecuados a la población. En ello se incluyen aspectos psicológicos, ambientales, de personalidad, experiencias personales, historia familiar, etcétera.

Surge la necesidad de poner límites, promover la actividad física, estimular pautas y conductas adecuadas para preservar la salud, basándonos en el parágrafo 261 del *Organon* que dice: "Tratándose de enfermedades crónicas, el régimen más apropiado consiste en eliminar todo lo que obstruya la recuperación, moral sin malicia, recreación intelectual, ejercicio activo al aire libre, alimentación y bebida apropiado y nutritivo"<sup>22</sup>.

Al conocer la percepción sobre hábitos alimentarios en Tultepec, y la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas en la población de dicha localidad, se genera la información necesaria para sustentar la necesidad de plantear estrategias de aplicación de los NAMPS para favorecer la promoción de la salud en este municipio, aspectos que en la actualidad (2013) se están retomando, y que el Dr. Samuel Hahnemann contempló desde hace ya varios años, lo cual demuestra fehacientemente que el *Organon* es una obra vigente.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hahnemann S. *Organon de la medicina*, 6a ed. Ciudad de México: Editorial Porrúa; 1984.
2. Servicio de Endocrinología del Hospital General de México. Guías de diagnóstico y tratamiento: Obesidad [Internet]. Ciudad de México: Hospital General de México; 2011 [citado 27 may 2013]. Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/endocrino/11\\_obesidad.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/endocrino/11_obesidad.pdf)
3. *Ibid.*
4. Hahnemann S. *Op cit.*
5. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-

Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

6. Freedman D, Dietz W, Srinivasan S, Berenson G. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa heart study. *Pediatrics*. 1999; 103: 1175-1182.

7. Balas Nakash M, Villanueva Quintana A, Tawil Dayan S, Schiffman Selechnik E, Suverza Fernández A, Vadillo Ortega F, *et al.* Estudio piloto para la identificación de indicadores antropométricos asociados a marcadores de riesgo de síndrome metabólico en escolares mexicanos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2008; 65(2): 100-109.

8. Weiss R, Dziura J, Burgert T, Tamborlane W, Taksali S, Yeckel C, *et al.* Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004; 350: 2362-2375.

9. Rodríguez Morán M, Salazar Vázquez B, Violante R, Guerrero Romero F. Metabolic syndrome among children and adolescents aged 10-18 years. *Diabetes Care*. 2004; 27: 2516-2517.

10. Ondrak K, McMurray R, Bangdiwala S, Harrell J. Influence of aerobic power and percent body fat on cardiovascular disease risk in youth. *J Adolesc Health*. 2007; 41: 146-152.

11. Schutte A, Van Rooyen J, Huisman H, Kruger H, Ridder J. Factor analysis of possible risks for hypertension in a black South African population. *J Hum Hypertens*. 2003; 17: 339-348.

12. Retnakaran R, Zinman B, Connelly P, Harris S, Hanley A. Non-traditional cardiovascular risk factors in pediatric metabolic syndrome. *J Pediatr*. 2006; 148: 176-182.

13. Ghosh M. Factor analysis of risk variables associated with metabolic syndrome in Asian Indian adolescents. *Am J Hum Biol*. 2007; 19: 34-40.

14. Li C, Ford E. Is there a single underlying factor for the metabolic syndrome in adolescents? A confirmatory factor analysis. *Diabetes Care*. 2007; 30: 1556-1561.

15. Hahnemann S. *Op cit.*

16. *Ibid.*

17. Ayuntamiento de Tultepec [internet]. México: Ayuntamiento de Tultepec; c2013 [actualizado 11 feb 2013; citado 17 may 2013]. Aspectos generales [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.tultepec.gob.mx/municipio-aspectos-grales.html>

