

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- Aspirina en Dosis Ultrabajas y Hormesis.
Francisco Xavier Eizayaga, Dolores Nüdemberg, Carolina Aguilar.
Págs. 5-12
- Un Caso Clínico de Fractura Dental y su Abordaje Clínico Homeopático.
Maura Espejel Mejía, Roxana Camacho Morfín.
Págs. 13-19
- Un Rastreo por la Teoría de la Enfermedad Única.
Roberto Zaldúa.
Págs. 20-27
- Tratamiento Homeopático de Niños Discapacitados. Revisión de una Serie de 40 Casos.
M. Haidvogel, E. Lehner, D. M. Resch.
Págs. 28-38

Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.
Ciudad de México

www.similia.com.mx



www.latindex.unam.mx



periodica.unam.mx

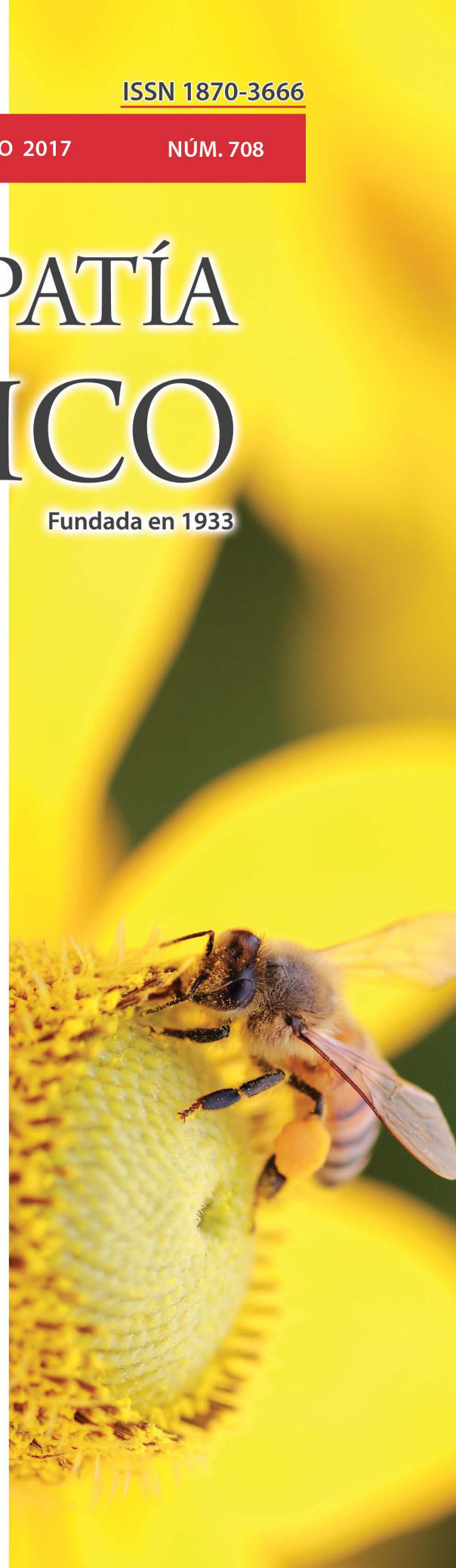


lilacs.bvsalud.org/es/



imbiomed

www.imbiomed.com

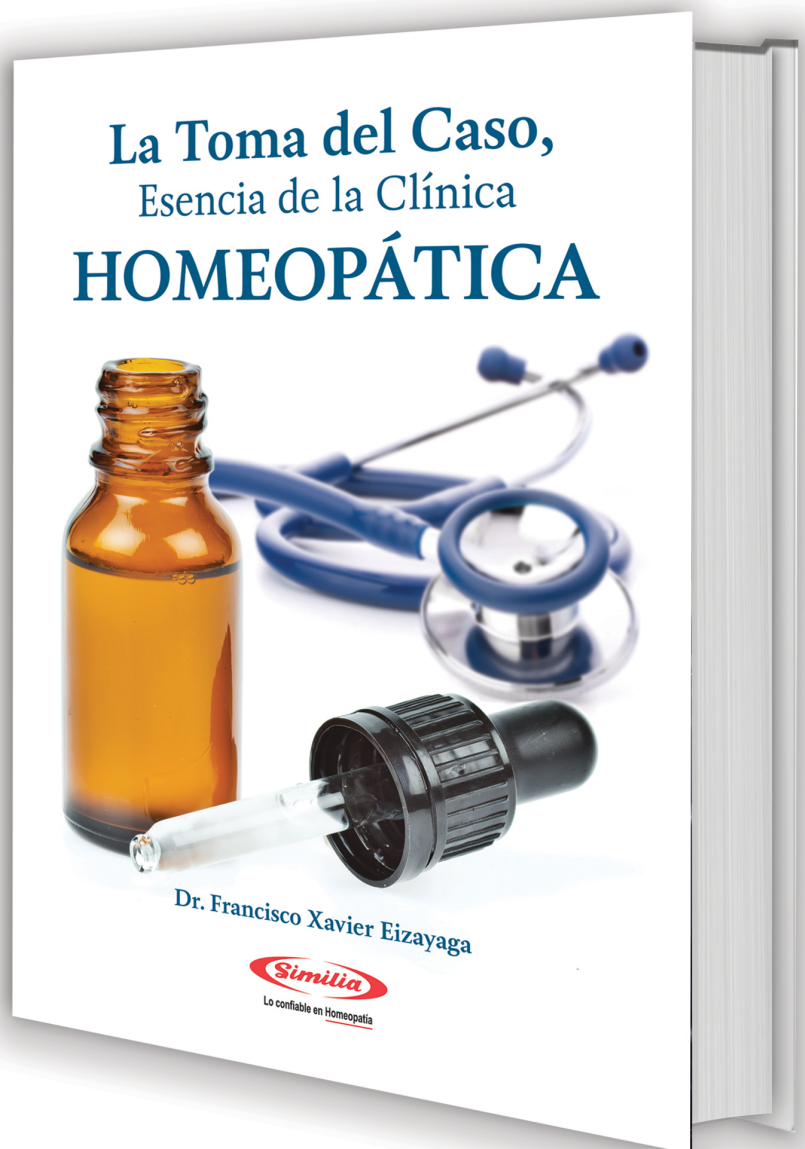


NOVEDAD DE SIMILIA

La Toma del Caso, Esencia de la Clínica **HOMEOPÁTICA**

Una obra fundamental
para la formación del
médico homeópata.

De la autoría del
**Dr. Francisco
Xavier Eizayaga**



Disponible en Farmacia Homeopática Nacional, o bien, en los
teléfonos 5547 9483 y 5547 5735, extensiones 132, 133 y 191.

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- 3** EDITORIAL
- 5** ARTÍCULO DE REVISIÓN
Aspirina en Dosis Ultrabajas y Hormesis.
Francisco Xavier Eizayaga, Dolores Nüdemberg, Carolina Aguilar.
- 13** CASO CLÍNICO
Un Caso Clínico de Fractura Dental y su Abordaje Clínico Homeopático.
Maura Espejel Mejía, Roxana Camacho Morfín.
- 20** ARTÍCULO DE REVISIÓN
Un Rastreo por la Teoría de la Enfermedad Única.
Roberto Zaldúa.

DIRECTORIO

Director Editorial

Juan Fernando González G.

Coordinador Editorial y de Comunicación Digital

Rafael Mejía Rosas

Coordinador de Arte y Diseño Editorial

L.D.G. Fabiola Reyes Lúa

Asesor Editorial

Dra. Isis María Infante Regalado

Circulación y Suscripciones

Rogelio García Luna

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.

FUNDADOR DR. RAFAEL LÓPEZ HINOJOSA

DIRECCIÓN MA. DE LOURDES LÓPEZ ANAYA

ADMINISTRACIÓN LOLA M. LÓPEZ ANAYA

- 28 CASO CLÍNICO**
Tratamiento Homeopático de Niños Discapacitados. Revisión de una Serie de 40 Casos.
M. Haidvogel, E. Lehner, D. M. Resch.
- 39 CARTAS A MIS PACIENTES**
M. Gloria Alcover Lillo.
- 42 EL MUNDO DE LA HOMEOPATÍA**
A Promise of Health: la Homeopatía en la Línea del Frente en México (segunda de tres partes).
Barbara Grannell.
- 45 LIBROS**

La Homeopatía de México es una revista bimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., a través de su División Editorial. **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:** Shutterstock. 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. Impresión: Corporativo Grupo Impresores, S.A. de C.V., México, D.F.

La Homeopatía de México forma parte de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC).

Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de sus autores, y no reflejan necesariamente la postura editorial de **La Homeopatía de México** ni la de su casa editora, Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

La Homeopatía de México es una publicación indizada en Latindex, el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; en Periódica, el Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Dirección General de Bibliotecas, UNAM); en Lilacs, índice de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y en Imbiomed, Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas.



CONSEJO EDITORIAL

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 Ochoa Bernal
Coordinador de Homeopatía del Hospital Nacional Homeopático (Secretaría de Salud).

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

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. Óscar Michel Barboza
Miembro del Colegio de Médicos Homeópatas del Centro, A.C.

L.D.G. María de Lourdes Hernández López
Directora de Mercadotecnia de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

COMITÉ DE ARBITRAJE

Dra. Emma del C. Macías Cortés.

Dr. Hugo Aldana Quintero.

Dra. Guadalupe Barajas Arroyo.

Dr. Guillermo Parás García.

Dr. Vicente Rosas Landa Lechuga.

M. en C. Beatriz Gallo Olvera.

Dr. Marcus Teixeira (Brasil).

Dr. Flavio Dantas (Brasil).

Dra. Gloria Alcover Lillo (España).

Dr. Francisco Eizayaga (Argentina).

Dr. Roque Penna (Argentina).

Editorial

Durante el presente bimestre, entre el 14 y el 16 de junio, el Hospital Nacional Homeopático celebró su Tercer Congreso de Estomatología. Resulta de particular relevancia esta temática ya que “el manejo de las lesiones traumáticas es una fuente constante de dificultades para el clínico, debido a la complejidad del diagnóstico y el tratamiento adecuado.

“La traumatología dental es la rama de la odontología que aborda la epidemiología, etiología, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los traumatismos producidos sobre los maxilares y los tejidos circundantes. Así, las lesiones traumáticas pueden ser no intencionadas o intencionadas, de tejidos duros y blandos y el resultado de traumatismos directos o indirectos”, señalan Mallqui y colaboradores en el artículo *Traumatismos Dentales en Dentición Permanente*, publicado en el año 2012 en la *Revista Estomatológica Herediana*.

El autor de este interesante texto destaca, además, que los factores que determinan las características de las lesiones son: la fuerza del golpe, la elasticidad y forma del objeto que golpea, el ángulo direccional de la fuerza que golpea, si el trauma es simple o múltiple, y la resistencia de las estructuras de sostén.

Es poco frecuente que publiquemos algún texto relacionado con la estomatología en **La Homeopatía de México**. Hoy presentamos a ustedes un trabajo muy interesante: un caso clínico de un trauma dentoalveolar que fue tratado exitosamente a través de un tratamiento endodóntico y periodontal, y que, además, requirió de la colocación de una prótesis.

Resulta muy alentador que la terapéutica homeopática participara activamente para que se pudiera prescindir de medicamentos antiinflamatorios y antibióticos, al mismo tiempo que ayudara a facilitar la recuperación de los tejidos periodontales.

Homeopatía para niños discapacitados

Rescatamos para todos ustedes un artículo en el que se establece la ruta que siguió un equipo de investigadores para establecer la eficacia de los medicamentos homeopáticos en un total de 40 niños con algún tipo de trastorno del desarrollo, o desventajas mentales de alto grado.

Los casos son sumamente disímboles, toda vez que lo mismo se trabajó con un niño víctima de síndrome de hipotonía-ataxia secundaria a asfixia perinatal, que con uno con síndrome de Down o con retardo psicomotor y susceptibilidad a infecciones. La gran mayoría de los infantes que participaron en este programa

podieron mejorar su conducta, además de reducir su hiperactividad y agresividad. La invitación está abierta para que ustedes, médicos homeópatas susceptibles de atender un caso semejante, tengan un punto de referencia útil.

Este número de **La Homeopatía de México** se complementa con dos artículos que están revestidos de cierta complejidad. El primero de ellos aborda la Teoría de la Enfermedad Única, la cual postula la existencia de un núcleo depresivo pato-genético universal, del cual todas las formas clínicas de la enfermedad resultarían tentativas de elaboración o desprendimiento, pero que se da con intensidades diferentes en el sujeto normal, el neurótico y el psicótico.

Este núcleo depresivo estaría vinculado al nacimiento y el desarrollo, es decir, a la relación entre el bebé y su madre, un modelo que reaparecerá permanentemente en la vida adulta.

“Partimos del supuesto de que aquellas conductas que desarrollamos en la vida adulta (algunas más cercanas a la salud, y otras a la enfermedad) reproducen o reviven un modelo que se construyó en las primeras experiencias del sujeto”, dice Roberto Zaldúa, autor de esa colaboración, quien, citando al creador de la teoría mencionada, el psiquiatra Enrique Pichon-Rivière, señala: “nunca nos alejamos demasiado de la infancia”.

En el segundo artículo, el doctor Francisco Xavier Eizayaga nos describe la relación entre la hormesis y la Homeopatía. Vale la pena comprender este concepto, el cual se explica de una manera diáfana en un artículo de revisión de la revista *Gaceta Médica de México* (2013; 149: 438-447).

En la prestigiada publicación médica se lee lo siguiente: “a lo largo de la evolución, los organismos vivos han tenido que adaptarse a condiciones y agentes adversos para lograr sobrevivir, por lo que han desarrollado diversos y complejos mecanismos para lidiar con ellos. Actualmente, se han identificado una serie de procesos conservados durante los cuales una dosis baja o subletal de un agente o estímulo estresante es capaz de activar una respuesta adaptativa que incrementa la resistencia de una célula u organismo frente a un estrés más severo. A esta respuesta se le conoce como hormesis. Existen una gran cantidad de agentes horméticos entre los que se encuentran la radiación, el calor, los metales pesados, los antibióticos, el etanol, los agentes prooxidantes, el ejercicio y la restricción alimentaria”.

La hormesis, dice el reconocido médico homeópata argentino, se debe ver en un contexto de tiempo, es decir, como “una sobrecompensación que sigue a una disrupción de la homeostasis, esto es, similar a un efecto rebote. Este proceso tiene una ligera sobre-respuesta de compensación, estimuladora a un efecto de inhibición”, afirma en la introducción del artículo.

Los invitamos a enviar sus comentarios sobre la labor que hacemos en la revista y a que nos remitan sus trabajos de investigación (artículos de revisión o de opinión, casos clínicos, ponencias, ensayos, temas de materia médica, resultados de investigaciones, cartas al editor) a **contacto@similia.com.mx**.

Muchas gracias por su confianza.

Juan Fernando González G.
Director editorial.

Artículo de revisión

Aspirina en Dosis Ultrabajas y Hormesis

*Francisco Xavier Eizayaga

**Dolores Nüdemberg

***Carolina Aguilar

Resumen

La relación entre hormesis y Homeopatía resulta hoy en día controvertida. Por un lado, sus primeros fundamentos fueron enunciados con el objeto de explicar los efectos de la Homeopatía. Por otro lado, la mayoría de los trabajos realizados que muestran efectos horméticos fueron realizados a concentraciones mucho mayores que las utilizadas en Homeopatía. El presente trabajo muestra varios puntos de contacto entre la Homeopatía y el concepto de hormesis, y muestra la relación que existe entre los trabajos realizados sobre los efectos de la aspirina 15CH y los distintos tipos de hormesis.

PALABRAS CLAVE:

Hormesis, Aspirina, Dosis ultrabajas, Homeostasis.

Abstract

The relationship between hormesis and Homeopathy is nowadays controversial. On the one hand, its first foundations were enunciated in order to explain the effects of Homeopathy. On the other hand, most of the studies performed showing hormonal effects were performed at concentrations much higher than those used in Homeopathy. The present work shows several points of contact between Homeopathy and the concept of hormesis, and shows the relationship that exists between the work done on the effects of aspirin 15CH and the different types of hormesis.

KEYWORDS:

Hormesis, Aspirin, Ultra low dose, Homeostasis..

*Departamento de Homeopatía. Escuela de Medicina de la Universidad Maimónides (Argentina). Correo: franciseizayaga@yahoo.com.ar

**Médico especialista en Medicina Familiar; curso de Homeopatía en la Universidad Maimónides; docente adscrito al Departamento de Homeopatía, Universidad Maimónides.

***Médico especialista en Dermatología; curso de Homeopatía en la Universidad Maimónides; docente adscrito al Departamento de Homeopatía, Universidad Maimónides.

Introducción

El principio de Arndt-Schulz fue enunciado a fines del siglo XIX por el profesor de la Universidad de Greifswald, Hugo Paul Friederich Schulz (1853-1932), quien buscaba una forma de frenar la fermentación producida por levaduras utilizando sustancias como el ácido fórmico en distintas concentraciones. Accidentalmente, descubrió que concentraciones muy bajas producían un estímulo para la fermentación. Estos hallazgos lo llevaron a una búsqueda sistemática que desembocó en la enunciación de lo que él asoció con el mecanismo de acción de los medicamentos homeopáticos.

Sus trabajos condujeron a su nominación para el Premio Nobel en 1931, que finalmente no recibió. En estos estudios describe que varios agentes que en altas dosis inhiben en las levaduras la liberación de CO₂, la estimulan en dosis bajas. Trabajos más recientes vinculan los primeros hallazgos en este tema con Rudolf Karl Virchow (1821-1902), en investigaciones realizadas en 1854¹. El término hormesis fue acuñado en 1943 por Chester Southam y John Ehrlich, investigando el efecto de un extracto vegetal sobre varios hongos.

Definición

La hormesis debe ser vista en un contexto de tiempo, es decir, una sobrecompensación que sigue a una disrupción de la homeostasis, esto es, similar a un efecto rebote. Este proceso tiene una ligera sobre-respuesta de compensación, estimuladora a un efecto de inhibición. Además, la hormesis es también un efecto estimulador de bajas dosis, cuando el efecto de las altas dosis es inhibitorio.

Es importante comprender estos dos fenómenos. En parte, la respuesta en el tiempo de un organismo vivo a una dosis alta de una sustancia puede ser inicialmente inhibitoria, seguida de un proceso temporal de estimulación. Por otro lado, es la parte estimuladora que se observa en una curva de dosis-respuesta a dosis muy bajas de una sustancia tóxica cuyo efecto a dosis mayores es la inhibición.

Cuando en un organismo existe una disrupción ligeramente de la homeostasis por algún motivo, el organismo llega al equilibrio nuevamente pasando por una etapa de sobrecompensación previa. Como

ejemplo podemos tomar cómo funciona el termostato de la calefacción de un ambiente. Cuando la temperatura disminuye por debajo de cierto valor (sería en este caso la disrupción de la homeostasis), la calefacción arranca y sube la temperatura un poco por encima del punto de equilibrio, y luego, para.

Con el tiempo la temperatura volverá al punto de equilibrio un poco por debajo de donde la lleva el sistema de compensación. Hahnemann describió esto muy bien en su *Organon del Heilkunst*, y específicamente pone varios ejemplos del ser humano en el parágrafo 65, entre los cuales cita los efectos primarios del frío, el calor, el café, el alcohol y dos diferentes efectos del opio. En todos los casos citados, el efecto secundario sigue invariablemente al primario, siendo de naturaleza opuesta, y buscando que el organismo llegue nuevamente a su punto de equilibrio. En el parágrafo 66, Hahnemann dice que una pequeña dosis producirá un efecto primario perceptible sólo al muy observador, pero que el organismo vivo emplea contra ella tanta fuerza como sea necesaria para la restauración de la salud.

De acuerdo a Calabrese, en su magistral *review* sobre este tema², existen varios tipos fundamentales alrededor de este concepto.

1. La hormesis **fisiológica** es similar a la que describe Hahnemann cuando explica qué ocurre con el frío, el calor o distintas sustancias. El organismo, luego de una descompensación de temperatura, tiende fisiológicamente a producir la reacción opuesta (vasodilatación o vasoconstricción, según el caso) hasta alcanzar un nuevo punto de equilibrio. También da explicaciones sobre sustancias como el café, el alcohol y el opio.
2. La hormesis de **precondicionamiento**, que es la utilización de sustancias en dosis horméticas previas al contacto con el agente estresor. Un ejemplo de esto sería el llamado **mitridatismo**, que consiste en ingerir pequeñas dosis de veneno para hacer al organismo más resistente a ellos (alude a una leyenda sobre Mitridates VI, en el siglo I d.C.).
3. La llamada hormesis de **postcondicionamiento**, que consiste en aplicar las dosis horméticas luego de haber tenido contacto con el agente estresor para favorecer la vuelta al equilibrio.

Química o física

Al hablar de la relación o semejanza de los conceptos definidos como hormesis existe una confusión más o menos extendida con respecto a este tema. Si bien es cierto que Hugo Schulz describió un proceso químico, la hormesis no es necesariamente un concepto basado únicamente en la química. Hahnemann describió los efectos primario y secundario refiriéndose, como explicamos previamente, a algunas sustancias químicas como el opio, el café y el alcohol. Sin embargo, y de una manera sugestiva, también incluyó en su definición a los efectos del calor y del frío (ausencia de calor), que no son sustancias químicas sino agentes físicos.

Existen dos puntos que me gustaría aclarar en esta sección. El primero es que la hormesis, en su definición, explica cambios que ocurren por procesos químicos, pero también por energía como la radiación ionizante (que no es precisamente un agente químico). La hormesis por radiación está muy estudiada, así como las diferencias entre dosis altas y bajas de radiación. Las altas dosis de radiación son tóxicas. Sin embargo, hay muchos trabajos que citan los efectos benéficos de las bajas dosis de radiación en muchos procesos.

