

Organo Oficial de la Asociación Médica Homeopática Argentina desde 1936
Reg. Nac. de la Prop. Int. N° 912.166

Juncal 2884 (1425) - Tel. (54-11) Escuela 4827-2907 Administración 4826-5852 / 4821-5888 / 4825-2194
Socios 4826-0911 • Buenos Aires - Página Web: www.amha.org.ar • E-mail: info@amha.org.ar

Consultorios Externos: Charcas 2744 - Tel. 4963-1841 - cextcharcas@arnet.com.ar

Director:	Dr. Juan Carlos Pellegrino
Comité Editorial	Dra. Eva Blaho, Dra. María Isabel Messia, Dr. Juan Carlos Tsuji, Dr. Jorge A. Traverso, Dra. Mónica Müller
Comité de Redacción:	Dr. Julio J. Ambrós, Dr. Angel O. Minotti, Dr. Eduardo A. Yahbes, Dr. Horacio De Medio.

Sumario

Editorial	135
Sycotización Social	
Dr. Mario Draiman	137
Reflexiones sobre la Ley de Kent, agregada a las Leyes de Curación de Hering	
Dr. Juan Carlos Pellegrino	143
Homeopatía Científica	
Dr. Eduardo Angel Yahbes, Dra. Ruth Faingold, Dr. Guillermo Mur y Dr. Gustavo Martello	149
Trastornos de la Conducta Alimentaria: Enfoque Homeopático	
Dr. Juan Carlos Tsuji, Dr. Guillermo Mur y Dr. Francisco Goldstein Herman	153
Modificaciones en la Estrategia para el Tratamiento de Pacientes Psicóticos	
Dr. Jorge A. Traverso	163
Trastornos Generalizados del Desarrollo. Síndrome de Asperger	
Dra. Ruth Patricia Silvina Faingold	169
Trastorno Límite de la Personalidad	
Dra. María Isabel Messia	179
Hipertiroidismo: la eficacia de la Homeopatía	
Dra. Silvia Cristina Mercado	189
Alonso, mi Paciente Verde	
Dra. Mónica Müller	209
De Nuestra Asociación	220

Asociación Médica Homeopática Argentina

Presidente:	Dr. Mario Draiman
Vice-Presidente:	Dr. Roque Penna
Secretaria:	Dra. Eva Blaho
Tesorero:	Dr. Roberto Díaz Campos
Vocal 1º:	Dra. María Isabel Messia
Vocal 2º:	Dra. Mónica Müller
Vocal Suplente:	Dr. Guillermo Mur
Asesor Honorífico:	Dr. David Milstein
Directora de Biblioteca:	Dra. Viviana Tachella
Director Consult. Externos:	Dr. Jorge A. Traverso
Contador Público:	Dr. Gustavo Lederbur
Secretaria Administrativa:	M. Alejandra Binimelis
Secretaria Socios:	Graciela Méndez

Escuela para Graduados de la AMHA

Director:	Dr. Juan Carlos Tsuji
Subdirector:	Dra. Silvia Mercado
Secretaria de Medicina:	Dra. Ruth Faingold
Secretario de Odontología:	Dr. Guillermo Mur
Secretario de Veterinaria:	Dra. Mónica Perinot
Prosecretario:	Dr. Adolfo Campanelli
Directora de Ateneos:	Dra. Mónica Müller
Profesores Titulares:	Profesores Adjuntos:
Dr. David Milstein	Dra. Ruth Faingold
Dr. Mario Draiman	Dra. María Isabel Messia
Dr. Angel O. Minotti	Dra. Viviana Tachella
Dr. Juan C. Pellegrino	Dr. Jorge A. Traverso
Dr. Eduardo A. Yahbes	Dra. Silvia Mercado
Dr. Roque Penna	Dr. Roberto Díaz Campos
Dr. Gustavo Pirra	Dra. Mónica Prunell
Dra. Eva Blaho	Dra. Mónica Müller
Dra. Mónica Moreno Galaud	Dr. Francisco Goldstein Herman
Dr. Juan C. Tsuji	Dr. Guillermo Luis Mur

Adscriptos a Cátedra:

Dr. Isaias Fiszson, Dra. Nilda Grzesko,
Dra. Silvia Aschkar, Dr. Gustavo Martello,
Dr. Lucas Yraola, Dra. Gabriela Ferschtut,
Dra. Helena Figari

Profesores Titulares de Veterinaria Homeopática:

Dr. Horacio De Medio, Dra. Mónica Perinot

Profesores Adjuntos de Veterinaria:

Dra. María Carolina Gonzalez Gómez,
Dr. Alberto Dupuis

Profesora Titular de Farmacia Homeopática:

Farm. Ana María Fernández

Profesores Extraordinarios:

Farm. Lucía Marchante

Profesor Consultos:

Dr. Julio Ambrós,

Docentes Libres:

Dra. Nora Taubin, Dr. Andrés Carmody,
Dra. Laura Svirnovsky, Dra. Liliana Szabo,
Dra. Susana Orioli, Dr. Adolfo Campanelli

Departamento de Patogenesis:

Director: Dr. Angel Oscar Minotti
Subdirectora: Dra. Mónica Moreno Galaud
Secretario: Dr. Roberto Diaz Campos

Profesor Titular de Odontología

Homeopática (a cargo):
Dr. Juan Carlos Tsuji

Profesor Adjunto de Odontología

Homeopática (a cargo):
Dr. Guillermo Luis Mur

Editorial

VACUNAS INOCENTES-PADRES CULPABLES

El día 6 de septiembre del corriente año se conoce el fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Pcia. de Buenos Aires, en relación a la negativa de los padres de un menor a realizar la vacunación de su hijo de acuerdo al plan establecido en el cronograma respectivo.

La Corte dispuso que se aplicara al bebé las dosis obligatorias del Plan Nacional de Vacunación, "en el plazo perentorio de dos días bajo apercibimiento de proceder a la vacunación compulsiva y sin perjuicio de usar la fuerza pública".

Hasta aquí el hecho judicial que seguramente será apelado ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Este fallo inédito no tuvo en cuenta la recomendación de un especialista en bioética que intervino en el expediente judicial por decisión del Tribunal de Familia de Mar del Plata, lugar donde se desarrollaron los hechos. Este profesional aconsejaba respetar el principio de autonomía de los padres, basándose en tres principios de la bioética: "el de autonomía de los padres, el de beneficio del niño y el de justicia por la sociedad". Explicitaba que se debía priorizar la decisión de los padres ante el riesgo aducido de efectos secundarios de las vacunas, ya que no corría peligro la vida del niño, ni existía ninguna emergencia.

Es decir se contraponía la patria potestad a una ley civil. En este caso particular los padres justificaban su actitud de no vacunación, no por negligencia sino por estar asistidos por la medicina ayurvédica en el cuidado de sus hijos.

Si bien la medicina homeopática no ha estado involucrada en este caso, considero que como médicos homeópatas debiéramos lograr un consenso más uniforme en cuanto a futuras controversias que seguramente se producirán, ya que cada vez son más las vacunas que se integran al cronograma obligatorio sin evaluar sus efectos secundarios, considerando a priori sus descontados beneficios.

Debiéramos proponer que en todo congreso nacional o internacional este sea un tema permanente de estudio y debate hasta lograr un consenso que permita fundamentar ante eventuales fallos judiciales u otras formas de presión, poder tomar posición institucional e internacional en defensa del médico o de los pacientes que sean coaccionados.

A continuación transcribo la Carta de Lectores que el Dr. Eduardo A. Yahbes enviara al diario La Nación con solicitud de publicación.

*Vacunas y Salud**Sr. Director*

"Con relación a la obligatoriedad de las vacunaciones, incluso por la fuerza pública, se hacen necesarias ciertas aclaraciones.

Las vacunas son un procedimiento médico que conlleva el riesgo de efectos adversos leves moderados y graves, entre los que se incluye la muerte. Si bien en nuestro país no existe un sistema establecido para registrarlos, en EE.UU. existe el denominado VAERS que los contabiliza, admitiendo que las denuncias solo presentan un 10% de la realidad.

Estos efectos adversos se han incrementado proporcionalmente, al incremento del número de vacunas administradas. El otro aspecto trascendente es el de la efectividad de las vacunas. La población en general entre los que quedan incluidos los médicos y los jueces, recibe la información de un pensamiento aparentemente único, de que las vacunaciones son la razón de la disminución de la morbimortalidad de las enfermedades infectocontagiosas. Pues bien se hace necesario hacer conocer que hay numerosos médicos e investigadores en todo el mundo que llegan a conclusiones totalmente contrarias, basadas en las propias estadísticas oficiales. De acuerdo a la Asociación Británica para el Avance de la Ciencia, las enfermedades infantiles decrecieron 90% entre 1850 y 1940, paralelamente a las mejores condiciones sanitarias, mucho antes de los programas de vacunación obligatoria. Las muertes por enfermedades infantiles en EE.UU. e Inglaterra declinaron 80% antes de la vacunación.

Finalmente es conveniente hacer mención del Derecho al Consentimiento Informado, frente a un acto médico con riesgos y de una efectividad por lo menos dudosa, que está avalado por los Artículos 42 y 43 de la Constitución Nacional y considerado en la nueva Ley 26529 que se refiere a los Derechos de los Pacientes y que debería ser respetado."

Dr. Eduardo Angel Yahbes.

Dr. Juan Carlos Pellegrino
Director

Sycotización Social

Dr. Mario Draiman

Profesor Titular de la AMHA

SUMMARY

The object of this presentation is to warn about the current social situation regarding the risks arising out of environmental, ecological and dietary changes and specially out of vaccines, which administration is massive, compulsory and indiscriminate with the consequent results of sycotization and syphilization of our societies; and further to explain how homeopathic doctors could and should act.

RESUMEN

Esta presentación tiene por objeto alertar sobre la situación social que transcurre en estos tiempos y donde los riesgos emergentes de los cambios ambientales, ecológicos, alimenticios y en especial por las vacunaciones, administradas de manera compulsiva, masiva e indiscriminada con sus consecuentes efectos de sycotización y syphilización de nuestras sociedades y de qué manera podemos y debemos actuar los médicos homeópatas.

Palabras claves

Sycosis	(Sycosis)
Syphilis	(Syphilis)
Daños vaccinales	(vaccinal damages)
Obsesividad	(Obsessivity)
Ostentación	(Ostentation)
Criminalidad	(Criminality)
Violencia	(Violence)

DESARROLLO

Esta cuestión expuesta en el temario de este Congreso refleja la aprensión que nos despierta la importancia creciente de cómo el desequilibrio en el miasma sycósico sumado al agravante progresivo de la participación del miasma syphilitico, en una conjunción syco syphilitica, va tomando predominancia en nuestras sociedades, muy manifiesta especialmente en los grandes conglomerados urbanos.

El predominio sycósico se retroalimenta por la interactuación de su núcleo básico: **perversión de los sentimientos, hipertrofia del Yo y la proliferación de la personalidad** en todo sentido, desde la **ambición desmedida** y nunca satisfecha

por las posesiones materiales en la presunta ilusión de seguridad que esto determina, **la sobrevaloración de sí mismo**, hasta la necesidad **de dominio, de poder y control** de su medio.

Los **factores de poder** favorecen el desequilibrio sycósico estimulando la competencia en los halagos, el consumo indiscriminado e innecesario, las posesiones materiales excedidas y sin finalidad, la codicia, la deshonestidad. Y todo con el tinte sycósico de la **OBSESIVIDAD** y la **OSTENTACION**.

Los sentimientos altruistas de solidaridad, de lealtad, de consideración y simpatía por el prójimo son desechados o sólo son patrimonio de los tontos. El interés supremo, egoísta, consiste en atender sus propias proclividades. El sacrificio personal por superarse está devaluado y lo que se procura son los logros fáciles.

Así funciona el sistema social: quienes le pertenecen deben aceptar las reglas de juego, quienes se resisten son discriminados o aislados, mientras los que directamente no pueden acceder son dejados en la marginación y la miseria sin ningún sentimiento culposo ni solidario.

El **desapego social** sycósico, se manifiesta por los débiles lazos de pertenencia y de empatía. La familia profundiza su crisis. Se revela la **constricción de los afectos** por la dificultad o aún imposibilidad de expresarse amor.

El miedo y la inseguridad no hacen más que hipertrofiar todos los mecanismos de autoprotección y posesión.

A nivel de las expresiones sexuales se acrecientan también las perversiones, como son los casos frecuentes de abusos, pedofilia y violación, de los cuales nos hemos acostumbrado a escuchar diariamente.

La culpa que enfrenta a la conciencia moral con el estigma sycósico, se intenta resolver con los mecanismos de proyección. **"La culpa es siempre del otro"**.

Este dinamismo sycósico se ve expuesto muy bien en el ámbito de la política. Es notorio cómo muchos de sus actores se expresan con el deseo de poder, la ambición desmedida, falta de rectitud moral, corrupción, falsedad, desconfianza, odio, envidia, egolatría, ostentación y una competitividad maquiavélica para triunfar o sobresalir por cualquier medio, aún a costa de denigrar o causar la destrucción del otro, aunada a la gran capacidad proyectiva de la que hacen gala por lo que nunca son responsables de nada.

Obviamente el "Cambalache" de Enrique Santos Discépolo ha quedado superado por la realidad.

Pero la gravedad del desvío, es que este también se impregna de un componente syphilítico importante. Y a la agresividad, a la violencia perversa, al maltrato psicológico y la manipulación, se agrega el canibalismo, la impiedad, la destrucción del prójimo, del medio, la depredación, la crueldad para apropiarse de la vida del otro y aún para la autoaniquilación.

Con los desastres ecológicos que vamos causando, nos vamos encaminando a un cataclismo de la humanidad. La falta completa de códigos; matar por matar; destruir por destruir; sin culpa, sin cargo de conciencia. O aferrándose cada vez más a la evasión ilusoria de las drogas y las pasiones descontroladas.

CAUSALIDAD

Nos corresponde, entonces, desentrañar cuáles pueden ser los principales factores que inciden en el incremento de los comportamientos syco-syphilíticos de nuestras sociedades contemporáneas.

Desde **Hahnemann, Kent, Allen** se relacionó a los miasmas sycósicos y syphilíticos

con el padecimiento de las enfermedades blenorragia y sífilis respectivamente, suprimidas, aunque para Kent, Allen y Ghatak debe existir un condicionante mental anterior: el pensamiento perverso, precursor necesario para luego ejecutar la acción impura que lleva al contagio. No puede existir acción sin pensamiento previo.

Para **Paschero** es el miedo original, la angustia primaria lo que acicatea en el ser humano el desarrollo del **instinto de seguridad**, asentado en el **afán de propiedad y poderío**, que constituyen su mejor salvaguarda, por lo que despliega en el mismo sentido, una actitud defensiva y agresiva para sobreponerse a toda frustración.

Masi Elizalde ubica estas manifestaciones miasmáticas en la **psora terciaria**, nivel miasmático en que el individuo intenta dominar, destruir o aislarse del presunto enemigo que causa su sufrimiento, situaciones que denomina **egotrofia, alterlisis y egolisis** respectivamente.

Casale hace hincapié como factores sycotizantes las **supresiones reiteradas** (cada vez más frecuentes y efectivas en nuestra medicina oficial), las **vacunas**, la inoculación de **proteínas heterólogas**, los **rayos X**, la **colibacilosis**, las **quemaduras por el sol**, y el **shock emocional** repentino o intenso.

Pero en mi opinión, en consonancia con muchos prestigiosos médicos e investigadores, el factor de mayor riesgo actual es la **vacunación compulsiva, masiva e indiscriminada** a la que está siendo sometida la población del mundo, so pretexto de la eliminación de ciertas enfermedades infecciosas, sin percibir que se está creando así un monstruo mayor. Cada vez son más las vacunaciones que integran los calendarios oficiales y cada vez mayores las sustancias tóxicas, virales y heterólogas que reciben nuestros niños con estas inoculaciones.

Desde el descubrimiento por **Edward Jenner** en 1776 de la vacunación antivariólica y su aplicación masiva a comienzos del 1800, fue reconocida en sus efectos sycotizantes por los homeópatas de todas las épocas.

La CDC (Center of Disease Control and Prevention) de USA reconoce la cantidad de sustancias y virus contaminantes que se inyectan en las vacunas.

- **Hidróxido de Aluminio, Sulfato de Aluminio, Formaldehído, Formalín, Fenoxietanol, Polisorbato 20 y 80, Sucrosa, Thimerosal...**

- **Antibióticos: Anfotericina B; Polimixina B...**

- **Tejidos animales: Caballo, cerdo, conejo, perro, pato, ternero, huevo, etc. Células diploides humanas. Células de mono (Vero cells); de pollo (Avian cells). Suero bovino (usado en MMR), el cual está contaminado con los siguientes virus: Virus de la diarrea bovina; Virus de leucemia; Virus inmunosupresor; Herpes virus 4 y 8; Polyoma virus; Micoplasma; SCMV, citomegalovirus del simio (polio)**

- Y los **adyuvantes** como el **glutamato monosódico (GMS)**, de acción potencialmente neurotóxica y **escualeno**, al que se responsabiliza por el **"síndrome de la guerra del Golfo"** que enfermó a más de 180.000 soldados (se les dio con la vacuna contra el ántrax) y que está presente en las vacunas antigripales. (*causó artritis, fibromialgias, linfadenomegalias, dermatitis, migrañas, por producción autoanticuerpos antiescualeno). También se le adjudica la posibilidad de daños fetales y de disminuir la capacidad reproductiva.

Harris L. Coulter, investigador de la Universidad de Columbia, afirma en una publicación aparecida en el Journal of LMHI, verano 1994 con el título: **"Vacunación y Sociopatía"** *"Ciertos defectos neurológicos*

son debidos frecuentemente a una *encefalitis subclínica causada por vacunaciones*. *Especialistas en crimen y violencia han observado desde hace algunos años la conexión entre sociopatía, **criminalidad y violencia** con daños neurológicos, como así mismo la aparición de enfermedades graves como autismo, epilepsia, retardo mental, trastornos de aprendizaje y diversos trastornos de conducta. Todos éstos son atribuidos a una encefalitis subclínica padecida en la primera infancia y debida en su mayoría a la vacunación compulsiva contra las enfermedades infantiles...*"

El Dr. **Tinus Smits**, médico homeópata holandés, recientemente fallecido, relaciona sin dudar ciertas enfermedades crónico-degenerativas con las vacunaciones (**epilepsia, asma, leucemia, artritis reumática, autismo, trastornos de conducta, déficit atencional, ADHD, diabetes tipo1**) y afirma resultados sorprendentes con los nosodes vacunales.

La Dra. **Rebecca Carley**, especialista americana en enfermedades inducidas por vacunas, afirma que a través de éstas se está convocando al mayor genocidio de la humanidad. La causa es la **perversión del sistema inmunológico** estimulado en sus linfocitos B por los antígenos inyectados parenteralmente (sin que éstos sean previamente modulados por la IgA de las mucosas de las vías aéreas superiores, como ocurre en las enfermedades naturales y que es un proceso indispensable para una respuesta inmunológica correcta) más la mutación y readaptación de los virus inoculados que no son eliminados del organismo, más las sustancias contaminantes de los cultivos que no pueden ser filtrados completamente y pueden contener mielina de los embriones de pollo, gonadotrofinas coriónicas, proteínas heterólogas, otros virus, etc, más antisépticos como el thimerosal, etc. y que luego son

responsables del desarrollo de **enfermedades autoinmunes, desmielinizantes, autismo, diabetes infantil, colitis ulcerosa, cáncer, infertilidad y de muchas otras**, además de **conductas perversas y criminales**, por sus lesiones cerebrales. Estas secuelas vacunales, que pueden ocurrir hasta luego de un tiempo de semanas y meses, nunca son relacionadas con éstas.

El Dr. **Andrew Moulden**, destacado neuropsiquiatra canadiense, afirma que lo daños vacunales son debidos a isquemias por obstrucción de pequeños capilares en los órganos y tejidos. Refiere que *"pueden provocar mini accidentes vasculares cerebrales, que al principio no se notan pero sí a mediano o largo plazo, causando serias patologías"* *"Creo que todos hemos sido afectado por las vacunas y que todas ellas han contribuido y contribuyen a las comportamientos sociopáticos, al aumento abrumador del autismo, trastornos del aprendizaje, déficit de atención, muerte súbita del lactante, demencia, Guillain Barré, convulsiones, algunos tipos de cáncer..."*

CONCLUSIONES

Estamos transcurriendo una etapa complicada para la humanidad y su futuro. Obviamente los factores syco-syphilizantes son numerosos y no ya sólo por la blenorragia y la sífilis como enfermedades condicionantes de estos miasmas, sino por los efectos atribuibles a los cambios ecológicos, los factores ambientales contaminantes, el uso indiscriminado de agroquímicos en nuestra alimentación, la manipulación genética, y el gran monstruo de las vacunas como arma de control mundial y en manos de los grandes factores de poder como la Big Pharma, encaramados en lo más alto de la concentración

económica, produciendo cada vez nuevas vacunas e imponiéndolas en orden vertical a los gobiernos y las entidades médicas, y en la que los médicos actuamos dócilmente y funcionalmente a las pautas que nos imponen desde arriba.

Tampoco debemos descartar el contagio miasmático dinámico entre los integrantes sociales, posibilidad sobre la que alertaba Allen.

¿Qué podemos hacer nosotros con nuestra Homeopatía?. Tal vez no sea suficiente, pero tampoco es poco. Por de pronto estamos esclarecidos sobre este gran problema que se cierne sobre el futuro de la humanidad, conocemos la verdad y podemos actuar, aconsejar, divulgar... Y también y sobre todo, quienes ejercemos esta medicina sabemos que podemos actuar sobre la energía vital de los pacientes en el sentido de su reequilibrio miasmático, reorientándolos a la curación, que es, como pregonaba el Dr. Paschero, lograr la evolución del egoísmo infantil al altruismo adulto para así poder alcanzar los altos fines de la existencia.

Dice Delamar Duvaris: *"Una verdad básica puede ser empleada como la base para una montaña de mentiras, y si escarbamos bien en la base de mentiras, y rescatamos la verdad para ponerla encima de la montaña, toda la montaña entera de mentiras se vendrá abajo por el peso de la verdad. No hay nada más devastador para una estructura de mentiras que la revelación de la verdad, porque las ondas expansivas de la revelación reverberan durante generaciones, despertando incluso a quienes no tenían ningún deseo de ser despertados a la verdad"*.

BIBLIOGRAFIA

ALLEN, J. Henry; "Los Miasmas Crónicos, Psora y Pseudopsora; B.Aires, 1983.

AMHA; "Tratado de Doctrina Homeopática"; B.Aires, 1994.