18. *Ibid.*

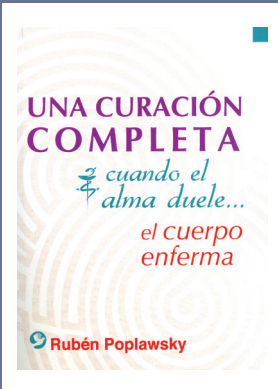
19. González Prado CI. Tultepec, la Feria nacional de la pirotecnia: la tradición sobrevive pese a la industrialización. Actas de la Jornada de Investigación de Estudiantes del Centro de Estudios Sociológicos de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (UNAM); ago 2011; ciudad de México. México: Centro de Estudios Sociológicos; 2011. Disponible en: [http://ces.politicas.unam.mx/ponencias/jornadas\\_estudiantes\\_2012\\_1/carla\\_itzel.pdf](http://ces.politicas.unam.mx/ponencias/jornadas_estudiantes_2012_1/carla_itzel.pdf)

20. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, *et al.* *Op cit.*

21. Li C, Ford E. *Op cit.*

22. Hahnemann S. *Op cit.*

## Una curación completa. Cuando el alma duele... el cuerpo enferma



**Autor:** Rubén Poplawsky.  
**Editorial:** Pax.  
**Lugar:** México.  
**Año:** 2013.  
**Páginas:** 248.

El título del libro que reseñamos en esta ocasión resume en unas cuantas palabras uno de los conceptos fundamentales de la Homeopatía, aquel que se refiere al hecho de que el ser humano debe ser percibido como un todo.

Rubén Poplawsky sabe desde hace más de 25 años que un buen médico homeópata debe indagar en los síntomas del cuerpo, de la mente y del alma de cada uno de sus pacientes, y ahora, en esta magnífica obra nos hace reflexionar una y otra vez sobre temas relativos a la muerte, el miedo, la salud, la enfermedad, la vida y las creencias, entre muchos otros.

Poplawsky condensa, asimismo, una serie de respuestas claras y precisas acerca de la Homeopatía, en un rico *collage* en el que aparecen lo mismo algunas definiciones de la naturaleza de este sistema médico clínico terapéutico —como la ley de semejanza, la experimentación pura, la energía y la fuerza vital, etcétera—, que diversos pensamientos o aforismos de célebres personajes como Hipócrates, Cicerón, Sigmund Freud, Carl Gustav Jung... y Samuel Hahnemann, por supuesto, acerca del saber humano.

Como una caja de sorpresas, el lector descubre a cada paso, a cada capítulo diríamos, información en torno a diversos medicamentos homeopáticos y algunas de las enfermedades que nos aquejan

con mayor frecuencia, para luego toparse, de nueva cuenta, con algunas parábolas, proverbios y refranes que seguramente removerán muchas de nuestras emociones e ideas.

Este libro, editado por **Editorial Pax**, nos propone tomar una pausa para meditar en torno a situaciones cotidianas que normalmente soslayamos. Con casos reales y descritos de manera directa y simple, el doctor Poplawsky nos invita a conocer las experiencias de una gran diversidad de personas, niños y adultos, las cuales se transforman en una especie de fábulas que relatan la manera en que enfrentaron sus miedos (a los payasos, a las alturas o a un perro), o bien, que describen la relación que existe entre ciertas enfermedades y situaciones que el paciente refiere con frases tan reveladoras como: “siento que me muero”, “me movieron el tapete”, “me duele oír eso”, “no me dejan hablar” o “no puedo estar tranquilo”.

Así, gracias a esta obra podemos entrever, casi descubrir por cuenta propia, la evidente correspondencia que hay entre los elementos intangibles de nuestro ser (emociones, ideas, energía vital) con la salud del organismo físico, provocando el asombro y, seguramente, la interrupción de la lectura para iniciar un ejercicio silencioso de reflexión e identificación con las experiencias propias.

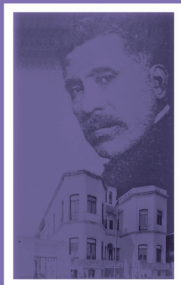
En este sentido, Poplawsky apunta en el prefacio de su libro que dos hallazgos fundamentales cambiaron la manera en que veía la realidad. El primero fue “que nuestros miedos atraen situaciones que nos provocan esos mismos miedos”.