Las bajas dosis de radiación tienen en distintos casos efectos antioxidantes, de reparación de daño de ADN, estimulación de distintos procesos de apoptosis mediados por p53, especies reactivas de oxígeno (ROS, por sus siglas en inglés) o citoquinas para la eliminación de células severamente dañadas. Además, promueven la inflamación y la inmunidad contra el cáncer y otras enfermedades. En modelos de investigación ha mostrado producir cambios epigenéticos beneficiosos durante la gestación, disminuir el envejecimiento, prolongar la vida y disminuir la severidad de los ataques de asma, entre otros efectos³.

El segundo punto es que no se pueden separar en el organismo la física y la química como si fueran dos mundos paralelos al estilo de un dualismo platónico. Así como la mente es inseparable del cuerpo, en el organismo la energía física produce cambios químicos y viceversa. La aplicación de calor sobre una parte del organismo, o la aplicación de radiación, induce muchas modificaciones químicas. Por ejemplo, aquellas que inducen a la vasodilatación local.

Por el contrario, muchos químicos inducen cambios que también producen vasodilatación y a su

vez generación local de calor y su liberación. Por lo tanto, estos fenómenos no deben ser investigados, a nuestro entender, como hechos antagónicos. Por el contrario, deben ser vistos como eslabones diferentes de una misma cadena.

Como conclusión, la hormesis puede ser inducida por estímulos físicos y/o químicos, y produce en el organismo cambios físicos y químicos.

Características de la hormesis

Los trabajos de Schulz, y por los cuales fue nominado al premio Nobel en 1930, son descritos en el *review* de la doctora Sara E. Branham de la Universidad de Rochester (Nueva York, Estados Unidos), publicado en el *Journal of Bacteriology* en 1929⁴. Es interesante ver que los estudios, si bien utilizaron diluciones que serían altas para la época, no superaban la 3CH. Es decir, que todos estos estudios se realizaron en diluciones por debajo de la 12CH, que es la dilución donde comienzan las discusiones sobre la presencia de la sustancia original. Si bien el profesor Schulz lo asoció al mecanismo de acción de la Homeopatía, estos principios fueron formulados por dosis mucho más altas o por concentraciones de sustancias mayores que las que nosotros aplicamos en Homeopatía diariamente.

¿Puede, entonces, afirmarse que la Homeopatía actúa por un principio hormético? Veamos algunas características descritas por Calabrese⁵.

I. Susceptibilidad: la susceptibilidad individual puede mover la curva de dosis respuesta de una sustancia hacia la izquierda. Esto significa que el mismo efecto se alcanza con una dosis menor. La segunda consecuencia es que, lo que para algunos individuos es un efecto beneficioso, para otros puede ser un efecto dañino, porque la curva se produce a distintas dosis. De hecho, en Homeopatía vemos que, a la misma potencia, un paciente hace síntomas de efecto primario (agravación-patogenesia); en cambio, otros sólo tienen un efecto secundario (mejoría del paciente). Por supuesto que, en general, al suspender el medicamento que estimula el efecto primario, muchas veces se obtiene un efecto secundario, también sugiriendo un efecto similar a la hormesis.

II. Tolerancia: la tolerancia es un mecanismo por el cual la respuesta a un agente farmacológico disminuye luego de un contacto repetido con el mismo o con agentes de naturaleza similar. Típicamente, la tolerancia induce al médico a ir aumentando la dosis de una manera progresiva a través del tiempo para poder obtener el mismo efecto. La tolerancia a dosis bajas y altas de alcohol ha sido extensamente estudiada, produciendo un aumento de la locomoción a bajas dosis y una disminución a dosis altas. Los procesos adaptativos del organismo en el metabolismo del alcohol hacen que haya tolerancia sólo para las dosis altas, induciendo a ingerir una mayor dosis para producir el mismo efecto. Esta tolerancia no se constata en el caso de las pequeñas dosis. En Homeopatía observamos que una potencia de un medicamento que es activa con claridad, se mantiene activa por un largo tiempo. Cuando el tiempo pasa y esta dosis se presenta como inactiva, damos con frecuencia una mayor dilución, volviendo a obtener un efecto. Esto habla de que el paciente se vuelve más sensible y necesita una dosis menor para seguir con la mejoría. Es decir, ¿la curva de dosis respuesta está probablemente corriéndose hacia la izquierda? La susceptibilidad aumenta con el tiempo, esto es lo contrario a la tolerancia.

III. Afinidad por receptores: en algunos casos la respuesta bifásica de la hormesis ha sido explicada por diferente afinidad de receptores. Una sustancia activa se une primero a un receptor de mucha afinidad pero de un efecto débil. Al aumentar la concentración presente de la droga, otro tipo de receptor de efecto antagónico, con menor afinidad por el sustrato pero mayor capacidad y en mayor número, se vuelve dominante en su efecto sobre el anterior, dando un efecto opuesto. Esto ha sido probado para varias sustancias como prostaglandinas, estrógenos, andrógenos, adrenérgicos, adenosina, 5-hidroxitriptamina, dopamina, opiáceos, péptidos, péptido beta amiloide, apoptosis, migración celular/quemotaxia. En Homeopatía ha habido algunas experiencias en este sentido que mencionaremos más adelante. Calabrese establece que no hay un único mecanismo para la hormesis. Por ejemplo, no podría ser explicado por la teoría de receptores, el efecto de la hormesis inducida por radiación.

IV. Los efectos horméticos nunca superan el efecto contrario en una magnitud mayor de 30 a 60% del efecto en altas dosis. Esto dificulta la investigación de este fenómeno. Podría explicar por qué la Homeopatía tiene un efecto suave y en general no tan marcado como el de las altas dosis.

La aspirina en dosis ultrabajas y la hormesis

Como vemos, la hormesis ha sido estudiada en dosis mucho más altas que las utilizadas en Homeopatía. ¿Pueden entonces, las diluciones por encima del número de Avogadro, producir un efecto similar al hormético?

I. Hormesis fisiológica y aspirina: en un estudio realizado con un láser de 2 micrones de diámetro, quemando una célula endotelial en un vaso arteriolar de 20 micrones de diámetro, se estudió la producción de émbolos luego de exponer el colágeno sub-endotelial. Para ver los efectos en el tiempo de una dosis alta de aspirina, se inyectó una dosis de 100 mg/kg (la dosis más antitrombótica en la rata). Con posterioridad se realizó el procedimiento del láser a los 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 y 16 días luego de esta única inyección de aspirina. Recordemos que la hormesis fisiológica es la sobrecompensación a una disrupción de la homeostasis. La disrupción de la homeostasis en este caso es la dosis alta de medicamento o el placebo en los distintos grupos. Se observó una clara disminución del número de émbolos desprendidos y de la duración del proceso de embolia luego del tiro con el láser, a las 48 horas de inyectada la dosis alta de aspirina, como era de esperar. En el día 8 se observa un aumento del número de émbolos desprendidos y en los días 8 y 10 se observa una prolongación de la duración del proceso de embolia. Es decir, que luego del efecto antitrombótico observado en el día 2 (usado comúnmente para la prevención secundaria de la trombosis vascular) aparece en los días 8 y 10 un efecto protrombótico marcado que luego desaparece⁶. Es decir una sobrecompensación que sigue a una disrupción de la homeostasis. Este proceso poco conocido está, además, descrito en la clínica mostrando un aumento del riesgo de distintos tipos de accidentes trombóticos e incluso

la trombosis de *stents* que liberan paclitaxel o sirolimus luego del abandono de la aspirina⁷⁻¹⁸.

II. Hormesis de acondicionamiento y aspirina:

la aspirina se utilizó en diferentes dosis, desde 100 mg/kg hasta la 30CH, para estudiar el efecto de cada dosis en la modificación de la respuesta a una trombosis inducida por rayo láser en el modelo previamente explicado. Los efectos en dosis de 100 mg/kg fueron mayormente de antitrombosis y hemorragia. En 1 mg/kg el efecto predominante fue de antitrombosis sin hemorragia y en otros estudios con hemorragia. En las diluciones homeopáticas resultaron más activas las diluciones 15CH y 30CH con un claro efecto protrombótico más marcadamente activo en la 15CH. Se realizó más de una experiencia y se confirmaron los resultados¹⁹⁻³².

III. Hormesis de poscondicionamiento y aspirina:

la utilización simultánea de dosis altas de aspirina y diluciones homeopáticas también fue estudiada por el Laboratorio de Hematología de la Universidad de Bordeaux, dirigido por el doctor Christian Doutremepuich. En dichos trabajos se estudiaron ratas a las que se les aplicó una dosis de aspirina alta y a continuación, con diferentes intervalos, una dosis de aspirina 15CH. El resultado de la aplicación simultánea de ambas dosis fue la inactivación del efecto antitrombótico de las dosis altas de aspirina por parte de la aspirina 15CH. Es decir, el número de émbolos y la duración de la embolización se normalizan^{33, 34}. En este caso la disrupción de la homeostasis, aparte del láser, está producida por la dosis alta de aspirina. La utilización posterior de una sustancia en dosis homeopáticas permite volver los valores a la normalidad. Como más ejemplos de hormesis de poscondicionamiento podríamos poner los resultados obtenidos en ratas con hipertensión portal. La hipertensión portal produce, entre otros cambios, una alteración de la hemostasia primaria, especialmente de la interacción de la plaqueta y el endotelio. Esto hace a la hipertensión portal un modelo ideal para probar los efectos de la aspirina 15CH. En ratas a las que se les provocó hipertensión portal 2 semanas antes del estudio, se probó el efecto de la aspirina 15CH. A la hora de la inyección se normalizaba la alteración de la generación de trombos y la tendencia a las hemorragias. Estas pruebas en ratas con hipertensión portal fueron realizadas muchas veces y con dos modelos experimentales diferentes³⁵⁻³⁸.

Discusión

Es posible que la aspirina sea la única sustancia que ha sido probada en los tres tipos distintos fundamentales de hormesis y en dosis homeopáticas por encima de la 12CH.

Es difícil afirmar completamente si el efecto de las diluciones homeopáticas puede ser definido como hormesis, o como un efecto similar a la hormesis que se obtiene con dosis mucho menores. Los puntos de contacto, en los casos descritos, son evidentes.

En principio, la susceptibilidad es uno de los puntos de contacto. La producción de hipertensión portal produce en la rata un efecto de antitrombosis, opuesto al efecto de la aspirina. La aspirina 15CH actúa de una manera más dramática y clara en estas ratas que en las ratas normales. Es posible que la similitud sea una forma que nosotros utilizamos en Homeopatía para acercarnos a los individuos susceptibles. En este caso podría decirse que la hipertensión portal produce un estado similar al efecto de las altas dosis de aspirina (o al efecto primario). Este estado hace a la rata más susceptible a la aspirina 15CH, que tiende a normalizar la alteración. Es, sin embargo, un punto discutible, ya que el efecto es también observado en la rata normal.

La sensibilización que observamos todos los días en nuestros pacientes que necesitan una dosis menor, o más diluida, puede ser interpretada como la ausencia de tolerancia. Este es un fenómeno asociado a las dosis horméticas. En la práctica diaria se observa con claridad cómo un paciente que estaba tratado con una determinada dilución, con un resultado efectivo, necesita en algún momento de un medicamento aún más diluido para que este efecto continúe adelante.

La afinidad por receptores con diluciones homeopáticas ha sido probada en pocas sustancias y de una manera indirecta. Los trabajos fundamentales fueron hechos con histamina³⁹ en un estudio *in vitro* y con aspirina en un estudio *in vivo* en ratas normales y con hipertensión portal^{40, 41}.

En el caso de la histamina, la dilución homeopática se comportaba como un agonista del receptor H2, en lugar del más predominante H1, y de una manera selectiva. En el caso de la aspirina, la aspirina 15CH tenía un efecto similar a la inhibición selectiva de la ciclooxygenasa-2 (COX-2), en lugar

del clásico efecto de la aspirina, inhibiendo la COX-1. Por otra parte, el efecto de la aspirina a la 15CH se inhibía con un tratamiento previo de inhibidores muy selectivos de la COX-2 (NS-398 en este caso). Se realizó, además, un estudio de confirmación con ratones sin COX-1 o sin COX-2 que arrojó similares resultados⁴². Los efectos de las diluciones homeopáticas, tal como se observan en la hormesis, no son de una gran magnitud y en general se limitan a la recuperación de la homeostasis del sistema afectado en la mayoría de los casos.

Es difícil hacer una observación definitiva sobre esta cuestión. Como dijimos más arriba, los puntos de contacto son evidentes. De cualquier manera existen diferencias marcadas por las distintas dosis utilizadas. Hace falta más experimentación para poder afirmar si existe un efecto hormético en dosis habituales y el mismo efecto en dosis homeopáticas.

Los mecanismos por los cuales este efecto es realizado son otra fuente de controversia. Los trabajos de Chikramanne *et al*^{43, 44} muestran que deshacerse de la sustancia original de la dilución no es tan fácil como hacer la cuenta de la cantidad de moléculas originales. La dilución aumenta, la cantidad de soluto disminuye, pero a medida que una sustancia se diluye más, la curva se vuelve asintótica y aun en diluciones como la 200C se encuentran restos de la sustancia original.

La hipótesis de las nanopartículas es también interesante. Las nanopartículas son pequeñas partículas con un diámetro entre 1 y 100 nm. La cualidad de su tamaño les permite atravesar con facilidad las membranas y en ocasiones llevar fármacos dentro de la célula. Esto permite un efecto mayor con dosis mucho menores. Es posible que también el de las nanopartículas sea uno de los mecanismos involucrados. Existen trabajos que muestran la formación de nanopartículas de sílice durante la manufactura de las diluciones homeopáticas^{45, 46}. Los trabajos de la doctora Iris Bell y colaboradores citan posibles mecanismos como sensibilización tiempo-dependiente (*time-dependent sensitization*) y resonancia estocástica.

Las diluciones homeopáticas muestran, aparte de algunos efectos sobre receptores y enzimas, importantes efectos sobre la modulación de la expresión genética. Estos trabajos prometen traer grandes cambios sobre nuestra interpretación del efecto de las diluciones homeopáticas en el futuro^{47, 48}.

Es interesante el planteamiento del profesor Bellavite, sugiriendo que, a diferencia de las drogas alopáticas que tienen reacciones ortostáticas con las proteínas receptoras, las diluciones podrían ejercer un control regulatorio a través de relaciones alostéricas con sus proteínas blanco⁴⁹.

Es evidente que la teoría de receptores difícilmente pueda explicar la hormesis por radiación ionizante o por radiación ultravioleta. En este sentido, son inquietantes las publicaciones del premio Nobel, el doctor Luc Montagnier, que muestran interacciones entre soluciones acuosas, ondas electromagnéticas y el ADN⁵⁰⁻⁵².

Es poco probable que se encuentre una explicación simple y a un solo nivel para un mecanismo que parece muy complejo. Para poder resolver el acertijo, deberá verse qué ocurre con las soluciones acuosas y las radiaciones electromagnéticas pero también con el soluto, el ADN, el ARN, y la síntesis de distintas proteínas intracelulares y de la membrana celular.

La citada exposición tiene como fin explicar los puntos de contacto entre la definición de hormesis y algunos hallazgos realizados por el grupo de la Universidad de Bordeaux en la investigación de las altas diluciones de aspirina. Por un lado, la definición de hormesis es bastante amplia, y por otro lado las pruebas químicas mayoritarias realizadas para probar su existencia se realizaron a concentraciones mucho mayores que las diluciones homeopáticas. Sin embargo, las diluciones de aspirina han probado producir un efecto similar a los 3 tipos fundamentales de hormesis.

Sus efectos han probado, además, un mecanismo de acción similar al descrito en la teoría de receptores estudiado en hormesis, en varios modelos distintos como ratas normales, ratas con hipertensión portal y ratones sin COX. Tal vez el hallazgo más interesante estudiado con las diluciones de aspirina sea que los efectos protrombóticos observados en los estudios clínicos descritos, luego del abandono de aspirina, muy probablemente podrían estar causados por los efectos de las bajas dosis. Es decir, que un importante efecto colateral de la droga alopática más antigua, podría estar causado por una dilución homeopática.

REFERENCIAS

1. Henschler D. The origin of hormesis: historical background and driving forces. *Hum Exp Toxicol*. Jul 2006; 25(7): 347-351. doi: 10.1191/0960327106ht642oa. Pubmed PMID: 16898162
2. Calabrese EJ. Hormesis: why it is important to toxicology and toxicologists. *Environ Toxicol Chem*. Jul 2008; 27(7): 1451-1474. doi: 10.1897/07-541. Pubmed PMID: 18275256
3. Scott BR. Radiation-hormesis phenotypes, the related mechanisms and implications for disease prevention and therapy. *J Cell Commun Signal*. Dic 2014; 8(4): 341-352. doi: 10.1007/s12079-014-0250-x. Pubmed PMID: 25324149. PMCID: PMC4390804.
4. Branham SE. The effects of certain chemical compounds upon the course of gas production by baker's yeast. *J Bacteriol*. Oct 1929; 18(4): 247-264. Pubmed PMID: 16559396. PMCID: PMC375082.
5. Calabrese EJ. *Op cit*.
6. Aguejof O, Eizayaga F, Desplat V, Belon P, Doutremepuich C. Prothrombotic and hemorrhagic effects of aspirin. *Clin Appl Thromb Hemost*. Oct 2009; 15(5): 523-528. doi: 10.1177/1076029608319945. Pubmed PMID: 18603541.
7. Sibon I, Orgogozo JM. Antiplatelet drug discontinuation is a risk factor for ischemic stroke. *Neurology*. 13 Abr 2004; 62(7): 1187-1189. Pubmed PMID: 15079022.
8. Maulaz AB, Bezerra DC, Michel P, Bogousslavsky J. Effect of discontinuing aspirin therapy on the risk of brain ischemic stroke. *Arch Neurol*. Ago 2005; 62(8): 1217-1220. doi: 10.1001/archneur.62.8.1217. Pubmed PMID: 16087761.
9. Armstrong MJ, Schneck MJ, Biller J. Discontinuation of perioperative antiplatelet and anticoagulant therapy in stroke patients. *Neurol Clin*. Nov 2006; 24(4): 607-630. doi: 10.1016/j.ncl.2006.06.003. Pubmed PMID: 16935191.
10. Fischer LM, Schlienger RG, Matter CM, Jick H, Meier CR. Discontinuation of nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy and risk of acute myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 13-27 Dic 2004; 164(22): 2472-2476. doi: 10.1001/archinte.164.22.2472. Pubmed PMID: 15596638.
11. Ferrari E, Benhamou M, Cerboni P, Marcel B. Coronary syndromes following aspirin withdrawal: a special risk for late stent thrombosis. *J Am Coll Cardiol*. 1 Feb 2005; 45(3): 456-459. doi: 10.1016/j.jacc.2004.11.041. Pubmed PMID: 15680728.
12. Burger W, Chemnitus JM, Kneissl GD, Rucker G. Low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention - cardiovascular risks after its perioperative withdrawal versus bleeding risks with its continuation - review and meta-analysis. *J Intern Med*. May 2005; 257(5): 399-414. doi: 10.1111/j.1365-2796.2005.01477.x. Pubmed PMID: 15836656.
13. Collet JP, Montalescot G, Blanchet B, Tanguy ML, Golmard JL, Choussat R, Beygui F, Payot L, Vignolles N, Metzger JP, Thomas D. Impact of prior use or recent withdrawal of oral antiplatelet agents on acute coronary syndromes. *Circulation*. 19 Oct 2004; 110(16): 2361-2367. doi: 10.1161/01.CIR.0000145171.89690.B4. Pubmed PMID: 15477397.
14. Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 25 Sep 2006; 166(17): 1842-1847. doi: 10.1001/archinte.166.17.1842. Pubmed PMID: 17000940.
15. Biondi-Zoccai GG, Lotrionte M, Agostoni P, Abbate A, Fusaro M, Burzotta F, Testa L, Sheiban I, Sangiorgi G. A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50,279 patients at risk for coronary artery disease. *Eur Heart J*. Nov 2006; 27(22): 2667-2674. doi: 10.1093/eurheartj/ehl334. Pubmed PMID: 17053008.
16. Collet JP, Himbet F, Steg PG. Myocardial infarction after aspirin cessation in stable coronary artery disease patients. *Int J Cardiol*. Nov-Dic 2000; 76(2-3): 257-258. Pubmed PMID: 11229414.
17. Albaladejo P, Geeraerts T, Francis F, Castier Y, Lesèche G, Marty J. Aspirin withdrawal and acute lower limb ischemia. *Anesth Analg*. Ago 2004; 99(2): 440-443. doi: 10.1213/01.ANE.0000131965.61686.BD. Pubmed PMID: 15271721.
18. Eisenberg MJ, Richard PR, Libersan D, Filion KB. Safety of short-term discontinuation of antiplatelet therapy in patients with drug-eluting stents. *Circulation*. 31 Mar 2009; 119(12): 1634-1642. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.813667. Pubmed PMID: 19289638.
19. Aguejof O, Eizayaga F, Desplat V, Belon P, Doutremepuich C. Prothrombotic and hemorrhagic effects of aspirin. *Op cit*.
20. Sibon I, Orgogozo JM. Antiplatelet drug discontinuation is a risk factor for ischemic stroke. *Op cit*.
21. Maulaz AB, Bezerra DC, Michel P, Bogousslavsky J. Effect of discontinuing aspirin therapy on the risk of brain ischemic stroke. *Op cit*.
22. Armstrong MJ, Schneck MJ, Biller J. Discontinuation of perioperative antiplatelet and anticoagulant therapy in stroke patients. *Op cit*.
23. Fischer LM, Schlienger RG, Matter CM, Jick H, Meier CR. Discontinuation of nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy and risk of acute myocardial infarction. *Op cit*.
24. Ferrari E, Benhamou M, Cerboni P, Marcel B. Coronary syndromes following aspirin withdrawal: a special risk for late stent thrombosis. *Op cit*.
25. Burger W, Chemnitus JM, Kneissl GD, Rucker G. Low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention - cardiovascular risks after its perioperative withdrawal versus bleeding risks with its continuation - review and meta-analysis. *Op cit*.
26. Collet JP, Montalescot G, Blanchet B, Tanguy ML, Golmard JL, Choussat R, Beygui F, Payot L, Vignolles N, Metzger JP, Thomas D. Impact of prior use or recent withdrawal of oral antiplatelet agents on acute coronary syndromes. *Op cit*.
27. Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Op cit*.
28. Biondi-Zoccai GG, Lotrionte M, Agostoni P, Abbate A, Fusaro M, Burzotta F, Testa L, Sheiban I, Sangiorgi G. A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50,279 patients at risk for coronary artery disease. *Op cit*.
29. Collet JP, Himbet F, Steg PG. Myocardial infarction after aspirin cessation in stable coronary artery disease patients. *Op cit*.