CASALE, Jorge A.; "Los Miasmas Crónicos"; B.Aires, 1995.

CARLEY, Rebecca; "Inoculations are the true weapons of mass destruction"; www.drcarley.com, 2009

COULTER, Harris; "A shot in the dark" New York, 1991

COULTER, Harris; "Vaccination, social violence and criminality" North Atlantic Books, 1990

DRAIMAN, Mario; "Asignatura Homeopática, B. Aires, 2008

EIZAYAGA, Francisco X.; "Tratado de Medicina Homeopática"; B.Aires, 1972.

GHATAK, N.; "Enfermedades Crónicas, su causa y curación"; B.Aires, 1983.

HAHNEMANN, Samuel; "Las Enfermedades Crónicas, su naturaleza peculiar y su curación homeopática"; EMHA, traducción Dra. C.Viqueira; B.Aires, 1999.

HAHNEMANN, Samuel; "Organon de la Medicina"; Hochstetter; S.de Chile, 1980.

Instituto de Altos Estudios Homeopáticos "J.T.Kent" "Acta No.8", mayo 1994. B. Aires.

KENT, James T.; "Filosofía Homeopática", B.Aires, 1990.

MOULDEN, Andrew; "Vaccines cause microvascular strokes"; http://scienceblogs.com, oct.2008

MULLER, Mónica; "Sociedad y Sycosis", Revista Homeopatía; No.4, 2000

PASCHERO, Tomás P.; "Homeopatía"; B.Aires, 1988.

SANCHEZ ORTEGA, Proceso; "Los Miasmas o Enfermedad Crónica de Hahnemann", B.Aires, 1983.

Reflexiones sobre la Ley de Kent, agregada a las Leyes de Curación de Hering

Dr. Juan Carlos Pellegrino

Profesor Titular AMHA

SUMMARY

This work is a reflection on Kent's law within the frame of a single homeopathic disease. The inductive method defines homeopathic medicine as phenomonic regarding its doctrine conceptualization.

The concept of nosological disease is evaluated within the frame of homeopathic medicine and its importance as evidence of the law regarding healing the human being beyond curing the name of the nosological condition.

RESUMEN

Se reflexiona sobre la ley de Kent encuadrada en el concepto de enfermedad única homeopática. El método inductivo define a la medicina homeopática como fenomónica en lo que hace a su conceptualización doctrinaria.

Se evalúa el concepto de enfermedad nosológica en el encuadre médico homeopático y su importancia en la evidencia de la ley en cuanto a lo relativo de la curación del hombre, mas allá de la curación del nombre de la afección nosológica.

Las tres leyes de curación de Hering tienen una cuarta observación que llamamos ley de Kent.

Este es un agregado a las tres que la anteceden y que las complementa en un armónico conjunto. Esta última ha sido muchas veces cuestionada, en base a que se dice que no siempre es fácilmente observable en la evolución clínica homeopática.

Tratando de comprender si esto ha sido una dificultad de observación o si tiene otras connotaciones, hago la siguiente reflexión.

El enunciado de Kent dice: "Las enfermedades van desapareciendo en el orden inverso a como fueron sucediendo, a medida que desaparecen los últimos síntomas, van reapareciendo síntomas de antiguas enfermedades."

En medicina homeopática sostenemos como concepto fundamental el de enfermedad única, considerando a ésta como el desequilibrio miasmático de la fuerza vital, que se expresa a partir del fenómeno de los síntomas. Decimos que la medicina homeopática es fenomónica y por lo tanto su método de estudio es el inductivo.

La fuerza vital está expresada como la energía inmaterial, activa por sí misma y

presente en todas las partes del organismo, que en su equilibrio permite al ser mantenerse vivo y sano para alcanzar los altos fines de su existencia.

A partir de aquí podemos inferir que hay una esencia que llamamos fuerza vital que permite mantener una existencia como experiencia de vida.

La enfermedad es el fenómeno, es decir lo manifiesto del desequilibrio vital, que se expresa en síntomas peculiares que nos van a permitir identificar el medicamento que por similitud, re-equilibre la desarmonía perdida e inicie el proceso curativo.

La desaparición de la totalidad del fenómeno sintomático nos permite inferir la curación de la esencia, ya que la medicina homeopática tiene su propio encuadre y metodología.

Fenomenología etimológicamente es: "lo que se evidencia como una experiencia de la conciencia". En nuestro caso son los rasgos esenciales que aparecen a la conciencia.

La razón descubre en el fenómeno la posibilidad de revelar la esencia constante e invariable.

No hay conciencia sin sujeto, la razón se apropia de la conciencia, la subjetividad permite percibir la esencia a partir del fenómeno consciente. Al decir de Bachelard: "Poder pasar adecuadamente por el trayecto que va desde la percepción considerada exacta hasta la abstracción felizmente inspirada en las objeciones de la razón". Esto es necesario para evitar especulaciones personales lideradas solo por la intuición.

Eco dice: "El hombre no renuncia a las exigencias de la razón, hace un balance entre ésta y la intuición, una preserva a la otra de sus abusos y tentaciones y la una enriquece a la otra con sus adquisiciones."

El pensar homeopáticamente confiere una conducta mental, que en muchas sociedades médicas ocupa un lugar marginal y casi sub-

terráneo, a pesar del rigor, realismo y coherencia de este pensamiento.

El hecho de sostener como principio la semejanza ya establece una ruptura epistemológica, en relación a conceptos de igualdad.

La lógica del pensamiento homeopático por lo que toca a su forma de razonamiento, es distinta en cuanto a conceptos de salud y enfermedad.

Este razonamiento introduce un orden en la naturaleza que tiene en cuenta lo sensible y lo analógico en el análisis de las cualidades, como búsqueda de un sistema global.

Con simpleza diríamos que el médico homeópata relaciona: esto se parece a aquello o esto no se parece a aquello. Esto hace que algunos detractores disfracen su prejuicio intentando introducir la antinomia que sostiene que el pensamiento homeopático es irracional, global y cualitativo, en oposición al de las ciencias duras que sería exacto, conceptual y cuantitativo.

El pensamiento sensible parte de la observación minuciosa de las cosas y clasifica todas las cualidades que le parecen pertinentes, e integra esas categorías concretas en un sistema de relaciones. Esto puede resumirse en tres etapas: observar, distinguir y relacionar.

Toda medicina que tenga como objeto la sanación integral del ser deberá contemplar la singular alquimia entre el conocimiento y el arte de curar.

El arte de curar no puede desconocer afectividad, sensibilidad, mito, metáfora, simbolismo, y todo lo inherente a la formación de subjetividad de la condición humana.

Cuando damos el mayor valor jerárquico a un síntoma por considerarlo instintivo, es porque éste subjetivamente, pertenece a las convicciones básicas, a la necesidad de la certeza inmediata, a la íntima creencia más

alta de la razón aparente. El medicamento bien indicado, devenido en remedio, desata la irracionalidad miasmática que impide el logro de los altos fines de la existencia.

Cuando el médico homeópata se asume como tal, implica que adhiere a una visión determinada de la medicina, que acepta los principios en los cuales la homeopatía se basa, se siente partícipe de la cultura e historia de la medicina homeopática y ya sea su crítica o propuesta de cambio debe propender al avance del conocimiento médico homeopático.

No en vano Hahnemann en 1810, cuando publica su *Organón* lo llama: "Del Arte de Curar"; este enunciado conlleva la participación del sujeto, la historia y el sentido de la curación. La historia clínica homeopática es el instrumento para el logro de un diagnóstico con fines terapéuticos, lograr en fin lo enunciado en el parágrafo 1 del *Organón*: "La única y suprema misión del médico es restablecer la salud, es decir curar."

¿Qué es la enfermedad nosológica?

Marañón decía que era un artificio pedagógico. En uno de los tantos diccionarios médicos encuentro la siguiente definición: "Es la ciencia que formando parte del cuerpo de conocimientos de la medicina tiene por objeto describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo éstos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos." Esta metodología surge en el siglo XVIII, con la clasificación de especies animales y vegetales y se generalizó en el siglo XIX.

Esta pretendida objetividad, al darle nombre a las cosas hegemoniza el conocimiento y tranquiliza el intelecto. El nombre sirve para normatizar y uniformar el tratamiento. El tratamiento del nombre ha hecho olvidar al hombre y lo ha sectorizado en un sinnúmero de especialidades.

¿Cómo sirve todo esto en el diagnóstico homeopático?

Son paradigmas médicos diferentes: el diagnóstico homeopático por el hecho de basarse en la ley de la semejanza, utiliza un pensamiento analógico, entendiendo éste como correspondencia casi con sentido metafórico, ya que agrupa síntomas peculiares y busca semejanzas en medicamentos singularmente estudiados.

Pensar en analogías, es hallar evidencias donde las mentes racionalistas no encuentran ninguna. Este corte epistemológico en relación a lo establecido en el modelo médico hegemónico es lo diferente, ya que para pensar analógicamente hay que sostener el método inductivo de comprobación, aún a riesgo de ser considerados herméticos y poco científicos.

En el universo todo elemento actúa por acción recíproca sobre todo otro elemento, es decir que lo semejante puede actuar sobre lo semejante.

Si las leyes son generales, quien decida identificar similitudes las puede encontrar en todas partes, ya que lo que está arriba es comparable con lo que está abajo y lo que está abajo es comparable con lo que está arriba.

Inferir por analogía es razonar comparando cosas, hechos o individuos, comparando sus semejanzas. Si dos o más cosas, hechos o individuos son parecidos en diversos aspectos, se concluye que probablemente lo son también en algún nuevo aspecto no conocido. Por ejemplo:

Un paciente al igual que su padre, su abuelo paterno y dos tíos suyos, sufre de presión arterial elevada, a pesar de esto hace una dieta rica en grasas, fuma mucho y es sedentario. Estos familiares fallecieron de infarto de miocardio. Podemos suponer con gran probabilidad que a este paciente le sucederá lo mismo.

Este razonamiento que es inductivo, de sentido común, analógico y fenoménico, lo hace el médico de cualquier escuela, ya que la medicina podrá tener aproximación científica en algún aspecto y todas las medicinas lo tienen, pero el médico en función del paciente no hace ciencia, hace asistencia y debiera recordar, especialmente el médico homeópata preocupado de si su práctica es científica y de cómo hacer para demostrarlo, que no está haciendo ciencia, sino asistiendo con todo el conocimiento y la experiencia del arte médico, de una maestría con doscientos años de trayectoria. Los afectos, las emociones, las percepciones no son pasibles de ser analizadas científicamente, pero cuando uno hace y todos los maestros hacen con uno, sus voces nos resuenan, sus guías nos aventan las dudas.

El método hipotético-deductivo de las ciencias duras se puede aplicar en la medicina molecular, que en su afán de sacralizarse científicamente ha ido perdiendo cada vez más el arte médico en su aproximación y comprensión del fenómeno clínico, colocando al médico detrás del aparato con su consiguiente desnaturalización.

Mi intención es autovalidarnos en la tarea homeopática en base a razonamientos claros y sencillos, sin pretender convencer a nadie que piense diferente, pero sostener firmemente que nunca seremos una especialidad alternativa o complementaria.

Volviendo al diagnóstico nosológico y su lugar en la clínica médica homeopática, debiéramos pensar que siempre se ha dicho que éste debe conocerse a los fines de saber qué se está tratando y al pronóstico.

Estadísticamente se hace diagnóstico clínico de certeza en no más del 40 por ciento de las consultas generales; el resto son diagnosticadas como aproximaciones sindrómicas o generalizaciones funcionales, la mayor parte de las veces de tratamiento sintomático y generalmente supresivo.

Es cierto que el médico debe saber cuando existe el diagnóstico clínico para evaluar su evolución y o remisión con todos los elementos que conoce.

En cuanto al pronóstico debemos ubicarlo en su justo lugar, ya que a veces logramos curaciones que estaban fuera del pronóstico consensuado y que seguramente serán evaluadas como raras curaciones espontáneas o remisiones transitorias como excepción a la regla.

Cuando Kent hace la cuarta observación habla de las enfermedades, es decir de las enfermedades nosológicas y que éstas: "Deberán desaparecer en el orden inverso a como fueron sucediendo". La enuncia como ley; esto a veces ha sido cuestionado con el argumento de que no siempre se observa, y que de ser ley debiera manifestarse siempre en el proceso curativo. Hemos visto que no siempre se hace diagnóstico nosológico, lo cual no es obstáculo para que sean suprimidos los síntomas aún cuando no constituyan una entidad nosológica. Por consecuencia en la curación no siempre se observará la reaparición de entidades nosológicas suprimidas, que a veces estarán como tales y otras muchas no, ya que como vimos el diagnóstico clínico no siempre es posible. La ley está en cuanto a la dinámica de curación del hombre, no siempre en cuanto al nombre.

Kent, en Homeopatía, Escritos Menores y Aforismos, en el enunciado: "Qué haremos cuando falle la ley" no deja dudas en cuanto a que el enunciado se aplica a las manifestaciones nosológicas y que aún cuando éstas no se presenten como entidades, la ley se observa igual en relación al sentido de la curación.

Para finalizar diré que siempre hemos hecho medicina homeopática de la evidencia, pero entendiendo por ésta la que surge

de los conceptos de salud y enfermedad que nuestros principios sostiene y que nuestra doctrina confirma.

BIBLIOGRAFÍA

Hahnemann S.C. F.- Organón de la Medicina.

Kent J. T.-Homeopatía Escritos menores y Aforismos.

Diccionario de Filosofía -Ed. Herder.

Eco H. Tratado de Semiótica General.

Bachelard G. Epistemología-Formación del Espíritu Científico.

FARMACIA HOMEOPATICA RIVADAVIA

D.T. Farm. Ana María Brane - M.P. 1727



- Preparación especial de Recetas Homeopáticas.
 - Nosodes - Autonosodes.
 - Tinturas Madres.
- Remedios Florales (Bach - California - Bush)
 - Botiquines Profesionales y Familiares.
 - Oligoelementos.
 - Organoterapia - Lisadoterapia.
 - Cosmética Natural Artesanal.
- Preparación de Recetas Magistrales.
 - Orientación nutricional.

ENVIOS A DOMICILIO Y AL INTERIOR

Rivadavia 247 • Córdoba
Tel./Fax: (0351) 4237122 (Líneas Rotativas)
e-mail: homeorivadavia@arnet.com.ar

Homeopatía Científica

Dr. Eduardo Ángel Yahbes

Profesor Titular AMHA

Dra. Ruth Faingold

Profesora Adjunta AMHA

Dr. Guillermo Mur

Profesor Adjunto AMHA

Dr. Gustavo Martello

Docente Adscripto AMHA

SUMMARY

In this work the different scientific levels covered by homeopathy regarding the ontological view of the human being described by Ken Wilber in his model are analyzed.

It is herein mentioned the importance of computerizing clinical histories to facilitate communication among medical colleges and the optimization of clinical histories documentation according to the legal framework prevailing nowadays.

A clinical history from Dr. Eduardo Yahbes' computer program is presented herein as illustrative example.

RESUMEN

En el siguiente trabajo se analizan los niveles científicos que alcanza la homeopatía en relación a la mirada ontológica del ser que describe Ken Wilber en su esquema.

Se hace mención a la importancia de la informatización de las historias clínicas homeopáticas para facilitar la comunicación entre colegas médicos y la optimización de la confección de la historia clínica de acuerdo al marco legal imperante en nuestros tiempos.

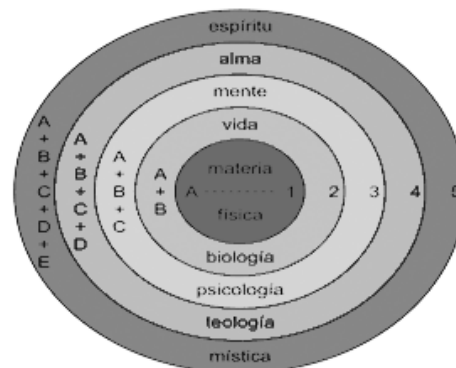
Se presenta una historia clínica desde el programa informatizado del Dr. Eduardo Yahbes a modo de ejemplo didáctico.

INTRODUCCIÓN

Con relación a lo científico se hace necesario hacer una distinción entre lo que son los campos de la "realidad" y el método científico.

ONTOLOGÍA DEL SER

KEN WILBER



Como vemos cada uno de los **campos** es considerado por diversas disciplinas.

En nuestro quehacer homeopático abarcamos de manera directa los tres primeros niveles e indirectamente el cuarto. En cada

nivel se cumplen las leyes de los niveles anteriores y se agregan los propios.

El otro aspecto es la **cientificidad** que sólo significa que los hechos investigados deben ser experiencialmente verificables.

Particularmente contamos con las PATOGENESIAS y con la CLÍNICA HOMEOPÁTICA.

Vamos a exponer nuevamente nuestro interés en que se cumpla con el mayor rigor científico este último aspecto, siguiendo los parámetros de la medicina homeopática. Para ello presentaremos un ejemplo de una historia clínica homeopática informatizada que puede ser evaluada como evidencia y permitir la concreción de un banco de historias que avalen nuestro quehacer por dos motivos.

El primero de ellos es que nos lo debemos a nosotros mismos y el segundo es para demostrar a quienes nos critican, las evidencias adecuadas y en el idioma apropiado para podernos comunicar entre pares de una actividad en común que es ni más ni menos que nuestra profesión médica.

Es necesario recordar que actualmente está en vigencia la nueva ley sobre Derechos de los Pacientes, la 26592, que incluye la posibilidad de registros informatizados que aseguren su inviolabilidad y perdurabilidad de las historias clínicas.

La ley antes mencionada consta de varios capítulos, donde se hace hincapié en los derechos del paciente en relación a las instituciones y profesionales de la salud; en el capítulo IV el texto se pronuncia en relación a la Historia Clínica como un documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda la actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

El artículo 13 del capítulo XII de dicha ley menciona especialmente la validez de la historia clínica informatizada; avalando que su contenido puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que auguren la preservación de la misma. A tal fin debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de

identificación para el ingreso a las historias y de este modo sólo podrán acceder a las mismas los profesionales tratantes del paciente, que serán los responsables de cualquier modificación que se realice dentro de las mismas.

La intención es la de preservar la integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad como así también la recuperabilidad de los datos contenidos en las mismas en tiempo y forma.

La reglamentación también establece que la documentación respaldatoria de lo detallado en la historia deberá conservarse y solicita la designación de responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma como un bien inviolable.

En el artículo 14 del mismo capítulo habla sobre la titularidad y derecho del paciente a requerir una copia de su historia clínica autenticada por autoridad competente de la institución asistencial.

Respecto al tema de nuestro interés concluimos en que la historia clínica homeopática es completa en si misma si se la realiza usando los criterios básicos con los que nos hemos formado como médicos homeópatas respetando los diagnósticos de la toma del caso.

Creemos que las nuevas metodologías avanzan y nuestra especialidad está en condiciones de estar acorde a las reglamentaciones vigentes y tal vez a la vanguardia del nuevo paradigma de totalidad que está apenas asomando en la alopátia y para nosotros ya es un viejo y directriz parámetro de nuestro trabajo.

Modelo de historia clínica informatizada será proyectado en la presentación directamente desde el programa informatizado para su análisis.

CONCLUSIONES

1-Nuestro quehacer homeopático, nos permite abarcar en la toma del caso el campo físico, biológico y psicológico del

consultante, tal como lo detalla el esquema de Wilber.

2-Reflejar estos niveles de investigación médica en un sistema informático fiable y comunicativo nos ayudará a los médicos homeópatas a compartir casos con mayor facilidad y avanzar más en nuestro aprendizaje a través de una casuística clara y la generación de un banco de historias clínicas.

3- La informatización de las historias clínicas nos resultará útil para compartir la evolución de nuestros casos y sus evoluciones con otros colegas que desconocen esta metodología de trabajo.

3-Opinamos que los niveles de comunicación entre colegas redundarán en beneficio para el paciente, y también de la homeopatía. Ya que podrá ser reconocida como una medicina de avanzada y desacreditar a quienes permanentemente la atacan como una medicina placebo e ineficaz.

4-Las historias clínicas de acuerdo a la ley antes mencionada son un documento compartido por el médico tratante o la institución tratante y el paciente, razón por la cual es conveniente que este documento sea claro, detallado y concreto y fidedigno en cuanto a tratamientos indicados y los resultados obtenidos por dichas prácticas.

5-La historia clínica informatizada, detallada y documentada facilitará las exigencias legales de ser entregada en mano al paciente en forma inmediata. Tal como la ley lo

indica; además nos permitirá evaluar en forma rápida la eficacia (acción) y la efectividad (grado de acción) del tratamiento homeopático, ya sea de manera general o individual, a través del meta análisis de cada historia.

BIBLIOGRAFÍA

1-Ley 26.529 (Página Web: www.librevacunacion.org).

2-Historias clínicas de la Cátedra de Pediatría de la AMHA. (Titular Dr. Eduardo Ángel Yahbes).

3- Programa informatizado de Historias Clínicas (Dr. Eduardo Ángel Yahbes y Guillermo Mur).

4- Definiciones del Tratado de Doctrina Médica Homeopática de la AMHA

5- Reacciones terapéuticas basadas en las descriptas en Filosofía Homeopática de James T. Kent

6- Aproximación al método de la Homeopatía Pura, Candegabe, Marcelo

7- Asesoramiento de la Dra. Claudia Ling, de la Academia Nacional de Medicina (Epidemiología)

8- Organon de la Medicina, Samuel Hahnemann

9- Enfermedades Crónicas. Samuel Hahnemann

Farmacia Pasteur



Homeopatia - Herborización - Formulas Magistrales

Flores de Bach y California - Formulas Magistrales

Envios a domicilio / Tel/Fax: (0291) 4528214 / 4527002

Alsina 10 (8000) Bahía Blanca de Buenos Aires

E-mail: farmaciapasteurblanca@yahoo.com.ar

Trastornos de la Conducta Alimentaria: Enfoque Homeopático

Dr. Juan Carlos TSUJI

Profesor Titular de AMHA

Dr. Guillermo MUR

Profesor Adjunto de AMHA

Dr. Francisco GOLDSTEIN HERMAN

Profesor Adjunto de AMHA

SUMMARY

In this paper we develop eating behavior disorders, defining the concept of Anorexia Nervosa and Bulimia as the parameters of the DSM IV, correlating psychiatric and somatic symptoms with the corresponding repertory rubrics.

The work is based on headings of Anorexia Nervosa and Bulimia of the Homeopathic Medical Repertory by Robin Murphy and the Minimum Materia Medica as an introduction to these complex treatment of eating behavior disorders that arise very often in the practice.