El segundo descubrimiento fue que, “cuando reprimimos nuestros miedos ante una situación, al día siguiente somatizamos, ya sea por una enfermedad o por un accidente, algo que nos permita sentirlos. Después observé que cuando somos incongruentes entre lo que sentimos y lo que expresamos se mantiene la somatización”.

El arte de enfermar (enfermarte), dice el autor, “consiste en rechazar lo que sucede y expresar o reprimir lo que te hace sentir. Es decir, cuando el alma duele y no expresas lo que sientes, el cuerpo enferma”.

**Reseña: Juan Fernando González G.**

Ecos de la Escuela Libre  
de Homeopatía de México



Dr. Fernando Darío François Flores

Ecos de la Escuela Libre de Homeopatía de México

**Fernando Darío François Flores**

Editorial: División Editorial de Propulsora de Homeopatía

ISBN: 978-607-7995-01-2

Libro que conmemora los primeros 100 años de esta institución, única en el panorama nacional y mundial: la Escuela Libre de Homeopatía de México.

No es una narración histórica, sino que contiene una serie de documentos administrativos, publicaciones informales, apuntes de clase, ponencias, programas de eventos, conferencias, casos clínicos e inclusive diarios personales, todos ellos inéditos y con el común denominador de mostrar desde diferentes perspectivas al fundador de la institución, el Dr. Higinio G: Pérez, y a varios de sus egresados más eminentes.



Estructura y Formación:  
El caso de la profesión médica

Jorge Alejandro Fernández Pérez



Estructura y Formación Profesional. El Caso de la Profesión Médica

**Jorge Alejandro Fernández Pérez**

Editorial: Facultad de Filosofía y Letras de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

ISBN: 968-6774-05

Producto de un notable trabajo de investigación, este libro aborda la problemática histórica que han tenido los médicos cirujanos homeópatas para ser integrados al Sector Salud en México, y que les ha ocasionado una seria incompatibilidad con los médicos convencionales.

Esta situación ha repercutido en la falta de oportunidades de desarrollo y actualización para quienes emplean el modelo clínico terapéutico hahnemanniano, además de circunscribir sus labores exclusivamente al ámbito privado.

Guía Homeopática  
**PARA LOS**  
Desórdenes  
**Sexuales**



Dr. Rajiv Saxena

Guía Homeopática para los Desórdenes Sexuales

**Rajiv Saxena**

Editorial: B. Jain Publishers

ISBN: 978-81-319-0297-4

A pesar de los prejuicios y tabúes que suelen mantenerlo en secreto, el sexo es uno de los aspectos más importantes de la vida humana, tanto por su carácter reproductivo como por el placer que genera, ya que no hay ser humano, mujer u hombre, que se sienta del todo completo si no disfruta de su vida erótica.

Es por tal motivo que esta obra aborda el tema de las enfermedades sexuales, las conductas íntimas anormales y la psicología referente a la sexualidad, a la vez que indica con claridad y precisión la forma en que estas afecciones pueden tratarse eficientemente con medicamentos homeopáticos.



# Instrucciones para los autores

“La Homeopatía de México” es una publicación bimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. Sus páginas incluyen artículos de publicaciones antiguas, debido a su calidad, su vigencia y al interés que pueden generar, además de trabajos nuevos y originales: artículos de opinión, temas de revisión, materia médica, investigaciones nuevas, reportes de casos clínicos y controversias que se llevan a cabo en México y el mundo, referentes al medio homeopático.

Desde su origen, la revista ha contribuido al mejoramiento del nivel académico, científico y de discusión entre particulares, y al interior de las instituciones educativas y hospitalarias dedicadas a la medicina homeopática.

Para su aceptación y publicación, todos los artículos que pretendan incluirse en “La Homeopatía de México” deben caracterizarse por su calidad teórica metodológica, su vigencia o su relevancia. Asimismo, serán analizados por al menos dos revisores (revisión por pares) y, finalmente, calificados como aceptados o rechazados por el Consejo Editorial.

En lo general, “La Homeopatía de México” acata las indicaciones establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, por sus siglas en inglés), cuya versión actualizada (abril de 2010) se incluye en el documento *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica*, mismo que se encuentra íntegramente en la página electrónica <http://www.icmje.org/> (la versión en castellano de este texto, también conocida como Normas o Lineamientos de Vancouver, puede consultarse y descargarse libremente en el sitio de la Universidad Autónoma de Barcelona: [http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos\\_de\\_Uniformidad.pdf](http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)).