30. Albaladejo P, Geeraerts T, Francis F, Castier Y, Lesèche G, Marty J. Aspirin withdrawal and acute lower limb ischemia. *Op cit*.
31. Eisenberg MJ, Richard PR, Libersan D, Filion KB. Safety of short-term discontinuation of antiplatelet therapy in patients with drug-eluting stents. *Op cit*.
32. Doutremepuich C, Aguejouf O, Desplat V, Eizayaga FX. Paradoxical thrombotic effects of aspirin: experimental study on 1000 animals. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets*. Jun 2010; 10(2): 103-110. Pubmed PMID: 20350286.
33. Belougne-Malfatti E, Aguejouf O, Doutremepuich F, Belon P, Doutremepuich C. Combination of two doses of acetyl salicylic acid: experimental study of arterial thrombosis. *Thromb Res*. 1 Jun 1998; 90(5): 215-221. Pubmed PMID: 9694243.
34. Aguejouf O, Malfatti E, Belon P, Doutremepuich C. Time related neutralization of two doses acetyl salicylic acid. *Thromb Res*. 15 Nov 2000; 100(4): 317-323. Pubmed PMID: 11113275.
35. Eizayaga FX, Aguejouf O, Belon P, Doutremepuich C. Platelet aggregation in portal hypertension and its modification by ultra-low doses of aspirin. *Pathophysiol Haemost Thromb*. 2005; 34(1): 29-34. doi: 10.1159/000088545. Pubmed PMID: 16293983.
36. Eizayaga FX, Aguejouf O, Desplat V, Belon P, Doutremepuich C. Modifications produced by indomethacin and L-NAME in the effect of ultralow-dose aspirin on platelet activity in portal hypertension. *Pathophysiol Haemost Thromb*. 2006; 35(5): 357-363. doi: 10.1159/000097689. Pubmed PMID: 17230036.
37. Eizayaga FX, Aguejouf O, Desplat V, Belon P, Doutremepuich C. Modifications produced by selective inhibitors of cyclooxygenase and ultra low dose aspirin on platelet activity in portal hypertension. *World J Gastroenterol*. 14 Oct 2007; 13(38): 5065-5070. Pubmed PMID: 17876871. PMCID: PMC4434635.
38. Eizayaga FX, Aguejouf O, Desplat V, Doutremepuich C. Beneficial Effect of Ultra-Low-Dose Aspirin in Platelet Activity Alterations and Haemorrhage Observed in Experimental Portal Hypertension. *Thrombosis*. 14 Nov 2012; 2012: 430460. doi: 10.1155/2012/430460. PMCID: PMC3236533.
39. Sainte-Laudy J, Belon P. Application of flow cytometry to the analysis of the immunosuppressive effect of histamine dilutions on human basophil activation: effect of cimetidine. *Inflamm Res*. Mar 1997; 46 Suppl 1: S27-28. Pubmed PMID: 9098749.
40. Eizayaga FX, Aguejouf O, Desplat V, Belon P, Doutremepuich C. Modifications produced by selective inhibitors of cyclooxygenase and ultra low dose aspirin on platelet activity in portal hypertension. *Op cit*.
41. Doutremepuich C, Aguejouf O, Eizayaga FX, Desplat V. Reverse effect of aspirin: is the prothrombotic effect after aspirin discontinuation mediated by cyclooxygenase 2 inhibition? *Pathophysiol Haemost Thromb*. 2007; 36(1): 40-44. doi: 10.1159/000112638. PMID: 18332613.
42. Doutremepuich C, Aguejouf O, Desplat V, Eizayaga FX. Aspirin therapy: an attempt to explain the events of prothrombotic complications after treatment discontinuation. *Thromb Haemost*. Ene 2010; 103(1): 171-180. doi: 10.1160/TH09-07-0506. Pubmed PMID: 20062937.
43. Chikramane PS, Suresh AK, Bellare JR, Kane SG. Extreme homeopathic dilutions retain starting materials: A nanoparticulate perspective. *Homeopathy*. Oct 2010; 99(4): 231-242. doi: 10.1016/j.homp.2010.05.006. PMID: 20970092.
44. Chikramane PS, Kalita D, Suresh AK, Kane SG, Bellare JR. Why Extreme Dilutions Reach Non-zero Asymptotes: A Nanoparticulate Hypothesis Based on Froth Flotation. *Langmuir*. 2012; 28(45): 15864-15875. doi: 10.1021/la303477s.
45. Bell IR, Koithan M, Brooks AJ. Testing the nanoparticle-allostatic cross-adaptation-sensitization model for homeopathic remedy effects. *Homeopathy*. Ene 2013; 102(1): 66-81. doi: 10.1016/j.homp.2012.10.005. Pubmed PMID: 23290882. PMCID: PMC3539158.
46. Bell IR, Schwartz GE. Enhancement of adaptive biological effects by nanotechnology preparation methods in homeopathic medicines. *Homeopathy*. Abr 2015; 104(2): 123-138. doi: 10.1016/j.homp.2014.11.003. Pubmed PMID: 25869977.
47. Marotti I, Betti L, Bregola V, Bosi S, Trebbi G, Borghini G, Nani D, Dinelli G. Transcriptome Profiling of Wheat Seedlings following Treatment with Ultrahigh Diluted Arsenic Trioxide. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014; 2014: 851263. doi: 10.1155/2014/851263. Pubmed PMID: 25525452. PMCID: PMC4265686.
48. Marzotto M, Oliosio D, Bellavite P. Gene expression and highly diluted molecules. *Front Pharmacol*. 2014; 5: 237. doi: 10.3389/fphar.2014.00237. PMCID: PMC4228849.
49. Dei A, Bernardini S. Hormetic effects of extremely diluted solutions on gene expression. *Homeopathy*. Abr 2015; 104(2): 116-122. doi: 10.1016/j.homp.2015.02.008. Pubmed PMID: 25869976.
50. Bellavite P, Signorini A, Marzotto M, Moratti E, Bonafini C, Oliosio D. Cell sensitivity, non-linearity and inverse effects. *Homeopathy*. Abr 2015; 104(2): 139-160. doi: 10.1016/j.homp.2015.02.002. Pubmed PMID: 25869978.
51. Montagnier L, Aïssa J, Ferris S, Montagnier JL, Lavallée C. Electromagnetic signals are produced by aqueous nanostructures derived from bacterial DNA sequences. *Interdiscip Sci*. Jun 2009; 1(2): 81-90. doi: 10.1007/s12539-009-0036-7. Pubmed PMID: 20640822.
52. Montagnier L, Del Giudice E, Aïssa J, Lavallée C, Motschwiler S, Capolupo A, Polcari A, Romano P, Tedeschi A, Vitiello G. Transduction of DNA information through water and electromagnetic waves. *Electromagn Biol Med*. 2015; 34(2): 106-112. doi: 10.3109/15368378.2015.1036072. Pubmed PMID: 26098521.

Caso clínico

Un Caso Clínico de Fractura Dental y su Abordaje Clínico Homeopático

*Maura Espejel Mejía

*Roxana Camacho Morfín

Resumen

Se presenta un caso de trauma dentoalveolar en un paciente masculino de 22 años de edad, al sufrir un asalto en la Ciudad de México. El paciente acude al consultorio dental 29 horas posteriores al incidente; durante la exploración se identifican edema y laceraciones en los labios; movilidad de los dientes centrales superiores y fractura del ángulo mesio-incisal del lateral superior derecho. El estudio radiográfico muestra fractura de las coronas en los centrales superiores. El abordaje terapéutico combinó Homeopatía, tratamiento endodóntico, periodontal y prótesis. Los medicamentos que se administraron fueron: Arnica montana, Hypericum perforatum, Calendula officinalis y Echinacea angustifolia (nombre de marca: Gavosim); se prescindió de antibióticos y antiinflamatorios. A las cuatro semanas del tratamiento endodóntico se remitió al paciente con el periodoncista, y cuatro semanas después, con el protesista. Al final, se logró la rehabilitación total. Se concluye que los medicamentos prescritos facilitaron la recuperación de los tejidos periodontales.

Abstract

Is a case of dentoalveolar trauma in a 22 year old male patient, who suffered an assault in the city of Mexico. The patient is presented to the dental office 29 hours after the incident; during the clinical examination identifies edema and lacerations on the lips; mobility of the upper central teeth and breaking mesio - incisal on the upper right side angle. The radiographic study shows fracture in the upper central crowns. The therapeutic approach combined homeopathy, endodontic and prosthetic treatment. Medication that were administered were: Arnica montana, Hypericum perforatum, Calendula officinalis and Echinacea angustifolia (brand name: Gavosim). It was avoided the prescription of antibiotics and anti-inflammatory drugs. Four weeks after the endodontic treatment the patient was referred with the prosthetist, and another four weeks more was the total rehabilitation. It is concluded that homeopathic medicine facilitated the recovery of periodontal tissues.

PALABRAS CLAVE:

Trauma dentoalveolar, Homeopatía, Arnica montana, Hypericum perforatum, Calendula officinalis, Echinacea angustifolia.

KEYWORDS:

Dentoalveolar trauma, homeopathy, Arnica montana, Hypericum perforatum, Calendula officinalis, Echinacea angustifolia.

*Profesoras e Investigadoras del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás (CICS UST); becarias de la Comisión de Operación y Fomento de Actividades Académicas (COFAA), ambas entidades pertenecen al Instituto Politécnico Nacional (IPN).

Recibido: abril, 2017. Aceptado: mayo, 2017

Introducción

El término traumatismo define a aquellas lesiones externas e internas provocadas por una violencia exterior¹. Con base en esta definición, Scott citado por Prieto² menciona que el traumatismo dental describe las lesiones violentas de los tejidos dentales y periodontales originadas por agentes externos, y excluye de este concepto el desgaste fisiológico (atrición) o patológico (abrasión); por lo tanto, el traumatismo dental es considerado como una urgencia odontológica debido a que el paciente cursa con dolor intenso, alteración de forma de los tejidos involucrados y disminución de la funcionalidad de dicción y masticatoria, además de que le genera preocupaciones que afectan directamente su personalidad y pueden provocar problemas psicológicos y sociales³.

García Ballesta⁴ menciona que los traumatismos dentales son la segunda causa de atención odontopediátrica, sólo después de la caries, y que en un futuro cercano los traumatismos constituirán la principal demanda de atención; además, señala que los traumatismos dentales no se rigen por un mecanismo etiopatogénico ni siguen un patrón predecible en relación con la intensidad o la extensión.

Además, Gallego⁵, en su estudio epidemiológico retrospectivo, menciona que la prevalencia de los traumatismos dentales es alta y que las principales causas son las caídas, los golpes, los accidentes de tránsito y los actos de violencia; todo esto afecta, principalmente, a los dientes anteriores superiores e inferiores, con una mayor incidencia en el género masculino debido a la participación en actividades deportivas y juegos de contacto. Existen reportes que mencionan que el 25% de los niños en edad escolar sufren un trauma dental y que el 33% de los adultos ha sufrido un trauma en la dentición permanente, ya que las lesiones se producen antes de los 19 años^{6,7}.

En los pacientes adultos, las principales causas son agresiones, accidentes de tránsito (encabezados por el uso de motocicleta), así como el uso de los dientes como una herramienta de trabajo. Ahora bien, mientras que en la dentición primaria es más frecuente la luxación⁸, en la permanente son más habituales las fracturas coronarias no complicadas, seguidas de subluxaciones, contusiones y fracturas radiculares, alveolares y coronarias complicadas, en ese orden⁹. Es importante destacar que las cifras en torno a la incidencia de trauma dental varía de un país a otro, y que en México existen pocos estudios que reporten la frecuencia del trauma dentoalveolar.

Dentro de los factores predisponentes se consideran: las maloclusiones, la cobertura labial inadecuada, la amelogénesis imperfecta, la dentinogénesis imperfecta, el uso de aparatos de ortodoncia, las convulsiones y la epilepsia, los asociados con autoagresión (síndrome de Lesch-Nyhan) y, durante la anestesia general, la presencia del tubo endotraqueal^{10,11}.

Es muy importante considerar que existe una gama de situaciones en las que un paciente se puede presentar y es prioritario realizar una evaluación médica para descartar complicaciones; una vez que se ha hecho lo antes mencionado es conveniente iniciar con la anamnesis, el examen clínico extra e intraoral, las pruebas de vitalidad pulpar y la toma de radiografías periapicales mesio y disto anguladas, además de una oclusal.

Clasificación

El trauma dentoalveolar se debe a factores anatómicos y de distinta etiología. Se han propuesto diferentes maneras de clasificar los traumatismos dentales basados en criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el sugerido por Andreasen y colaboradores¹², que los dividen en lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa, lesiones de los tejidos periodontales y lesiones del hueso de sostén; este orden aplica para la dentición temporal y también para la permanente. La clasificación de Ellis¹³, por su parte, es una descripción ampliamente usada en clínica que se basa en la extensión de las lesiones, numerándolas de la clase I hasta la clase IX. Una clasificación más es la de Basrani¹⁴, que describe las características anatómicas de las estructuras dentarias, como fracturas coronarias, fracturas radiculares y fracturas corono-radiculares.

I. Lesiones de los tejidos duros dentarios y de la pulpa

- Fractura incompleta (infracción). Fractura incompleta (rotura) del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.
- Fractura no complicada de la corona. Afecta al esmalte y la dentina sin exposición pulpar.
- Fractura complicada de la corona. Afecta al esmalte y la dentina con exposición pulpar.

- Fractura corono-radicular no complicada. Afecta al esmalte, la dentina y el cemento, pero no expone la pulpa.
- Fractura corono-radicular complicada. Afecta al esmalte, la dentina, el cemento, y expone la pulpa.
- Fractura de la radicular. Fractura que afecta a la dentina, el cemento y la pulpa.

Se clasifican de acuerdo con su localización (coronal, medio o apical) y al desplazamiento del fragmento coronal o apical. El espacio entre ambos se denomina diástasis.

II. Lesiones de los tejidos periodontales

- Concusión: lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal de éste.
- Subluxación: lesión de las estructuras de sostén del diente con movilidad, pero sin desplazamiento de éste.
- Luxación lateral: desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación intrusiva (dislocación central): desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación extrusiva (dislocación periférica, avulsión parcial): desplazamiento parcial del diente de su alvéolo.
- Exarticulación (avulsión completa): desplazamiento completo del diente fuera de su alvéolo.

III. Lesiones del hueso de sostén

- Conminución de la cavidad alveolar (mandibular o maxilar): aplastamiento y compresión del alvéolo en maxilar superior o en la mandíbula; es común en las luxaciones intrusiva y lateral.
- Fractura de la pared alveolar (mandibular o maxilar): se limita a la pared vestibular o lingual del alvéolo.

- Fractura del proceso alveolar (mandibular o maxilar): fractura del proceso alveolar que puede o no involucrar al diente.
- Fractura de la mandíbula o del maxilar: fractura extensa del hueso basal y/o de la rama mandibular; puede o no estar involucrado el hueso alveolar¹⁵⁻¹⁹.

Al iniciar el diagnóstico es muy importante emplear diversas herramientas de evaluación como la palpación, la percusión, los estudios radiográficos y la transiluminación; ésta última facilita la identificación de fisuras en el esmalte que no son observables a través de un examen radiográfico y que son las responsables de producir necrosis pulpar.

Es común que este tipo de fracturas se localice en los dientes anteriores, en borde incisal o ángulo interproximal. Frecuentemente no manifiesta síntomas de sensibilidad a cambios de temperatura, por lo que las pruebas de vitalidad son negativas (transitoriamente), ya que es preciso continuar con un monitoreo a causa de la evolución del trauma. De igual forma, hay que determinar el tipo de fractura para un adecuado plan de tratamiento, ya que en la mayoría de las ocasiones la resolución adecuada y definitiva no es sencilla ni rápida, debido a que se convierte en un tratamiento multidisciplinario^{20, 21}.

Presentación del caso clínico

Por todo lo anterior, se considera importante reconocer el tipo de trauma dentoalveolar del caso que se presenta a continuación, así como identificar las causas, citar el género y la edad del paciente, y señalar el tiempo que le llevó acudir a la clínica para su atención.

Paciente masculino de 22 años de edad, que acude a consulta 29 horas después de haber sufrido una agresión física resultado de un asalto. La persona reporta que en las primeras horas de la agresión es evaluado medicamente y se descarta que tenga otras complicaciones; se le prescribe un analgésico que no disminuye totalmente el dolor, por lo que acude a consulta homeopática; presenta dolor al tacto y a la masticación con movilidad de los dientes.

Durante la exploración se identifican edema y laceraciones en los labios, así como movilidad de

los dientes centrales superiores y fractura del ángulo mesio-incisal del lateral superior derecho. Como resultado del estudio radiográfico se identifica fractura de las coronas de los centrales superiores.

Durante el interrogatorio el paciente pone en evidencia los siguientes hechos: menciona haber tenido una pesadilla la noche siguiente de la agresión; en el sueño aparecen los ladrones, haciéndole despertar súbitamente. Además de esto, refiere que durante el traslado de su casa al consultorio siente temor de que lo toquen, pues su cuerpo se encuentra adolorido, lo cual también dificulta la exploración oral y la toma de los estudios radiográficos, pues le inquieta ser lastimado durante dichos procesos. El paciente describe el dolor como “intermitente” y “como punzadas a lo largo de los dientes”.

Diagnóstico

Fundamentalmente se trata de la fractura complicada de la corona del central superior izquierdo; fractura corono-radicular complicada del central superior derecho y fractura no complicada de la corona del lateral superior derecho.

Prescripción homeopática

Arnica montana 30CH

Tomar 3 glóbulos cada 12 horas, durante 8 días; posteriormente, 3 glóbulos cada 24 horas, por 8



Figura 2. Fractura complicada corono-radicular.

días. Se considera este medicamento debido a la particularidad de que el paciente no quiere ser tocado por tener el cuerpo adolorido, además de ser víctima de pesadillas por un trauma físico y emocional. Presenta, asimismo, edema y laceraciones en los labios. No hay que olvidar que Arnica montana es el medicamento más importante para heridas, contusiones y conmociones.

Hypericum perforatum 6 ch

Tomar 3 glóbulos cada 6 horas, hasta terminar el tratamiento endodóntico. Al diagnosticarse fractura corono-radicular complicada en los centrales superiores y presentar odonalgias punzantes e intermitentes, indica biopulpectomía (acción semiquirúrgica que consiste en extirpar el paquete vasculonervioso vital) de los dientes 21 y 11.

Calendula officinalis, tintura madre

Diluida en solución salina para ser empleada como irrigante de limpieza de los canales radiculares, se prescribe por tratarse de un caso con

Diente	Diagnóstico	Tratamiento
Central superior derecho (diente 11).	Fractura Corono-radicular Complicada.	Endodóntico, periodontal y protésico.
Lateral superior derecho (diente 12).	Fractura no complicada de la corona.	Restaurativo.
Central superior izquierdo (diente 21)	Fractura complicada de la corona	Endodóntico, periodontal y protésico

Figura 1. Resumen del caso; diagnóstico y tipo de tratamiento.

heridas traumáticas con dolor excesivo y con tendencia a la supuración, además de ser considerado el antiséptico homeopático.

Echinacea angustifolia (Gavosim)

Diluir 1 ml de Gavosim en 10 ml de agua y realizar colutorios, tres veces al día, preferentemente después del cepillado y manteniéndolo en la boca durante 1 minuto. No se debe consumir alimento o bebida alguna hasta 30 minutos después de haberse realizado el colutorio.

El paciente logró un eficiente control de la placa dentobacteriana a lo largo de todos los procedimientos, promoviendo la cicatrización y la disminución de la inflamación. Con ello favoreció el tratamiento periodontal (gingivectomía y gingivoplastia) y, debido a su efecto sialogogo, aumentó la autoclisis, **que promueve el control de placa dentobacteriana**. La sustancia, además, eliminó la halitosis.

Pronóstico

Es importante informar al paciente del pronóstico antes de iniciar con el plan de tratamiento, debido a la elevada probabilidad de que se presenten secuelas como reabsorción interna o externa, así como pérdida de hueso de la cresta.

Abordaje clínico

Después de la toma de signos clínicos, se procede a realizar la asepsia de la cavidad oral con Gavosim y a la colocación de anestesia tópica para infiltrar clorhidrato de lidocaína con epinefrina 2%, de tal manera que se pueda bloquear el nervio alveolar superior anterior.

Posteriormente, se coloca el aislado absoluto para extirpar los fragmentos de corona con movilidad y proceder al tratamiento de conductos de los dientes 11 y 21. Se inicia con la cavidad de acceso cameral y con el apoyo de la radiografía inicial se determina la pre conductometría, lo que hace posible iniciar con la negociación del conducto a través de las limas Flex R no. 15, de acuerdo con la longitud del trabajo en-

odontológico previamente establecida para cada uno de los dientes.