RESUMEN

En este trabajo se desarrollan los Trastornos de la conducta alimentaria, definiéndose el concepto de Anorexia Nerviosa y Bulimia según los parámetros del DSM IV, correlacionando los síntomas psiquiátricos y somáticos con las rúbricas repertoriales correspondientes.

El trabajo se basa en las rúbricas de Anorexia Nerviosa y Bulimia del Homeopathic Medical Repertory de Robin Murphy y una Materia Médica Mínima como introducción al complejo tratamiento de estos trastornos alimentarios que tan frecuentemente surgen en la atención de los pacientes en el consultorio.

ANOREXIA NERVIOSA

Es un trastorno alimentario que se asienta en la negación a mantener un peso corporal apropiado, temor irracional de la obesidad y distorsión de su imagen corporal. La fórmula para conseguir la disminución de peso consiste en la restricción alimentaria, los ejercicios físicos desmesurados y el abuso de purgantes o la provocación del vómito.

La proporción estadística clásica señala que el 90% de los pacientes con Anorexia Nerviosa corresponde a mujeres adolescentes entre 14 y 18 años. La prevalencia es de 1 al 3% de las adolescentes y mujeres jóvenes. La distribución de acuerdo al sexo es de 10 a 1 con

mayoría de las mujeres. El grupo de riesgo incluye a las mujeres jóvenes, antecedentes de obesidad o sobrepeso, historia familiar de anorexia, bulimia, adicciones, trastorno límite de la personalidad, depresión o trastornos obsesivos. Si a lo anterior sumamos ciertos rasgos de carácter como tendencia al perfeccionismo, falta de confianza en sí misma, muy baja autoestima, timidez, exageradamente responsable para su edad, el cuadro de Anorexia Nerviosa está desarrollado.

Según la definición del DSM-IV se considera Anorexia Nerviosa cuando se cumplen las siguientes condiciones:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso, a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Es muy frecuente detectar la presencia de algún hecho biopatográfico como punto de partida del deseo de adelgazar, tanto una decepción amorosa, como un fallo en los estudios, haber sido criticada sobre su figura o peso o alguna situación conflictiva familiar pueden desencadenar esta determinación de disminuir patológicamente de peso.

De esta decisión corresponde el interés obsesivo por todo aquello vinculado a la alimentación, se convierten en aplicados estudiosos del tema: la comida se convierte en el objeto de mayor interés, muy familiarizadas con los valores calóricos de cada alimento, la forma adecuada de cocinarlos y preparan comidas para los demás.

Es muy habitual que durante la comida, las pacientes hagan una selección obsesiva de los alimentos, despedazando y trozándolos en formas diminutas, los dividen por colores y texturas y si pueden, dejan una gran cantidad de comida en el plato, además se sirven porciones diminutas, la ingesta siempre es muy magra. Los pacientes anoréxicos tratan de evitar comer en público y por lo general, se sienten culpables de haber comido.

Su rendimiento académico es sobresaliente, la necesidad de competir (especialmente consigo mismo) está muy desarrollada.

La paciente anoréxica se somete a pruebas físicas extremas como una forma de combatir su supuesto "sobrepeso". De la misma manera apela a diuréticos, laxantes o provocarse el vómito.

La disminución de la ingesta genera debilidad general, apatía, sensación de frialdad constante en manos y pies (hipotermia),

amenorrea en las mujeres, dolores abdominales, constipación, anemia, hipercoeremina, uñas frágiles, caída de cabello, piel seca y lanugo en mejillas, cuello, antebrazo, muslo y espalda.

Presenta atrofia muscular, disminución del tejido adiposo, caries dentales, bradicardia, hipotensión arterial, arritmias.

A nivel psicológico padece de muy baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, ansiedad, gran tendencia al aislamiento, humor variable, tristeza profunda, exagerado tesón por el estudio y/o por el trabajo, insomnio. En cuanto a su apariencia, presenta cambios en la forma de vestir, intentando vanamente encubrir partes de su cuerpo.

Otto Kernberg señala que la mayoría de los pacientes con severos trastornos de la alimentación, tienen una importante patología subyacente, "el tipo y severidad de trastorno de personalidad es el factor pronóstico más importante para todos los tipos de tratamiento que se ha intentado en pacientes con severos trastornos de la alimentación."

Distintas estadísticas en general, concuerdan en que aproximadamente el 40% de personas con anorexia se curan totalmente, cerca del 10% fallecen por inanición, suicidio o problemas cardio-respiratorios y el resto evolucionan hacia la cronicidad.

La anorexia nerviosa requiere de un equipo terapéutico para su adecuado tratamiento. Éste debe comprender terapia individual, terapia de familia, rehabilitación nutricional y controles clínicos.

La terapéutica homeopática mejora notablemente las condiciones de vida del paciente anoréxico. En general, el paciente con trastornos alimentarios tiene mejor aceptación de la homeopatía respecto de los tratamientos convencionales.

La duración del tratamiento del paciente anoréxico es variable, en general varía de 2

a 4 años, pero como en la mayoría de los casos se asocian otros problemas psiquiátricos como trastorno límite de personalidad, depresión, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, el tratamiento puede ser prolongado.

El diagnóstico y tratamiento precoces siempre mejoran el pronóstico.

En el cuadro siguiente, extraído del repertorio de Robin Murphy, figura Anorexia Nerviosa en general, en niños y rehúsa comer. Sugiero en este caso sumar las rúbricas.

ANOREXIA Nerviosa: **ARS.**, calc., **carc.**, caust.,
CHIN., hyos., **ign.**, lach., levo., merc., nat-m., perh., phos., puls., rhus-t., **staph.**, **SULPH.**, tarent., verat.
 niños, en: **ARS.**, calc., **carc.**, **CHIN.**, **ign.**, lach., levo., merc., **nat-m.**, perh., puls., rhus-t., staph., **SULPH.**, tarent., verat.
 rehúsa comer: ars., bell., caust., cocc., croc., grat., **HYOS.**, **ign.**, **KALI-CHL.**, kali-p., op., **PH-AC.**, **phyt.**, plat., puls., sep., **TARENT.**, **VERAT.**, **VIOL-O.**

ANOREXIA Nerviosa + rehúsa comer: **ARS.**, bell. calc., **carc.**, caust., **CHIN.**, cocc., croc., grat., **HYOS.**, **ign.**, **KALI-CHL.**, kali-p., lach., levo., merc., nat-m., op. perh., **PH-AC.**, phos., **phyt.**, puls., rhus-t., sep., **staph.**, **SULPH.**, **TARENT.**, **VERAT.**, **VIOL-O.**

MATERIA MEDICA MINIMA de Anorexia Nerviosa

• ARSENICUM ALBUM

anorexia nerviosa [págs 279, 385, 1269 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

rehúsa comer (14C)

trastornos por desacuerdos de padres, parientes y amigos (91B)

trastornos por mortificación (91C)

trastornos por pena (91C)

trastornos por preocupaciones, cuidados (91C)

ansiedad de conciencia (6C)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 laborioso (59B)
 reservado (78A)
 emaciación en general (386C)
 emaciación de partes afectadas (386C)
 emaciación con insanía (387A)
 emaciación muscular progresiva (387A)
 emaciación en niños (387A)
 emaciación rápida con debilidad y sudor frío (387A)
 aversión a la comida (320A)
 náuseas por olor a comida (339A)
 náuseas por pensar en comida (339A)
 repugnancia por las comidas (342A)

• **HYOSCIAMUS**

anorexia nerviosa [págs 279, 385, 1269 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]
 rehúsa comer (14C)
 trastornos por decepción de amor (91A)
 desdichado (91A)
 trastornos por ansiedad (91A)
 trastornos por desprecio (91B)
 trastornos por pena (91C)
 ansiedad de conciencia (6C)
 falta de confianza en sí mismo (16A)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 laborioso (59B)
 reservado (78A)
 repugnancia por las comidas (342A)

• **IGNATIA AMARA**

anorexia nerviosa [págs 279, 385, 1269 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]
 rehúsa comer (14C)
 trastornos por amistad defraudada (91A)
 trastornos por decepción de amor (91A)
 desdichado (91A)
 trastornos por decepción (91B)

trastornos por fracaso literario, científico (91B)
 trastornos por honor herido (91B)
 trastornos por malas noticias (91C)
 trastornos por mortificación (91C)
 trastornos por pena (91C)
 trastornos por preocupaciones, cuidados (91C)
 trastornos por reproches (91C)
 ansiedad de conciencia (6C)
 falta de confianza en sí mismo (16A)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 laborioso (59B)
 pena silenciosa, no demostrativa (72B)
 reservado (78A)
 emaciación en general (386C)
 aversión a la comida (320A)
 repugnancia por las comidas (342A)

• **NATRUM MURIATICUM**

anorexia nerviosa [págs 279, 385, 1269 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]
 trastornos por decepción de amor (91A)
 trastornos por decepción (91B)
 trastornos por desacuerdos de padres, parientes y amigos (91B)
 trastornos por desprecio (91B)
 trastornos por grosería de otros (91B)
 trastornos por malas noticias (91C)
 trastornos por mortificación (91C)
 trastornos por fracaso en negocios (91C)
 trastornos por pena (91C)
 trastornos por preocupaciones, cuidados (91C)
 ansiedad de conciencia (6C)
 falta de confianza en sí mismo (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 laborioso (59B)
 pena silenciosa, no demostrativa (72B)
 reservado (78A)
 indiferencia a comer (51B)
 emaciación en general (386C)

emaciación de partes afectadas (387A)
 emaciación de arriba hacia abajo (387A)
 emaciación con bulimia (387A)
 emaciación con insanía (387A)
 emaciación en varones lánguidos (387A)
 emaciación en niños (387A)
 aversión a la comida (320A)
 repugnancia por las comidas (342B)
 sensación de plenitud después de comer muy poco (341C)

• PULSATILLA

anorexia nerviosa [págs 279, 385, 1269 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

rehúsa comer (14C)
 trastornos por decepción (91B)
 trastornos por fracaso literario, científico (91B)
 trastornos por malas noticias (91C)
 trastornos por mortificación (91C)
 trastornos por fracaso en negocios (91C)
 trastornos por pena (91C)
 sentimiento de abandono (1A)
 ansiedad de conciencia (6C)
 falta de confianza en sí mismo (16A)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 pena silenciosa, no demostrativa (72B)
 reservado (78A)
 emaciación en general (386C)
 emaciación de partes afectadas (387A)
 emaciación con insanía (387A)
 emaciación en niños (387A)
 aversión a la comida (320A)
 repugnancia por las comidas (342B)

• STAPHYSAGRIA

anorexia nerviosa [págs 279, 385, 1269 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por decepción de amor (91A)
 desdichado (91A)
 trastornos por decepción (91B)
 trastornos por desprecio (91B)

trastornos por grosería de otros (91B)
 trastornos por honor herido (91B)
 trastornos por mortificación (91C)
 trastornos por pena (91C)
 trastornos por preocupaciones, cuidados (91C)
 trastornos por reproches (91C)
 ansiedad de conciencia (7A)
 falta de confianza en sí mismo (16A)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 laborioso (59B)
 reservado (78A)
 indiferencia a comer (51B)
 emaciación en general (386C)
 aversión a la comida (320A)

• SULPHUR

anorexia nerviosa [págs 279, 385, 1269 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por amistad defraudada (91A)
 trastornos por decepción de amor (91A)
 trastornos por desprecio (91B)
 trastornos por fracaso literario, científico (91B)
 trastornos por malas noticias (91C)
 trastornos por mortificación (91C)
 trastornos por fracaso en negocios (91C)
 ansiedad de conciencia (7A)
 falta de confianza en sí mismo (16A)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 laborioso (59B)
 emaciación en general (386C)
 emaciación con aspecto arrugado (387A)
 emaciación con insanía (387A)
 emaciación en niños (387A)
 aversión a la comida (320A)
 náuseas al mirar comida (339A)
 náuseas por pensar en comida (339A)
 repugnancia por las comidas (342B)
 sensación de plenitud después de comer muy poco (341C)

- **CARCINOSIN**

anorexia nerviosa [págs 279, 385, 1269 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por reproches (91C)

concienzudo por bagatelas (16A)

A pesar que Carcinosin no cubre la mayoría de las rúbricas como lo hacen los medicamentos antes citados, es muy conveniente tenerlo presente en los pacientes anoréxicos, ya que surge muy frecuentemente como medicamento de fondo.

BULIMIA NERVIOSA

Es un desorden alimentario que se caracteriza por la aparición de períodos de ingesta compulsiva, secreta y exagerada (los aportes calóricos en estos episodios oscilan entre las 3000 y 10000 kcal); alternados con otros de dietas abusivas o de ayuno prolongado, incremento exagerado de la actividad física, vómitos autoprovocados y el uso de diversos medicamentos para perder peso (especialmente laxantes y diuréticos).

Conceptualmente la *saciación* es definida como la sensación de plenitud tras la ingesta mientras que la *saciedad*, en cambio, es la sensación de plenitud existente hasta el inicio de la próxima señal de hambre, generalmente determinada entre otros factores por la hipoglucemia.

De esto se desprende que la bulimia es una enfermedad por falta de saciación, mientras que la anorexia es una enfermedad por exceso de saciedad.

DSM-IV. Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de

las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

ESPECIFICAR TIPO:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Se observa más en las mujeres que en los hombres, especialmente durante la adolescencia. Tienen una preocupación exagerada y distorsión en la percepción de su imagen corporal que los lleva a ejercitarse compulsivamente. En un estudio reciente, el 92 por ciento de las pacientes bulímicas encuestadas dijeron que sentían pánico de engordar.

Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles. Se ocultan para comer y tienen antecedentes de dietas frecuentes.

Mantienen un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione.

Muchas mujeres con anorexia nerviosa también desarrollan bulimia nerviosa.

En el plano mental se pueden hallar síntomas como gran irritabilidad, impulsividad, que explicaría la tendencia a los excesos: tabaquismo (por su gran temor a aumentar de peso, son pacientes a las que les cuesta mucho abstenerse del cigarrillo, además tienen la falsa creencia de que incrementando el hábito podrán controlar el apetito), drogadicción (lo que eleva el índice de delincuencia de estos pacientes), promiscuidad, concentración difícil, inseguros de sí mismos, padecen tristeza e ideas suicidas (por el abuso de drogas y por el terror que tienen a asumir su rol de adultos). Son "sobreadaptados" (es decir precozmente muy responsables p. ej. tienen un excelente desempeño en la escuela -suelen ser abanderados-), tienen además un alto grado de insatisfacción corporal, estando disconformes con ciertas partes de su cuerpo, principalmente los muslos y las caderas.

Como el espectro sintomático es muy variable, el paciente bulímico puede presentarse ante cualquier especialista, e incluso con el odontólogo, lo que implica agudizar la atención en su forma de presentación. Además su diagnóstico es más difícil que el de la anorexia nerviosa, porque estos pacientes pueden cursar con sobrepeso o peso normal.

Entre los síntomas locales se pueden encontrar: deshidratación, lo Hipopotasemia-hipopotasemia, arritmias, cefaleas, alteraciones menstruales, ardor esofágico,

odinofagia, disfonía, distensión abdominal, edemas localizados (especialmente en tobillos y párpados), constipación o diarrea, callosidades en las manos (signo de Russell), Petequias faciales, glándulas salivares hipertrofiadas; mientras que a nivel odontológico aparecen enfermedades periodontales, erosión del esmalte, aumento en la aparición de caries, úlceras bucales, irritación peribucal, etc.

En la parte inferior figura Bulimia y apetito voraz con emaciación. Aconsejo hacer la sumatoria de las 2 rúbricas porque ambas se complementan.

BULIMIA: arg-n., **carc.**, ign., iod., med., nat-m., **phos.**, puls., staph.

Apetito voraz con emaciación: abrot., **CALC.**, con., **IOD.**, ip., lyc., **NAT-M.**, **PETR.**, phos., psor., sacc., sec., sel., sulph., tub., uran.

BULIMIA + Apetito voraz con emaciación: abrot., arg-n., **CALC.**, **carc.**, con., ign., **IOD.**, ip., lyc., med., **NAT-M.**, **phos.**, psor., puls., sacc., sec., sel., staph., sulph., tub., uran.

MATERIA MEDICA MINIMA de Bulimia Nerviosa

• IODUM

bulimia [págs 281, 390, 1283 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por excesos sexuales (91C)

trastornos por trabajo mental (92A)

trastornos por trauma mental (92A)

concienzudo por bagatelas (16A)

apetito voraz con emaciación (318C)

• MEDORRHINUM

bulimia [págs 281, 390, 1283 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por anticipación (91A)

trastornos por malas noticias (91C)
 trastornos por reproches (91C)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 apetito voraz con emaciación (318C)

• NATRUM MURIATICUM

bulimia [págs 281, 390, 1283 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por decepción de amor (91A)
 trastornos por decepción (91B)
 trastornos por desacuerdos de padres, parientes y amigos (91B)
 trastornos por desprecio (91B)
 trastornos por grosería de otros (91B)
 trastornos por malas noticias (91C)
 trastornos por mortificación (91C)
 trastornos por fracaso en negocios (91C)
 trastornos por pena (91C)
 trastornos por preocupaciones, cuidados (91C)
 apetito voraz con emaciación (318C)

• PHOSPHORUS

bulimia [págs 281, 390, 1283 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por decepción de amor (91A)
 trastornos por anticipación (91A)
 trastornos por desprecio (91B)
 trastornos por excitación emocional (91B)
 trastornos por malas noticias (91C)
 trastornos por pena (91C)
 trastornos por preocupaciones, cuidados (91C)
 trastornos por excesos sexuales (91C)
 trastornos por temor (92A)
 apetito voraz con emaciación (318C)

• PULSATILLA

bulimia [págs 281, 390, 1283 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por decepción (91B)
 trastornos por fracaso literario, científico (91B)
 trastornos por malas noticias (91C)
 trastornos por mortificación (91C)
 trastornos por fracaso en negocios (91C)
 trastornos por pena (91C)
 trastornos por excesos sexuales (91C)
 sentimiento de abandono (1A)
 ansiedad de conciencia (6C)
 falta de confianza en sí mismo (16A)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 pena silenciosa, no demostrativa (72B)
 reservado (78A)
 apetito voraz con emaciación (318C)

• STAPHYSAGRIA

bulimia [págs 281, 390, 1283 del Homeopathic Medical Repertory de Robin MURPHY]

trastornos por decepción de amor (91A)
 desdichado (91A)
 trastornos por decepción (91B)
 trastornos por desprecio (91B)
 trastornos por grosería de otros (91B)
 trastornos por honor herido (91B)
 trastornos por mortificación (91C)
 trastornos por pena (91C)
 trastornos por preocupaciones, cuidados (91C)
 trastornos por reproches (91C)
 ansiedad de conciencia (7A)
 falta de confianza en sí mismo (16A)
 concienzudo por bagatelas (16A)
 pensamientos persistentes (ideas fijas) (73B)
 laborioso (59B)
 reservado (78A)
 apetito voraz con emaciación (318C)

Por supuesto que esta MATERIA MEDICA MINIMA para los Trastornos de la conducta alimentaria son una limitada reducción, el

interés del trabajo es transmitir a los colegas lo valioso de la terapéutica homeopática en el difícil abordaje de pacientes que sufren de Anorexia Nerviosa y Bulimia.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV Breviario Criterios diagnósticos. Editorial Masson. Barcelona España 1995.
2. ANTOLÍN GUTIÉRREZ, Manuel; GARCÍA HERRAÍZ, Ma. Angustias; RODRÍGUEZ SANTOS, Laura; VAZ LEAL, José Francisco J. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Artes Gráficas. Badajoz España 2006
3. DRAIMAN Mario. Las Personalidades Homeopáticas. Estilos Gráficos. Buenos Aires, Argentina 1991
4. DRAIMAN Mario. Las Personalidades Homeopáticas 2. Estilos Gráficos. Buenos Aires, Argentina, 1999
5. EIZAYAGA Francisco X. El Moderno Repertorio de Kent. Ediciones Marecel. Buenos Aires, Argentina, 1991
6. KAPLAN Harold, SADOCK Benjamin. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España 2000
7. KERNBERG Otto. Abordaje técnico de los Trastornos Alimentarios en pacientes con personalidad fronteriza. Presentado en el Simposio acerca de los Trastornos Alimentarios. Psychoanalytic Society of Chicago. U.S.A. 1994
8. MORENO GALAUD Mónica. Consideraciones sobre un caso clínico: Anorexia Nerviosa. Revista Homeopatía vol. 57 AMHA. Buenos Aires Argentina, 1992
9. MURPHY Robin. Homeopathic Medical Repertory. R. R. Donnelley & Sons Company. Colorado U.S.A. 1996
10. PELLEGRINO Juan C. Desórdenes alimentarios. revista Homeopatía vol. 67 págs. 81-83 AMHA Buenos Aires, Argentina, 2002
11. RAVA, M. Fernanda, SILBER, Tomás J. Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. Arch. argent. pediatr. [online] 2004 vol.102 N° 5 págs. 353-363 ISSN 0325-0075
12. RAVA, M. Fernanda, SILBER, Tomás J. Bulimia nerviosa (Parte 2): Desde la etiología hasta la prevención. Arch. argent. pediatr. [online] 2004 vol.102 N° 6 págs. 468-477, ISSN 0325-0075
13. SANANÉS, Roland. Homeopatía para una buena digestión. Editorial Integral. Barcelona España 1998
14. SCHROYENS Frederik. Synthesis – Edition 5.2 Homeopathic Book Publishers. London U.K. 1993
15. SOLVEY Mecislao. Los Carcinosis. Puesta al día. revista Homeopatía vol. 63 págs. 254-258 AMHA. Buenos Aires Argentina 1998
16. SOUTER Keith. Homeopatía para los trastornos emocionales. editorial EDAF. Madrid, España 2001
17. URREJOLA NOGUERA Pascuala. Trastornos nutricionales: Anorexia Nerviosa. Curso Salud y Desarrollo de Adolescentes Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile 2005
18. VIJNOVSKY Bernardo. Tratado de Materia Médica Homeopática. Edición del Autor. Buenos, Aires Argentina, 1989

Modificaciones en la Estrategia para el Tratamiento de Pacientes Psicóticos

Dr. Jorge A. Traverso

Profesor Adjunto de AMHA

SUMMARY

Setting up a conceptual line covering paragraphs 210 through 230 of the Organon, some of the concepts outlined at Fahma previous congress are highlighted while others are modified for the sake of a healing more akin to the needs of the patient and more related to the interaction with other psychotherapeutic disciplines which are essential for monitoring a case.