De lo anterior se desprenden los siguientes puntos:

## I. Aspectos generales

### a) Libertad editorial

Que radica en la plena autoridad que posee el director editorial sobre el contenido de la revista y la elección del momento en que se publicará la información. En este sentido, basará sus decisiones en la validez de los trabajos recibidos, la importancia que puedan tener para los lectores y los puntos de vista de los miembros del Consejo Editorial; además, contará con la libertad para expresar puntos de vista críticos, aunque responsables, sobre todos los aspectos de la medicina homeopática.

### b) Sobre los derechos de autor

Los autores deberán certificar a través de una carta, o correo electrónico, que el artículo que envían es original y que autorizan su publicación en “La Homeopatía de México”. El creador conservará la propiedad (*copyright*) de la obra.

### c) Conflictos de intereses

Cuando una parte, o el total de un trabajo, se haya publicado en otro medio o se haya enviado a otra revista para su publicación, los autores tienen la responsabilidad de informarlo por escrito al director editorial de “La Homeopatía de México”, proporcionando una fotocopia o un manuscrito de la versión original, y precisando los detalles de la relación que se haya establecido entre ambas partes. Dicha solicitud tiene la finalidad de evitar conflictos relacionados con dobles publicaciones. Queda a juicio del equipo editorial de “La Homeopatía de México” si el trabajo se imprimirá de manera íntegra o si será suficiente con una versión abreviada, bajo el compromiso de que ésta reflejará fielmente los datos e interpretaciones de la original, y de que se citarán tanto la fuente original del texto como su autor.

### d) Declaración de financiamiento

Algunos estudios reciben fondos de empresas, fundaciones privadas, instituciones educativas o gubernamentales; debido a que esto podría influir en la investigación misma y desprestigiarla, se

solicita a los autores que especifiquen si su trabajo contó con algún tipo de financiamiento. Debe detallarse al director editorial de “La Homeopatía de México”, por escrito, el nombre de fundaciones, organizaciones o particulares que hayan brindado apoyo económico. Esta información deberá incluirse en el trabajo para mantener al tanto a los lectores. Asimismo, debe comunicarse si el autor o alguno de los autores laboran o perciben un tipo de retribución económica, o de otro tipo, por parte de un laboratorio o compañía privada que haya participado en el financiamiento del trabajo.

### e) Notas de agradecimiento

Las notas de agradecimiento dirigidas a personas o instituciones que hayan apoyado el desarrollo del trabajo aparecerán en la parte final del escrito, nunca al principio.

## II. Especificaciones para los trabajos

### a) Criterios para la aceptación de manuscritos

Deben presentarse con escritura clara, además de brindar información importante y de interés para los lectores de “La Homeopatía de México”. En los trabajos de investigación los métodos de estudio deben ser apropiados, los datos válidos, y las conclusiones razonables y fundamentadas en evidencias y referencias confiables. Se recomienda al autor o autores que antes de remitir cualquier texto, lo ofrezcan a revisión por parte de un colega con experiencia en la publicación de trabajos científicos, a fin de detectar posibles problemas.

Todos los trabajos deberán dirigirse al director editorial de “La Homeopatía de México”, escribiendo a la dirección electrónica: **contacto@similia.com.mx**

En caso de que se presente algún impedimento para hacer el envío de algún escrito por este medio, será necesario comunicarse con la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., para acordar los detalles de su remisión en disco compacto, memoria USB u otro soporte:

### Revista “La Homeopatía de México”

Mirto No. 26  
 Colonia Santa María la Ribera  
 Delegación Cuauhtémoc  
 México, Distrito Federal  
 C.P. 06400  
 Teléfono: (01 55) 5547 9483, extensión 176  
 Fax: (01 55) 5547 3707

Queda a juicio de la División Editorial de “La Homeopatía de México” decidir si los manuscritos cuentan o no con el formato adecuado para su publicación, de tal manera que puede regresarlos a los autores para corrección, antes de considerarlos para el proceso de arbitraje por parte de su Consejo Editorial.