La preparación biomecánica es realizada con el sistema de instrumentación mecánica por rotación continua de níquel-titanio (Protaper), el cual provee las siguientes ventajas: reducción del tiempo de trabajo por el corte del instrumento, flexibilidad de los instrumentos y diseño de punta de seguridad, lo que impide el transporte apical.

La irrigación del conducto radicular se realiza con la preparación de 2% de tintura madre de *Calendula officinalis* y agua bidestilada. Se eligió esta sustancia irrigadora por tratarse de una biopulpectomía y eliminar el uso de los irrigantes habituales: hipoclorito de sodio y EDTA, sustancias que son irritantes para el ligamento periodontal al proyectarse por el periápice en el momento de la irrigación (figura 3).



Figura 3. Fractura complicada de la corona 21 y corono-radicular complicada de 11.

Una vez finalizada la preparación biomecánica del conducto radicular deberá secarse, utilizando para ello una punta de papel estéril. Para introducir la punta maestra de gutapercha y tomar la radiografía correspondiente para verificar que se ubique en la longitud de trabajo previamente establecida.

En la obturación del conducto se emplea la técnica de condensación lateral (figura 4), mientras que las coronas provisionales son cementadas en espera de la evaluación del especialista en periodoncia.

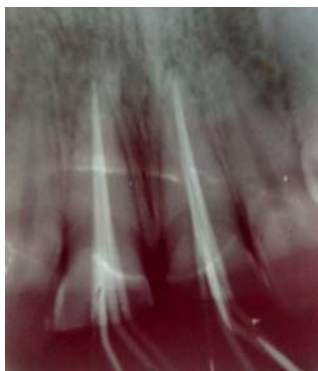


Figura 4. Prueba radiográfica de penacho.

Segunda consulta

En la segunda cita se reconstruye el ángulo mesio-incisal con una restauración directa de resina. La especialista en periodoncia propone realizar una gingivoplastia y gingivectomía a fin de evitar la formación de una bolsa periodontal; ello porque la fractura en la raíz del diente 11 abarcaba 2 mm del tercio coronal. Dichos procedimientos son aceptados por el paciente, a quien se le prescribe el uso post-quirúrgico de enjuagues con Gavosim.

Cuatro semanas después del procedimiento descrito se evalúa la condición del paciente y se decide darle la alta periodontal. Se le remite al área protésica para que los dientes 11 y 21 sean reconstruidos mediante la cementación de endopostes radiculares de fibra de vidrio²², además de la conformación y el tallado del muñón coronario. Así, se toma la impresión definitiva con silicón, que es enviada al laboratorio para la conformación de las coronas libre de metal. Cuando finaliza este procedimiento se ajustan las coronas provisionales, respetando las consideraciones biológicas por razones estéticas; después de una semana se realiza el protocolo de cementación definitivo de las coronas libres de metal, recomendando al paciente continuar con un seguimiento del caso (figura 5).



Figura 5. Rehabilitación de fracturas coronarias.

Discusión

El trauma dentoalveolar es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de salud bucal, tal y como lo demuestran los estudios revisados y la literatura.

Se sabe, por tanto, que luego de una lesión significativa que compromete otras estructuras faciales, los pacientes prefieren consultar primero a los servicios de medicina general y posteriormente al servicio odontológico. Cabe destacar que la disminución de los efectos negativos del trauma dental, así como la garantía de una recuperación exitosa, están íntimamente relacionados con una atención oportuna en el menor tiempo posible después de haberse presentado el trauma. Es relevante, asimismo, la calidad de atención que recibe el paciente y una prescripción homeopática oportuna relativa al estado en el que se presenta a consulta.

Se considera que los medicamentos homeopáticos *Arnica montana* 30CH, *Hypericum perforatum* 6CH, *Calendula officinalis* y *Echinacea angustifolia* (Gavosim) promovieron el adecuado manejo en el paciente al sustituir la prescripción tradicional de antibiótico y antiinflamatorio. Los fármacos mencionados tienen acción a nivel fisiológico, de allí que con la prescripción homeopática sanaron los tejidos y la rehabilitación estomatológica se efectuó sin contratiempo, favoreciendo la curación del periodonto.

Además, el paciente superó el trauma emocional debido a que *Arnica montana* es un medicamento indicado para las contusiones y todos los síntomas que resultan de éstas: la sensación de cansancio y magulladura generalizada, así como el insomnio o despertar brusco y angustiado, entre otras. Una vez que fue tratado, el paciente pudo incorporarse nuevamente a su rutina laboral y familiar.

Para el odontólogo y para especialistas estomatólogos, la Homeopatía constituye un objeto de estudio sumamente interesante que servirá para desarrollar una atención integral de los pacientes que sufren de fracturas dentales, principalmente si son medicados lo más pronto posible después de haber sufrido el trauma.

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés alguno.

REFERENCIAS

1. Navarro Beltrán E, coord. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 13a ed. Barcelona: Masson; 2002.
2. Prieto JL. Clasificación de los traumatismos dentales en paleopatología. *Revista Paleopatología*. 2006; 33(1): 1-6.
3. Gallego Rodríguez J, Martínez Jacobo R. Traumatismos dentales en niños de 12 a 14 años en el municipio San José de las Lajas. *Revista Cubana de Estomatología*, Ago 2004: 41(2).
4. García-Ballesta C, Pérez-Lajarin L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales: una revisión. *RCOE*. Mar-Abr 2003; 8(2): 131-141.
5. Gallego Rodríguez J, Martínez Jacobo R. *Op cit*.
6. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, Andersson L, Bourguignon C, Flores MT, Hicks ML, Lenzi AR, Malmgren B, Moule AJ, Pohl Y, Tsukiboshi M; International Association of Dental Traumatology. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol*. Feb 2012; 28(1): 2-12. doi: 10.1111/j.1600-9657.2011.01103.x. Pubmed PMID: 22230724.
7. Malagón Mesa E, Vento Tejera MN, Gómez Muñoz MI, Díaz Llana CZ. (2013). Comportamiento clínico epidemiológico de los traumatismos dentales en escuelas urbanas de San Juan y Martínez. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Mar-Abr 2013; 17(2), 78-85.
8. Mallqui-Herrada LL, Hernández-Añaños JF. Traumatismos dentales en dentición permanente. *Rev Estomatol Herediana*. 2012; 22(1): 42-49.
9. Acevedo JP, Cooper H, Tirreau V, Núñez F. Descripción del traumatismo dentoalveolar en pacientes adultos. *Revista Dental de Chile*. 2006; 97(1): 8-13.
10. Prieto JL. *Op cit*.
11. Pérez Amaya EM, Ruiz Correa L, Peláez Jiménez LD, Salazar Garzón N, Orozco Arcila S. Análisis de los incidentes de trauma dentoalveolar atendidos en el servicio de urgencias de una institución docente asistencial de Medellín (Colombia) 2007-2012. *Revista Nacional de Odontología*. 2014; 10(18), 21-28. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v10i18.718>
12. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 3a ed. Chicago: Mosby; 1994. p. 198-219.
13. Ellis R, Davey LW. The classification and treatment of injuries to the of children, 5a ed. Chicago: Year Book Publisher; 1970.
14. Basrani E, Nallo R, Pintado G. Fisuras y fracturas del esmalte. *Rev Ecu-Estomatol*. 1994; 12: 3-5.
15. Navarro Beltrán E, coord. *Op cit*.
16. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, Andersson L, Bourguignon C, Flores MT, Hicks ML, Lenzi AR, Malmgren B, Moule AJ, Pohl Y, Tsukiboshi M; International Association of Dental Traumatology. *Op cit*.
17. Acevedo JP, Cooper H, Tirreau V, Núñez F, *Op cit*.
18. Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, Bourguignon C, DiAngelis A, Hicks L, Sigurdsson A, Trope M, Tsukiboshi M, von Arx T; International Association of Dental Traumatology. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*. Jun 2007; 23(3): 130-136. doi: 10.1111/j.1600-9657.2007.00605.x. Pubmed PMID: 17511833.
19. López-Marcos JF, García Cenador B, García Valle S. Tratamiento de las lesiones dentales traumáticas. *Acta Odontológica Venezolana*. 2006; 44(3): 431-436.
20. León Valle M, Arada Otero JA, López Blanco MN, Armas Cruz D. Traumatismos dentarios en el menor de 19 años. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Oct 2012; 16(5): 4-13.
21. Antunes LAA, Leão AT, Maia LC. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. *Ciênc. saúde coletiva*. Dic 2012; 17(12): 3417-3424. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200026>.
22. Calabria Díaz H. (2010). Postes prefabricados de fibra. Consideraciones para su uso clínico. *Odontoestomatología*. Dic 2010; 12(Suppl 16): 4-22.

Artículo de revisión

*Un Rastreo por la Teoría de la Enfermedad Única

**Roberto Zaldúa

Resumen

En la historia del pensamiento acerca de la salud y la enfermedad, en esa exploración sobre por qué nos enfermamos, para qué nos enfermamos, hay una idea, una posibilidad que fascinó a distintos estudiosos.

Eso, tan cautivante, podría formularse así: “¿no será que los seres humanos nos enfermamos por una razón que es anterior, primaria con respecto a los virus, a las comidas que nos caen mal, a la pequeña caída que terminó en fractura?”.

¿Qué había en vos, en mí, en cada uno de nosotros antes de enfermarnos? ¿Qué nos predispuso a enfermarnos? ¿Cuál es la causa última de la enfermedad sobre la que innumerables tratados de patologías, higiénicamente compartimentados, no ofrecen pistas?

Nosologías a las que, benévolo, Marañón llamó “artilugios pedagógicos”. Espejitos y espejismos que ilusionan al desprevenido médico cuando ve que se positiviza una placa de Petri, pero nada dicen sobre el fondo de la cuestión.

Pues bien, sobre tan misteriosa raíz, sobre esta etiología-madre de la que ramifican los vistosos e interminables cuadros clínicos, muchos fueron los que quemaron sus pestañas, entre ellos Samuel Hahnemann y Enrique Pichon-Rivière. Esta colaboración trata acerca de la manera en que esos hombres escarbaron aquella raíz. También deseo mostrar cómo pudieron entrecruzarse sus caminos.

Abstract

In the history of our thoughts about health and sickness, in that exploration of why and what for we get sick, there is an idea, a possibility that fascinated various studios. This so captivating could be formulated like this: “Could it be that us

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad única,
Conducta humana,
Enfermedad mental,
Depresión del desarrollo,
Constituyente genotípico,
Constituyente fenotípico.

*Publicado originalmente en la revista Homeopatía, órgano oficial de la Asociación Médica Homeopática Argentina. 2014, volumen 79, número 4; páginas 237-245.

**Docente adscrito a la Asociación Médica Homeopática Argentina.

KEYWORDS:

Only sickness, Human Conduct, Mental Sickness, Depression of the development, Genotype Constitutionalized, Fenotype constitutionalized.

human beings we fall into sickness for a reason that is first or primary regarding the virus, the food which is not good for us or the fall that finished with a fracture. What was in you, in me, in each one of us that led to our sickness? What made us predetermined to get sick? Which is the last cause of the sickness where a large amount of studies of different pathologies, hygienically divided, do not offer clues?

Nosologies in which Marañón kindly called "artilugios pedagógicos". Mirror and illuminations that blind the carefree doctor cuando he sees that the Petri plaque positivizes but nothing is mentioned regarding the the bottom of the issue.

Well, regarding the mother ethiological of the ramification of the virtues and never ending clinical cases, many were the ones that burnt their eye lashes, including Samuel Hahnemann. This collaboration is about the way in which these men dug deep into the roots. Also I would like to show how their paths could cross over their paths.

- ¿Tuvo de niño alguna tristeza?
- La tristeza me acompañó toda la vida, acaso por eso no recuerdo ninguna tristeza especial de mi niñez.
- ¿A qué se debe?
- En una primera época sentía la tristeza como algo presente, fijo, lastimándome siempre y sin saber el motivo real. Y desde entonces no he hecho otra cosa que estudiar para poder revelar algo de mi propio misterio.
- ¿Y ahora sabe de su tristeza?
- Lo suficiente para comprender que, más allá de mis intentos, nunca me abandonará. Esa primera tristeza tuvo origen en la situación familiar, en las características del segundo matrimonio de mi padre, de ser yo el único medio hermano de los seis... Primero, lo intuí; después, conocía la causa.
- Pero, cuando la intuición dejó lugar al conocimiento, ¿ese estado de tristeza no fue superado?
- No, ya era tarde. La tristeza me había marcado para siempre.

De *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*, de Vicente Zito Lema.

Recorridos

Ambos sabios, Samuel Hahnemann y Enrique Pichon-Rivière, nacieron a pocos kilómetros de distancia, pero vivieron en siglos, en continentes y en contextos socioculturales distintos. Sin embargo, cada uno a su manera se metió con el alma humana y recorrió en forma parecida sus propias historias personales.

Repasemos los rasgos destacados de sus vidas, más que nada aquellos que me animan a presentarlos juntos. Samuel Hahnemann nació en Meissen, una pequeña ciudad alemana, en 1755. Curioso y abierto desde niño, estudió varios idiomas y conoció obras de remotos autores.

A pesar de la hecatombe económica de su familia, Hahnemann se sobrepone a los infortunios y consigue ser respaldado por el rey para completar sus estudios medios. Aun así, en aquella real, reservada para los hijos de los nobles, Hahnemann debió soportar dos choques emocionales que lo perturbaron: la nostalgia por estar lejos de sus seres queridos y el rechazo de sus compañeros.

Resiliente, esa situación lo metió de cabeza en sus libros y lo ayudó a madurar su vocación de médico:

“Leeré a todos los autores, desde Hipócrates hasta los más recientes, y el diablo sea conmigo si no reúno en mi pensamiento la síntesis del saber para ser un gran médico que triunfe sobre la muerte.”

Desde su vehemencia, con esto de “la síntesis del saber”, ¿no avizora la concepción miasmática de las enfermedades mientras echa las bases de su indoblegable unicismo? Porque... ¿Qué pasaba con la medicina de su tiempo?

Todo era irracional y dirigido por la magia. Los procedimientos “terapéuticos” eran mezcolanzas de sustancias supuestamente beneficiosas que arribaban daño antes que cosas buenas al pobre paciente padeciente.

“Es para mí un suplicio el marchar siempre en la oscuridad. Tenía que tratar enfermos y prescribir de acuerdo a tal o cual hipótesis, cosas colocadas en la materia médica arbitrariamente.”

Así se lamentaba Hahnemann en 1808. Más aún: “se me hacía un cargo de conciencia el tratar los estados morbosos desconocidos de mis hermanos dolientes con estos medicamentos también desconocidos que, en su cualidad de sustancias muy activas, pueden hacer pasar de la vida a la muerte o producir afecciones nuevas y males crónicos, frecuentemente más difíciles de curar que la enfermedad primitiva”.

A su tiempo, la enfermedad mental era entendida como un íncubo que asaltaba al desgraciado y le colonizaba el cerebro.

Con este panorama, concluye en su ensayo *Esculapio en la balanza*: “después de haber reconocido la debilidad y los errores de mis maestros y de mis libros, caí en un estado de indignación melancólica. Me hallaba inclinado a creer que todo el arte se reducía a nada y que no había medio de perfeccionarlo. Me abandonaba a mis reflexiones solitarias y resolví no ponerles término hasta haber tomado un partido decisivo”.

Lo que siguió es historia conocida. Este alemán descontento y obstinado se sacude las telarañas y toma por el camino del **desaprender**. Jerarquizará sólo los síntomas, esas “perturbaciones o desviaciones que siente el paciente mismo, que señalan o destacan quienes lo rodean y que el médico observa” (notemos cómo ubica al ser humano ante la mirada de los otros: su grupo familiar, su médico). Síntomas que, sigue Hahnemann, “son la imagen exterior que expresa la esencia interior de la enfermedad, es decir, de la energía vital afectada”.

Nos acercamos a los cimientos de la doctrina homeopática: “la que primero es desarreglada por la influencia dinámica de un agente patógeno hostil a la vida es la energía vital o fuerza vital”. Más adelante, en otro orden, caracterizará a ese desequilibrio como de naturaleza inmaterial y alertará sobre el profundo significado de las noxas emocionales.

Es de los primeros en advertir que muchas personas “no quedan bien” después de una pérdida y, por eso, están expuestas al acecho de la tristeza y tantos otros sentimientos. Nace la **biopatografía**.

Estoy pensando en esas frases que escuchamos en el consultorio:

–Ya pasaron 22 años desde la muerte de mi mamá. Para mí, es como si fuera hoy.

–Desde que me echaron de la fábrica soy un *zombie*.

–¡Todos los días trago el mismo veneno! ¿Cómo quiere que no me ulcere?

Estas formulaciones (que mueven los rápidos dedos del homeópata hacia la página 91 del *Repertorio* de Kent) nos presentan una bisagra en la historia personal del paciente, una circunstancia desequilibrante, aquel quiebre del orden vital que habrá que colaborar a restablecer para que fluya, nuevamente, soberana, la fuerza de la vida.

César Vallejo, con el alma del poeta, lo dice así:

Hay golpes en la vida tan fuertes... ¡Yo no sé!
Golpes como del odio de Dios; como si, ante ellos,
La resaca de todo lo sufrido
Se empozara en el alma... ¡Yo no sé!

Son pocos; pero son... Abren zanjas oscuras
En el rostro más fiero y en la loma más fuerte.
Serán, tal vez, los potros de bárbaros Atilas;
O los heraldos negros que nos manda la Muerte.

Son las caídas hondas de los Cristos del alma
De alguna fe adorable que el Destino blasfema.
Esos golpes sangrientos son las crepitaciones
De algún pan que en la puerta del horno se nos quema.

¿Y el hombre? ¡Pobre... pobre! Vuelve los ojos, como
Cuando por sobre el hombro nos llama una palmada;
Vuelve los ojos locos, y todo lo vivido
Se empoza, como un charco de culpa, en la mirada.

Hay golpes en la vida, tan fuertes... ¡Yo no sé!

De estos golpes y sus cimbronazos supo mucho el doctor Enrique Pichon-Rivière.

Andariego

Como Hahnemann, Pichon-Rivière dedicó sus afa- nes a escudriñar el motor de la conducta humana.

“Podría decir que mi tarea a lo largo de la vida ha sido la búsqueda de la estructura y el sentido de la conducta humana”, resumiría Pichon-Rivière.

Pichon-Rivière nació en Ginebra, en 1907, por una cuestión accidental. Sus padres eran franceses. Vivió en Francia hasta los tres años. Luego, aparece aumentado, ¿crecido? Amuchado en la cubierta del vapor, como tantos.

Su infancia transcurre entre las provincias del Chaco y de Corrientes, en plena selva subtropical. Él nunca entendió por qué su padre —un floreciente industrial textil de Lyon— tomó el camino de venir a pintar algodón y tabaco a un lugar amenazado por los malones, en donde se fundió, financieramente hablando.

Pichon-Rivière también se fundió. Pero con la **cultura del lugar**. Esa experiencia infantil, el entremezclarse en el mundo campesino, su temprana inserción en el proceso productivo (como niño que trabaja la tierra), sus sucesivas circunstancias de migración (porque se muda de Europa al Chaco, del Chaco a Corrientes, de Corrientes a Rosario y de Rosario a Buenos Aires) le abrirán las condiciones para identificarse con el inmigrante y con el hombre del interior, con quienes se reencontraría, ya psiquiatra, en el Hospicio de Las Mercedes (hoy conocido como Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”) entre 1938 y 1947. Porque, si bien se mira, el manicomio está habitado en buena medida por inmigrantes y provincianos argentinos (migrantes seriales) que han pasado una y mil veces por la experiencia del desarraigo.

Todo esto despierta en el médico psiquiatra Enrique Pichon-Rivière el deseo de investigar el fenómeno de la transculturación. El significado, en la conducta de los internados, de la pérdida del lugar de origen, vivido como un severo ataque a la identidad (“Pago donde nací...”, nos recuerda la zamba; “es la mejor querencia”).

En ellos, en los arrumbados del “José Tiburcio Borda”, fue descubriendo y describiendo los dos miedos básicos que anidan en la conducta: el miedo a la pérdida y el miedo al ataque, miedos que se asoman tras situaciones de privación de aquello que sostenía una identidad. Y las nuevas exigencias adaptativas (y la vida te presenta una en cada esquina) encontrarán desinstrumentada a la persona.

Dos observaciones recoge Pichon-Rivière en el privilegiado rol del Servicio de Admisión del

“Borda”. La primera: “logró establecer el 60 por ciento de los internados, había un total de 3,500, tenía un retardo especial que no estaba relacionado con lesiones orgánicas. Era producto de retardos afectivos, denominados ‘oligotimias’ para diferenciarlos de las oligofrenias, originadas en alteraciones nerviosas.

“Este descubrimiento me hizo ver la importancia de detectar a los oligotímicos, aquellos que sufrían de trastornos de los vínculos afectivos, ya que ellos eran susceptibles de ser re-educados (o, mejor dicho, educados) ‘para el aprendizaje y la comunicación’.”

La otra observación también es sutil. Al recibir al paciente, al admitirlo en el Hospicio, Pichon-Rivière tenía la oportunidad de asistir al ataque, el momento de eclosión de la crisis, cuando la familia era incapaz de contenerlo, y, por eso, lo llevaban al manicomio.

La ausencia o presencia del grupo familiar decía mucho para quien estuviera interesado en descifrar. Pichon-Rivière afirma que el desborde, la urgencia psiquiátrica, nos ponen por delante a un grupo familiar en crisis. Sobre ese fondo, se recorta la figura del brotado, quien “alcahuetea” el drama de la casa.

Como ustedes ven, estas percepciones alimentan una **concepción del sujeto** y una construcción acerca de la conducta humana. Por eso, Pichon-Rivière se va deslizado desde la psiquiatría (puntualmente, desde el psicoanálisis) hacia la psicología social, en su afán de encontrar enfoques que mejor abarquen y comprendan al sujeto.