RESUMEN

Configurando una línea conceptual que atraviesa los párrafos del Organón que parte en el 210 y concluye en el 230, se enfatizan conceptos esbozados en el Congreso anterior de la Famha y se modifican otros en aras de una dirección de la cura afín a las necesidades del paciente y mas ligada a la interacción con otras disciplinas psicoterapéuticas indispensables en el seguimiento del caso.

Desde el párrafo 210 Hahnemann establece una dualidad entre las llamadas enfermedades mentales y anímicas.

Confirma el estado anímico del enfermo como uno de los síntomas más importantes y esenciales decisivo en la elección del remedio.

En el 212 reafirma la modificación del estado de ánimo y mental de la persona sana por el medicamento (Patogenesia) y luego en el 213 repite que en la enfermedad aguda hay que tener en cuenta los síntomas de las alteraciones mentales y del ánimo.

Por eso descrea del *Aconitum* en alguien tranquilo y relajado, de *Nux Vómica* en un flemático, de *Pulsatilla* en un carácter alegre feliz y testarudo o de *Ignatia* en un estado de ánimo inalterable.

El 214 plantea curar las enfermedades mentales y del ánimo del mismo modo que las otras.

En la enfermedad física donde los síntomas corporales disminuyen, la desarmonía mental que le es propia se acrecienta como enfermedad parcial más llamativa y casi como una dolencia localizada en los sutiles órganos mentales y del ánimo, invisibles a nuestra percepción.

En el 216 delinea cómo una enfermedad grave (neumonía o puerperio febril), aumenta el síntoma anímico transformándose en una demencia, desapareciendo los sínto-

mas físicos que aparentemente dejan de amenazar la vida.

Considero que esto es lo que a veces se llama mejoría física antes de la muerte y en otras como salvación a través de la demencia (?).

El 219 refiere que a veces las huellas de los síntomas físicos anteriores se presentan cuando hay un intervalo lúcido de la enfermedad mental.

En la aclaración del párrafo 220 se define la diferencia entre mente y ánimo: observados por allegados o el médico, se presentan alternados (por ejemplo: a varios días de demencia delirante o ira siguen varios días de silenciosa tristeza, etc.).

En el 221 define el estallido de una demencia o un delirio (causada por un susto, un disgusto, el alcohol, etc.) y establece usar medicamentos probados (*Aconitum*, *Belladonna*, *Stramonium*, *Hyosciamus*, *Mercurius*, etc.).

El 222 aclara que la enfermedad mental pocas veces remite por sí misma con los medicamentos psíquicos nombrados anteriormente (volviendo la enfermedad interna nuevamente a los órganos físicos). La aclaración está donde marca, tal vez, la necesidad de un tratamiento miasmático antisifilítico.

En el 224 diferencia las neurosis de las psicosis a través del efecto que produce una exhortación comprensible, amigable y bien intencionada que indicaría a las primeras en contraposición con el rechazo total que provoca en las segundas.

El 225 separa las enfermedades anímicas que no surgieron luego de enfermedades físicas sino a través de lo que llamamos **trastornos por:**

preocupaciones, ofensas, enojos, injurias frecuentes y grandes motivos de temores y miedos que recién a posteriori echarán a perder la salud física.

De éstas, marca en el 226 la mejora por remedios psíquicos, consejos, y argumentos racionales.

Insiste en el párrafo 227 en el tratamiento antipsórico o antisifilítico para que haya una remisión total de la enfermedad.

Luego fija la atención en el comportamiento de familiares y del propio médico y cómo afecta a los pacientes la burla y el engaño.

Como corolario es a los maníacos y a los melancólicos a los que indica internar.

Otra de sus indicaciones es que sólo las pequeñas dosis son necesarias para grandes cambios.

Para mostrar una parte de los conceptos diagramados magistralmente a principios del siglo XIX expongo un caso clínico que en su individualidad resume muchos elementos que surgen también en otras historias del mismo tenor.

Se trata de una paciente de cincuenta y un años de edad, soltera.

Hace unos años fue declarada judicialmente psicótica y nombraron a su hermana como curadora.

La familia vive en un terreno de suficientes dimensiones como para haber hecho tres casas (la hermana es arquitecta).

Adelante vive la madre en el departamento de arriba y abajo la hermana con su marido e hijo.

La paciente tiene su departamento atrás, comunicado con los anteriores.

La primera consulta fue con ella y la hermana.

Dicen que se enfermó a los quince años en el secundario con bulimia y anorexia por anfetaminas pero aparentemente a los cinco años había hecho un gran retraso en su desarrollo anímico y conductual con el nacimiento del hermano.

No sabríamos afirmar si en aquel momento fue un cuadro de trastornos por celos o de insanía por celos.

Su hermana manifiesta que en algunos períodos de su vida fue tratada homeopáticamente por dos buenos prescriptores. El primero la había medicado con *Lycopodium* y la segunda vez fue tratada con *Belladonna*. Ignoramos dinimizaciones y tiempos de tratamiento puesto que aparentemente, la primera vez fue a los 15 años y rechazó el tratamiento porque no la hacía adelgazar y la segunda, también asistió y se retiró del mismo por su cuenta.

En esta primera consulta la paciente hablaba constantemente y caminaba por el consultorio. Decía que la hermana le robaba los novios.

Se indignaba fácilmente con lo que hablábamos y en ese momento no se administra medicación.

A los cinco días se efectúa una nueva entrevista solamente con la hermana y la madre. Aportan que de chiquita y a los dieciocho años, por periodos, oía voces.

No pudo entrar a la facultad por los exámenes que reprobó pero los vivió como un desprecio hacia ella.

Sí, hizo el profesorado en matemáticas. Trabajó en un colegio por años y también dando clases particulares.

Hace cuatro años se desencadenó un brote psicótico. Aparentemente el facilitador fue que en un colectivo, al querer poner las monedas algo hizo mal y se sintió maltratada y humillada por la forma en la que el chofer, con su tono de voz y por lo que le dijo, supuestamente la despreció.

Fue tan grave que la internaron en el Moyano por esa crisis psicótica.

En el momento de la consulta tomaba siete remedios: Haloperidol, Artane, Valcote, Nozinan, Rivotril, Olanzapina y Ampliactil más T4.

Se indica *Staphisagria*: 2 papeles y tener dos más en reserva; así como papeles de

Lachesis y *Hyosciamus*, según el esquema del trabajo presentado en el Congreso de 2008.

A los dos meses tomaba cuatro antipsicóticos y T4.

En ese momento ya pude determinar que la hermana cumplía a conciencia con su cuidado, llamando dos o tres veces por semana para avisar los cambios que se producían.

Decidí que el remedio que predominara en el momento se lo daría en plus y los dos para urgencias en papeles como reserva.

Fue vista nuevamente a los tres meses pero ya habíamos descubierto un mes atrás que en las variaciones o crisis funcionaba muy bien el *Hyosciamus*.

Al mismo tiempo surgió un síntoma al que yo llamaría del ánimo y no del estado mental: **ocupación mejora**. (Da clases particulares de matemáticas. Tanto la madre como la hermana afirman que dando clases se transforma totalmente hacia la normalidad: esto a lo largo del tiempo siempre lo reinterrogo y es la misma respuesta.)

Además, los alumnos no se van ni marcan alguna conducta extraña en ella, que salvo en ese campo, se manifiesta por doquier.

Llamativamente en el repertorio, no figuran ninguno de los tres remedios que cubren más todo el despliegue sintomático. Esto hace pensar: ¿cuánto tiempo habrá que esperar para una remisión donde pueda replantearse el caso?

Luego de varios meses disminuyó a tres la necesidad de antipsicóticos y la cantidad de los mismos: toma 20 mg de Haloperidol (antes 30 mg) y no siempre, Valcote 750 mg de 1500 mg que tomaba y Nozinan 25 mg (antes 50 mg).

Las dinimizaciones, pensando en el parágrafo 215, las he ido disminuyendo hasta mil centesimal.

El esquema de este último año se ha delineado a partir de parámetros corregidos

con respecto a lo que expresado en el Congreso anterior (2008).

1.- Fundamental, es tener establecido el representante del núcleo familiar responsable de avisar las variaciones que surgen y de administrar el remedio. Con respecto a esta paciente, es la hermana quien desempeña muy bien esta función.

Cuando el remedio está actuando hay veces que por diez días no hay más de un llamado para decir que todo está bien.

2.- El esquema es establecer un remedio de base, administrado en plus y tener los otros dos que cubren síntomas agudos en papeles.

A esta paciente, en particular, los primeros dieciocho meses se le administraron los remedios con el esquema anterior (sólo en papeles en dosis únicas y según la necesidad) pero disminuyendo la dinamización en cada entrevista. Los últimos doce meses se pasa a un remedio de base en Plus y dos en papeles como referí anteriormente. Todos en dinamización 1000 centesimal.

Primero se dio *Staphisagria* de base porque eran más frecuentes los brotes por indignación y con bastantes llamados que ameritaban *Hyosciamus* o *Lachesis*.

Luego en un período de muchos celos y agresión fue *Hyosciamus* el de base y los otros dos como soportes de los accesos agudos. Últimamente, se fue observando que hubo más predominancia de *Lachesis* como remedio de base.

Con *Lachesis* en Plus surgen menos llamados por urgencias pero sin lograr independizarse de los otros dos remedios en las "pousses" agudas.

Como he observado que *Lachesis* es el que más tiempo soporta toda la estructura podría afirmar que su enfermedad comenzó a los cinco años como **insania por celos**, respondiendo a la pregunta que nos formulamos en la primera entrevista.

Igualmente, es de destacar que aun por los celos, las manifestaciones diferentes indican qué remedio hay que dar en el momento agudo; cuando me llaman y me dicen que aparentemente le dio celos el hecho de que su hermana y su cuñado salieran de paseo y entonces empieza a refunfuñar, empujar levemente a las personas presentes sin pedir permiso de paso o desplazar brusca y ruidosamente cosas de la casa, la mejora un papel de *Hyosciamus* en no más de treinta minutos.

Si el hecho fue el mismo (la salida) pero para ir a buscar un análisis o efectuar una consulta médica de ellos, motiva que empiece a hablar permanentemente sin parar. Aumentando la dosis de *Lachesis* de tres o cuatro veces por día a cinco o seis remite el cuadro en seis u ocho horas.

En otro terreno sintomático, si el desencadenante de una reagudización de síntomas fue que un potencial alumno nuevo faltó a la primera cita o si en un negocio de la cuadra la trataron despectivamente, sólo con *Staphisagria* mejora en el cuadro de agresiones verbales o acusaciones que formula.

3.- Cuando el funcionamiento desde el punto de vista medicamentoso está firme, insistir en la interacción con otras disciplinas psicoterapéuticas.

No es fácil, puesto que en general los pacientes son traídos luego de tratamientos psiquiátricos que no dieron muchos resultados salvo haber suprimido en gran escala los delirios.

A los familiares les parece que si están ahora con mucha menos medicación alopática o como algunos me han dicho: creo en la homeopatía porque está bien sin tomar remedios (claro, los homeopáticos no son remedios) y piensan que toda terapéutica es la misma que la psiquiátrica, hay que direccionarlos a profesionales que puedan,

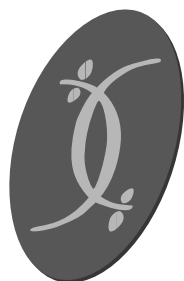
como decía Lacan, escuchar el delirio como única forma de armar un enchapado simbólico.

La otra excusa es "bueno, pero él o ella no quiere ir".

El diagnóstico está definido desde el inicio: al consultorio psicológico, el neurótico va solo, al psicótico lo llevan.

Esto es solo un hito más en el lento, laborioso y avaro en resultados positivos tratamiento de un psicótico.

En general, los familiares del paciente están más aliviados por los efectos que lo que observamos desde nuestra perspectiva.



Farmacia Caledonia

Laboratorio Homeopático

Ana María Fernández
Bioquímica - Farmacéutica

Un nexos seguro entre el paciente y su respuesta

Tinturas Madre - Trituraciones

Dinamizador propio

Altas dinamizaciones - 50 milésimal

Nosodes - Autonosodes - Organoterapia

Florales del Dr. Bach - California - Bush

Medicamentos Antroposóficos

Botiquines - Fitoterapia

Herboristería - Oligoelementos

ENVIOS AL INTERIOR

GÜEMES 3732 (1425) - BUENOS AIRES - ARGENTINA - TEL./FAX: 4823-9442

www.farmaciacaledonia.com.ar - info@farmaciacaledonia.com.ar

Trastornos Generalizados del desarrollo. Síndrome de Asperger

Un niño con síndrome de Asperger.

Dra. Ruth Patricia Silvina Faingold

Profesora Adjunta AMHA

SUMMARY

The object of this work is to make known Asperger syndrome and to present its repertorial symptoms. A clinical case with its evolution is herein presented.

RESUMEN

Poner en conocimiento el Síndrome de Asperger y la presentación de los síntomas repertoriales. Presentación de un caso clínico y su evolución.

A MODO DE INTRODUCCIÓN

La psiquiatra Lorna Wing reflexiona acerca del síndrome de Asperger y nos dice que estos pacientes perciben el mundo de un modo diferente a los demás.

Nos encuentran a los demás confusos y se preguntan: ¿Por qué no decimos lo que queremos decir? ¿Por qué decimos tantas cosas que no queremos decir? ¿Por qué hacemos tan a menudo comentarios triviales que no significan nada en absoluto? ¿Por qué nos aburrirnos e impacientamos cuando

alguien con síndrome de Asperger nos cuenta cientos de apasionantes cosas sobre horarios, números de identificación, grabados en farolas, diferentes variedades de zanahorias, o sobre los movimientos de los planetas? ¿Por qué toleramos sensaciones de luz, oído, olfato y tacto y de gustos que son tan confusos sin llegar al punto de gritar como les sucede a ellos? ¿Por qué nos importan las jerarquías sociales? ¿Por qué no tratamos a todo el mundo del mismo modo? ¿Por qué tenemos relaciones sociales tan complicadas? ¿Por qué nos mandamos y recibimos los unos a los otros tantas señales sociales? ¿Por qué tenemos relaciones emocionales tan complicadas? ¿Cómo les sacamos el significado? ¿Por qué somos tan ilógicos comparados con la gente Asperger?

DEFINICIÓN

El síndrome de Asperger es un trastorno severo del desarrollo neurobiológico, considerado por muchos autores un *autismo de alto rendimiento*. Este síndrome fue descrito por primera vez por Hans Asperger en 1944 un año después de la publicación del primer artículo sobre autismo por Leo Kanner.

Asperger encontró en los casos un cuadro en que el lenguaje no estaba tan afectado como en el autismo de Kanner y el inicio de las manifestaciones era un poco más tardío.

En 1981, se reavivó el interés al revisar una serie de casos en manos de Lorna Wing.

Los primeros datos sobre la existencia de este síndrome aparecen alrededor del año 1944 pero a partir del año 1981 se lo comienza a estudiar mucho, hasta que se lo incluye en el DSM-4 cuarta edición (Manual estadístico de diagnóstico de trastornos mentales)

Actualmente este síndrome tiene una incidencia del 3 a 17% o en la población infantil, mayoritariamente en varones.

Las causas de este síndrome aún no se conocen, aunque se habla de disfunciones neurobiológicas y déficit de las **neuronas en espejo*** así como problemas en el desarrollo cerebral temprano. Algunas investigaciones lo atribuyen a factores genéticos.

Ante la falta de pruebas de laboratorio, el diagnóstico depende de conocer la existencia del síndrome y el ser un buen semiólogo.

Los síntomas del paciente que conducen a este síndrome se presentan en distintos grados según el caso y tienen influencia en el área social conductual y comunicacional del mismo.

Al niño con síndrome de Asperger le falta el condimento de la empatía para la vida de relación y eso le impide realizar un franco contacto emocional.

Cada niño no es igual a su par y su enfermedad sea la que fuere siempre estará teñida por quién es la persona. Los homeópatas seremos insistentes en la búsqueda de la individualidad del paciente, sin embargo algunas conductas son típicas y se repetirán como parte de la entidad patológica que el paciente porta y considero también que podremos incluirlas en la

repertorización según las distintas metodologías de la toma del caso.

El síndrome de Asperger suele hacerse evidente entre los 3 y los 7 años de edad y eso es lógico porque es el momento en que comienza una etapa de socialización intensa por lo que comienzan a notarse las dificultades.

Conductas típicas que suelen presentar los niños con este síndrome:

Vida de relación y emociones:

1. Juego: Son niños a los que les cuesta jugar con otros entre otras cosas porque no entiende las reglas implícitas, busca cambiar las reglas a su beneficio porque quiere ganar siempre y finalmente prefiere jugar solo por su dificultad comunicacional.

2. No disfruta del contacto social ni de las actividades grupales y le es más fácil relacionarse con adultos que con niños de su edad. Cuando disfruta de alguna situación, suele excitarse desproporcionadamente. En ocasiones tiene conductas de tipo desafiantes.

3. Tiene baja tolerancia a la frustración, cuando desea algo lo quiere ya. Lloro con facilidad y hace rabietas frecuentes. Suele ser sincero e ingenuo en las relaciones sociales, entonces suele ser objeto de abusos y de burlas de parte de sus pares.

4. Sin conciencia de los sentimientos de otros porque carece de empatía, no reconoce la emocionalidad, entonces muchas veces reacciona en forma desmedida.

5. Dificultades para llevar y mantener el ritmo normal de una conversación, Dado que comprenden las cosas literalmente pero no empáticamente, en general suelen manifestar poco interés por lo que se dice. (Déficit de neuronas en espejo) Hablan de forma extraña, como si fueran extranjeros, o en forma monótona y sin inflexiones, con un lenguaje extremadamente correcto, cantando o en forma robótica. Pueden sostener

largos monólogos sin tener en cuenta al interlocutor o al contrario sostener largos silencios según sea su personalidad.

6. Su comprensión es deficiente, muchas veces una pregunta hay que fragmentarla para que comprendan, pero es sorprendente la capacidad que tienen para fijar datos. Aprenden a leer solos y a edades inusuales, aunque su juego simbólico es pobre, demostrando poca imaginación y poca creatividad. Sin embargo tienen una memoria inusual para los detalles.

7. Se altera con facilidad por cambios de rutinas y transiciones. La repetición compulsiva y el cumplimiento con rituales de orden lo hace sentirse más seguro.

8. Fijación en un tema u objeto del que pueden llegar a ser expertos, ocupan la mayor parte de su tiempo en ese interés y habla sobre él, sin captar si el interlocutor lo escucha o no.

9. Torpe en deportes y con movimientos estereotipados y tics cuando corre sus movimientos resultan extraños y suelen tener problemas para tareas tan sencillas como abotonar una prenda o atar cordones en los zapatos.

10. Irritabilidad frecuente: Le molesta que lo toquen y tiene irritabilidad frecuente por los ruidos y aversión a ciertos objetos y texturas que le pueden provocar desagrado.

ABORDAJE HOMEOPÁTICO

La discapacidad de un niño con síndrome de Asperger se manifiesta más que nada por **comportamientos sociales INADECUADOS** por lo tanto el camino de su curación es tener herramientas que lo acerquen a la relación empática con otros seres.

Este síndrome, igual que cualquier otra discapacidad, despierta en la familia una amplia gama de sentimientos sumada a in-

contables esfuerzos psicofísicos y altos costos económicos y emocionales.

El abordaje de estos casos a veces no es fácil, porque el síndrome tiñe toda la consulta, y muchas veces los padres pierden la noción del niño, para verlo sólo como un síndrome; y muchas veces el síndrome nos lleva por delante también a nosotros los médicos.

Por esta razón y a modo de búsqueda de síntomas he revisado el repertorio y he chequeado algunas rúbricas que son propias del síndrome, que sería útil para usar si son muy mandantes en la totalidad del caso, pero sin dejar de hacer la aclaración de que no son los únicos a considerar y menos aún pensarlos como los más importantes a la hora de hacer la toma del caso.

• *Síntomas repertoriales que representan el síndrome.*

Atolondrado 9-3

Ansiedad impulsada a ir de un lugar a otro 7-3

Ansiedad con inquietud 7-3

Ansiedad sentado 8-3

Impulso de correr (dromomanía) 49-1

Impaciencia corre de un lugar a otro 48-3

Impaciencia por bagatelas 48-3

Inquietud debe moverse constantemente 55-3

Impulsivo 49-1

Impulsivo irreflexivo 49-1

Gestos, hace extrañas cosas 33-2

Actitudes extrañas 1-3

Gestos automáticos: 33-2

Extrañas actitudes y posiciones 33-2

Gestos- movimientos involuntarios 33-2

Gestos- mueve las manos de un lado a otro 33-2

Gesticula al hablar.33-2

Lento para aprender a hablar

Repite las mismas acciones: repite oraciones, repite palabras 179-1 (synth) envía a cruzar

con otras rúbricas: Lenguaje repite Errores escribiendo Contesta repite primero la pregunta.

Desatento, inobservante de las reglas 23-1
 Conciencioso 16-1
 Indiferente a las relaciones 124-2 (synth)
 Indiferente a lo que lo rodea 124-2 synth
 Memoria activa 154-1
 Debilidad para comprender
 Memoria para nombres propios
 Comprende difícilmente ir a embotamiento, entiende las preguntas solo después de repetírselas 32-2(synth)
 Embotamiento en niños 27-1
 Embotamiento escribiendo 55-1 (Synth)
 Embotamiento estudiando 55-1 (synth)
 Desobediente 24-2
 Desafiante 24-2
 Concentración difícil: 32-2(synth)
 Concentración activa 32-2(synth)
 Concentración difícil no puede fijar su atención 33-1(synth)
 Concentración difícil calculando 33-1(synth)
 Concentración difícil en niños 33-2(synth)
 Concentración difícil durante una conversación 32-1 (synth)
 Concentración difícil dibujando 33-1(synth)
 Concentración difícil estudiando.33-1(synth)
 Comprensión difícil (ver embotamiento) 32-2(synth)
 Lenguaje repite la misma cosa 61-1(synth)
 Lenguaje ampuloso 140-2 (synth)
 Lenguaje afectado 140-2 (synth)

• Historia clínica

09-06-08

Alejandro: niño que llega a la consulta con 6 años de edad. Niño adoptado por Roxana: 48 años y por Eduardo de 47 años.

Motivo de consulta: **hiperactividad, desorganización y ansiedad** compatible con síndrome de **Asperger**. Se lo quiere medicar con Ritalina y los papás no están de acuerdo.

Antecedentes: Hipoxia por retraso en el parto, Apgar 5-7

A los 6 meses requirió estimulación por hipertensión general.

Deambulación al año y 4 meses y los pañales los dejó a los 2 años.

Caminó a los 16 meses, y se le sacaron los pañales aproximadamente a los 2 años.