### b) Características generales

- Los artículos deben encontrarse en formato de Office Word (archivos .doc o .docx).
- Se evitará la numeración de las páginas, encabezados y pies de página.
- Todas las secciones deben tener continuidad, sin utilizar saltos de página.
- Los manuscritos deben incluir un título de extensión libre, así como un título corto para las páginas internas.
- El nombre del autor o autores que hayan intervenido en el trabajo deben anotarse en el siguiente orden: nombre(s), apellido paterno, guión, apellido materno.
- Si ya se cuenta con publicaciones previas (o indización), el nombre debe escribirse igual que en ellas.
- En todo caso debe incluirse el cargo académico, institucional o ambos.
- Es preferible que los trabajos incluyan un resumen estructurado,

el cual debe proporcionar el contexto o los antecedentes del estudio, así como sus objetivos, procedimientos básicos, principales resultados, conclusiones y fuentes de financiamiento. De ser posible, debe proporcionarse su traducción al inglés (*Abstract*).

- En caso de que se adjunten imágenes, éstas deben presentarse en alta resolución (a 300 dpi) y formato jpg, debidamente numeradas conforme a su cita o llamada en el texto. Se aceptan gráficos a color o en blanco y negro. Debe incluirse el pie de foto o figura (explicación breve) correspondiente a cada imagen o gráfico.
- Las tablas deben enviarse en formato de Office Word (.doc, .docx), y no como imagen. Se numerarán de acuerdo a la llamada o cita en el texto, y con título. De ser necesario, se incluirá un resumen explicativo (pie de figura).
- No se aceptarán imágenes ni tablas en archivos de Power Point.

### c) Referencias

Deben colocarse al final del texto y nunca al pie de página. Se enunciarán de manera correspondiente al texto, donde se citarán con números en superíndice.

Los casos más usuales y su presentación internacionalmente aceptada son los siguientes:

- **Artículo de revista:** Autor o autores. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; volumen (número): página inicial y final del artículo. En caso de varios autores, se citan los seis primeros seguidos de la abreviatura et al. En lo posible, el nombre de la publicación debe abreviarse de acuerdo con el estilo de la National Library of Medicine, de Estados Unidos, disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/>. / **Ejemplo:** Macías Cortés EC, Asbun Bojalil J. Frecuencia de eventos adversos en prescripciones homeopáticas del Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex*. 2008; 75(3):190-197.
- **Libro:** Autor o autores. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. No es necesario consignar la primera edición. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2a ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debe citarse a continuación del título del libro: vol. 3. / **Ejemplo:** Sánchez Ortega P. Apuntes sobre los miasmas o enfermedades crónicas de Hahnemann vol. 4, 2a ed. México: Biblioteca de Homeopatía de México, 1999.
- **Capítulo de libro:** Autor o autores del capítulo. Título del capítulo. En: Director o recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo. / **Ejemplo:** Demarque D. El método hahnemaniano. En: Benkemoun P, Cornillot P, Deltombe-Kopp M, Lutzler LJ. Tratado de Homeopatía. 2a ed. España: Paidotribo; 2000. p. 33-36.
- **Artículo en internet:** Autor o autores. Título. Nombre de la publicación abreviada [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: / **Ejemplo:** Fernández Pérez JA, Barajas Arroyo G, Romano Rodríguez MC. La Homeopatía: un modelo médico clínico terapéutico, no una medicina complementaria. *Gaceta Homeopática de Caracas* [internet]. 2008 [citado 19 Dic 2011]; 16(1): p. 017-024. Disponible en: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-30802008000100004&lng=es&nrm=iso](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-30802008000100004&lng=es&nrm=iso)

Para información sobre casos particulares, se puede consultar el documento *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas*, citado en la primera parte de las presentes instrucciones.