Ahora bien... ¿Cuál es, entonces, la concepción de sujeto para Pichon-Rivière?

Aproximados

Él sostiene que el “sujeto” lo es (es decir, **es** “sujeto”) porque está sujetado. ¿Sujetado en qué? ¿Sujetado a qué? Sujetado en un contexto vincular. Sujetado por otros. Por otros sujetos, semejantes, al mismo tiempo sujetados por él.

Este sujeto, cada sujeto, cada uno de nosotros está más o menos integrado y organizado en un funcionamiento vincular. Somos sujetos sujetados por los vínculos que establecemos.

La conducta reflejará el modo como el sujeto puede estar sujetado en este momento y en este lugar. Pero, ¿por qué el sujeto necesita vincularse? Necesita vincularse porque el sujeto es un sujeto de necesidad.

Desde el vamos, desde el mismo momento de nacer (en que se rompe esa unidad simbiótica con su mamá), el sujeto empieza a percibir necesidades. Necesidades que, a lo largo de su vida, se complejizarán y estarán permanentemente motorizando una conducta. La que sea, aquí y ahora.

Una conducta que Pichon-Rivière definiría como “el conjunto de operaciones materiales y simbólicas por las que un sujeto en situación tiende a resolver sus contradicciones internas, en una relación permanente de modificación recíproca con el contexto”.

Demos un ejemplo. El llanto. Tal vez es la primera conducta de un ser humano. Escuchamos a Ana Quiroga: “el llanto es el elemento visible de un sistema complejo que incluye reacciones metabólicas, movimientos viscerales, tensiones musculares, articulación de circuitos neuronales, estímulos y órdenes recogidos, transformados y transmitidos por el sistema nervioso, procesos físico-químicos, una primitiva actividad ideatoria, representacional, que permita asociar la tensión displacentera del registro de la necesidad, la descarga motora del llanto y la presencia de esa constelación en sensaciones gratificantes que implica el contacto con la madre, un proceso comunicacional, un llamado. Todo esto forma de esa totalidad orgánica, de ese sistema al que denominamos conducta”.

Desde el bebé que llora reclamando lo que necesita, la vida del ser humano es satisfacer permanentemente la necesidad. “El que no llora...”, ahora es el tango el que sentencia. Pero la necesidad no se satisface sin la asistencia del otro, del prójimo. De modo que el vínculo está inmediatamente allí.

“La necesidad –define Pichon-Rivière– es el fundamento motivacional del vínculo”. Por eso, para él, el síntoma principal de la locura es la soledad.

Necesitados

Sentados estos elementos, es hora de repasar los constituyentes básicos de la Teoría de la enfermedad única (TEU). Será agradable y enriquecedor leer los

próximos renglones teniendo en mente nuestra teoría de los miasmas.

Pichon-Rivière, como decíamos al principio, se siente atraído por la posible existencia de un núcleo único, desde el cual se desarrollarían las distintas formas de enfermedad mental.

En el siglo XIX, en el campo exclusivo de la salud psíquica, el suizo Griessinger apuntaba la idea de que un núcleo “madre” disparaba las diversas neurosis, psicosis y psicopatías. Ese núcleo, para él, era de carácter orgánico, “cerebral”.

Pichon-Rivière retoma esa hipótesis pero, ahora, enriquecido con el aporte inconmensurable de Sigmund Freud y de la escuela inglesa (hablamos de Melanie Klein). Sumando interpretaciones que son de su propia cosecha, en un ida y vuelta dinámico entre teoría y práctica, Pichon-Rivière propone que ese núcleo patogenético sería la depresión.

La idea central es que el sujeto, que ya entrevimos como “sujeto de necesidad”, pasa, a lo largo de toda su vida por situaciones de carencia, de pérdida, y esto lo convoca a elaborar duelos o micro-duelos permanentemente. La mayor o menor eficacia para la elaboración de ese dolor condiciona conductas más o menos sanas (entendemos que no hay un “tapial” entre la salud y la enfermedad).

En general, hablamos de un proceso más saludable cuando el sujeto logra una adaptación activa a esa realidad que le toca vivir, tratando de modificarse y de modificar su contexto, su alrededor, en un intercambio fluido.

Por el contrario, si predomina otro tipo de intercambio, rígido, estereotipado, sin variaciones, estaremos en presencia de un sujeto que procesa sus pérdidas de modo menos saludable, ya que apela a técnicas que si en algún momento de su desarrollo pudieron serle útiles para sortear situaciones de carencia, en este aquí y ahora ya no le sirven.

Ahora bien: para comprender mejor aquello de que el núcleo patogenético es de naturaleza depresiva, conviene hacer un paseo por el proceso de maduración y desarrollo de la psiquis, siempre de la mano de Pichon-Rivière. Él plantea que el sujeto vive, en el mismo momento de nacer, una situación signada por la pérdida y el ataque.

Porque, ¿cómo era la vida de ese ser humano en la panza de su mamá? Lo más parecido al pa-

raíso terrenal. No existe la necesidad, prácticamente. Hay un suministro automático y continuo de aquello que complementa a ese ser, hay una configuración estable de sensaciones.

Nadamos durante nueve meses en un líquido tibiecito, sin conocer despertadores ni teléfonos. Cuando nacemos, le abrimos la puerta a la necesidad. Pichon-Rivière llama a esta situación “protodepresión”.

Ocurre que lo primero que nos pasa al nacer es **necesitar**. Antes mismo de respirar, de cambiar la pasiva “respiración” placentaria por la activa respiración pulmonar, necesitamos, **necesitamos** respirar. Rudimentariamente, primitivamente, nos marca el displacer. Para siempre.

Aunque no podamos hablar de psiquismo, esta primera impresión queda tatuada como la primera pérdida y, ahí nomás, al toque, la masiva estimulación, la vertiginosa sucesión de sensaciones, se instalan como la primera experiencia de ataque, la primera experiencia persecutoria.

Tenemos, entonces, que pocos segundos después de nacer ya entendemos, al menos básicamente, qué es perder y qué es ser atacado. Y el niño queda en un estado confusional e inhibido como para poner en juego alguna conducta adaptativa, en esos momentos.

Como consecuencia del “párate”, es decir, de esta circunstancia de “paralización”, de inhibición, de haber elevado el umbral de excitabilidad (para frenar un poco el bombardeo de tantos estímulos: luz, aire, voces, tironeos, que son ínsitos al parto), como consecuencia de este “pido gancho”, Pichon-Rivière propone que el bebé ingresa en la posición patoplástica (también llamada instrumental).

Una digresión: cuando hablamos de “posiciones” y de lo que experimenta el sujeto en estos primeros tramos de la vida, lo hacemos tentando una teoría. Ningún bebé ha relatado la inquietud inaugural pero el proceso que sigue después, a lo largo de los años, cuando ya existe una maduración, una organización psíquica y el desarrollo de su conducta, todo eso nos hace pensar que siempre está operando la experiencia del nacimiento, vivida como la primera situación de pérdida y ataque.

Habíamos señalado que, tras la **protodepresión**, el sujeto ingresa en la **posición patoplástica o instrumental**. En ella, aun groseramente, se pone

en juego algún mecanismo, algún instrumento que sirva para comprender, al menos “en bulto”, la realidad.

Melanie Klein dice que el bebé logra **escindir** el objeto. Construir una imagen primitiva de “objeto bueno” y “objeto malo”. Como puede, separa los tantos.

Queda claro que cuando se habla de “objeto” no se trata de “cosas”, sino de la “realidad”, “lo que está ‘puesto’, ‘colocado’ delante del sujeto (*objectum*)”. Fundamentalmente, los otros, y en el bebé, prácticamente, su mamá. Estos objetos (objeto bueno-objeto malo) podrán ser depositados en diferentes áreas de manifestación de la conducta y configurar, así, tipos distintos.

Por eso, esta posición es patoplástica ya que en ella existe una dis-posición plástica, aquello capaz de fundar distintas estructuras de carácter o distintos cuadros patológicos. Por ejemplo: un sujeto que deposite en el cuerpo el objeto malo (es decir, el conflicto está cifrado en un código somático) quedará con disposición para presentar una conducta histeroide (como estructura de carácter) o, más profundamente, una personalidad histérica (como cuadro patológico). Pero, en otro caso, un sujeto que deposita en el mundo externo el objeto malo, persecutorio, tendrá, ahora, una disposición para la paranoia o las fobias (esta disposición, observemos, queda emparentada, al menos parcialmente, con nuestra idea de miasma).

Hacia el sexto mes el sujeto deja la posición instrumental para experimentar una nueva depresión: **la depresión del desarrollo**. Gracias a la maduración neuropsicológica el bebé de seis, siete, ocho meses logra integrar el objeto.

¿Qué significa esto? Que culmina esa tajante diferenciación de objetos malos y buenos (los primeros vividos como terriblemente, persecutorios y los buenos idealizados como garantía de supervivencia), para pasar, antes bien, a la experiencia del objeto totalizado.

En adelante, la di-valencia (amor al objeto “bueno” y odio al objeto “malo”) dejará su lugar a la ambi-valencia. De aquí en más, estarán presentes el amor y el odio con relación a cada uno de los objetos. Y el sujeto también experimentará el amor y el odio provenientes del objeto y dirigidos hacia él.

Queda confirmado, según Pichon-Rivière, el vínculo a cuatro vías: sentimientos de amor y odio, al mismo tiempo, por parte del sujeto hacia el otro,

y sentimientos de amor y odio, al mismo tiempo, por parte del otro hacia el sujeto.

Esta depresión del desarrollo, a los siete u ocho meses de vida del niño, dejará “instalados”, según este modelo de sentimientos o, mejor dicho, las condiciones para sentir pena, abandono, tristeza, ansiedad de conciencia, compasividad, aversión a ser tocado y tantos otros.

Por ejemplo, la culpa o ansiedad de conciencia se establecería ante la sensación de haber dañado al objeto fuente de vida (en el período en el que el objeto permanecía “escindido”).

Frente a esta depresión del desarrollo, frente a esta experiencia en la que aparecen co-existiendo en el sujeto las tendencias opuestas de amor y odio, el bebé se inhibe, se “deprime” en procura de preservar al objeto, de sus sentimientos agresivos (de odio).

Este modelo infantil, especialmente referido al vínculo entre el bebé y la mamá, es un modelo que reaparecerá permanentemente en la vida adulta.

Partimos del supuesto de que aquellas conductas que desarrollamos en la vida adulta (algunas más cercanas a la salud, y otras a la enfermedad) reproducen, reviven un modelo que se construyó en las primeras experiencias del sujeto. “Nunca nos alejamos demasiado de la infancia”, decía Pichon-Rivière.

Y así, es frecuente ver cómo adultos, en situaciones críticas, confusionales de la vida, escinden a los objetos, hiperexaltando cualidades o sobredimensionando defectos o limitaciones.

En resumen, hay algo en las conductas primeras que prefigura lo que vendrá, que “anuncia” buena parte de la personalidad del sujeto.

Este es el modelo que Pichon-Rivière pone ante nosotros. En esta construcción, la posibilidad de preservar y reparar el objeto señala el camino de la salud. De lo contrario, nos acercamos a la enfermedad.

Si el bebé (y, más tarde, el niño mayor y el adulto) crece y madura con la capacidad de desarrollar técnicas instrumentales que preservan y reparan el objeto estamos ante una conducta más sana. Si no, si recurre, regresivamente, a mecanismos defensivos, propios de la posición patoplástica, asistimos

a un estancamiento, a una conducta menos sana. A tropezar dos y más veces con la misma piedra.

Dicho una vez más: completado aquel momento evolutivo que Pichon-Rivière llamó “depresión del desarrollo” tendremos una configuración tal que dispone a ese pequeño sujeto que aún no gatea a un desarrollo más o menos patológico, a una estructura de personalidad e, incluso, a una u otra forma de enfermarse.

Este concepto de disposición orilla nuestra idea de miasma.

Y la maduración continuará. Pero podrá haber “regresos” a ese punto disposicional en los momentos críticos de la vida. Es decir, el sujeto puede regresar, cuando está frente a una pérdida, a ese punto disposicional.

Por eso, las situaciones de pérdida (lo que Hahnemann llamaba “noxas emocionales”, y César Vallejo “los golpes de la vida”) ponen al sujeto en una situación depresiva que Pichon-Rivière denomina “depresión desencadenante”. ¿Desencadenante de qué? Desencadenante de “regreso” a aquel punto disposicional.

Y aquí, el sujeto, si ha tenido durante su vida un desarrollo más o menos normal, elabora el dolor y continúa. Pero, en cambio, si ese desarrollo ha sido traumático, patológico, entonces, frente a una situación de pérdida, no logra el sujeto realizar una elaboración afortunada. El resultado será un tipo de patología acorde con el punto disposicional de cada personalidad.

Este es el ABC de la Teoría de la Enfermedad Única.

Tal vez conviene agregar que este proceso de maduración y desarrollo sobre el que se asienta la conducta de cada sujeto es posible gracias a la combinación del caudal constitucional, el disposicional y, por otra parte, las vicisitudes de la vida, que puedan propiciar la enfermedad por articularse con las anteriores.

Se trata del concepto de series complementarias, con el que Freud resolvió la estéril cuestión de lo exógeno vs. lo endógeno (antiguo dilema que trataba de explicar la causa de la enfermedad de manera reduccionista).

Pichon-Rivière suscribe, por supuesto, a aquella formulación: la enfermedad como producto de una ecuación etiológica. Pero introduce observaciones propias en cuanto a la génesis del factor constitucional.

Distingue en éste a dos constituyentes: a) lo genotípico y b) lo fenotípico adquirido en la vida intrauterina (“adquirido” por influencia del medio exterior, que interactúa y modifica la fórmula hereditaria).

Es sus palabras: “el feto sufre la influencia del medio social aun en el aparente resguardo de la vida intrauterina, por razón de las modificaciones del medio materno.

Tienen que ver las distintas alternativas de la relación de sus padres, la presencia o ausencia del papá, los conflictos del grupo familiar, sus vicisitudes de orden económico, las situaciones de peligro individual o social”.

Como ustedes advierten, ya desde el vientre de la mamá, el sujeto es comprendido como emergente de un contexto vincular. Y, como vimos, todo lo que allí le acontezca tendrá resonancia en las diversas circunstancias de su vida posterior.

Por último, este recorrido “a vuelo de pájaro” sobre la vida y el pensamiento de Enrique Pichon-Rivière nos ofrece una mirada comprensiva sobre el ser humano como “sujeto en situación”. Un sujeto que necesita “recuperar el objeto” para “sentirse bien”, para “estar bien”. Este propósito no es lejano a la recuperación del encuentro consigo mismo, con sus semejantes y con los valores esenciales de la vida. O sea, homeopáticamente hablando, la armonía o equilibrio de su energía vital.

Paschero observaba: “curar la disposición miasmática que determina la estructura y el desarrollo de la personalidad caracterológica de cada paciente”. Y agregaba: “experimentamos la vida y estructuramos nuestra personalidad de un modo ya determinado por nuestra historia. El proceso de maduración o adaptación a la realidad, que el enfermo protagoniza a través de su relato, revela un básico conflicto de persona escindida que enfrenta su situación actual fijado efectivamente a pautas de conducta, sentimientos y emociones fraguados en la infancia”.

REFERENCIAS

1. Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social, vol. 1: una nueva problemática para la psiquiatría. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985. p. 13-31.
2. Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social, vol. 1: grupos operativos y enfermedad única. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985. p. 121-139.
3. Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social, vol. 1: una teoría de la enfermedad. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985. p. 173-184.
4. Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social, vol. 2: neurosis y psicosis. Una teoría de la enfermedad. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985. p. 354-365.
5. Paschero TP. Homeopatía. Buenos Aires: El Ateneo; 1991.

Caso clínico

*Tratamiento Homeopático de Niños Discapacitados. Revisión de una Serie de 40 Casos

**M. Haidvogel,
**E. Lehner,
**D. M. Resch

PALABRAS CLAVE:

Desventaja mental,
Síntomas blanco,
Comportamiento,
Síndromes orgánicos
cerebrales, Síndrome de
Down, Carencia social.

Resumen

Se presentan los resultados de un total de 55 consultas para dar atención a 40 casos de niños de una escuela y guardería. Los medicamentos se seleccionaron mediante repertorización computarizada y se verificaron frente al tipo constitucional de los niños. El resultado se evaluó en referencia a síntomas blanco preseleccionados.

De los 40 niños, 18 respondieron bien a todos los síntomas blanco; 11 mostraron mejoría en algunos síntomas blanco; siete no respondieron al tratamiento, y en cuatro no se evaluó el resultado. Los niños con daño orgánico cerebral, autismo y síndromes definidos respondieron bien. Aquellos cuyo impedimento se debió a una privación social, generalmente fallaron a la respuesta. Las respuestas mayores fueron un incremento en el impulso y mejoría en el comportamiento hiperactivo y agresivo, los cuales permitieron a los niños beneficiarse más de su educación. También mejoraron síntomas físicos como la enuresis y el tartamudeo.

Abstract

40 children attending a nursery and school for the handicapped were seen in a total of 55 consultations. Following detailed case taking from parents and school staff, medicines were selected by Computer repertorization and verified against the child's constitutional type. Out come was assessed with reference to preselected

*Ponencia presentada en el 48° Congreso de la Liga Médica Homeopática Internacional, celebrada en Viena, en abril de 1993. Publicada en el *British Homeopathic Journal*; octubre de 1993, volumen 82, número 4, páginas 227-236. Traducción al español: Carlos Escutia García, con las autorizaciones correspondientes.

**Adscrito al Ludwig Boltzmann Institute of Homeopathy (Graz, Austria).

KEYWORDS:

Mental handicap, Target symptoms, Behavior, Organic brain syndromes, Down's syndrome, social deprivation.

target symptoms. 18 of the 40 children responded well in all target symptoms, 11 showed improvement in some but not all target symptoms; 7 children did not respond to treatment, and 4 outcomes could not be assessed. Children with organic brain damage, autism and definite syndromes generally responded well; those whose handicap was due to social deprivation generally failed to respond. Major responses were increased drive and improvement in hyperactive and aggressive behavior, which enabled the children to benefit more from their education. Physical symptoms and problems such as stammering and enuresis also improved.

Introducción

Cerca de 80 niños y adolescentes de cuatro a 18 años de edad con trastornos del desarrollo o desventajas mentales de alto grado se atienden en una escuela y guardería especial en la ciudad de Graz, en Austria. Sus desventajas en el desarrollo del comportamiento tuvieron diferentes causas, desde situaciones familiares difíciles, retraso mental de origen desconocido, síndromes determinados con impedimento mental como los de Down, de Sotos, de Prader Willi, etcétera, hasta desventaja mental debido a asfixia perinatal, con o sin deterioro motor cerebral, y síndromes autísticos.

La mitad de los niños recibieron tratamiento homeopático, totalmente documentado en un período de dos años. La selección se determinó por la urgencia percibida por el personal o en discusiones de grupo.

Método

Se tomó una historia clínica homeopática completa a partir de los padres y los cuidadores a fin de establecer los síntomas blanco, así como un examen físico. Los síntomas notables se repertorizaron mediante programas computarizados (Dorcsi, Kent), pero también se consultó el repertorio sintético de Berthel y Klunker. La toma del caso y la repertorización fueron realizadas por médicos homeópatas no involucrados en el manejo de los niños. Los medicamentos seleccionados se discutieron con el neuropediatra adiestrado homeopáticamente a cuyo cargo estaban los niños, considerados a la luz de las características constitucionales de los niños para hacer la elección final. La selección de la potencia se hizo con base en

la experiencia, empleando desde la 12X hasta altas potencias.

El resultado se evaluó con referencia a los síntomas blanco preseleccionados, considerando satisfactorio el tratamiento si estos síntomas mostraban cambios definidos en no más de un mes. Los síntomas preseleccionados incluyeron los relacionados con el manejo y el comportamiento, así como síntomas físicos que habían persistido por meses o años y que habían cambiado poco o nada en respuesta a medidas educativas. El propósito fue evitar que otros métodos educativos interfirieran con la evaluación del resultado.

Otras medidas educativas continuaron antes y durante la terapia homeopática, como la fisioterapia, la terapia del lenguaje y la musicoterapia. Inicialmente se tuvo la intención de realizar un estudio doble ciego, pero en nuestra opinión ésta es un área donde este tipo de estudios no son éticamente aceptables.

En algunos niños fue necesario tomar la historia varias veces debido a que la primera elección del medicamento fue inefectiva, o porque nuevos síntomas se desarrollaron. El número total de consultas fue de 55.

Resultados

De los 40 niños, 18 respondieron extremadamente bien con mejoría en todos los síntomas blanco, en algunos casos después de la segunda o tercera consulta; 11 niños respondieron extremadamente bien respecto a algunos, pero no a todos los síntomas, o mostraron cierta respuesta. Siete niños no respondieron, y en 4 no se evaluó el resultado; éstos fueron

niños con circunstancias sociales extremadamente difíciles cuyos padres simplemente no fueron capaces de hacer alguna clara manifestación acerca de los cambios en el comportamiento de sus hijos.

Un niño tratado con Belladonna 200C respondió con marcada agravación de su inquietud y problemas de comportamiento. Consideramos que fue una agravación primaria seguida de ligera mejoría. Sin embargo, la agravación fue tan severa que en discusión con los cuidadores decidimos no hacer intentos adicionales de manejarlo con Belladonna. Su respuesta a Hyoscyamus 30LM en fecha posterior fue moderada.

Síntomas blanco y tomas del caso. Inquietud, cólera o comportamiento agresivo (25 pacientes)

Este fue el mayor problema para los cuidadores. Ocho de 25 niños en este grupo respondieron extremadamente bien, tanto que el comportamiento en el grupo a nivel global fue mucho mejor. Los medicamentos con mejor respuesta fueron Chamomilla 30C, Hyoscyamus 30LM, Lycopodium 12X (2 niños), Tarántula 30C y 200C, y Phosphorus 30C y 200C (4 niños).