Presenta hasta en la actualidad una descarga motora como aleteo de los brazos cada vez que se excita por algo (Ej: Alegría)

En su sala de dos años **se alejaba, tomaba conductas solitarias, que se le atribuyeron a problemas de tipo emocional pero no de índole intelectual.**

Se lo ve ansioso y se lo quiere medicar con Ritalina.

Cursa preescolar

Diagnóstico: con el que el niño llega a la consulta es Síndrome de Asperger.

Datos de la toma del caso:

Desafiante

Terror al agua

Miedo a los perros

No le gusta ni bailar ni cantar por que tiene una gran timidez vergonzosa

Concentración difícil por lo que pasa de una actividad a otra constantemente

Se aburre todo el tiempo

Hace chistes y bromas ridículas

Sensible a los olores que le dan arcadas

Atención dispersa por su gran ansiedad

Dibuja repetidamente el mismo dibujo monomanía (trenes)

Dice tener un hermano que se llama Mario

Duerme con luz prendida y con las puertas abiertas ¿Temor de fantasmas?

Come poco pero le gustan las frituras y las pastas. Deseo de pastas y grasas

No percibe ni frío ni calor (atémico)

Afectuoso, pero parece ser más un síntoma tomado del relato materno.

Mueve permanentemente sus brazos movimientos automáticos

Su cuerpo está caliente
 Sueña que se ahoga
 Temor de la asfixia. No soporta que le caiga agua en la cabeza cuando se está bañando y tiene dificultades para ponerse puloveres por la cabeza.

Dócil. Proviene del relato materno, en la consulta toca todo y no hace caso para nada.

Flexión de los dedos del pie. Lo consideré como una monomanía.

Deseos de dulces

Egolatría

Disposición a la masturbación.

Repertoriación

- 1-Desafiante
- 2-Temor de los perros
- 3-Temor del agua
- 4-Gestos Automáticos
- 5-chistes ridículos y tontos
- 6-Deseos de grasas
- 7-Movimientos involuntarios

Medicamento	Punt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
BELL	6/9	1	3	2	1	1				1		
STRAM	5/11		2	3	2	2				2		
SULPH	5/7	1	1	1			2	2				
PHOS	5/6		1	2	1				1	1		
HYOS	4/7		2	3	1	1						
NUX-V	4/5	1	1	1			2					
CALC	4/4		1		1		1		1			
CARC	3/4		1				2	1				
LACH	3/4		1	2				1				

-Prescripción: Belladona 2 L/M 3 gotas en una cucharada de agua 2 veces al día

07-07-08

Consulta 1 meses después:

Está desafiante, no soporta perder, tiene muy poca tolerancia a la frustración y no quiere que se burlen de él.

En el marco de la escuela tiene sus días: hay días que conecta y otros días que no conecta...

Timidez vergonzosa por lo que no quiere cantar y bailar en público cuando habitualmente le gusta mucho hacerlo.

Le gusta mucho dibujar, pero lo hace en blanco y negro siempre.

Corre de un lado a otro

Temor de los perros

Pudoroso.

Solicito informe psicológico del niño.

Sulphur 3 L/M 3 gotas en una cucharada de agua 2 veces al día

11-08-08

2 meses de tratamiento:

Ya no tan desafiante y más tranquilo en la consulta. Se queda sentado y escucha.

Menos movimientos extraños.

Sueña que se ahoga con menor frecuencia.

Temor de los perros ; ya no tanto. Logra pasar cerca de ellos sin demasiado problema.

Impresionable

Continúa con la misma prescripción.

24-11-08

5 meses de tratamiento

Continúo dándole el remedio.

La mamá me dice: Tiene **ansiedad, desorganización e hiperactividad.**

Apareció enojo e ira con agresividad, cosa que su mamá no veía hace rato, Golpea puertas, se golpea la cabeza, y me vuelve a decir su mamá: "tiene cero tolerancia a la frustración"

No quiere que los chicos se burlen de él.

Está agresivo e inquieto, con mucho desorden motor, juega a abrir y cerrar puertas en forma constante. Miedo a los juegos en los que hay que subir alto.

Sueña que se ahoga.

Se masturba menos.

Sigue siendo un niño solitario.

Tuberculinum 1000 3 microdosis 1 por semana.

29-12-08

6 meses de tratamiento

Muy sensible a los olores.
 Le gusta mucho bailar.
 Persisten los gestos extraños.
 Incorporó dibujo con colores, antes sólo dibujaba en blanco y negro.
 Más conectado con su ambiente social
 Persisten los amaneramientos.
 Menos temores
 Sulphur 5 L/M 3 gotas en una cucharada de agua 2 veces al día

26-02-09

8 meses de tratamiento

Con franca intervención del niño en la consulta:

Pesadilla: Soñó que se iba por el inodoro
 Me asustan los ojos negros de Barni en los muñecos.

Me dan miedo el agua y los perros (aunque él mismo dice que ya menos).

Esto me lo comenta él mirándome a los ojos y con una fuerte intervención en la consulta. Sonríe y me sonrío.

Aporte de la mamá: quiere todo ¡ya!

Sulphur 7 L/M 3gotas en una cucharada de agua 2 veces al día

10-04- 10

22 meses de tratamiento

Ya tiene 8 años

2do grado. Vuelve a consultar por el mismo tema conductual.

Crecido, está en segundo grado con buen rendimiento escolar pero conecta y desconecta en su concentración.

Presenta mucha distracción y abstracción mental; la madre relata que parecería que está en otra parte por momentos. Los informes escolares son bastante buenos.

Deseo de pan y de chocolatada.

Temor de las alturas, no quiere subir a toboganes ni mirar por ventanas de pisos altos.

Temor a la oscuridad.

Temor al agua, sin embargo hace natación.

Temor a los perros pero sólo a los que no conoce.

No hace caso en casa, nos dice a todo que si y no hace caso.

Los movimientos automáticos son menos, ya casi no quedan aunque aparecen cuando se excita.

Muy curioso, observa mucho tiempo un objeto.

Toca todo.

Aunque sigue teniendo timidez, representa en los actos escolares.

Pone muy cerca su cara, de la cara de sus compañeros y les habla.

Los chicos se sienten fastidiados, él vuelve preocupado y comunica a su mamá sus dificultades para que lo quieran y lo comprendan. El se angustia por esto y llora.

Observaciones: niño que fija la mirada, que escucha la conversación que mantengo con su madre y que interviene en ella formando parte del grupo.

Sulphur 10 L/M 3 gotas en una cucharada de agua 2 veces al día

11- 06- 10:

26 meses de tratamiento

La mamá de Alejandro cancela la consulta porque Alejandro quiere ir a un cumpleaños para estar con sus amigos.

Telefónicamente me da el informe escolar luego de una reunión con la maestra en ese día: la maestra dice que Alejandro intelectualmente está muy bien, hace toda la tarea aunque se dispersa un poco. No requiere currícula especial.

En raras ocasiones la maestra tiene que intervenir por alguna cuestión de sociabilidad entre Alejandro y sus compañeros.

Él sigue afirmando que es tímido y por eso no quiere participar cuando hay que bailar o representar aunque finalmente lo hace y bastante bien.

No es agresivo, soporta mejor las bromas y aprendió a poner límites saludables a sus

compañeros cuando lo molestan, antes quedaba paralizado ante estas situaciones.

En una ronda de mate que se hace todas las semanas en la escuela les contó a sus compañeros, que él es adoptado y cómo es su historia personal y luego regresó a casa y le comento a la mamá lo vivido con el grupo.

CONCLUSIONES

Reflexionando acerca de este caso, creo que es necesario acompañar al niño y a la familia.

El sostén multidisciplinario, con terapias cognitivo conductuales, las dietas que corrigen intestino poroso y que son en parte las razones de las crisis de irritabilidad en estos niños.

Además es a mi entender importante conectar a estos niños con terapeutas que puedan ayudar a desarrollar la emocionalidad en el niño, para que su sistema nervioso pueda de algún modo construir el mecanismo de la empatía tal vez por diferenciación de neuronas desde la estimulación. Demás está decir que es un terreno a explorar.

Lo que se aconseja en la actualidad son las terapias de tipo cognitivas y trabajar desde el lenguaje para ayudarlos a respetar los tiempos de diálogo y la inclusión de otro en su mundo.

Probablemente en mi opinión los métodos psico-artísticos y terapias de contacto serían un campo a explorar para ayudar a niños que padecen esta discapacidad y facilitar desde la emocionalidad el desarrollo de sentimientos empáticos y el estímulo de la funcionalidad en espejo.

*Neuronas en espejo:

Según Rizzolati en su trabajo de investigación realizado en los años 90, estas neuronas conformarían un sistema específico neuronal localizado en distintas áreas cerebrales, que nos permitirían hacer propias las sensaciones y emociones de otro individuo.

Se trata de neuronas que perciben la secuencia motora llevada a cabo por otra persona, pero además serían las responsables de descifrar la intencionalidad del otro y la motivación para realizar ciertas acciones.

Estas neuronas se activan en la ejecución de acciones y en la contemplación de las mismas y al descifrar la intencionalidad.

Por lo tanto estas neuronas sirven para que el otro, mi prójimo, aparezca en mi horizonte, psíquico y por lo tanto poderlo incluir en mí, pero reconocerlo diferente de mí.

La localización del Sistema Neuronal en Espejo estaría compuesto según este autor por células premotoras distribuidas básicamente en tres áreas: surco temporal superior, lóbulo parietal inferior y giro inferior frontal.

La importancia de este sistema es su proximidad a los sistemas frontoparietales, que soportan varias formas de integración sensitivo motora, sugiere que estén implicadas en esta función.

Estas neuronas serían según Rizzolati un mecanismo de supervivencia como seres sociales y para poder entender la intencionalidad del otro.

Recordemos que el autismo está considerado una deficiencia biológica que dificulta el nexo entre las mentes.

* Ver documentación en anexos.

Anexo 1.

Equipo de Neuropsicología
Hospital Dersud.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Fecha del informe: 23 de mayo de 2008

Apellido y Nombre: ~~XXXXXXXXXXXX~~

Fecha de Nacimiento: 18/0/00

Edad: 6 años, 2 meses

Escolaridad: Preescolar

I.C.: 9019

Ministro de Comercio, Evaluación,

Técnicos Administrativos

Entrevista a Padres.
Hans de juego diagnóstico
Bender
Fuerza Kinética
H.T.P
Wppsi
Pruebas pedagógicas.

Observación de la conducta: Alejandro es un niño afectuoso, hace preguntas, solicita materiales, respeta en cuando.
Se muestra muy inquieto. Suele pasar de una actividad otra o bien permanecer adhiriendo a algún objeto o actividad en particular.
Busca el contacto visual.
Se muestra muy preocupado por su desempeño.

Comunicación: Retraso en el desarrollo del lenguaje. Actualizado lenguaje expresivo superficialmente perfecto, formal, dificultades en iniciar y sostener un diálogo.
Alteraciones en la prosodia.

Significos: Inmaduros. Suele repetir espasmos con su nombre, con escasas modificaciones en sucesivos dibujos. Dificultades en la inhibición del movimiento. Descarga motora.

Bender: Edad madurativa visomotora: aptos. Inferior a los 5 años.

Lateralidad: Homógena. Izquierda. Mano, ojo pie.

Anexo 2.

Wppsi
CEC: 44
CR: 32
CIV: 99

Funciones más afectadas: atención, flexibilidad cognitiva, participación, organización visomotora.

Interpretación: Mucho interés por esta actividad. Programa. En ocasiones entra en conflicto cognitivo. Hipertrofia alfabética en transición a alfabeta.

Conclusiones:

Nivel de inteligencia normal baja.
Dificultades ejecutivas.
Alteraciones en el nivel pragmático del lenguaje y en la prosodia.
Indicaciones de ansiedad y desorganización en la conducta.

Indicaciones: Continuar con tratamiento psicológico para Alejandro con Orientación a Padres.
Se sugiere incluir abordaje psicopedagógico a fin de trabajar estabilidad y funciones comprometidas en el aprendizaje.

firmamentos a nivel de neurotegrinos
Ansiedad
desorganización
hiperactividad
esto provoca dificultades atencionales



Informe inicial

Colegio: Horizontes
Dante Siquedo
Alumno: Alejandro Tomasioli
Docente: Marcela Mendive
Año: 2008

Alejandro ingresa al colegio, deja su mochila y baja a jugar con sus compañeros.
Elige compartir juegos con Tomás, Sebastián, Juan Cruz, Diego, Carolina y Chiara.
Las actividades lúdicas que comparte vienen, juegos o los escondidos, la mancha, a perseguir a otros, a convertirse en súper héroe, etc.
La relación con el grupo es buena, es querido y conversado por los demás para realizar distintas actividades.
Es introvertido, se relaciona con sus compañeros a través del juego. En ocasiones le cuesta regular su modo de jugar, generando molestias a los otros. Trabajamos juntos para que logre visibilizarse de una manera más apropiada en esos momentos.
Estableció una buena relación con la docente, le muestra su gratitud por medio de sonrisas. Cuando recibe demostraciones de afecto sabe de su entusiasmo y puede contribuir el cariño.
Se esfuerza para expresar analizando sus emociones y cuando se le brinda herramientas puede lograrlo.
Le cuesta mantener la concentración porque a veces se queda absorto en sus pensamientos. Cuando se le conversa le cuesta mucho volver a prestar atención y en ocasiones se enoja y dice que los docentes lo molestan.
Tiene dificultades para comprender las consignas, pero se esfuerza a leerlas prestando atención. Cuando se le brinda acompañamiento resuelve las actividades con gran rapidez y efectividad.
Tiene mucha capacidad intelectual y generalmente la presentación de sus tareas es prolija. Cuando se le pide que realice una corrección para mejorar la calidad del trabajo, lo hace con buena disposición.
Es desordenado con sus útiles, diariamente le dedicamos algunos momentos del día para enseñarle a mantener bien ubicados sus pertenencias.
En los momentos libres le gusta leer libros de distintos tipos y disfruta cuando los comparte con sus pares.
En el espacio de la Rueda del Maté cuando se le conversa a propósito, comparte experiencias personales relacionadas con el tema tratado.
Me alegro recibir a Ale en segundo grado y le deseo un muy buen año escolar.

Dr. Marcela Mendive

Anexo 3.

BIBLIOGRAFÍA

- Schoyens, Frederik; *Synthesis*; Homopatic book publishes, London, 1998.
- Repertorio Minotti Ángel
- Sánchez Hita, Inmaculada; *Espejos de la mente*; (ph.p" [www.aperturas.org/articulos ph.p?](http://www.aperturas.org/articulos/ph.p?) Espejos-en-la-mente. Una Clase de neuronas que reflejan el mundo exterior revelando una nueva vía para el entendimiento, la conexión y el aprendizaje humano)
- Pellegrini, Rolando; *¿Asperger un síndrome en crecimiento?*; revista El cisne, n°236, Abril 2010.
- Yabhes, Eduardo Ángel; *TGD*; Trabajo de clase, postgrado de Homeopatía, AMHA, 2008.
- Draiman Mario; *Asignatura Homeopática*; Buenos Aires, 2008.
- Historia clínica Extensión de Cátedra A.M.H.A
- Eizayaga, Francisco Xavier; *El moderno repertorio de Kent*; Ediciones Marecel; Buenos Aires, 1992.

Trastorno Límite de la Personalidad

Dra. María Isabel Messia

Profesora Adjunta AMHA

SUMMARY

Patients suffering from Borderline Personality Disorder (BPD) are thought to be walking along a precarious borderline between psychosis and neurosis. The main characteristic of this condition is an imbalance between several areas such as affection, behavior, object relations and self-image. They suffer a sort of personal chaos and feel they are on an emotional roller coaster with the risk of being ejected from it at any time.

Currently, BDP is the focus of interest of clinical research on account of its prevalence and high co-morbidity.

Several clinical aspects of this disorder, DSM IV diagnostic criteria and their relationship with Kent and Murphy's repertories are addressed in this work. Six homeopathic remedies which can be useful for such pathology together with two clinical cases wherein the homeopathic treatment was essential for the recovery of the patients are described herein.

Keywords: Borderline personality disorder (BDP), borderline, emotional imbalance, homeopathic treatment

INTRODUCCION

Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) caminan en un equilibrio inestable entre la psicosis y la neurosis. La característica fundamental de dicha entidad es la inestabilidad en distintos aspectos vitales como la esfera afectiva, conductual, relaciones objetales y su autoimagen. Sufren una especie de caos personal y viven arriba de una montaña rusa con el grave riesgo de ser despedidos en cualquier momento.

El TLP provoca en la actualidad un gran interés en la investigación clínica por su prevalencia y elevada comorbilidad.

En el presente trabajo se desarrollan aspectos clínicos de la entidad, los criterios diagnósticos del DSM IV y el correlato de los mismos con los repertorios de Kent y Murphy. Fueron descritos seis medicamentos homeopáticos que pueden ser útiles en dicha patología y finalmente se relatan dos casos clínicos en los cuales el tratamiento homeopático fue fundamental en la recuperación de las pacientes.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad (TLP), borderline, inestabilidad emocional, tratamiento homeopático.

DEFINICION

Son pacientes que se sitúan en la frontera entre la neurosis y la psicosis.

Se caracterizan por una extraordinaria inestabilidad afectiva, conductual y de su identidad.

SINONIMIAS

- Personalidad como si... (Helen Deutsch)
- Trastorno psicótico del carácter (John Frosch)
- Trastorno de la personalidad por inestabilidad emocional (CIE-10)
- Niños grandes, no quieren crecer
- Personalidad borderline, limítrofe o fronteriza
- Esquizofrenia ambulatoria o pseudo-neurótica

EPIDEMIOLOGIA

- Prevalencia 2%.
- Predomina en mujeres, en una relación 3/1.
- La máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la edad adulta.
- Está presente en todas las culturas.
- Antecedente familiar de algún tipo de trastorno psiquiátrico en un 80% de los casos.

FACTORES DE RIESGO

- Vivencias traumáticas en la infancia.
- Actitudes extremas en la atención, negligencia o sobreprotección.
- Desestructuración familiar (separaciones, adicciones, enfermedades psiquiátricas)
- Problemas del embarazo y parto.
- Stress psicológico de la madre durante embarazo y parto.
- Dificultades en el vínculo madre-hijo.
- Deficiente o inexistente red de apoyo fuera de la familia.

DIAGNOSTICO DSM IV.

Comienza al principio de la edad adulta y debe cumplir con cinco o más de los siguientes ítems para efectuar el diagnóstico.

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada o persistentemente inestable.

4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej. gastos, sexo, abuso de sustancias, atracones de comida, conducción temeraria)

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)

7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej. muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el stress o síntomas disociativos graves.

CONSIDERACIONES CLINICAS

- Utilizan como mecanismo de defensa la identificación proyectiva. Los aspectos intolerables del Yo se depositan en otra persona. Culpan de sus problemas a las personas con las que conviven.

- Suelen ser personas dependientes y hostiles.

- Hipersensibilidad a estímulos mínimos. Gran vulnerabilidad emocional, pasan de la euforia a la depresión en minutos.

- Asombrosa habilidad para captar los puntos débiles de la gente. Sumamente

perceptivos, experimentan emociones mucho más intensas que los demás.

- Miedo e inseguridad previo a la obtención de un logro.
- Alto nivel de desempleo, inestabilidad laboral. No suelen cumplir sus compromisos. Abandonan terapias, estudios, trabajos.
- Poseen un nivel de inteligencia medio-alto y problemas en la concentración y en el estudio.
- Descontrol en la alimentación. Bulimia y/o anorexia.
- Abuso de alcohol y drogas ilícitas.
- Problemas legales, robos, estafas, no cumplimiento de normas de conducción.
- Exigencias narcisistas, reaccionan a las cosas según les afecte a ellos.
- Pueden sufrir episodios "micropsicóticos" desencadenados en general por una situación real o imaginaria de abandono.
- A veces la cólera domina su conducta, actúan de manera impulsiva.
- Son muy inseguros, tienen una muy mala autoimagen.
- Pueden autolesionarse y llevar a cabo intentos de suicidio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Trastornos por estrés post-traumático
- Adolescencia
- Trastornos alimentarios
- Abuso de sustancias
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por déficit de atención
- Trastorno de pánico y ansiedad

TRATAMIENTO

- Psicoterapia: su objetivo es promover una autoestima fuerte y segura que le permita la aceptación de las pautas sociales.
- La hospitalización deberá contemplarse cuando el ambiente familiar es perjudicial o exista peligro de suicidio.
- Tratamiento farmacológico:

- 1) ISRS (fluoxetina)
- 2) Neurolépticos (haloperidol, olanzapina) en momentos de estrés o disforia.
- 3) Carbamazepina cuando falta el sentido de realidad, cólera intensa o síntomas disociativos.

ENFOQUE HOMEOPATICO

SINTOMAS HOMEOPATICOS relacionados con los CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM IV

1-Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.

Abandono (1/1); Ilusiones: abandonado, desamparado, está (38/2). Desvalido (24/3).

2- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de devaluación e idealización.

Trastornos por: decepción de amor (91/1), decepción (91/1), amistad defraudada (91/1). necesidad de afecto (2/2). Afectuoso (2/2). Indiferencia a personas amadas (51/1).

3- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

Ilusiones, identidad personal, errores sobre su (43/3). Ilusiones, otra persona que ella es (43/3). Egoatría (26/1). Antagonismo hacia sí mismo (9/1). Confianza, falta de (16/1)

4- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.e. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).

Impulsivo (49/1); Audaz (10/1); Temerario (84/3); Dipsomanía (25/1); Morfinomanía (68/3); Bulimia (390/1); Anorexia nerviosa (385/1); Erotismo (27/3). Satiriasis (79/3); Ninfoomanía (69/3); Despilfarra (24/3); Jugar, pasión por el juego (59/2)

5- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.

Disposición suicida (83/2); Pensamientos de muerte (69/1). Mutila su cuerpo (69/3); Golpéase (34/1). Arrancar (9/2), Tirar (90/1)

6- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.e. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días) Excitación por trastornos emocionales (31/2). Humor extremo alternante (37/2). Ansiedad por excitación (7/2).

7- Sentimientos crónicos de vacío.

Deseo de compañía (15/2); Solo < (15/2); Ansiedad solo (8/3); Temor a la soledad (89/1); Temor a estar solo (89/1).

8- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.e. muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes) Violento, actos de violencia, rabia lo lleva a cometer (95/2). Rabia (furia) (87/2). Cólera por bagatelas (14/1); Cólera por contradicción (14/1); Cólera fácilmente (14/2); Cólera violenta (14/3). Peleador (71/3).

9- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. Delirio, persecución (21/3); Ilusiones, perseguido es (46/2); Ilusiones, acosado es (38/3); Insania persecutoria, manía (56/1)

mini MATERIA MEDICA

STRAMONIUM

- Cuadros delirantes y maníacos caracterizados por furia y violencia; se acompañan de movimientos musculares desordenados, ausencia completa de dolor, extrema locuacidad y actitudes agresivas hacia sí mismo y hacia los demás.

- Cuadros delirantes y maníacos caracterizados por furia y violencia; se acompañan de movimientos musculares desordenados, ausencia completa de dolor, extrema locua-

cidad y actitudes agresivas hacia sí mismo y hacia los demás.

- Tiene errores sobre su identidad personal, cree que es Dios, luego es el Diablo, piensa que es doble, que está cortado en dos, no tiene confianza en sí mismo. Megalomanía .

- Presenta conductas adictivas, morfomanía y dipsomanía. Obsesiones y excesos sexuales: ninfomanía, satiriasis y lascivia. Despilfarra.

- Modo de ser cambiante, pasa rápidamente de la alegría a la tristeza.

- Gran deseo de compañía (que lo >), especialmente durante la noche, solo <. Se siente abandonado y aislado.

- Se enoja violentamente, a veces por bagatelas. Puede adoptar conductas agresivas con impulsos de matar y golpear (generalmente objetos imaginarios).

- Se siente perseguido y acosado.

ARSENICUM ALBUM

- Teme profundamente a la muerte, el cual se < de noche, en la cama y estando solo. Desespera de su recuperación cuando está enfermo. Siente miedo de estar solo y de la soledad.

Medicamento de ataque de pánico.

- No se siente querido por sus familiares y amigos.

- Desea y mejora con la compañía, solo agrava.

- Presenta conductas adictivas con el alcohol y la limpieza. Es perfeccionista, prolijo, ordenada, limpio, fastidioso. Rehúsa comer, importante medicamento de anorexia nerviosa.

- Humor alternante, cambiante, variable. En ocasiones repulsivo.

- Mutila su cuerpo, deseo de arrancar y tirar sus cabellos. Puede llegar a suicidarse de varias maneras: colgándose, a puñaladas, con cuchillo, arrojándose de una altura, por una ventana; busca ser atropellado por un tren o un auto, por envenenamiento, por

gas. Las ideas suicidas se precipitan en soledad, durante la noche, por sus alucinaciones o por un susto.

- Muy irritable cuando le hablan. No tolera chistes (siempre serio nunca ríe), ni la contradicción. Le molesta que lo toquen o lo miren. Suele ser hosco y serio, se enoja fácilmente, por bagatelas y en ocasiones violentamente.

- Puede padecer de ilusiones persecutorias: que es perseguido, por la policía, por enemigos; es acosado; se trama conspiraciones contra él; va a ser herido; va a ser arrestado; que está condenado; que ha llegado su hora de morir.

PULSATILLA

- El abandono y la sensación de vacío afectivo la someten a una necesidad de afecto insaciable. Es muy dependiente y posesiva.

- Su humor es cambiante. Extremadamente emotiva, ríe y llora en todo momento. Está alegre sin causa o irritable alternando con tristeza. Es cálida y dulce o repulsiva y taciturna. Los síntomas son extremadamente variables.

- Dipsomanía por debilidad de carácter. Rehúsa comer, llegando a padecer anorexia nerviosa que alterna con episodios de bulimia. Puede cometer excesos sexuales que la enferman, lascivia, ninfomanía. Despilfarrar por ostentación.

- Busca siempre la compañía, solo <, teme estar sola. El afecto y el consuelo son los grandes remedios para mitigar la sensación de vacío que parece no tener fin.

- Puede tener manifestaciones de cólera cuando la contradicen, en habitación cálida, durante la menstruación o al despertar. En ocasiones toma todo a mal. Cuando se enoja aflora su humor repulsivo, se pone fuera de sí. Todo desaparece con afecto y contención.

- Puede llegar a suicidarse; ahogándose, utilizando armas de fuego o envenenándose.

- Episodios con ideación paranoide que ocurren como respuesta a un abandono real o imaginario. Ilusiona que está abandonada,

siempre está sola, ha sido descuidada, es perseguida por enemigos, está rodeada por extraños o criminales, ve gente que la obliga a gritar.

KALI CARBONICUM

- La falta de confianza en sí mismo y el sentimiento de abandono determinan una fuerte dependencia vincular. Desea intensamente la compañía aunque los trata afrentosamente.

- Proclive a los cambios dramáticos de opinión. Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos para luego decepcionarse, porque no están lo suficiente o no lo satisfacen en sus exigencias.

- Su imagen es persistentemente inestable por: la oposición sustancial que tiene hacia sí mismo (antagonismo), su falta de confianza y su marcada debilidad.

- Tiene un fuerte instinto de conservación. No se excede en gastos, no consume drogas ni padece de trastornos alimentarios. Si bien pueden aparecer pensamientos de muerte o presentimientos de morir no tiene disposición suicida. Teme a la muerte, estando solo, al anochecer, en cama.

- Su humor suele ser muy cambiante, a veces repulsivo. Gran variedad anímica, alterna: dulzura con enojo, depresión con excitación, irritabilidad con miedo, tristeza con alegría.

- El sentimiento crónico de vacío se pone de manifiesto en la intensa necesidad de compañía que lo >, solo <, ansiedad estando solo. Tiene temor de estar solo por miedo de morir.

- Demuestra con frecuencia su mal genio. Es irritable al despertar, antes y durante la menstruación y después de comer. La admonición y el consuelo lo <. A veces estalla con episodios de cólera violenta, grita y golpea por doquier. Peleador, en ocasiones la cólera domina la conducta.

- Cuando declinan sus mecanismos adaptativos puede caer en episodios alucinatorios.

Piensa que está enfermo, que será asesinado, alguien lo llama, hay un abismo detrás de él.

- Expresa su conflictiva situación especialmente durante la pubertad y adolescencia

PLATINA

- La sobrevaloración que tiene de sí misma tiñe toda su personalidad. Es altiva, ególatra y arrogante. Despreciativa con todo y con todos, aún en contra de su voluntad.

- Se siente abandonada, incomprendida y sola; rodeada de un mundo que de ninguna manera puede estar a su altura.

- Compulsiva con el sexo es propensa a las perversiones; obsceno, hombre busca niñas pequeñas, sodomía y pedofilia. Ninfomanía con hiperestesia genital. Homosexualidad en hombres y mujeres.

- Despilfarra por ostentación. Busca compañía en el alcohol y las drogas. Rehúsa comer o tiene apetito voraz.

- El humor es sumamente inestable: irritabilidad que alterna con alegría, llanto que alterna con risa o con cólera, cobarde y audaz. Los síntomas físicos alternan con los mentales. Tiene episodios de intensa disforia.

- En ocasiones piensa y desea su muerte pero difícilmente llegue a suicidarse por falta de coraje.

- Es peleadora, puede llegar a ser violenta. Se enoja fácilmente por bagatelas. Súbitos impulsos de matar a su marido y su hijo con un cuchillo.

- Pese a su soberbia es muy dependiente de las personas con las que convive.

- No puede controlar sus emociones. Pasa de la depresión a la euforia en minutos.

- Puede presentar episodios de ideación paranoide: cree estar condenada, que es perseguida, que va a ser estrangulada o herida mientras duerme.

Cree estar poseída y pide ayuda.

LACHESIS

- La suspicacia y los celos dominan toda su personalidad. La posibilidad de sufrir un

abandono real o imaginario de las personas con las que se relaciona, puede provocar situaciones de extrema violencia verbal.

- Gran alternancia emocional: < todos sus síntomas mentales (tristeza, abandono, llanto, irritabilidad) a la mañana, cuando se despierta o después de dormir; está alegre, laboriosa, eufórica al anochecer.

- Es terriblemente receptiva. Tiene clarividencia y fácilmente entra en trance, comunicándose con seres superiores. Puede ver rápidamente los puntos débiles de la gente y utilizarlos para ejercer su manipulación.

- Su alternancia emocional crea un campo fértil para los cambios drásticos de opinión. Idealiza a sus afectos para luego decepcionarse (trastornos por decepción y decepción de amor). Pasa rápidamente de sentir un calor volcánico a un frío glaciario.

- Padece anorexia nerviosa y dipsomanía. Tiene deseos sexuales violentos, ninfomanía, obscenidad, prostitución y homosexualidad.

- Tiene presentimientos de muerte, que desea. Puede llegar a suicidarse arrojándose desde una altura o ahogándose.

- Es frecuente que tenga episodios de ira de difícil control. Puede mostrar sarcasmo extremo y caer en explosiones verbales que inmovilizan al contrincante. Los celos y el resentimiento le provocan fuertes deseos de venganza, desplegando un hostigamiento hiriente como táctica predilecta.

CASOS CLINICO 1 - JULIO 2005

M.S. 38 años, soltera, profesora de Educación Física.

Desde los 18 años gran parte de su energía está dedicada a controlar su peso corporal, realiza actividad física varias horas durante el día y se somete a dietas estrictísimas con el fin de lograr su objetivo. Durante 2 años tomó 200 mcgs/día de levotiroxina (por su cuenta) y actualmente se automedica con efedrina. El motivo de la consulta es poder disminuir el consumo de efedrina y concretar un viaje a España.

Su carácter es muy variable, pasa de la euforia a la depresión en minutos. En ocasiones, realiza cortes indoloros en la piel de sus brazos y piernas para aliviar su angustia.

Necesita frecuentemente la compañía de la madre, especialmente durante la noche, tiene temor de quedarse sola.

María es hija única. El padre, maniaco depresivo, murió después de un electroshock efectuado durante una internación psiquiátrica; la paciente tenía 4 años.

La madre trató de satisfacer todas sus demandas adoptando conductas sobreprotectoras y la hija evolucionó como una niña grande que se enoja violentamente si no le conceden lo que pide. En una oportunidad, bajo la influencia del alcohol, destrozó a patadas una puerta porque el novio se negó a continuar con la relación.

Está en tratamiento psiquiátrico desde hace varios años. Actualmente toma risperidona 0,25mg/día y clonazepan 0,5 mg 2 v/día.

Durante la consulta la paciente realiza movimientos rápidos, gesticula exageradamente y su locuacidad es tal que dificulta seguir el hilo del relato.

Antecedentes personales: rinoplastía (20 años), mastoplastía (22 años), varias lipoaspiraciones de caderas, muslos y rodillas. Menarca 16 años, cicla regularmente, ritmo 28/5. Fuma 40 cigarrillos diarios, desde los 19 años,

Examen físico: múltiples cicatrices lineales en antebrazos y piernas. Peso: 58 kg., altura: 1,68 m., BMI: 20,7.

- A. Humor alternante, extremo.
- B. Temor solo, de estar.
- C. Cólera violenta.
- D. Mutila, su cuerpo.
- E. Dolor, ausencia de, en males habitualmente dolorosos.
- F. Locuaz, cambiando rápidamente de un tema a otro.
- G. Gestos, hace.
- H. Infantil, comportamiento.
- I. Dipsomanía.

REPERTORIZACION

	AUR	BAR-C	CALC	CHIN	MERC	NAT-C	PLAT	PULS	SEP	STRAM
ABANDONO, SENTIMIENTO DE	3	1	1	1	2	1	2	3	1	2
HUMOR ALTERNANTE EXTREMO	1	2	1	2	1	1	3	2	1	1
TEMOR SOLO, DE ESTAR	-	-	1	-	1	1	-	2	1	2
CÓLERA VIOLENTA	3	1	2	-	-	-	2	-	1	1
MUTILA, SU CUERPO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DOLOR, AUSENCIA DE, EN MALES HABITUALMENTE DOLOROSOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
LOCUAZ, CAMBIANDO RÁPIDAMENTE DE UN TEMA A OTRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
GESTOS, HACE	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
INFANTIL, COMPORTAMIENTO	-	3	-	-	-	-	-	1	-	2
DIPSOMANÍA	2	1	2	3	1	2	1	1	2	2
	9/4	8/5	7/5	6/3	5/4	5/4	8/4	10/6	7/6	17/10

Le indiqué Stramonium 3 L/M 5 gotas 4 veces/día.

A lo largo de los años recibió diferentes dinimizaciones, alternando períodos de empeoramiento y mejoría.

Actualmente María vive en compañía de su perro (que adora) y de una empleada que sólo se retira los domingos.

Se encuentra más estable emocionalmente, ya no necesita autoagredirse y realiza tareas simples en el negocio de su madre.

CASO CLINICO 2 - AGOSTO 1998

C. M. 26 años, soltera, secretaria.

Refiere que desde hace varios meses siente mucho miedo de estar sola, dice que "no puede tolerar ni un gramo de angustia más" (sic) y le gustaría saber cuál es la pena que la lleva a llorar todas las noches sin saber por qué.

Desde pequeña sufrió los vaivenes matrimoniales de sus padres que en varias oportunidades se separaron y durante años la familia estuvo sometida al poder que ejercía el padre con el dinero.

Ella se da cuenta que tiene una desmedida atención por su apariencia personal. Se observa minuciosamente en el espejo con la esperanza de que sus poros se cierren, necesita verse perfecta.

Carmen alivia temporalmente sus tensiones limpiando (necesita tener todo limpio y en estricto orden) y comprando compulsivamente cosas, que ella misma reconoce, no necesita ni usa.

Explota con furia y tiene una habilidad asombrosa para descubrir los puntos débiles de la gente; método que utiliza para manipular al contrincante.

Cuando le pedí que definiera su carácter, su forma de ser, me contestó: desde que era chica viví con tensión y vacío interior.

Siempre busqué a alguien que me pueda ayudar a armar estas piezas del rompecabezas que es mi vida. Siento como si hubiera sido distintas personas a lo largo del tiempo.

- A. Trastornos por mortificación
- B. Temor, solo, de estar
- C. Compañía, solo, agr.
- D. Cólera violenta
- E. TOC
- F. Concienzuda
- G. Llanto, causa, sin

REPERTORIZACION

	ARG-N	ARS	BELL	BRY	CALC	LYC	NUX-V	SEP	STRAM	VERAT
TRASTORNOS X MORTIFICACIÓN	2	1	1	2	1	3	2	1	1	1
TEMOR, SOLO, DE ESTAR	3	3	1	1	1	3	1	1	2	1
COMPAÑÍA, SOLO, AGR.	-	3	1	-	1	2	-	1	2	-
CÓLERA VIOLENTA	-	2	1	2	2	2	3	1	1	1
TOC	2	3	-	-	2	-	3	-	-	2
CONCIENZUDA	-	2	-	1	1	2	2	1	2	1
LLANTO, CAUSA, SIN	-	1	1	-	-	2	1	1	-	-
	7/3	15/7	5/5	6/4	8/6	14/6	12/6	6/6	7/5	6/5

Metallum Album 5 L/M 5 gotas 4 veces por día, e interconsulta con Psicopatología. Le prescribieron paroxetina 20mg/día y alprazolam 2mg/día (que no tomó) y tratamiento psicoterapéutico (que abandona al cabo de 3 meses).

A lo largo del tratamiento homeopático, Carmen ha sufrido recaídas, que fueron decreciendo en intensidad y frecuencia.

Pudo formar una familia, su marido es su gran soporte emocional, cuida amorosamente a sus dos hijos y realiza actividades artísticas.

BIBLIOGRAFIA

1. KAPLAN Harold, SADOE Benjamin. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España, 2000.

2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV Breviario Criterios diagnósticos.

3. KERNBERG Otto. Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Paidós. Buenos Aires, 1979.

4. LUNA M, COHEN D. Fundamentos del tratamiento psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad. Boletín Científico de la Asociación de Médicos Municipales de la CBA. 2002.

5. PARIS J. Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment. Washington-Londres, American Psychiatric Press, 1993.

6. SCHULZ SC, CAMLIN KL, BERRY SA, JESBERGER. Seguridad y eficacia de la Olanzapina en pacientes con Trastorno de la Personalidad Límitrofe y Distimia comórbida. JA: Biol Psychiatry 1999; 46 (10): 1429-1435.

7. EIZAYAGA Francisco X. El Moderno Repertorio de Kent. Ediciones Marecel. Buenos Aires, Argentina, 1991.

8. MURPHY Robin. Homeopathic Medical Repertory. R.R. Donnelley & Sons Company. Colorado U.S.A. 1996.

9. SCHROYENS Frederik. Synthesis Edition 5.2 Homeopathic Book Publishers. London U.K. 1993.

10. DRAIMAN Mario. Las Personalidades Homeopáticas 1. Estilos Gráficos. Buenos Aires, Argentina, 1991.

11. DRAIMAN Mario. Las Personalidades Homeopáticas 2. Estilos Gráficos. Buenos Aires, Argentina, 1999.

12. VIJNOVSKY Bernardo. Tratado de Materia Médica Homeopática. Edición del Autor. Buenos Aires, Argentina, 1989.

13. MURPHY Robin. Homeopathic Remedy Guide. H.A.N.A. Press. Virginia, U.S.A. 2000.

14. LAMOTHE Jacques. Homeopatía Pediátrica. Vedral, S.L. Barcelona, 2002.

Hipertiroidismo: la eficacia de la Homeopatía

Dra. Silvia Cristina Mercado

Profesora Adjunta AMHA

RESUMEN

En este trabajo presento seis casos de pacientes con hipertiroidismo autoinmune (Enfermedad de Graves Basedow).

Se trata de una afección con bajo porcentaje de remisión, cuyos posibles tratamientos alopáticos, conllevan el peligro de importantes efectos adversos.

Con la intención de conseguir una verdadera curación con el menor riesgo de iatrogenia, combiné el método convencional con Homeopatía, obteniendo una excelente evolución en todos los enfermos.

SUMMARY

In this paper I present six patients' cases with autoimmune hyperthyroidism (Graves Basedow disease).

It is a disorder with low percentage of remission, and the possible allopathic treatments carry the danger of important adverse effects.

With the intention of obtaining a real cure with the minor risk of iatrogenesis, I combined the conventional method with Homeopathy, obtaining an excellent evolution in all the patients.

MATERIAL Y MÉTODO

Seis pacientes de sexo femenino con hipertiroidismo autoinmune (Enfermedad de Graves Basedow), que a junio de 2010 tienen un rango de evolución de entre tres años y cuatro meses (paciente n° 1-) la más antigua y nueve meses (paciente n° 6) la más reciente.

Dos de ellas venían con tratamiento médico alopático con metimazol (pacientes n° 1- y 4-); una había sido medicada con Antroposofía (paciente n° 3-); otra con Medicina China (paciente n° 6) y ninguna había obtenido remisión de la afección. Dos eran vírgenes de tratamiento (pacientes n° 2- y 5).

En cinco de las seis pacientes se indicó medicación homeopática constitucional, complementada con *Iodum* en dinamizaciones altas y metimazol a bajas dosis. Este último no fue prescripto en la paciente n° 4.

El hipertiroidismo es el síndrome resultante de los niveles aumentados de T3 y T4 en sangre. Tiene marcada prevalencia en el sexo femenino (aproximadamente 2% de las mujeres adultas y 0,6% de los hombres adultos).

Las causas más frecuentes son:

1) Enfermedad autoinmune o Enfermedad de Graves Basedow. Es la de mayor casuística (entre el 60 y 80% de los

hipertiroidismos) y también la más difícil de curar "ad integrum". Se desarrolla a partir de ciertos anticuerpos estimulantes de la tiroides que toman el comando de la función hormonal, por fuera del estimulador hipofisario, la TSH.

2) Nódulo hipercaptante. Es cuando una zona bien delimitada de la tiroides (nódulo), se independiza del control hipofisario en el sentido de la hiperproducción hormonal. Esto recibe el nombre de Bocio tóxico nodular o multinodular (si hay más de un nódulo). El tratamiento es dosis de yodo radioactivo o extracción quirúrgica del o los nódulos.

3) Tiroiditis subaguda de origen viral, que produce una liberación de las hormonas almacenadas en la glándula, provocando un hipertiroidismo pasajero, que desaparece en la medida en que se vacía el contenido de la tiroides. No tiene tratamiento médico específico. Se tratan los síntomas y se espera la remisión de la infección.

4) Ingesta de grandes cantidades de hormona tiroidea (tirotoxicosis ficticia) o de yodo (yod basedow). En este caso, suspendiendo la ingesta, se vuelve a la normalidad.

Voy a abocarme de lleno a la Enfermedad de Graves Basedow, porque además del bajo índice de remisión (entre el 30 y el 50%), su tratamiento médico corre el riesgo de importantes efectos colaterales.

A no ser que haya contraindicaciones, se comienza con antitiroideos (metimazol o propiltiouracilo), inhibidores de la incorporación de yodo a la molécula de tiroglobulina para sintetizar las hormonas tiroideas. Estos pueden producir reacciones alérgicas, erupciones, picazón de la piel, fiebre, leucopenia con sus consecuencias infecciosas (anginas, tos, escalofríos, ronquera, úlceras bucales, etc.), rash (puede ser signo de vasculitis), pérdida anormal del cabello, neuropatía periférica y vértigo. Un efecto colateral más raro es la depleción prácticamente total de

los neutrófilos, llamada agranulocitosis. En embarazadas atraviesa la barrera placentaria y puede producir daño fetal. También se elimina por la leche materna.

Si luego de un tiempo prudencial el tratamiento fracasa (y siempre y cuando el bocio no sea muy grande), se suministra dosis terapéutica de yodo radioactivo. La misma se calcula en base a ciertos parámetros, entre los que figura el peso de la glándula. Este se pondera por palpación del cuello y no es exacto, por lo cual la dosis puede resultar insuficiente o excederse. En este último caso se genera un hipotiroidismo irreversible.

Si el bocio es de tal dimensión que la cantidad de yodo radioactivo se torna peligrosa por el daño colateral que causa, se opta por la cirugía. Aquí también el hipotiroidismo permanente es una de las posibles consecuencias, agregándose los propios de toda operación quirúrgica.

Como podemos ver, el tratamiento de la Enfermedad de Graves Basedow tiene grandes inconvenientes y cuanto más alta es la dosis (sobre todo de metimazol), más aumentan las posibilidades de provocar una iatrogenia.

Desde mi doble función de especialista en endocrinología y de homeópata unicista, traté de darles una solución a estos pacientes, que venían decepcionados de los procedimientos convencionales.

Cabe aclarar que las veces que he querido manejar a estos enfermos solamente con la medicación constitucional, no he tenido resultados positivos en forma más o menos inmediata. Y como es un cuadro de riesgo, decidí encarar el tratamiento de un modo no convencional, pero beneficioso para el paciente.