### III. Tipos de trabajos a publicar

Los siguientes formatos son sugeridos por La Homeopatía de México para la entrega de manuscritos. No es estrictamente necesario que los autores se apeguen a ellos, siempre y cuando sus trabajos cumplan con los requisitos indispensables: la claridad en la exposición de ideas, la elección de un tema de interés para la comunidad homeopática y el sustento de cada una de sus afirmaciones en fuentes fidedignas.

#### a) Artículo de investigación (básica o clínica)

- **Título.** Es de extensión libre y debe ser representativo de los hallazgos. Se debe agregar un título corto para las páginas internas.

Es importante identificar si se trata de un estudio aleatorizado o de otro tipo.

- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto. Preferentemente, debe incluir título, antecedentes, objetivo, material y método, resultados y conclusiones.
- **Introducción.** Enuncia aquellos aspectos que permiten entender el objetivo del estudio, mismo que se menciona al final de este apartado. La o las hipótesis, así como los planteamientos, deben incluirse en este apartado.
- **Método.** Explica a detalle cómo se desarrolló el estudio y en especial que sea reproducible. Menciona el tipo de estudio, observacional o experimental y métodos estadísticos. Cuando el caso lo amerita, se especifica si las personas involucradas tuvieron que firmar una carta de consentimiento informado.
- **Resultados.** De acuerdo al diseño del estudio, se presentan todos los resultados, sin comentarlos. Tablas y otros gráficos con resultados deben presentarse al final del texto y con pie de figura. Es preferible no repetir la información de las tablas en el texto.
- **Discusión.** Con base en evidencias actuales, se discute por qué el estudio es único, diferente, confirmatorio o contrario a otros de la literatura. Debe incluirse un párrafo que informe si hubo limitaciones en el diseño del trabajo. Las conclusiones sobre el mismo se mencionan al final.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad. Es preferible incluir citas de autores mexicanos.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, y de los gráficos, es libre. No obstante, "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

#### b) Artículo sobre casos clínicos o serie de casos

- **Título.** Debe especificarse si se trata de casos clínicos (uno o dos) o una serie de casos (más de tres). Se debe incluir un título corto a utilizar en las páginas internas.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción.** Se describe la enfermedad o síndrome y su causa atribuible, o bien, la respuesta del paciente al tratamiento.
- **Presentación del (los) caso (s) clínico (s).** Se incluye la descripción clínica, así como los resultados obtenidos por estudios de laboratorio y otros métodos de diagnóstico. Se debe especificar el tiempo en que se reunieron estos casos. Las imágenes y tablas se mencionan en el texto del documento y aparecen al final del mismo, con pie de figura.
- **Discusión.** Se comentan las referencias bibliográficas más recientes o necesarias para entender la relevancia del caso expuesto, así como aquellas particularidades, similitudes o diferencias que lo hacen comunicable.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, así como de gráficos, es libre. Sin embargo, "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

#### c) Artículo de revisión

- **Título.** Se debe especificar con claridad el tema a tratar.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción y subtítulos.** Puede iniciarse el tema a tratar directamente, y los subtítulos se incluirán de manera libre, siempre que se consideren necesarios.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, así como de gráficos, es libre, aunque "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

#### d) Actualidad, históricos y sobre personajes

- Los escritos de este tipo abordan temas informativos, históricos y de interés médico o social. No tienen un formato en especial.

#### e) Materia médica y otros temas de actualización médica

- Sólo se realiza a petición del director editorial de "La Homeopatía de México", de acuerdo con el formato convenido con él.





Lo confiable en Homeopatía



# El cuidado de la salud nace del conocimiento

**Similia** pone a su alcance los mejores títulos de la literatura médico **homeopática**.

Adquíralos en nuestra **Tienda en Línea** o en las sucursales de **Farmacia Homeopática Nacional**.



[contacto@similia.com.mx](mailto:contacto@similia.com.mx)

BienestarRedondo





Lo confiable en Homeopatía

# Calidad de primera para clientes de primera



**Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.**

Mirto 26, col. Santa María la Ribera, del. Cuauhtémoc, C.P. 06400, México, D.F.  
Tels. 5547 9483 5547 5735 Fax. 5547 3707 Larga distancia sin costo 01 800 730 2300

[www.similia.com.mx](http://www.similia.com.mx)