Paciente no. 1: Mario W., 9 años

Diagnóstico: megalocefalía primaria, retardo mental, eretismo conductual.

La desventaja mental de Mario se debió a una megalocefalía de causa no definida. Físicamente su gran cabeza la hacía parecer como un chico gigante; siempre estaba sonriendo y le gustaba ser mimado, pero tenía grandes problemas para comprender peticiones verbales. Era inquieto, poco capaz de concentrarse y usualmente corría alrededor sin propósito. Cuando era necesario decirle que no hiciera algo caía en una real furia. Se sentía temeroso si sus pies no estaban sobre el piso, por ejemplo, en un columpio. Los síntomas físicos incluían sudores nocturnos, especialmente de la frente, así como infecciones de garganta recurrentes e hipertrofia adenoidea.

El primer tratamiento se solicitó para retención urinaria. Él retenía su orina y heces en la escuela, poniéndose más inquieto después del almuerzo, y era capaz de orinar y evacuar solamente cuando llegaba

a casa; necesitaba pañal y se ocultaba detrás de una cortina para dicho propósito. En vista del tipo físico se le administró Calcarea carbonica 200C, sin efecto.

En la siguiente consulta se le prescribió Natrum muriaticum 30C sobre los síntomas notables de la retención fecal y urinaria, y el ritual de sólo hacerlo en casa. Tres días más tarde, súbitamente fue capaz de ir al baño de manera normal, tanto en la casa como en la escuela, y el ritual con el pañal y el esconderse detrás de una cortina ya no fue necesario. Sin embargo, se tornó ligeramente más inquieto y agresivo después del Natrum muriaticum, lo que mejoró cuando se suspendió el medicamento, conservando el buen resultado sobre la evacuación y la micción.

El siguiente año escolar el chico sufría de tremenda inquietud, siempre en movimiento y con poca capacidad para permanecer quieto. Era incapaz de ocuparse por sí mismo, arrojando sus juguetes. Eran comunes los movimientos estereotípicos y correr alrededor del cuarto. Podía decir unas cuantas palabras, aunque la mayoría incomprensibles, ya que balbuceaba como un infante. Llamaba la atención haciendo gracejadas y era extremadamente celoso de otros niños. La contradicción y frustración lo llevaban a la furia; era agresivo e intentaba estrangular a otros niños, jalar sus cabellos y dañar objetos. A menudo era altamente desconfiado, apartándose hacia una esquina donde observaba todo con gran detalle.

Molestaba a las niñas más grandes mirando debajo de sus faldas. Sobretodo, intentaba una y otra vez acariciar la cara interna de los muslos de las cuidadoras. Otro síntoma notable era el gran temor al agua cuando se iba a bañar.

La inquietud, los celos agresivos, su conducta bromista, así como el lenguaje sin sentido, el temor al agua y la sexualidad, condujeron a la selección de Hyoscyamus, que se administró en 12LM y más tarde 30LM.

Seis semanas más tarde los cuidadores reportaron que Mario había llegado a ser extremadamente bien comportado y tratable. La agresión había desaparecido completamente. Era cooperativo y accedía a las peticiones. La inquietud y los movimientos estereotipados fueron mucho menores. Estos cambios se han mantenido en un período de observación de un año.

Paciente no. 34: Franziska H., 4 años

Diagnóstico: retardo mental secundario a asfixia perinatal; inquietud, comportamiento autista.

Ella era extremadamente inquieta en la guardería, siempre corriendo sobre las puntas de los pies con movimientos estereotipados como aplaudir y meñar las manos. Usualmente elegía objetos, los miraba brevemente, los sacudía y los arrojaba de nuevo. Toleraba por poco tiempo el contacto corporal y luego lo rechazaba; el contacto visual también era inconstante.

Dependía en gran parte de un ambiente estable; cada cambio de persona o adición al grupo le causaba una severa inquietud, a menudo con ansiedad marcada. Era melodiosa, cantaba y bailaba, tan ágil como una serpiente. La música siempre la tranquilizaba.

La inquietud, mejoría por la música, aplaudir y arrojar cosas condujeron a la selección de Tarántula. Los síntomas blanco fueron la inquietud y la ansiedad.

Luego de Tarántula 200C la inquietud física y los movimientos estereotipados se hicieron menos intensos; la niña estuvo más balanceada y no reaccionó con ansiedad a la proximidad de extraños; también mejoró la atención y la receptibilidad. Esta mejoría persistió 2 meses luego de los cuales requirió otra dosis de Tarántula 200C, de nuevo con buen efecto.

Paciente no. 39: Daniel S., 7 años

Diagnóstico: retardo psicomotor y susceptibilidad a infecciones.

Daniel estuvo en cuidado intensivo después de nacido debido a sepsis postparto. Su edad de desarrollo estaba entre 3 y 4 años. Las infecciones siempre comenzaban con coriza seguido por una tos que incrementaba en ataques paroxísticos nocturnos con náusea y vómito de moco. La tos empeoraba con el calor y por el movimiento. La adenoidectomía hecha un año atrás no le implicó mejoría.

Daniel era un chico delicado, pequeño, que usaba lentes por estrabismo e hipermetropía (4 dioptrías bilateral). El personal se refirió a él como muy sociable, popular, simpático, encantador y sensible. También era obstinado, casi siempre saliéndose con la suya; y de lo contrario caía en ira, con llanto. También era caprichoso, con marcada inquietud física y extremadamente agitado.

La repertorización condujo a Phosphorus 12X. Él estuvo definitivamente más tranquilo después de ello, con pocos berrinches. Ahora su salud es muy estable, sin más infecciones.

Siete niños respondieron al tratamiento moderadamente bien en cuanto a la inquietud, pero

generalmente mostraron marcada mejoría en otros síntomas. Por ejemplo, un niño hizo grandes progresos en el desarrollo cognitivo y de lenguaje después de Agaricus 12X, otro mostró mejoría en la debilidad vesical y enuresis con Sulphur 30C, mientras que un niño colérico, de comportamiento agresivo y con trastornos digestivos, tuvo una mejoría inmediata con Lycopodium 12X.

Paciente no. 26: Martín K., 5 años

Diagnóstico: retraso mental, hemiplejía espástica izquierda secundaria a eclampsia puerperal y asfisia perinatal.

Era extremadamente inquieto, caminaba a la deriva recogiendo objetos sin propósito aparente y cuidadosamente los ponía a un lado de nuevo; sólo era capaz de concentrarse por cortos períodos. Tendía a ser muy obstinado, persistente y difícil de apartar de una actividad particular. Se tornaba agresivo y golpeaba a otros niños si ellos lo molestaban. Se tornaba extremadamente impaciente y colérico si cualquier cosa estaba mal para él en casa, pero esto era menos aparente en la guardería. Un rasgo notable era su gran ansiedad en situaciones de grupo. Entre un grupo de gente súbitamente crecía su ansiedad y comenzaba a llorar.

Físicamente era pequeño, delgado y muy delicado, de complexión rubia y cabello casi plateado. Tenía muchos problemas digestivos: le gustaba comer frecuentemente pero sólo tomaba un poco a la vez; constipado, con grandes esfuerzos inefectivos para la deposición, finalmente evacuaba heces muy duras. Frecuentemente se quejaba de dolores en el epigastrio con tal sensibilidad a la presión que debía aflojar la ropa. Mínima sed tomando solamente pequeñas cantidades de líquido, y muy sensible al frío.

La inquietud, los problemas de concentración, la alternancia entre la timidez y la súbita agresividad, el temor a las multitudes y la amplia gama de síntomas digestivos sugirieron Lycopodium 12X. Se tornó mucho más tranquilo y más balanceado; no volvió a caer en berrinches en casa y su madre fue capaz de arreglárselas con él más fácilmente. Sus problemas digestivos mejoraron.

El resultado global mostró que el éxito fue mucho menor para niños con situaciones familiares difíciles que para niños con problemas del comportamiento debidos a síndromes definidos o a daño cerebral perinatal. Las situaciones de dificultad familiar existían en dos de ocho niños que respondieron bien, en tres de siete que respondieron moderadamente

y en seis de ocho que no respondieron o no pudieron ser evaluados. En nuestra opinión, las fallas se debieron parcialmente al hecho de que la situación familiar difícilmente podría mejorar.

Paciente no. 4: Tanja P., 7 años

Diagnóstico: malformación compleja, retraso mental, privación social.

Tanja es la tercera hija de una familia de trabajadores extranjeros; fue difícil tomar la historia debido a que la madre no hablaba bien el alemán. En los primeros dos años de vida el estrés considerable era causado por el padre alcohólico que maltrataba frecuentemente a su familia. La madre se mudó con sus hijos. Obtuvo un trabajo de tiempo completo con pocas horas para los hijos.

La niña tenía una severa malformación facial, con la región nasal y el labio superior cortos, bóveda palatina muy arqueada e incapacidad para cerrar la boca. Mentalmente muy retrasada, prácticamente incapaz de hablar, con marcada inquietud motora.

En la guardería era cuidada de forma delicada; sin embargo, podía caer en cólera si se le negaba algo. Paroxismos con frecuente llanto y confusión. Además, sufría epilepsia de gran mal desencadenada por pirexia, lo cual siempre la retardaba varias semanas en su desarrollo. Los síntomas físicos: poco apetito y susceptibilidad a los resfríos. Evacuaba pequeñas cantidades de heces varias veces al día.

Seleccionamos Opium 200C por la secuela del choque suscitado en su infancia temprana, considerado como síntoma clave. Después del Opium su comportamiento mejoró ligeramente en la guardería, donde ya no fue obstinada ni agresiva, no así en casa donde persistía agresiva, tiranizando a su madre un tanto cuanto inútil e inconsistente. No estamos seguros de que el Opium haya sido la elección correcta, pero se percibió, notablemente, que la situación familiar con un método de crianza altamente inconsistente era un obstáculo mayor al tratamiento. Habiendo dado una dosis de Sulphur 200C, sin éxito, decidimos no hacer intentos adicionales para tratarla.

Paciente no. 6: Thomas F., 5 años

Diagnóstico: retraso psicomotor, combinado con privación social.

Situación familiar extremadamente difícil, con una madre que fue epiléptica en la infancia, con algún grado de limitación mental, de comportamiento licencioso y variable. El padre estuvo en prisión fre-

cuentemente por delitos menores. La toma del caso se dificultó, ya que la madre tendía a contradecirse y era incapaz de describir síntomas definidos.

El niño era particularmente complicado en su casa, tiranizando a su madre; insistía en montar por horas un caballo operado por monedas, implicando un gran gasto económico. Si no se le complacía, caía en berrinche arrojándose al piso, gritando como demente. El consejo de los trabajadores sociales surtió poco efecto.

En la guardería, el niño alto, delgado y delicado, generalmente era tranquilo, fácilmente encajinado, tímido y retraído; le gustaba hacer las cosas por sí mismo e inicialmente era muy nostálgico. Difícilmente se enojaba en la guardería. Los síntomas físicos incluían poco apetito y frecuentes cólicos intestinales; a menudo era friolento, con sudores cefálicos nocturnos.

Se intentó tratamiento con Calcarea phosphorica. Incluso después de la segunda dosis, la madre era incapaz de reportar cualquier cambio en su comportamiento y sus declaraciones eran altamente contradictorias. También en la guardería fue difícil medir el resultado, pues su asistencia fue altamente irregular. Después de seis meses su madre acudió por más medicamento debido a que el tratamiento le había hecho buen efecto. A pesar de esto, tenemos que decir que no se pudo evaluar el resultado.

Retraso mental, falta de impulso (8 pacientes)

Fue un grupo heterogéneo de ocho pacientes, dos con síndrome de Down, uno con síndrome de Sotos, dos con retraso secundario a asfixia perinatal y tres con retraso de origen desconocido.

El impulso mejoró en siete de ocho niños. Los medicamentos seleccionados fueron Arsenicum album 30C (un niño autista), Calcarea carbonica 200C, Graphites 12X, Natrum muriaticum 200C, Pulsatilla 30C (dos niños) y Silicea 12x.

Paciente no. 3: Peter P., 9 años

Diagnóstico: síndrome de Sotos (gigantismo cerebral).

El diagnóstico anterior se basó en las características del gran cráneo, con el retraso mental,

tamaño corporal grande y acromegalia. Seis meses antes, Peter fue movido a la escuela especial después de varios años en la guardería especial. Mostró notable falta de impulso y prefería no hacer nada todo el día: su reacción a los intentos para motivarlo fue de obstinada a negativa. A menudo se sentaba en una esquina a llorar. Su respuesta a las peticiones o aproximaciones verbales era muy lenta. Difícilmente hablaba. A pesar de la terapia del lenguaje tenía serios problemas de masticación, consumiendo sólo alimentos blandos y negándose a morder el pan. Los problemas masticatorios probablemente fueron la causa de su permanente flatulencia, con el vientre prominente. Era altamente sensible a la infección, con resfriados, faringitis y bronquitis con clara mejoría a nivel del mar.

Otro síntoma notable fue que él no permitía que el personal lo llevara al baño, sino que prefería retener la orina todo el día, orinando grandes cantidades al llegar a casa.

Lo apartado, el desarrollo retardado, particularmente en el lenguaje, los problemas masticatorios con aversión al pan, el llorar con pena silenciosa y el síntoma notable de incapacidad para orinar en presencia de otros, condujeron a *Natrum muriaticum*. Los síntomas blanco fueron comportamiento autista, problemas masticatorios y de lenguaje, y trastornos digestivos.

En un mes luego de ser tratado con dosis única de *Natrum muriaticum* 200C, Peter se volvió activo e involucrado en su ambiente, más receptivo y más fácilmente motivado. Inicialmente sólo mejoró el apetito, pero luego de tres meses también masticaba mejor y era capaz de morder el pan; finalmente, al comer de manera normal mejoró la flatulencia. El incremento de contacto con su ambiente (había llegado a ser positivamente alegre) y su mejoría en las habilidades motoras orales le condujeron a decir muchas palabras y a progresar intelectualmente. Las infecciones respiratorias superiores también desaparecieron.

Paciente no. 13: Christa S., 15 años

Diagnóstico: síndrome de Down.

Por muchos años, Christa había mostrado una extrema falta de impulso en la escuela. Su inactividad era tan pronunciada que literalmente debía ser empujada e impelida en dirección a cualquier nueva actividad; de lo contrario, simplemente no se movía. Si se le ignoraba, se acostaba y permanecía inmóvil. Los intentos para levantarla de su letargia provoca-

ban violentos berrinches, y al mismo tiempo buscaba definitivamente atención y afecto.

Físicamente era obesa; a pesar de ser glotona, necesitaba ayuda a la hora de comer. Sufrió de constipación crónica severa, piel áspera, cabello grasoso con caspa.

El síntoma clave de falta de impulso, la glotonería y la constipación crónica, así como su aspecto físico, sugirieron *Graphites*. Luego de *Graphites* 12X Christa se volvió mucho más activa, interesada y alerta en unas cuantas semanas. Ahora se unía a otros chicos para jugar y era capaz de hacer cosas por sí misma; podía estimularse hacia la actividad sin berrinches. Su constipación también mejoró.

Sin embargo, después de unas cuantas semanas Christa se volvió más obstinada, exigiendo a otros, algo que su madre encontró particularmente difícil. Trabajando una granja por sí sola, su madre era feliz cuando su hija requería poca atención.

Después de dos meses, cuando la toma del *Graphites* concluyó, la mejoría se mantuvo. Para las vacaciones la niña comenzó a decaer; se repitió *Graphites* con buenos resultados. Después de este segundo período de tratamiento, con duración de dos meses, ya no requirió dosis adicionales. Un nuevo problema surgió seis meses después: las plantas de los pies de Christa estaban callosas y con una verruga plantar que le dificultaba caminar; no permitía que el médico la examinara, resistiéndose fuertemente a la exploración.

Se le dio *Antimonium crudum* 2X, con base en la presencia de la verruga plantar sobre pies callosos y al síntoma mental de no querer ser tocada u observada. La verruga desapareció y Christa pudo caminar normalmente; sin embargo, los exámenes médicos continúan siendo un problema.

Paciente no. 29: Gerold S., 18 años

Diagnóstico: síndrome de Down.

Gerold era un joven alto y delgado que asistía al curso de entrenamiento industrial. Era imposible pedirle que hiciera cualquier trabajo debido a que se adhería rígidamente a sus propias ideas, sin aceptar sugerencias útiles y dejando de trabajar a la más ligera frustración. En su grupo trataba de imponer sus ideas y en casa también; todo tenía que hacerse para adaptarse a él. Durante la toma del caso repetía fragmentos de oraciones que había escuchado, como la ecolalia; las mismas repeticiones de pa-

labras sin sentido también se apreciaban en el grupo. Físicamente era friolento, sudaba considerablemente cuando se resfriaba, particularmente en la cabeza.

Con base en los síntomas físicos y su marcada obstinación se le prescribió Silíceo 12X. Un mes más tarde era mucho más cooperador y adaptado con los demás, concentrándose bien en su trabajo. No más peleas en el grupo o en casa; resultó más tratable, generando palabras comprensibles con significado real. La susceptibilidad a las infecciones se redujo enormemente.

Paciente no. 47: Tanja F., 7 años

Diagnóstico: retraso psicomotor combinado con privación social.

Tanja creció en una situación familiar extremadamente difícil. Por años, la madre y su cónyuge pelearon, a menudo con violencia. Cuando ellos se separaron, la madre regresó a un trabajo de tiempo completo, por lo que responsabilizó a un hermano de Tanja, un chico de 14 años, de su cuidado y el de otro hermanito de cuatro años. Tanja era golpeada por su hermano, pero a pesar de esto se sentía muy vinculada a él.

Con una ansiosa y nerviosa falta de confianza en sí misma, Tanja evitaba situaciones riesgosas, siendo extremadamente precavida, esperando afecto y protección. Era tremendamente impaciente. La contradicción le provocaba arrebatos de ira. Obstinate en extremo, inclinada a morderse las uñas. Los síntomas físicos incluyeron manos y pies fríos, marcado sudor de cabeza y cuerpo, deseo de dulces y bebidas heladas, y aversión a la leche.

Tanja recibió una dosis de Calcarea carbonica 200C. Dos meses más tarde, dijo estar más segura de sí misma, difícilmente dependiendo de otros. Aprendió a montar una motocicleta. Después de otro mes, su cuidadora dijo que ella era bastante dominante, siempre queriendo ser el foco de atención. Quería obtener cosas a su manera y a cualquier costo. Estaba extremadamente difícil en casa, discutiendo con su madre; era colérica y rebelde.

Se le administró Sulphur 12 para esta excesiva reacción. En los cuatro meses siguientes, Tanja estuvo estable, manteniendo su confianza en sí misma.

Paciente no 2: Yvonne M., 5 años

Diagnóstico: síndrome de hipotonía-ataxia secundaria a asfixia perinatal. Además, cursó con hemorragia intraventricular grado II-III, y recibió fisioterapia durante

los primeros años de vida. Cuando ingresó a la guardería, a los cinco años, presentaba paresia cerebral infantil y síndrome de hipotonía-ataxia con hipotonía muscular y reflejos tendinosos enérgicos. Su marcha, aunque independiente, era incierta, tropezando fácilmente. Eran evidentes su retraso mental y los trastornos de comportamiento. Tenía poco impulso, pero siempre insatisfecha, pues nada le parecía apropiado. Su madre siempre decía que hacía lo opuesto a lo propuesto. Frecuentes berrinches con tendencia agresiva; pellizcaba, golpeaba y mordía a los otros niños, e incluso a sí misma en algunas ocasiones.

Padecía gran susceptibilidad a resfríos y a otitis media; sudando fácilmente, principalmente en la espalda. Trastornos del sueño en luna llena. Luego de Calcarea carbonica 30C mostró ligero incremento en el impulso, volviéndose también más tranquila y balanceada, especialmente en la guardería. Después se volvió extremadamente inquieta, colérica y negativa.

Se le prescribió Chamomilla 30X para esta actitud agresiva, observándose cambios notables al segundo día. Estuvo más tranquila y razonable sin más accesos de cólera. Esta mejoría continuó por algunas semanas luego de suspender el medicamento, aún cuando requirió dosis adicionales del mismo. La hipotonía muscular mejoró considerablemente con mejor respuesta a la fisioterapia. Sin embargo, la susceptibilidad a infecciones persistió.

Problemas psicológicos intermitentes

Algunos niños respondieron bien al manejo de los problemas psicológicos aislados, verbigracia, etapas depresivas en una niña con síndrome de Down (Ignatia 30C), un caso de trastorno de apetito psicogénico (Natrum muriaticum 200C) y un caso de trastorno del sueño en un niño con síndrome de Prader Willi (Coffee 30C).

Paciente no. 30: Alexandra M., 17 años

Diagnóstico: síndrome de Down.

Se integraba bien al grupo a pesar de hablar difícilmente. Vivía con su hermano, que también padecía síndrome de Down, al lado de una madre adoptiva de edad avanzada.

Sufría períodos de extrema tristeza dentro del grupo, varias veces a la semana y sin causa apa-

rente. Se apartaba a una esquina a llorar, totalmente introvertida y evitando el contacto y la conversación. Estos episodios duraban de tres a cuatro semanas.

Se le administró Ignatia 30C al principio del episodio, debido a la pena silenciosa. En minutos mejoró su temperamento, aceptó el consuelo y se reintegró a las actividades grupales. Se repitió Ignatia 30C cada segundo día, por dos semanas, después de las cuales mejoró su temperamento, manteniéndose así en el seguimiento.

Paciente no. 32: Roland H., 5 años

Diagnóstico: retraso mental secundario a parto prematuro; tartamudez.