Por esta razón es que no voy a detenerme en cómo llegué al diagnóstico del medicamento homeopático, sino que el foco está puesto en mostrar que es necesario ir fre-

nando el proceso tiroideo, mientras trabajamos con el remedio de base. Este procedimiento nos cubre tanto en lo inmediato, como a largo plazo.

CASOS CLÍNICOS

Nota aclaratoria: TSH=tirotrófina; T4=tiroxina; FT4=free T4 o T4 libre; T3=triiodotironina; Atc.APO=anticuerpos antiperoxidasa; Atc.AFM=anticuerpos anti fracción microsomal; Atc.ATG=anticuerpos anti tiroglobulina

Los gráficos de evolución muestran cómo se normalizan los valores hormonales en cada paciente. Dado que las unidades de medida no son similares, necesité ajustarlas a parámetros semejantes.

1) Lucrecia P (3 años y 4 meses de evolución a junio 2010)

Paciente de sexo femenino, nacida el 28/03/94. Al momento de la consulta, el 23-02-07, tenía casi 13 años. Padece:

- a) Síndrome de Down
- b) Celiaquía
- c) Hipertiroidismo tratado en el Hospital Garrahan desde hacía 1 año y al momento de la consulta tomaba **metimazol (Danantizol): 2 comprimidos de lunes a viernes y 1 comprimido sábado y domingo.**

Es traída por su madre porque no remite la disfunción tiroidea, a pesar de hacer el tratamiento tal como se lo indican en el hospital.

Del 26-06-06: **TSH=< 0,05uU/ml inhibido** (VN: 0,27-4,2); T4=13,8ug/dl normal (VN: 5,1-14,1); **T3=3,21 ng/dl aumentado** (VN: 80-2,60). **Atc.APO: 110; antirreceptor de TSH: 53,7% de desplazamiento** (VN: <10%); **AFM: 1/25600 (elevados)**

Ecografía de tiroides (31-07-06): Glándula aumentada de tamaño sin nódulos.

Todo el cuadro conforma la Enfermedad de Graves Basedow.

Síntomas al momento de la consulta: irregularidades menstruales (atrasos y adelantos); dolor de cabeza; agotamiento general; dolores de abdomen y de garganta; miedo de noche (no específica a qué). Otros síntomas: llorona, calurosa, sobresaltos por susto, deseo de sal, obstinada, arisca. Tiroides: de unos 45 gr. Firme, móvil, difusa.

Como ya venía medicada por otro homeópata con **Baryta carbónica 200**, sólo le agregué **Iodum 200 1 papel y Iodum Mil al mes de éste último + Danantizol, tal como lo venía tomando.**

06-06-07 (3½ meses después)

Concurre con síntomas de calor y apetito aumentado. El mes anterior había tenido diarreas con copro y urocultivo negativos. Actualmente función intestinal normal.

Del 31-01-07: **TSH=0,005uU/ml inhibido**; FT4: 1,75pml/l normal (VN: 0,7-2,0); T4=10,2 normal y T3=2,59 normal (VN hasta 2,60). Sus valores hormonales se habían normalizado, excepto el TSH que permanecía inhibido.

La madre refiere que ha estado mejor emocionalmente. Eumenorreica.

Al examen físico: semiológicamente eutiroides. Tiroides sin variación.

Indico: **Calc-carbónica 30CH (10 gl./día). Iodum 200 1 papel y Iodum Mil 1 papel al mes del anterior**

Danantizol igual: 2 comprimidos de lunes a viernes y 1 comprimido sábado y domingo

07-11-07 (5 meses después)

Sus padres se han separado el 1º de octubre. Lloriquea en la consulta, pero se rehúsa a hablar. Clínicamente eutiroides.

Valores en sangre del 23-04-07: **TSH=<0,05 Uu/ml inhibido**; FT4=0,98 ng/dl normal; T4=7,8 ug/dl normal, T3=1,43 ng/ml normal; **Antc. Anti receptor de TSH=42,2% aumentado**

Tiroides; de unos 40 gr., difusa.

Indiqué: **Iodum mil 1 papel y Iodum 5mil 1 papel a los 45 días.**

Como medicación de base: **Natrum-Mur 200 10 gl./día**

Danantizol disminuido a 1 comprimido por día

12-03-08 (4 meses después)

Sigue con 1 compr. de Danantizol por día. Desde hace 1 mes sin medicación homeopática.

Del 10-03-08: **TSH= <0,05** (inhibido); **FT4=0,77 (baja); T4=5,3 (baja)** (VN:6-13,1); T3=1,13 normal (VN:0,7 a 2,2); **Atc.AFM: 1/6.553.600; APO: 1873 UI/ml elevados (VN: <35)** ATG: no reactivo

Tiende a la diarrea. Previamente a viajar, se descompone (náuseas, diarreas, cefaleas). Previamente a ir a clase, se pone ansiosa.

Se despierta sobresaltada, más calurosa que friolenta. Está comiendo más. Temor de la oscuridad. Discrimina a sus compañeros. Habla más en la consulta. Usa un tono altivo y prepotente.

Clínicamente eutiroides. Bocio más pequeño, de unos 35 gramos.

Indico: **Natrum Mur mil (10 gl./día).**

Iodum 10mil y Iodum 15mil, con diferencia de 2 meses.

Seguir con 1 compr. por día de Danantizol.

01-10-08 (6½ meses después)

TSH= < 0,05Uui/ml (inhibido); FT4=1,81ng/dl, normal; T4=10,2pg/ml (normal); T3=1,75ng/dl (normal). Sigue con valores normales de hormonas, excepto el TSH que continúa inhibido

Clínica y emocionalmente muy bien.

Indico **1 compr. de Danantizol** de lunes a viernes.

Desde marzo sin Iodum

Indico: **Veratrum Album mil (10 gl./día)**

Iodum 15mil y a los 2 meses Iodum 20mil

08-05-09 (7 meses después)

Sin ninguna medicación desde hace 3 meses. Cursa 1º año. Dice sentirse nerviosa y con miedo a esta etapa. Se impresiona mucho con las incapacidades físicas. Miedo a la oscuridad, miedo a que sus padres (que siguen separados) y su hermana se peleen con ella.

Indiqué: **Phosphorus mil (5 gl./día)**

08-01-10 (8 meses después)

Del 16-12-09: **TSH=<0,02 Uui/ml (inhibido); T4=13,7** (VN hasta 14,1) normal; **T3=279 ng/dl** (VN hasta 260) levemente aumentada Clínicamente eutiroides.

Estuvo bien hasta septiembre de 2009. En octubre la mamá notó descomposturas, aumento del apetito, irritabilidad. Quiere mandar y liderar.

Entonces retomó el Phosphorus mil el 23 de noviembre, que había suspendido por cuenta propia.

Indiqué: **Phosphorus 5mil (5gl./día)**

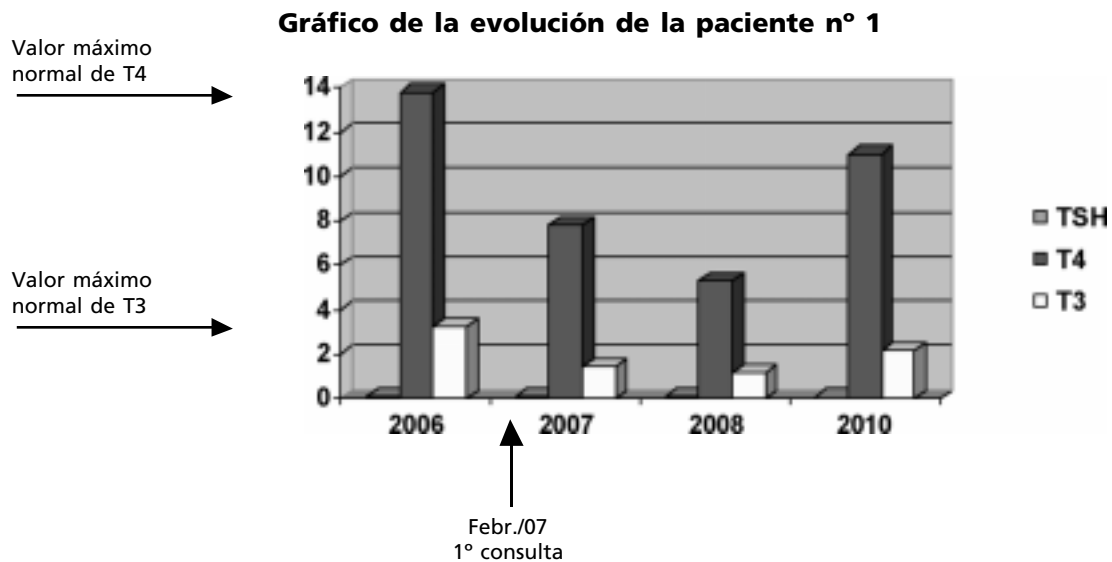
Iodum mil, Iodum 5mil, Iodum 7mil (cada dos meses)

04-05-10 (4 meses después)

La mamá me pasa por teléfono los resultados de análisis del 22-04-10:

TSH= <0,02Uui/ml (inhibido); T4=11 ug/ml normal; T3=212ng/dl normal (VN: 80-260); FT4=28ng/dl normal (VN: 10-30) Atc.ATG=432Mui/ml (VN: hasta 12); Atc. APO= >600 elevados

Eutiroides. Continúa sin Danantizol. **El 14 de mayo tomará el papel de Iodum 7mil**



Comentario: Esta paciente tenía T4 normal con T3 alta al momento de la consulta, a pesar de un año de tratamiento convencional. Desde hacía un tiempo venía siendo medicada con Baryta Carbónica y Danantizol. Si bien en la segunda consulta cambié la medicación constitucional, en un principio solo agregué Iodum a lo que estaba tomando, logrando disminuir rápidamente el nivel de T3 (ver año 2007 en el gráfico). En cierto momento, el valor de T4 y T4libre, descendieron por debajo de la normalidad (marzo 2008). El Danantizol se fue retirando paulatinamente hasta que lo suspendí totalmente en febrero de 2009, sin recidiva de la enfermedad, aún cuando en medio de la evolución, sus padres se divorciaron. Sin embargo, hubo un momento en que la T3 aumentó discretamente. Esto coincidió con la suspensión arbitraria del medicamento constitucional por parte de la paciente. Todo volvió a la normalidad, con la prosecución del tratamiento.

2) Mónica C. (2 años y 9 meses de evolución a junio 2010)

Paciente de 48 años de edad al momento de la consulta (20-09-07), nacida el 16/11/58.

Refiere sequedad de boca (que comenzó luego de recibir quimioterapia en 2002 por una leucemia linfoblástica aguda), y sequedad de ojo, que empezó hacia finales de 2006. Recibió trasplante de médula en 2003. También refería un antecedente dudoso de hipertiroidismo.

Al examen físico se constató taquicardia de 100 pulsaciones/minuto, un bocio de unos 30 gr., irregular, firme y móvil. Exoftalmos moderado. Peso adecuado a altura. No temblor distal. No diarreas. Tendencia a la frilosidad.

Por sus características constitucionales, la mediqué con **Natrum-Mur 2 L/M**, 5 gotas por día y solicité estudios clínicos y de tiroides en sangre que ya tenía y no había traído a la consulta.

08-11-07 (1½ meses después)

Del 10-07-07: **TSH=<0,015uUI/ml inhibido(VN: 0,300 a 3); T3=226,4 ng/dl alta (VN: hasta 149); T4=13ug/ml discretamente alta (VN: hasta 12). Atc.anti receptor de TSH=86% alto (VN: 0-12)**

Del 04-09-07: **T4=11,7 normal; T3=232,9 elevado, Antc.anti receptor TSH=90% elevado**

Del 09-10-07: **TSH=<0,015 inhibido; T4=12,7 levemente alta; T3=285 alta**

Los primeros resultados me fueron informados telefónicamente y le indiqué agregar **Iodum 30CH**, 10 gl./día al Natrum-Mur 2 L/M que estaba tomando.

En esta segunda consulta prescribí: **Natrum-Mur 4L/M y Iodum 200** 10 gl./día

Además solicité captación y centellograma de tiroides.

10-01-08 (2 meses después)

Del 18-12-07: **TSH=<0,015; T4=13,9 discretamente elevada; T3=271,3 elevada**

Nota mejoría del exoftalmos. Temblor interno, sobre todo estando acostada. Catersis normal. No calor. Caída del cabello. Uñas corrugadas. Apetito normal.

No realizó captación ni centellograma de tiroides solicitados.

Indico: **Natrum-Mur 5 L/M**, 5 gts./día + **Iodum mil**, 10 gl./día

24-07-08 (6½ meses después)

De junio/08: **TSH=0,015 inhibido; T4=13,5 discretamente elevada; T3=226,6 elevada**

Al examen físico sigue con taquicardia (100 x'). No temblor distal, pero refiere temblor interno continuo. Miedo a enfermarse nuevamente de leucemia. Ha tenido un serio incidente en su trabajo y comenzó un juicio contra las personas que la agredieron. Mucho sentimiento de injusticia.

Indiqué: **Metallum Album 3 L/M**, 5 gts./día durante 1½ mes) y luego pasar al **Metallum Album 4 L/M + Iodum 5 mil** (2 papeles, 1 cada 45 días) + **5 mg. de metimazol (Danantizol), por día**

16-10-08 (3 meses después)

Se siente mejor con el Metallum Album. Ha dado un vuelco total.

Del 1-10-08: **TSH=0,019uUI/ml (inhibido); T3=157,4ng/dl (levemente elevado); T4=10,2ug/dl (normal)**

Muy animada, aumento de peso, con proyectos.

Al examen físico: Tiroides de unos 30 gr.; FC=88 x' Normotensa. No temblores.

Indiqué: **Metallum album 6 L/M y al mes y medio pasar al 7 L/M**

Iodum 10 mil, 3 papeles (1 cada 45 días) + **5 mg de metimazol/día**

19-02-09 (4 meses después)

Del 16-12-08: **TSH=0,018uUI/ml (inhibido); T4=10,5ug/ml (normal); T3=150,3ng/dl (normal)**

Al examen físico eutiroidea. Emocionalmente conmocionada por el encuentro con un novio del pasado. Miedo a que su madre se muera o se enferme y quedarse sola.

Indiqué: **Metallum Album 9 L/M y luego pasar al 10 L/M + Iodum 10mil** y a los 2 meses **Iodum 15mil + 5 mg. de metimazol/día**

03-04-09 (1½ mes después)

Concorre a la visita porque está muy atemorizada con el juicio que tiene con compañeras del trabajo. Sentimiento de injusticia, angustia, necesidad de compañía.

Boca pastosa y halitosis. Ha disminuido de peso. No taquicardias. Clínicamente eutiroidea.

Agrego: **Mercurius 200** 1 papel. Seguir con **Metallum Album 10 L/M + Iodum 15 mil, 1 papel + 5 mg. de metimazol/día**

02-07-09 (3 meses después)

Del 01-06-09: **TSH=0,048uUI/ml (inhibido); T4=10,3ug/ml (normal); T3=145,3ng/dl(normal)**

De ánimo alternante. Está haciendo un curso de mecenazgo. Se dispararon miedos.

No toma el Danantizol en forma continua.
Ha disminuido de peso.

Semiológicamente eutiroides.

Indiqué: **Phosphorus 200**, 10 gl./día + **5 mg. de metimazol 3 veces x semana**

30-07-09 (28 días después)

Sigue triste, con temor a la muerte, se siente sola, despreciada por su hermana, falta de afecto, temor a enfermarse de leucemia.

Clínicamente eutiroides.

Indiqué: **Calc-C 5 L/M**, 5 gts./día + **5 mg. de metimazol 3 veces/semana**

01-10-09 (2 meses después)

Ha tenido ataques de pánico.

Clínicamente eutiroides

Indiqué: **Calc-C 7 L/M**, 5 gts.podía + **5mg de metimazol 2 veces/semana**

13-11-09 (1½ mes después)

Persisten ciertos miedos. Clínicamente eutiroides.

Indiqué: **Calc-Phos 8 L/M + 5 mg. de metimazol 2 veces/semana**

28-01-10 (2½ meses después)

Está muy bien en general. Los miedos van cediendo paulatinamente.

Indiqué: **Calc-Phos 11 L/M 5 gts.por día + 5 mg. de metimazol, 1 vez/semana**

13-05-10 (4 ½ meses después)

Bien, sin miedos, sin metimazol desde hace un mes.

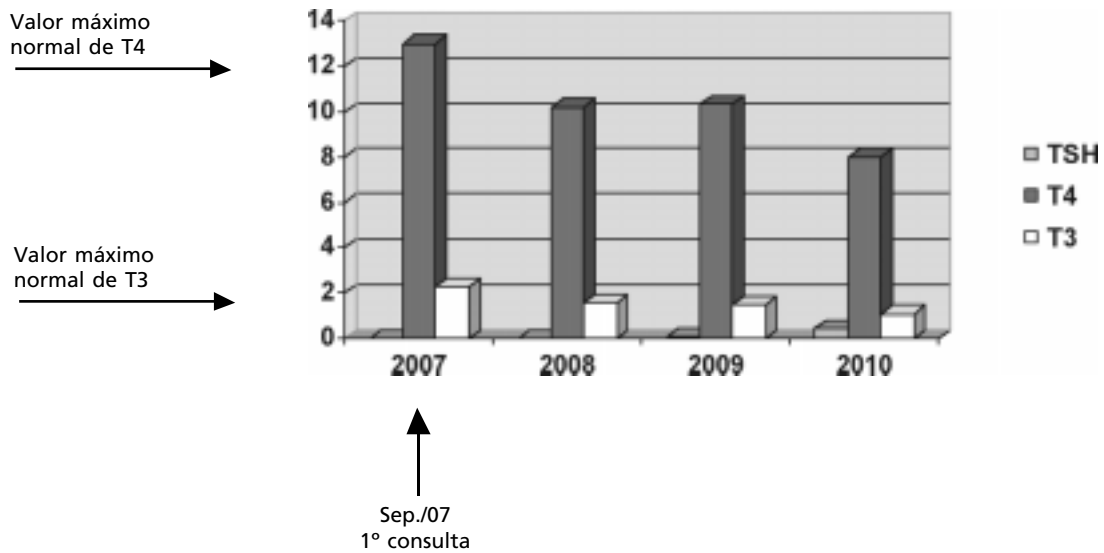
Del 14-04-10: TSH=0,421 (normal); T4=8,0 (normal) y T3=108 (normal)

Eutiroides clínica y bioquímicamente.

15-06-10 (1 mes después)

Me comenta por teléfono que está muy bien. Toma sólo su medicación homeopática de base. No síntomas de hipertiroidismo. Emocionalmente equilibrada.

Gráfico de evolución de la paciente N° 2



Comentario: En esta paciente comencé el tratamiento del hipertiroidismo, solamente con homeopatía (medicación de base + Iodum). A los ocho meses se sentía mejor anímica y clínicamente, pero los valores de T3 y T4 persistían altos. Decidí, entonces, agregar metimazol a bajas dosis (1 comprimido de 5 mg/día) y lograr descender la T4 (la T3 permaneció levemente aumentada por un período corto). Se mantuvo eutiroidea y a partir del año y diez meses, el metimazol fue indicado 3 veces/semana. Lo fui disminuyendo progresivamente hasta que se lo suspendí a los dos años y cinco meses en que tomaba apenas un comprimido por semana. Actualmente eutiroidea clínicamente y de laboratorio (incluido el TSH).

3) Alicia Q. (2 y 1/2 años de evolución a junio 2010)

Paciente de sexo femenino, nacida el 09-01-75 que consulta el 25-12-07, a la edad de 32 años, por síndrome hipertiroidico. Presenta temblores, exoftalmos, diarreas, taquicardias, cansancio.

Fue tratada con Antroposofía desde marzo hasta noviembre de aquel año.

Trajo los siguientes análisis del 17-05-07: **TSH=<0,03uUI/ml (VN: hasta 0,27) inhibido; FT4=2,30ng/dl (VN:hasta 1,70) aumentada; T3=241ng/dl (VN: hasta 200) aumentada;** Atc. Antiperoxidasa=16,2 (VN: hasta 34) normal

Del 02-08-07: **TSH=0,02UI/ml (inhibido); FT4=2,16ng/dl (aumentada); T3=1,75ng/dl (normal); Antc. Antiperoxidasa= 1,0 (normal).**

Del 12-12-07: **TSH=0,02 (inhibido); FT4=2,02ng/dl (aumentada); T3=1,90ng/dl (normal).**

Al examen físico: moderado exoftalmos, bocio de unos 30 gr. firme y homogéneo. Taquicardia.

Practica montañismo y por sus características de personalidad y emocionales y por su

Enfermedad de Graves Basedow, le indiqué: **Phosphorus 2 L/M (5 gotas/día) + Iodum 200 (2 papeles)**

28-04-08 (4 meses después)

Del 04-04-08: **TSH=0,02 uUI/ml inhibido (VN=0,80 a 4,50); T3=2,40ng/dl elevada (VN: hasta 1,81); FT4=2,99ng/dl elevada (VN:hasta 1,70)**

Refiere estar bien anímicamente, pero con taquicardia si practica escalamiento o si toma café. De ánimo mejor. Ha aumentado de peso, pero persiste cierto eretismo cardíaco.

Indiqué: **Phosphorus 3 L/M 5 gts./día + Iodum mil dos papeles y 5 mg. de Danantizol/día**

02-07-08 (2 meses después)

Del 11-06-08: **TSH=0,02 uUI/ml inhibido; T3=1,49ng/dl normal; FT4=1,83ng/dl levemente aumentada.**

Se siente mucho mejor: no tantas palpitaciones, menos calor, sigue aumentando de peso. Al examen físico: no temblor, bradicardia. Tiroides igual.

Indiqué: **Phosphorus 5L/M y al terminar continuar con el 7L/M + Iodum mil 1 papel en agosto + 5mg. de Danantizol por día**

25-09-08 (casi 3 meses después)

Del 17-09-08: **FT4=2,45ng/dl (aumentada); T3=1,99ng/dl (normal); TSH=0,02 uUI/ml (inhibido)**

Está muy bien anímicamente. Empezó un taller de pintura. Se siente contenta.

Al examen físico: ha disminuido 1/2 kilo de peso; pulsaciones normales, tiroides algo disminuida de tamaño.

Indiqué: **Phosphorus 9 L/M y a su término continuar con Phosp. 10 L/M + Iodum 3mil, 1 papel cada 2 meses + 2 comprimidos (10 mg.) de Danantizol por día**

19-01-09 (casi 4 meses después)

Del 05-01-09: **TSH=0,02uUI/ml inhibido; T3=1,25ng/dl normal; FT4=1,81 ng/dl levemente aumentada**

Se siente muy bien y se olvida de tomar el Danantizol, pero toma correctamente el Phosphorus 10 L/M. No cansancio, no palpitaciones, bien el apetito y el sueño. Ha disminuido 1/2 kilogramo de peso. Al examen físico: Tiroides igual. Pulso normal. No temblores, no eretismo cardíaco.