Comenzó a tartamudear luego de un accidente en bicicleta, resultando con un miembro enyesado; su reacción a esta situación fue una ansiedad extrema y miedo. La tartamudez persistió por tres meses, tornándose más severa. Era incapaz de decir ciertas palabras pese a un gran esfuerzo, lo que le ponía colérico; según su madre y cuidadores, esto no tenía relación con situaciones específicas.

Roland era un niño sensible, amable y con necesidad de afecto; pálido, delicado y con pólipos nasales. Se interesaba en todo lo nuevo y era muy atento. Tenía buen apetito, comiendo demasiado, pero sin ganar mucho peso.

El trauma psíquico, la necesidad de afecto, la sensibilidad, el tartamudeo, la sinusitis y los pólipos nasales orientaron a manejarlo con Phosphorus 200C, dosis única. Después de dos semanas, el tartamudeo desapareció, con ligeros signos de recurrencia un año más tarde, lo que obligó a repetir la dosis; y nuevamente su lenguaje regresó a la normalidad en pocos días.

Problemas físicos

En algunos casos se dirigió el tratamiento a síntomas físicos, aún cuando se observó que generalmente los problemas físicos mejoraban junto con otros malestares en respuesta al tratamiento constitucional. En un caso, un chico mejoró de su neurodermatitis así como de su hiperactividad luego de Causticum 12X. Dos más mostraron gran mejoría de malestares abdominales con el manejo constitucional, y en un niño con síndrome de Down, Sulphur 30C alivió una dolorosa blefaritis.

Paciente no. 11: Oliver S., 9 años

Diagnóstico: síndrome de Down.

Este niño se había desarrollado relativamente bien, considerando su condición; era pequeño, compacto robusto, amistoso, rápido para auxiliar, confiable y con buenos progresos en la escuela. Sus problemas eran enteramente físicos. Su piel, muy sensible, seca y exfoliante. Comía grandes cantidades sin ganar peso y su trastorno principal era una severa blefaritis con secreciones espesas, pegajosas, blanco-amarillentas, lo cual le impedía abrir los ojos por la mañana.

Se le administró Sulphur 30C, con mejoría palpebral en 24 horas, y luego de medicación continua, sus ojos se recuperaron totalmente. El tratamiento se discontinuó un mes y dos o tres semanas más tarde recurrió la blefaritis, por lo que se repitió Sulphur 30C a intervalos.

Trastornos vesicales

Ocho niños presentaron trastornos vesicales. Cinco de ellos con enuresis, la cual desapareció completamente en un caso con Sulphur 30C, mientras que tres más mostraron marcada mejoría, pero sin curación completa con el manejo constitucional. Una niña con debilidad vesical marcada, incontinencia urinaria y rectal diurna y nocturna, motivó a orientar su problema como hipotonía muscular y debilidad del piso pélvico, administrándole Causticum 12X, con efectividad terapéutica. En otro chico con síndrome de Down, su debilidad vesical consistente en incontinencia diurna mejoró con Tuberculinum 200C.

En las historias clínicas anteriores (número 1 y 3), el síntoma notable fue que los niños no permitían que el personal los llevara al baño, reteniendo la orina en la escuela y orinando grandes cantidades cuando arribaban a casa; ellos respondieron extremadamente bien a Natrum muriaticum 30C y 200C respectivamente.

Problemas con la toma del caso y tratamiento

La toma del caso, en la guardería y en la escuela especial, involucró el trabajo con padres de estrato social bajo, de quienes no siempre es posible obte-

ner una adecuada descripción de los síntomas de los niños. Ello significó que el reporte espontáneo, normalmente tan útil, fuera de poco valor; intentando obtener los síntomas blanco por preguntas, lo cual probablemente condujo a que los síntomas fuesen dados en forma errónea.

El resultado fue difícil de valorar, además, debido a que los padres eran incapaces de evaluar con certeza los cambios en el comportamiento de los niños. Así, una madre nos dijo que el tratamiento no había mejorado en lo absoluto la inquietud de su hijo, pero regresó dos meses más tarde solicitando más de los “chochitos”, pues habían resultado muy efectivos.

Otro problema fue que para algunos cuidadores cualquier forma de tratamiento médico, incluida la Homeopatía, es una intromisión en sus responsabilidades educativas y por tanto fueron poco útiles para evaluar el resultado. En nuestra opinión, a pesar de esto, podemos considerar los resultados del tratamiento como satisfactorios, tomando en consideración las severas condiciones primarias de los niños y el que intentamos continuar con el tratamiento homeopático con ellos.

Caso	Nombre	Edad	Diagnósticos	Síntomas blanco	Prescripción	Resultado
1	Mario R.	9	Magalocefalia Retraso mental	Retención urinaria Retraso	Calc. carb. 200C	-
1a				Retención urinaria Retraso	Natr. mur. 30C	++ +
1b				Inquietud Comportamiento agresivo Sobreexcitación sexual	Hyos. 30LM	++ ++ ++
2	Yvonne M.	5	Hipotonía-ataxia Asfixia perinatal	Dificultad para manejarse	Calc. carb. 30C	+
2a				Comportamiento agresivo	Cham. 30C	++
3	Peter P.	9	Síndrome de Sotos	Comportamiento autista Dificultad habla-masticación Flatulencia	Natr. mur. 200C	++ ++ ++
4	Tanja P.	7	Malformaciones Retraso mental Privación social	Comportamiento colérico Trastornos del sueño	Op. 200C	-
4a				Comportamiento dominante Berrinches	Sulph. 200C	- +
5	Jacqueline	6	Retraso mental Diplejía espástica Convulsiones febriles	Convulsiones febriles Enuresis	Cupr. 200C	- -
5a				Enuresis/encopresis	Caust. 12X	++
6	Thomas F.	5	Retraso psicomotor	Retraso Privación social Ataques de berrinche	Calc. phos. 200C	N. a. N. a. N. a.
7	Tanja H.	6	Diplejía espástica Retraso mental Enfermedad neurodegenerativa	Episodios de apatía Susceptible a infecciones	Puls. 30C	++ -

Caso	Nombre	Edad	Diagnósticos	Síntomas blanco	Prescripción	Resultado
8	Alexander	16	Retraso mental	Comportamiento agresivo Tics, muecas	Lyc.12X	++ ++
9	Michaela	5	Hiperquinesis Retraso mental Parto gemelar prematureo Privación social	Hiperactividad	Phosph. 200C	+
10	Daniela	5	Hiperquinesis Retraso mental Parto gemelar prematureo Privación social	Hiperactividad	Phosph. 200C	-
11	Oliver	9	Síndrome de Down	Blefaritis	Sulph. 30C	++
12	Rene D.	11	Microcefalia Autismo Privación social	Comportamiento autista Enuresis	Tub. 200C	- -
12a				Comportamiento autista Enuresis	Ars. 30C	++ +
13	Christa	15	Síndrome de Down	Dificultad para manejarse	Graph. 12X	+*
13a				Verrugas plantares	Ant. crud. 12X	++
14	Brigitte	10	Malformaciones Retraso mental	Inquietud Trastornos de comporta- miento	Hyos. 30C	- -
14a				Inquietud Trastornos de comporta- miento	Agar. 12X	- -
15	Yvonne S.	5	Retraso mental posterior a asfixia posnatal	Dificultad para manejarse Masturbación	Puls. 30C	++ -
16	Oliver B.	5	Retraso psicomotor	Inquietud Privación social Enuresis	Phos. 30C	++ +
17	Daniel B.	7	Retraso psicomotor Privación social	Inquietud Concentración débil Enuresis	Phos. 200C	++ ++ +
18	Christoph	8	Síndrome de Down	Incontinencia urinaria	Tub. 220C	++
19	Claudia K.	7	Retraso psicomotor Privación social	Inquietud Concentración débil	Phos. 12X	-
20	Wolfgang	8	Retraso mental Privación social	Timidez Pérdida de apetito Susceptible a infecciones	Bar. carb. 12X	- - -
21	Andreas		Autismo	Conducta agresiva Sobreexcitación sexual	Bell. 30C	- -
21a				Conducta agresiva Sobreexcitación sexual	Bell. 200C	Agravó
21b				Conducta agresiva Sobreexcitación sexual	Hyos. 30LM	+ -
22	Peter P.	6	Estenosis pulmonar Retraso psicomotor Privación social	Inquietud Sudoración Enuresis	Sulph. 30C	+ ++ ++
22a				Vejiga débil Enuresis	Puls. 6LM	++ ++

Caso	Nombre	Edad	Diagnósticos	Síntomas blanco	Prescripción	Resultado
23	Elizabeth	5	Retraso psicomotor Privación social	Hiperactividad Neurodermatitis Retraso motor	Caust. 12X	+ + -
24	Alexander	6	Hidrocefalia Retraso psicomotor	Conducta agresiva Estreñimiento	Sulph. 30C	- -
25	Markus E.	9	Síndrome de Pierre Robin Retraso mental	Conducta agresiva Sobreexcitación sexual	Stram. 30C	- -
26	Martin K.	5	Hemiplejía espástica Retraso mental posterior a asfixia posnatal	Inquietud Conducta agresiva Trastornos digestivos	Lyc. 12X	+ ++ ++
27	Gottfried	11	Conducta autista Retraso mental	Hiperactividad Conducta agresiva	Hyos. 30C	N. a. N. a.
28	Patrick H.	6	Retraso psicomotor Epilepsia (pequeño mal)	Inquietud Asimienta	Phos. 12X	N. a. N. a.
29	Gerold S.	18	Síndrome de Down	Rehúye al trabajo Terquedad Infecciones recurrentes	Sil. 12X	++ ++ ++
30	Alexandra	17	Síndrome de Down	Depresión	Ign. 30C	++
31	Sabine		Síndrome Prader Willi	Trastornos del sueño	Coff. 30C	++
32	Roland H.	5	Retraso mental Nacimiento prematuro	Tartamudeo	Phos. 200C	++
33	Julia R.	4	Retraso mental	Inquietud Retraso Trastornos del habla	Agar. 12X	++ ++
34	Franziska	4	Retraso mental posterior a asfixia posnatal	Extrema inquietud Conducta autista	Tarant. 30C Tarant. 200C	+ ++
35	Mario H.	5	Retraso mental Nacimiento prematuro	Inquietud Hiperactividad	Phos. 30C	+
35a				Inquietud	Phos. 30C	+
36	Bettina S.	4	Retraso mental Espasmo nodular	Espasmo nodular	Cupr. 200C	-
36a				Berrinches	Lyc. 12X	++
37	Tanja F.	7	Retraso mental Privación social	Incertidumbre Dificultad para manejarse	Calc. carb. 200C	++
37a				Terquedad	Sulph. 12X	++
38	Daniel J.	5	Retraso mental Privación social	Cólicos abdominales	Phos. 12X	N. a.
39	Daniel S.	7	Retraso mental	Inquietud Infecciones recurrentes	Phos. 12X	++ ++
40	Christina G.	5	Retraso mental Opsoclonia familiar	Rehúsa comer	Ign. 30C	-
40a				Rehúsa comer	Nat. mur. 200C	++

Figura 1. Resumen del tratamientos con Homeopatía ofrecido a 40 menores de edad en Graz, Austria.

Cartas a Mis Pacientes



Ilustración: José Luis Alcover Lillo.

M. Gloria Alcover Lillo*

Sentido Común, Vacunas y Homeopatía (primera parte)

Queridos todos:

Visto el escándalo provocado en los últimos tiempos con motivo de la vacunación, creo que es una obligación tratar este tema en **Cartas a mis pacientes**, colaboración que puede resultar muy útil para ayudar a **conformar un criterio natural y por eso mismo convincente**, eliminando las interpretaciones extraídas de los discursos sostenidos por los médicos “superespecializados”, es decir, los que lógicamente han perdido en el camino el sentido de la **totalidad** del conocimiento y tienden a reducir todo el conocimiento a su saber particular. La visión de la totalidad es algo imprescindible para comprender los resultados de una investigación y saber colocarla, reconocer su significado y su valor.

Si por vacunación se entiende cualquier cosa, cualquier acción, cualquier fármaco o cualquier medicamento que puede proteger y prevenir un sufrimiento o enfermedad a un ser viviente, es decir, estimular una mayor fuerza y capacidad de respuesta ante los peligros de la vida, tanto físicos como morales, es de **sentido común** que nadie diría que no. Es decir, nadie se opondría a esta ayuda preciosísima y necesaria para mejorar la situación siempre bastante penosa de los seres vivientes, desde los más elementales hasta el hombre.

*La autora es médico cirujano por la Universidad Complutense de Madrid (España), con especialidad en Ginecología y Obstetricia; además, tiene la especialidad en Homeopatía por la Escuela de Posgrado de Homeopatía de México, A.C., y es 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.

De hecho, me permito recordar que en la experiencia popular, cuando un individuo atraviesa una situación difícil y la vence, se suele decir: “éste ya está vacunado” (al menos desde el siglo XVIII). Es decir, si una persona ha probado y experimentado algo, si ya ha estado en contacto con determinada adversidad y la ha superado, esa memoria le queda escrita para siempre, lo que la hará más resistente al problema, más madura y menos vulnerable. ¡Ha conocido! La vacunación es una forma natural de experimentar, crecer y saber en la vida. Por lo tanto, no se puede decir que existen **médicos anti-vacuna** y menos que los médicos homeópatas estamos en contra de la vacunación.

La firme **oposición** a la vacunación propuesta por el sistema sanitario global, oposición proveniente tanto de médicos homeópatas como no homeópatas, hace referencia a la forma de vacunar, al contenido de la vacuna que se usa, y al uso indiscriminado y no científico de la vacuna que se propone (ya que nunca han sido experimentadas, sólo aplicadas).

¿Cuál es el conflicto y de dónde viene?

Cosas interesantes que se deben saber:

Hay una importante diferencia entre **inoculación** y **vacunación**. La **inoculación** ha sido practicada desde tiempos inmemoriales por toda la humanidad para intentar proteger a las personas frente a una amenaza epidemiológica. Se hacía un corte en la piel y se aplicaba la sustancia de la cual se querían proteger. Por ejemplo, costras de la viruela humana, para hacer reaccionar al organismo por anticipado y evitar la enfermedad devastadora, siempre y cuando no muriera el vacunado antes como reacción a la inoculación.

Con esta experiencia se constató, no obstante los peligros, la **relación terapéutica benéfica a través de lo que era “similar”**: viruela con viruela, de la **misma naturaleza** humana, es decir, la primera señal de la importancia de la homeopaticidad inscrita en la naturaleza y en el sentido común de los seres humanos de todas las culturas. Fue el primer atisbo de lo que más tarde se convertiría en la Ley de semejanza y de curación en modo experimental, repetitivo, metódico y científico y, por tanto, utilizable con certeza, gracias a Hahnemann. Sólo había un problema: provocaba muchas veces crisis tan fuertes y graves que la persona moría. Era un riesgo que había que correr... mientras se encontraba una solución mejor.

La **vacunación** no es exactamente lo mismo. Ha habido ya una evolución. Muchos científicos se dedi-

caron a estudiar y experimentar las posibles variaciones que pudieran mejorar este hecho benéfico terapéutico de la inoculación, hasta que fue tomando forma a través de las experimentaciones y elucubraciones científicas, y se concretizó en la experiencia de Jenner (finales del siglo XVIII e inicios del XIX).

Por tanto, la vacunación, cuyo nombre viene del latín “vaca”, hace referencia a una **inoculación distinta**. Jenner sigue los hechos: las mujeres que ordeñaban se contagiaban con la **viruela “bovina”**, **es decir, una forma de viruela de distinta naturaleza** que la viruela humana, aunque tuviera síntomas externos parecidos o casi iguales. Siguiendo los hechos de la naturaleza, Jenner hizo las extraordinarias experimentaciones y comprobaciones del beneficio de **contagiar con una sustancia de distinta naturaleza que la de la enfermedad que se quiere prevenir, pero semejante en sus efectos y en un modo atenuado** (todavía no se llegaba a la extraordinaria comprensión que haría Hahnemann sobre la verdadera atenuación de la noxa patógena), de manera que se mantenga su poder curativo y disminuya su inevitable capacidad de provocar efectos secundarios (ese triunfo científico pertenecerá más tarde al método homeopático hahnemanniano).

Aquí nace y se distingue ya para siempre la idea y la diferencia entre **inoculación** y **vacunación**, con la importante constatación de que la segunda daba menos problemas que la primera, aunque todavía causaba daños a algunas personas vacunadas. Sin embargo, todavía faltaban muchísimos conocimientos precisos para conseguir una auténtica prevención individual y generalizada.

En este punto de la historia se evidencia otra vez la **importante diferencia en lo relativo a la forma de curar entre los médicos y los farmacólogos racionalistas y vitalistas**, personajes que entendían la totalidad de la enfermedad como la serie de signos y síntomas que el organismo ponía en evidencia para pedir ayuda con precisión. Ellos sabían que todo dependía de la estimulación clara, exacta y precisa de la fuerza vital del individuo, en donde se encuentra englobado lo que más tarde se llamaría sistema inmunitario. El sistema inmunitario forma parte del lenguaje de la fuerza vital de un ser viviente, pero la fuerza vital es la fuerza total de la propia vida y comprende no sólo los aspectos mecánicos del modo de reaccionar de un organismo, sino también su vida interior, trayectoria, conducta; su mentalidad, forma de sentir, entender y actuar su propia vida.

Por tanto, el sistema inmunitario es sólo eso, un sistema, como lo es el sistema circulatorio o el sistema óseo, es decir, un elemento que forma parte de la totalidad, pero no es la totalidad completa en sí misma. De la misma manera, los farmacólogos vitalistas estaban preocupados por encontrar no sólo el fármaco adecuado, sino el modo de reconocer cómo éste podía

actuar como **remedio** y no como veneno. Así se podría reconocer y aplicar la **vis medicatrix natura** (fuerza curativa de la naturaleza), por la capacidad de **desencadenar la reacción curativa en modo claro, exacto y preciso**, implícita en la fuerza vital de cada ser viviente, para llevar al individuo hacia su equilibrio **a partir de sí mismo y no forzando dicha situación desde fuera**. Es decir, en un modo auténticamente científico.

Por el contrario, los médicos y farmacólogos **racionalistas** consideraban los síntomas como el resultado de una lucha del organismo frente a las noxas patógenas, y dedicaron —y todavía lo hacen— todo su esfuerzo a encontrar todas las causas (bacterias, virus, gérmenes varios) que suponían racionalmente que ocasionaban esta lucha, **porque los encontraban activos en el análisis de la materia de la enfermedad**. Y así, dispuestos a encontrar el modo de eliminarlas, se propusieron descubrir y fabricar todos los fármacos posibles para matar, anular o inactivar los gérmenes, como si éstos, por sí mismos, tuvieran vida propia, desligados del terreno donde estaban y actuaban.

Suponían que así podrían resolver el problema aunque no lo podían demostrar porque los hechos clínicos eran la recidiva, en el tiempo, de la enfermedad que pretendían eliminar, estructurando hasta nuestros días una solución mecánica al supuesto contagio morboso, olvidando y menospreciando la función definitiva que tiene la fuerza vital de cada ser humano como verdadera causa eficiente de toda enfermedad: el hombre y su forma de reaccionar. Todo esto ocurre a pesar de que Pasteur, el padre de la microbiología, al final de su vida sintetizó su experiencia fundamental y definitiva así: **“el terreno es todo, el microbio es nada”**. Sin embargo, como se constata hasta hoy, no se tomó en consideración debido al hecho, fundamentalmente, de abrir una problemática científica, médica y clínica extraordinariamente ardua (resuelta posteriormente por el gran Samuel Hahnemann).

De allí nace, hasta hoy, toda la investigación interminable de posibles elementos agresivos y es así que se habla de que esto o aquello provoca el mal: el virus del cáncer o el papilomavirus, etcétera.

Sin embargo, en la medida en que aumentaron las investigaciones... y los fracasos, se empezó a usar un término que se parece mucho al reconocimiento de la fuerza vital individual del enfermo como verdadera causa eficiente de su propia enfermedad. El concepto que se utiliza hoy, de manera habitual, en la medicina racionalista u oficial es el de: **autoinmune**.

Para terminar esta primera parte del tema quiero señalar que la **denuncia imperiosa** que se hace hoy a la propuesta de vacunación está centrada en estos puntos:

1. El **contenido** descubierto en los análisis de las vacunas que se proponen, **es letal**, a saber: hidróxido de aluminio, fosfato de aluminio, sulfato de amonio, amfotericina B, clorhidrato de arginina, fosfato de potasio dibásico, beta-propiolactona, formaldehído, formalina, sulfato de gentamicina y glicerina, además de tejidos y sustancias de origen animal (sangre de cerdo, caballo y oveja; riñón de perro y de mono; huevo de pollo y de pato; cerebelo de conejo, embrión de pollo, suero fetal bovino, suero de ternera, grenetina).

Los componentes también incluyen células humanas diploides (provenientes de tejidos de fetos humanos abortados), hidrocortisona, tiomersal o merthiolate (que contiene mercurio), glutamato monosódico, fosfato de potasio monobásico; sulfato de neomicina, nonilfenol etoxilado y octilfenol etoxilado, así como octoxinol 10, indicador rojo de fenol, 2-fenoxietanol, cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, polimixina B, polisorbato 20, polisorbato 80, hidrolizado o digerido pancreático de caseína de cerdo, proteína residual de células MRC-5, deoxicolato de sodio, sorbitol, tri-n-butil fosfato... y otros que se van descubriendo.

El resultado de **inocular** estas sustancias está provocando muchísimo más daño que beneficio a la humanidad, y esto hace que **ya no se pueda justificar a la vacunación como el menor mal necesario**.

2. La aplicación generalizada como prevención de epidemias que **no existen**. Las epidemias están ligadas a muchos factores y son cíclicas, si se dan las condiciones. La enfermedad aguda es siempre una vacuna natural por sí misma, y es saludable y necesaria como he señalado con el popular ejemplo antes descrito. **Es absurdo tratar de evitar que el ser viviente viva por miedo a que padezca la vida, evitándole el proceso natural para reforzarse y desarrollarse bien en consecuencia**.

3. **La bomba letal de 6 a 12 inoculaciones de este tipo aplicadas a una criatura con una edad biológica en la que todavía está desprovista de una capacidad verdadera de respuesta**. Esta violencia se parece a la que conocemos todos: los niñitos pequeños que están a punto de sofocarse por la cantidad de camisetitas y abrigos que su madre les ha puesto simplemente porque **ella** es friolenta y tiene miedo de que su hijo se enfríe. Esta **inaceptable violencia**, que repugna al sentido común de cualquier ser humano de cualquier cultura, ha sido el motivo profundo de un extraordinario libro escrito por el insigne historiador e investigador norteamericano **Harris Coulter**: *A shot in the dark (Un disparo en la oscuridad)*. Recomiendo absolutamente su lectura. El título lo dice todo.

El mundo de la Homeopatía

A Promise of Health: la Homeopatía en la Línea del Frente en México (segunda de tres partes)*

**Barbara Grannell
Directora ejecutiva de *A Promise of Health*



*Publicado originalmente en *Homeopathy 4 Everyone* (<http://hpathy.com/>), marzo de 2017, volumen 14, número 3. Disponible en: <http://hpathy.com/homeopathy-papers/homeopathy-front-lines-mexico/>. Traducción: María de Lourdes Hernández.

**Barbara Grannell es directora ejecutiva de (*A Promise of Health, Una Promesa de Salud*). Desde hace 30 años trabaja en proyectos comunitarios sin fines de lucro, con organizaciones estatales y nacionales de los Estados Unidos y México. Ha escrito extensamente, y publicado en conjunto con su esposo acerca de la importancia del activismo social. Hoy día es una fuerte promotora del papel de la Homeopatía en el siglo XXI.

En 2009, Bill Grannell fue abordado por un antiguo funcionario del Gobierno de Oaxaca mientras asistía a una conferencia de salud en la Ciudad de México. El funcionario, después de escuchar la labor de *A Promise of Health* en Yucatán, comentó que era exactamente lo que necesitaban los pueblos indígenas rurales en Oaxaca. Si revisamos las estadísticas de pobreza y los índices de enfermedades y mortalidad infantil en México, veremos que están dentro de los más altos en América Latina. Esto inquietó mucho a Bill, incitándolo a considerar un programa para Oaxaca.

Nos dimos cuenta, gracias a la experiencia que tuvimos en Yucatán, que la organización no podía continuar sola. Para sostenerla y crecer se necesitarían aliados. Fue entonces que surgió la idea de buscar a las asociaciones de migrantes de Oaxaca que vivían en los Estados Unidos. Ellos, como grupos organizados en “clubes” por todo

el país, demostraron una verdadera preocupación por la salud de sus comunidades y sus familias.

El siguiente paso fue tener contacto con las asociaciones, presentarles el proyecto que había instrumentado *A Promise of Health* en Yucatán y dejar que las piezas se acomodaran en su lugar. El primer grupo en manifestar su apoyo fue el de migrantes que representaba a la comunidad de Ayoquezco de Aldama. Ellos encajaban perfectamente en el cumplimiento del objetivo. Ciertamente, tenían una Casa de Salud que ocasionalmente era visitada por doctores y enfermeras del Estado, pero la verdad es que no tenían un lugar permanente para asistir a los pobres.

Ayoquezco es una comunidad zapoteca, uno de los grupos indígenas más grandes del estado de Oaxaca. Dependen principalmente de la agricultura y

son uno de los grupos más pobres. La necesidad de establecer un Centro de Salud para servir a la comunidad era inminente.

Lo que prosiguió fue aplicar las mismas técnicas organizacionales que se utilizaban en Yucatán. Una vez que los migrantes se comprometieron a participar como socios, las negociaciones prosperaron de tal manera que el Gobierno municipal estuvo de acuerdo en donar un edificio antiguo, situado al lado del Palacio Municipal, que se convirtió en una clínica.

Casi en ruinas y con la necesidad de hacer muchos arreglos, el siguiente paso era convencer al Gobierno municipal de proveer materiales y trabajadores para transformar el edificio en un espacio habitable en el que pudiera trabajar un médico y que contara, además, con los elementos indispensables para la clínica misma.

Mientras esos esfuerzos se consolidaban, Bill Granell estaba de regreso en México, viajando entre Ayoquezco y la ciudad de Oaxaca en busca de un médico homeópata que pudiera lanzar vigorosamente y de manera exitosa el programa en Oaxaca.

Con experiencia previa, *A Promise of Health* sabía que era difícil que un médico dejara las comodidades de la ciudad. Después de tener un acercamiento con la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, los únicos profesionales que mostraron interés en participar eran médicos retirados que carecían de la vitalidad y el compromiso con el programa; ellos querían, además, seguir viviendo en la ciudad y trasladarse al pueblo periódicamente, o bien, que los pacientes viajaran para ser atendidos en un consultorio situado en la ciudad de Oaxaca. La gente, por supuesto, no contaba con dinero para transportarse.

La excepción fue una mujer joven, la doctora Soledad Ramírez Medina, madre de dos pequeños hijos y casada con un policía de Oaxaca. Parecía imposible, pero ella encajaba perfecto en el plan.

En una entrevista, cara a cara con Bill Granell, la doctora Soledad se mostró muy entusiasta hacia el programa. Dijo que ella quería vivir en una comunidad indígena donde sus hijos pudieran experimentar la vida tranquila y los valores que ella había disfrutado a lo largo de su vida. Ella era mixteca (la segunda comunidad más grande de Oaxaca), y sabía perfectamente los retos a los que se enfrentan las personas que viven en dichas circunstancias.

Como médico homeópata, poseía los requerimientos necesarios; como ser humano, es dueña de una personalidad que ofrece el cariño y la comprensión que se necesitan para ayudar a las personas. La doctora Soledad estudió para médico homeópata durante

tres años, se convirtió en una promotora de la Homeopatía y empezó su práctica utilizando exclusivamente diagnósticos y remedios homeopáticos.

En abril de 2010, la doctora Ramírez Medina se convirtió en la médico patrocinada por *A Promise of Health* para representar su programa de salud en Oaxaca

Una semana antes de la apertura de la clínica, la doctora Ramírez Medina se mudó con toda su familia a Ayoquezco de Aldama, lo que significó un sacrificio considerable ya que se trasladó con su marido e hijos a un edificio de espacios reducidos que había donado el Gobierno municipal de la localidad. Sin embargo, siempre mostró gran entusiasmo.

El día de la apertura, la clínica tuvo una gran afluencia y la gente empezó a reunirse a las afueras del edificio antes del amanecer, aunque sus puertas abrirían hasta las 9:00 de la mañana. Con más personas de las que podía atender en una jornada, se hizo una lista y se programaron citas para el siguiente día.

Hoy, a siete años de tener el programa allí, las cosas se manejan con más calma. En promedio, la doctora Soledad atiende a 62 pacientes cada semana. Siempre activa y entusiasta atiende pacientes, revisa los suministros médicos y elabora semanalmente el reporte de actividades del programa. Arturo, su esposo, ha dejado ya su trabajo como policía de la Secretaría de Seguridad Pública para ayudar con los suministros de medicamentos homeopáticos y encargarse de la educación de sus hijos.

La doctora Soledad es más que un médico, ya que ella no sólo se enfoca y se dedica a sus pacientes; en realidad, se interesa por la salud integral de la comunidad a la que sirve, de tal suerte que organiza juntas para discutir temas de salud en general y ligados a la medicina homeopática; del mismo modo, en algunas escuelas ha ofrecido programas de higiene y nutrición a niños, convirtiéndose en una promotora incansable de *A Promise of Health* en Oaxaca.

Su labor ha crecido tanto que ha ofrecido algunas conferencias sobre su trabajo en congresos efectuados en Mazatlán, Sinaloa, y ha formado parte del equipo que ha brindado diversas charlas a profesores de Medicina en la Universidad de Oaxaca.

Con mucho orgullo, la doctora Soledad quiere ver que el programa crezca e incluya a más indígenas,

sobre todo mixtecas, un grupo que también ha sido marginado durante décadas.

El diario de la doctora Ramírez Medina

Cada semana, la doctora Martínez Medina escribe un reporte de sus actividades y el estado de salud de sus pacientes. Una hojeada a algunos de sus recientes relatos (con derechos de autor de *A Promise of Health*) le muestra al lector la forma en que ahora transcurre su vida. En julio de 2016 escribió:

“En Oaxaca han empezado las lluvias. Algunos días son nublados y frescos, algunos días hay lluvia fuerte con viento y sorpresivas turbulencias. Hoy, sentada en un café internet en Ayoquezco, elaboro mi reporte, pero a veces el servicio falla (se va y viene la señal) y cuando quiero enviarlo, se pierde y debo intentarlo una y otra vez.”

Pensemos en la frustración, la persistencia y la dedicación para comunicar lo que sucedió después de un día largo de atender pacientes. Se va a casa a preparar la cena para la familia, sólo para encontrarse con que no hay luz una vez más debido a las tormentas. ¿Cuánto tiempo tardará en regresar?

Otro día escribió: “los maestros aún están protestando por Oaxaca. Muchos caminos han sido bloqueados y hay violencia. Hemos tratado de comprar más botellas para medicamentos en la ciudad de Oaxaca, pero los bloqueos de las calles han impedido el surtido de mercancía a la ciudad. Este fin de semana Arturo y yo buscaremos a un distribuidor de botellas de plástico que se requiere para surtir nuestro medicamento”.

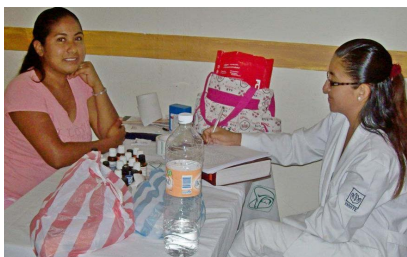
A su regreso escribió: “tuvimos que tomar el camino largo de regreso a Ayoquezco por los problemas en Zimatlán. Había automóviles incendiados en la carretera y el camino estaba cerrado. Pasamos por varios puntos de revisión y rezo para que los disturbios terminen pronto”.

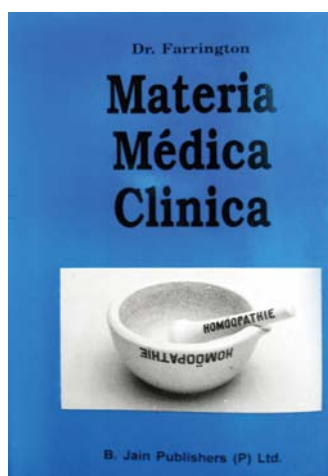
Sobre sus pacientes, escribió: “hoy quiero comentar sobre un caso muy triste que he estado atendiendo desde hace unas semanas. Se trata de un señor mayor de la comunidad de San Martín al que su esposa trajo a consulta. Ella se mostraba desesperada por no encontrar un alivio a sus dolencias desde hace muchos años.

“En la primera consulta, el paciente me dijo que desde hace muchos años ha consultado a varios médicos y ha tomado muchas medicinas. Su esposa le ha preparado en casa varios tratamientos, pero nada le ha funcionado; no ha tenido mejoría. Dice que cuando

come no puede tragar y siente que se ahoga. Por esa razón, se muere de hambre.

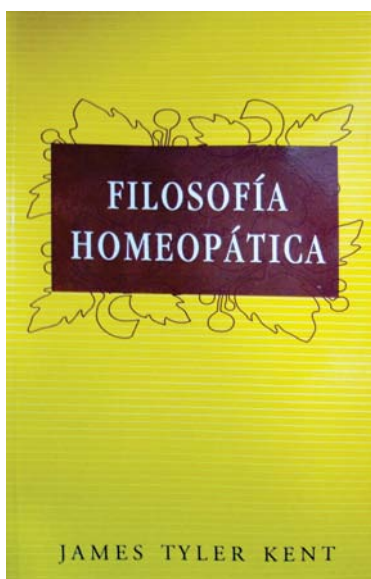
“Podía ver que en sus ojos había lágrimas y reflejaba mucho enojo, pues por no comer ha tenido muchas complicaciones. Me dijo que prefería morir antes que seguir adelante. Cuando le pregunté a la esposa, me comentó que muchas veces se pone violento y la agrede verbalmente, está impaciente, le grita y le ha pegado. Es muy triste. Me dijo que viven solos y no tienen los recursos para seguir consultando doctores, de allí que les ofrecí mi ayuda y mis oraciones en espera de que su vida pueda mejorar. Le prescribí un medicamento confiando en que pronto terminarían sus molestias. Ahora, después de tres consultas, han regresado a decirme que ha mejorado. Ahora ya puede tragar su comida y su miedo ha disminuido. Me dijeron que estaban muy agradecidos y que ahora han recobrado su fe y su confianza, y que sus vidas van a mejorar.”





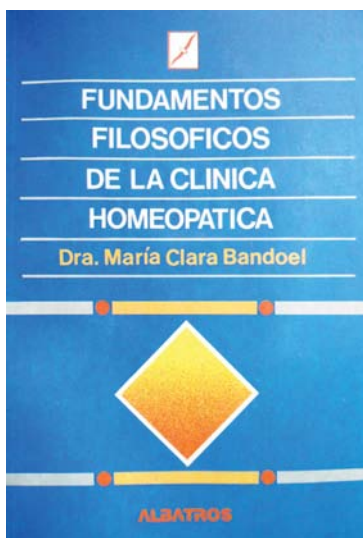
Materia Médica Clínica
E. A. Farrington
Editorial: B. Jain Publishers
ISBN: 81-7021-774-1

Serie de invaluable conferencias dictadas por el Dr. Farrington que todo médico homeópata debe tener a la mano para ilustrarse con sus indicaciones, ya que a menudo se adentra en los intrincados terrenos de la fisiopatología, la biología, la botánica, la mineralogía, la química y en general todas aquellas áreas que le permiten fundamentar sus observaciones. Obra cuya realización demandó muchos años, dando como resultado un escrito completo y muy preciso.



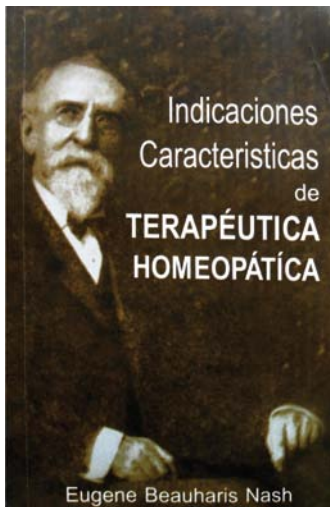
Filosofía Homeopática
James Tyler Kent
Editorial: B. Jain Publishers
ISBN: 978-81-319-0252-3

La práctica de la Homeopatía no se logra únicamente con el estudio de la *Materia Médica* y la *terapéutica*, sino que también se requiere del conocimiento profundo de la filosofía contenida a lo largo del *Organon*. En este sentido, la lectura de las lecciones del eminente Dr. Kent, contenidas en esta obra, se vuelve reveladora porque nos permite adentrarnos en la mayor parte de los párrafos escritos por Hahnemann, haciéndolos más comprensibles y amenos.



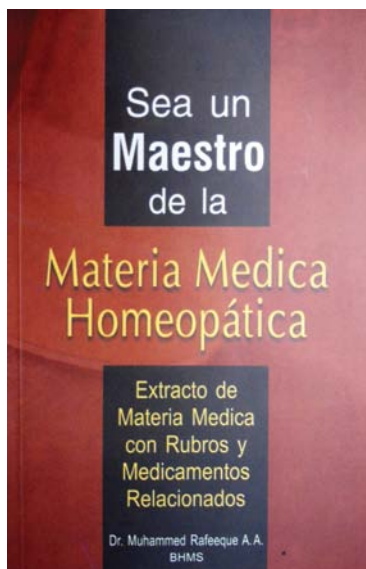
Fundamentos Filosóficos de la Clínica Homeopática
María Clara Bandoel
Editorial: Albatros
ISBN: 950-24-0424-7

Obra dirigida y dedicada a aquellos médicos que se aproximan a la Homeopatía en busca de mejores medios para atender a sus pacientes, y que encontrarán en esta ciencia curativa configurada por Samuel Hahnemann la metodología científica que les permitirá no sólo aliviar malestares, sino revertir el proceso de la enfermedad humana y recobrar la armonía, con el ideal de que dicha mejoría será permanente.



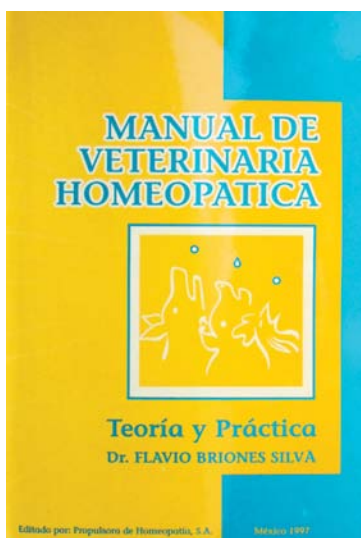
Indicaciones Características de Terapéutica Homeopática
Eugene Beauharis Nash
Editorial: B. Jain Publishers
ISBN: 81-7021-821-7

Se trata de una obra que ha rebasado la prueba del tiempo y que muchos consideran un clásico para el estudio de la ciencia médica homeopática. Su autor, quien fuera nombrado presidente de la Asociación Hahnemanniana Internacional (IHA), logra la difícil tarea de grabar en la mente del lector los puntos esenciales de cada medicamento, simplificando el proceso de realizar buenas prescripciones de improvisado en los casos simples, siempre que los síntomas característicos se tengan en la memoria y listos para ser usados.



Sea un Maestro de la Materia Médica Homeopática. Extracto de Materia Médica con Rubros y Medicamentos Relacionados
Muhammed Rafeeqe
Editorial: B. Jain Publishers
ISBN: 81-8056-655-2

Excelente obra dedicada tanto a estudiantes como a médicos formados. Contiene recomendaciones precisas que permitirán el aprovechamiento de todo el potencial de las Materias médicas conocidas, además de que su impecable organización permite consultas más rápidas respecto a otras obras de su estilo, ya que el cuadro completo de cada remedio puede obtenerse en unos cuantos minutos y le otorga la importancia debida a los síntomas generales y particulares.



Manual de Veterinaria Homeopática
Flavio Briones Silva
Editorial: División Editorial de Propulsora de Homeopatía
ISBN: 968-774-900-8

Nueva edición del antes llamado *Manual de medicina veterinaria homeopática*. Se trata de una obra ampliada y corregida que aborda aspectos prácticos de medicina y terapéutica homeopática para diferentes especies animales que se atienden en la clínica diaria. En sus páginas se resumen 10 años de investigaciones que el autor ha realizado en colaboración con la Universidad Austral de Valdivia, en Chile, que cuenta con una escuela de medicina veterinaria de gran prestigio.

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).

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”
Mírto 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

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 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

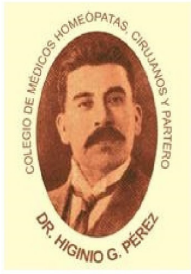
- **Título.** Se debe especificar con claridad el tema a tratar.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción y subtítulos.** Puede iniciarse el tema a tratar directamente, y los subtítulos se incluirán de manera libre, siempre que se consideren necesarios.
- **Referencias.** 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.



XXXVIII
CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA HOMEOPÁTICA
 EN COORDINACIÓN CON EL COLEGIO DE MÉDICOS HOMEÓPATAS
 CIRUJANOS Y PARTEROS 'DR HIGINIO G. PEREZ'

Por la Praxis Homeopática en el Siglo XXI

CONTACTOS

PRESIDENTE

Dr Carlos F. Aguilar Chan
 f_Oaguilar@yahoo.com.mx

Secretario

Dr José Luis Hernández García
 drjoseluishdez@homeopatismateo.com

Tesorero

Dr Carlos Hernández Chanona
 drherchan@hotmail.com

**Convoca a los integrantes de la
 Comunidad Medico Homeopática
 del país a participar
 y asistir al**

**XXXVIII
 Congreso Nacional
 de
 Medicina Homeopática**

COSTO DEL CONGRESO

Inscripciones Médicos
 \$ 3500.00 hasta 31 de julio 2017
 \$ 3800.00 del 1 de Agosto Hasta el día
 del evento

Coctel de bienvenida, material de trabajo, sesiones académicas, coffe break, diploma con Valor curricular, cena de gala y bebidas nacionales.

Acompañantes \$ 2000.00

Coctel de bienvenida, eventos sociales, recorridos turísticos, cena de gala y bebidas nacionales. Niños pagan \$1400.00

Estudiantes \$ 1600.00

Coctel de bienvenida, material de trabajo, sesiones académicas, coffe break, constancia de asistencia, El costo de la cena de gala y bebidas nacionales \$550 por persona



El cual se llevara a cabo en la ciudad de Mérida Yucatán, México, los días 5, 6, 7 de octubre del 2017.
 Con sede en el Hotel HYATT REGENCY Mérida Yucatán.

Reservaciones
Maggie Granados Castro
mgranados@amigoyucatan.com
 52 (999) 9 20 01 40

- habitación sencilla 2,022.00
- habitación doble \$ 2,283.00
- habitación triple 937.50 por persona

En Coordinación con:

Patrocinadores



2017 Mérida
Octubre 5, 6 y 7
 Por la Praxis Homeopática en el Siglo XXI



Lo confiable en Homeopatía

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

Suscríbete

\$250.00

Por 6 números al año



Llama al: (01 55) 5547 9483 / (01 55) 5547 5735 / 01 800 730 2300, o escribe a: contacto@similia.com.mx

www.similia.com.mx