Indiqué: **Phosphorus 12 L/M y a su término continuar con Phosph. 14 L/M, 5 gotas/día + Iodum 5 mil, 1 papel + 1 Danantizol/día**

07-09-09 (7 1/2 meses después)

No toma Phosphorus desde hace 2 meses porque se le acabó y no volvió a la consulta, pero continuó con 1 comprimido de Danantizol por día.

Refiere taquicardia y temblores sólo cuando hace actividad física, pero ya está escalando nuevamente. Se siente bien en general. Ha aumentado 1/2 kg. de peso. Refiere que se hizo un **control hormonal en julio**

que fue normal (no lo trae porque lo perdió)

Clínicamente eutiroidea. Tiroides igual.

Indiqué: **Phosphorus 15 l/m y pasar luego al 17 L/M + Iodum 5 mil (2papeles) + 1 compr. de Danantizol por día**

02-12-09 (3 meses después)

Sigue bien. Sigue practicando escalamiento, pero se agita (lo adjudica a la falta de entrenamiento).Clínicamente eutiroidea.

Indiqué: **Phosph. 19 L/M y a su término continuar con Phosph. 20 L/M, 5 gotas/día+ Iodum 10 mil, 1 papel + 1 comprimido de Danantizol/día**

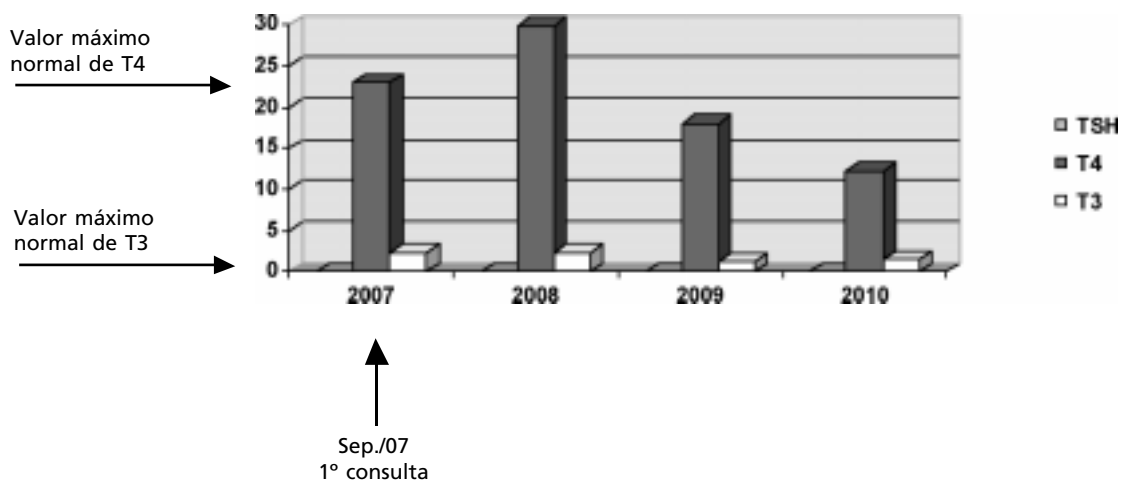
21-04-10 (4 1/2 meses después)

Del 06-04-10: **TSH=0,02 uUI/ml (inhibido); T3=1,49ng/dl normal; T4=12,20ug/ml normal (VN=hasta 13,5)**

Aumento de peso. No temblores. Clínicamente eutiroidea.

Por su estado anímico indiqué: **Pulsatilla 21 L/M y al terminar, pasar a 22L/M. Suspende Danantizol.**

Gráfico de la evolución de la paciente N° 3



Comentario: Esta paciente llega a la consulta con el antecedente de haber tomado medicación antroposófica para su hipertiroidismo durante 9 meses. Se logró normalizar la T3, permaneciendo altos la T4 libre y los anticuerpos antitiroideos. El TSH inhibido. La terapia homeopática complementada con 5 mg de metimazol (aún cuando la enferma lo tomaba irregularmente), logró paulatinamente el eutiroidismo, a pesar del pico de T4 en 2008.

4) Mónica C. (1 año y 11 meses de evolución a junio 2010)

Mujer de 61 años de edad al momento de la consulta, el 17-07-08 (fecha de nacimiento: 13-01-47). Concorre derivada por su homeópata, porque le diagnosticaron hipertiroidismo en abril de 2006: **TSH=0,02 uUI/ml (inhibido); FT3=7pg/ml (VN: 2 a 5) elevado; FT4=2,5 ng/dl (VN: hasta 1,8) elevado; TRAb: 15% (hasta 10) elevado.** Ecografía de tiroides normal.

Hizo tratamiento con Danantizol y luego le agregaron levotiroxina para contrarrestar el hipotiroidismo medicamentoso. Suspendió el tratamiento a comienzos de 2007, pero en julio de ese año, sus valores hormonales habían vuelto a aumentar: **FT3=6,8 pg/ml (elevado); FT4=3 ng/dl (VN: hasta 1,8) elevado; TSH=0,004 mUI/ml (inhibido).** Comienza nuevamente con Danantizol, con vistas a una dosis terapéutica de yodo radioactivo. Logra estabilizar sus hormonas tiroideas, pero se niega a ingerir la dosis radioactiva, por lo cual es derivada para decidir tratamiento. Últimos análisis del 26-06-08: **TSH=0,01 (inhibido); T4=12,5 ug/dl (VN: hasta 13,5) normal; T3=166 ng/dl (VN: hasta 200) normal.**

Había suspendido el Danantizol en abril.

Como medicación constitucional, tomaba Natrum-mur 30 todos los días + Thyroidinum 5CH + 25mg de Atenolol.

Al examen físico se encontraba clínicamente hipertiroides: taquicardia, temblor de manos, cansancio, fatiga. Por sus características constitucionales le indiqué **Sepia mil (10 gl./día). Agregué Iodum 200 (1 papel cada 2 semanas)**

11-09-08 (2 meses después)

Trae del 02-09-08: hemograma con discreta anemia. **TSH=0,03 (inhibido); T4=11,8 ug/dl (VN: hasta 13,5) normal; T3=215 ng/dl (VN: hasta 200) levemente aumentada.**

Emocionalmente muy bien, más operativa en general (trabaja de empleada doméstica), muy compasiva con la gente (ayuda a gente pobre visitando las casas)

Indiqué: **Phosphorus mil (10 gl./día) Iodum 300; Iodum 700 y Iodum mil con separación de 3 semanas**

18-12-08 (3 meses después)

Trae del 10-12-08: **T4=13,2 ug/dl (VN: hasta 11,7) aumentado; T3=1,81 ng/dl (VN: hasta 1,59) aumentado; TSH=0,01 mUI/ml inhibido.** Hemograma normal.

Se siente mejor, con más energía. El cardiólogo la encontró bien. Tuvo una diarrea luego de perder el celular. Al examen físico eutiroidea.

Indiqué: **Phosphorus 5 mil (5 gl./día). Al mes Iodum mil (1 papel), al mes y al siguiente mes Iodum 3mil (1 papel)**

24-04-09 (4 meses después)

Trae del 17-04-09: T4=10,9 (VN: hasta 11,7), normal.

Emocionalmente bien. Clínicamente eutiroides

Indiqué: **Phosphorus 10mil (5 gl./día) + Iodum 5 mil (1 papel)**

26-08-09 (4 meses después)

Sin ninguna medicación homeopática desde hace un mes.

Trae del 10-08-09: FT4=1,35 ng/dl (VN: 0,70 a 1,48), normal.

Medicación actual: Atenolol 25 mg/día.

Clínicamente eutiroides. Emocionalmente con inquietud porque está interesada en un hombre que no se le declara.

Indiqué: **Phosphorus 15 mil** (10 gl. 3 veces por semana)

Control de FT4 en dos meses.

03-06-10 (9 meses después)

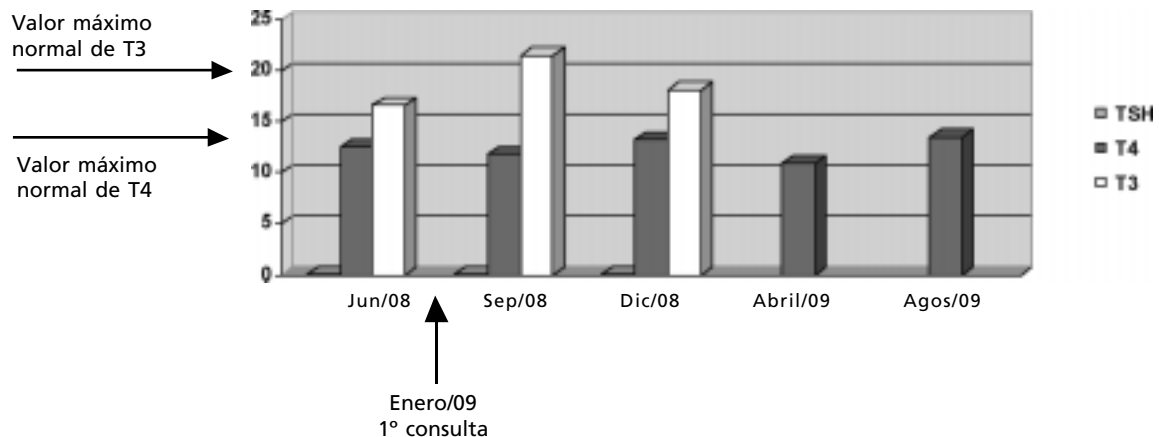
Se comunicó telefónicamente porque está con una lumbociatalgia debido a la compresión neural de un quiste de Tarlov.

Clínica y emocionalmente se siente muy bien, sin síntomas de disfunción tiroidea. Hace las tareas domésticas sin fatigarse y está animosa. Es por eso que no realizó el análisis de T4 libre solicitado en consulta anterior ni volvió a control. Continuó tomando en forma ininterrumpida Phosphorus 15mil, 3 veces por semana y Atenolol 25 mg/día.

Sugiero el control hormonal y suspensión del medicamento homeopático.

Concurrirá a la brevedad posible al consultorio.

Gráfico de evolución de la paciente N° 4



Comentario: Paciente que llega a la consulta por presentar hipertiroidismo, derivada por su homeópata, quien la atendía desde hacía varios años. Ya había recibido terapia convencional durante casi un año, con recidiva posterior. Retoma el tratamiento con vistas a una dosis de yodo radioactivo (que luego se niega a tomar) y vuelve al eutiroidismo. Trae análisis hormonales del mes anterior a la primera consulta, donde se constata T4 y T3 normales con TSH inhibido, pero clínicamente estaba hipertiroidea. Le

cambié el medicamento constitucional que venía tomando y agregué Iodum. Rápidamente mejora sus síntomas, a pesar de que en un comienzo la T3 estuvo levemente aumentada. A los nueve meses ya había alcanzado el eutiroidismo químico. Nunca le indiqué metimazol por ser una paciente con muchos años de Homeopatía y, por ende, deduje que estaría menos sensible a la acción de los anticuerpos estimulantes de la tiroides.

5) Noemí C. (1 1/2 año de evolución a junio 2010)

Paciente de sexo femenino, nacida el 23-07-58, que al momento de la consulta, el 15-01-09, tenía 51 años. Es investigadora del INTA en Biología.

Consulta por *petequias en piernas* desde diciembre, sin picazón, luego de un enojo que tuvo en su trabajo. Le sucedió lo mismo en 1993 y remitió espontáneamente.

También nota *taquicardia, temblores, adelgazamiento, calambres en pies y manos*. Apetito y temperatura corporal normales. Sueño conservado.

Como antecedente personal, tuvo una mastectomía izquierda en diciembre de 2005 por un carcinoma ductal infiltrante. Tratamiento: recibió 8 aplicaciones de quimioterapia en 2006. Actualmente con Tamoxifeno.

Por sus características de personalidad, le indiqué Nux-Vómica 1 L/M, 5 gotas/día y por sus síntomas clínicos y un pequeño bocio, solicité control de hormonas tiroideas y ecografía de la glándula. Se verifican petequias aisladas en miembros inferiores.

09-03-09 (2 meses después)

Trae del 25-02-09: **TSH=0,0006 (inhibido); T3=3,60 ng/dl aumentada (VN: 0,58-1,59); T4=19,40 ug/dl aumentada (V=hasta 13,5) Antcs. antiperoxidasa=312 (VN hasta 12);** Proteína C reactiva: negativa; ASTO: 50 UI/mil (VN: hasta 200) Hemograma con ligera neutrofilia y eritrosedimentación de 18 mm. **Ecografía de tiroides: glándula aumentada discretamente de tamaño, con nódulo quístico en LD y otro hipoecogénico con halo fino alrededor en LI de 9 x 5,5 mm. No adenomegalias regionales.**

Ecocardio y ecodoppler cardíaco: normales.

Emocionalmente bien, pero continúa con taquicardia, eretismo cardíaco y temblor de manos y piernas.

Solicité un centellograma para verificar captación de los nódulos.

Indiqué: **Nux-V 3 L/M (5 gts./día) + 1 Atenolol de 10 mg. 3 veces/día y 1 comprimido de 5mg/día de metimazol (Danantizol)**

27-04-09 (1 1/2 mes después)

Trae del 17-03-09 **Captación de tiroides 1° hora 38%; 2° hora 32% y a las 24 hs. 35% (valores de hipercaptación). Centellograma: tiroides aumentada de tamaño con captación homogénea**

Ha aumentado de peso, continúa con calambres en miembros inferiores, las petequias han ido disminuyendo en cantidad, pero se agregó un rush cutáneo en piernas y en miembros superiores. Ha mejorado su función intestinal notablemente. Menos temblores.

Indico: **Nux-V 5 L/M (5gts./día); Iodum 200 (1 papel)**

Continuar con **10 mg. de Atenolol y 1 compr. de Danantizol/día.**

15-07-09 (casi 3 meses después)

Del 06-07-09: **FT4= 1,94 ng/dl aumentada (VN: hasta 1,29) T3=3,26 ng/dl aumentada (VN: hasta 1,59)** Hemograma normal

Emocionalmente enojada con su esposo porque no tienen contacto físico ni dialogan desde hace mucho tiempo. Con su mamá está más compasiva (refiere que le da pena, lloriquea). Sigue con calambres en miembros inferiores y si se pone a batir, también los tiene en los dedos de las manos. A veces, náuseas. Muy leve temblor distal. Peso estable. Tiroides de igual tamaño.

Indico: **Phosphorus 3 L/M (5 gts./día). Iodum mil (1 papel) y a los 45 días Iodum 5 mil (1 papel)**

Continuar con 1 compr. de Danantizol/día y disminuir a 10 mg. 2 veces por día de Atenolol

23-09-09 (2 meses después)

Cesaron los calambres. No taquicardia. Algunas manchitas rojas en piel que están en remisión. Le hicieron una biopsia de las erupciones, el 07-09-09: "Vasculitis leucocitoclástica (lesión tardía)".

Se atrevió a pedirle a su esposo el divorcio, pero él se lo negó. Tiroides algo más chica. Petequias en piernas.

Indiqué: **Phosphorus 4 L/M por 1mes y medio y luego pasar a Phosphorus 6 L/M, siempre 5 gts./día. Iodum 10 mil (1 papel) y disminuir a la mitad la dosis de Atenolol. Disminuir a 1 compr de Danantizol día por medio.**

11-11-09 (1½ mes después)

No fatiga ni temblor. Apetito aumentado de noche. Deseo de dulce y de helado. Muy bien con su mamá. Con su esposo relación distante, pero sin pelear.

Siguen petequias en piernas y algo en codos. Clínicamente eutiroidea.

Indico: **suspender el Danantizol y tomar _ comprimido de Atenolol día por medio.**

Continuar con Phosphorus 6 L/M y Iodum 10mil (1 pizca 1 vez/semana)

06-01-10 (2 meses después)

Hemograma normal. Ha tenido algunas manchitas rojas que van y vienen en pierna y un brote luego de una picadura de mosquito. Resto muy bien.

Indiqué: **Phosphorus 7 L/M durante 1½ mes y luego pasar al Phosphorus 8 L/M, siempre 5 gts./día**

Disminuir el Atenolol a ½ comprimido 3 veces/semana.

Carcinosinum 200 (1 papel) (nosode que venía tomando por indicación de su homeópata anterior)

14-04-10 (3 meses después)

Trae estudios del 10-04-10: FT4=1,19 ng/dl (normal) **TSH=0,0079 (inhibido)**

Clínicamente eutiroidea. Continúan las petequias en piernas. La mastóloga le cambiará el Tamoxifeno por un inhibidor de la aromatasa, ya que la dermatopatía podría deberse al primer medicamento.

Indiqué: **Phosphorus 10 L/M y a su término Phosphorus 11 L/M (5 gotas/día). Le confecciono un plan de descenso del Atenolol para suspenderlo totalmente**

09-06-10 (2 meses después)

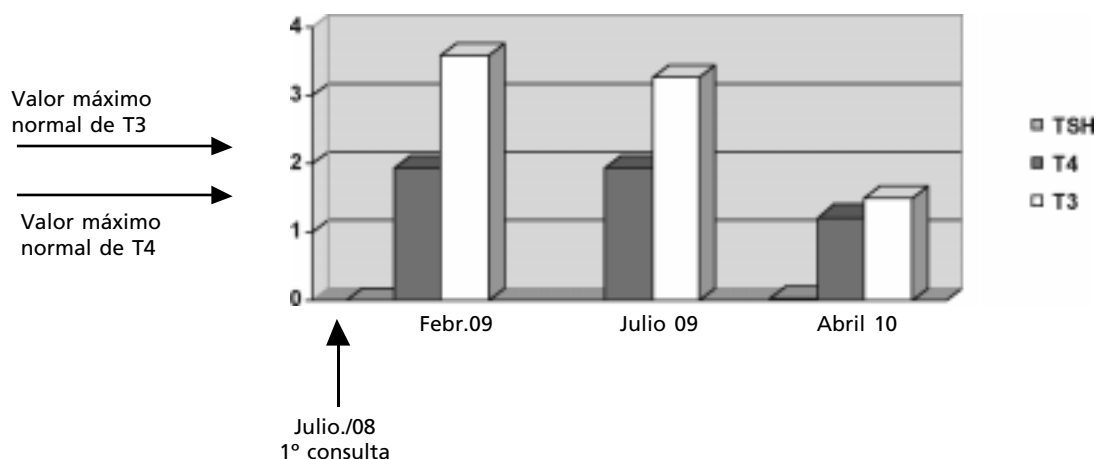
Se encuentra muy bien de ánimo. Las petequias continúan. Suspendió el Tamoxifeno hace dos días y comenzará mañana con un inhibidor de la aromatasa.

Clínicamente eutiroidea: no temblores, pulso normal, temperatura corporal adecuada, tiroides de unos 35 gr.

Está sin Atenolol desde hace más de un mes. Toma **Phosphorus 11 L/M y a su término continuará con el 13 L/M**

Solicito control de TSH, FT4, T3 y anticuerpos antitiroideos.

Comentario: La paciente concurre con síntomas de hipertiroidismo que se confirma mediante el estudio hormonal en sangre y la captación de yodo de la glándula aumentada. Dado el gran eretismo cardíaco, le indiqué atenolol y 5 mg. de metimazol, como complemento de su tratamiento constitucional + Iodum. A la segunda consulta, ya se sentía mucho mejor tanto orgánica como emocionalmente. Antes del año suspendí el Danantizol y al año y tres meses el atenolol (aunque ya venía tomando una dosis mínima de ½ comprimido tres veces/semana). No se pudo pedir controles de sangre con regularidad, porque no le es fácil conseguirlos en su obra social, pero evolucionó sin complicaciones y con mejorías progresivas. El último examen de T4 de 2010, reafirma el eutiroidismo.

Gráfico de evolución de la paciente N° 5

6) Roxana M. (9 meses de evolución a junio 2010)

Paciente que consulta el 10-09-09, a la edad de 48 años (fecha de nacimiento: 22-09-61), por hipertiroidismo descubierto hace 1½ año, a causa de trastornos en el ciclo menstrual.

Hace 9 meses comenzó tratamiento con medicina china, pero no mejoró.

Del 30-05-08: **TSH=<0,03uUI/ml (VN: 0,50-4,70), inhibido; T3=231ng/dl (VN: 79-149), elevada; FT4=3,99ng/dl (VN:0,71-1,85), elevada; Atc. APO=25,4 UI/ml (VN: hasta 12), elevado**

Ecografía de tiroides (24-02-09): Lóbulo izquierdo con nódulo calcificado de 13,2 x 7,6 mm. Resto s/p

Clínicamente hipertiroidea: taquicardia, temblor distal, rostro rojo, mirada brillante, sin llegar al exoftalmos. Refiere calor, cansancio al subir escalones, palpitations y diarreas.

Al examen físico: FC.120x'; eretismo cardíaco. Temblores. Tiroides de unos 35 grs.

Por sus características constitucionales, indiqué: **Natrum-Mur 2 L/M 5 gts.por día**

+ Iodum 200 (3 papeles, 1 cada 10 días) + 1 compr. cada 12 hs. de MMI

15-10-09 (1 mes después)

Disminuyeron los temblores, la taquicardia y menos fatiga al subir escaleras. Más tranquila emocionalmente. Normalizó la función intestinal.

Al examen físico: FC: 100 x', regular. Eretismo cardíaco. Ha aumentado de peso.

Indiqué: **Natrum Mur 4L/M, 5 gts.día + Iodum mil 1 papel y al mes Iodum 2mil, 1 papel + 1 compr.2 veces/día de metimazol**

10-12-09 (2 meses después)

No palpitations ni fatiga. No diarreas. Menos calurosa. Mejor de carácter.

Al examen físico: no eretismo cardíaco. Muy leve temblor distal (su padre tenía temblor idiopático)

Indiqué: **Natrum-Mur 5 L/M, 5 gts./día + 1 compr de metimazol/día**

11-03-10 (3 meses después)

Del 24-02-10: FT4=1,7ng/ml normal (VN=0,9-1,9); T3=1,3 ng/dl normal (VN=0,8-2,0)

Muy bien emocionalmente

Al examen físico: sigue con taquicardia: 100 x'. No temblor distal. Ha aumentado de peso.

Indiqué: **Natrum-mur 7 L/M y al mes y 1/2 pasar al 8 L/M + Iodum 10 mil, 1 papel y a los dos meses Iodum 15 mil, 1 papel + 5 mg. de metimazol/día**

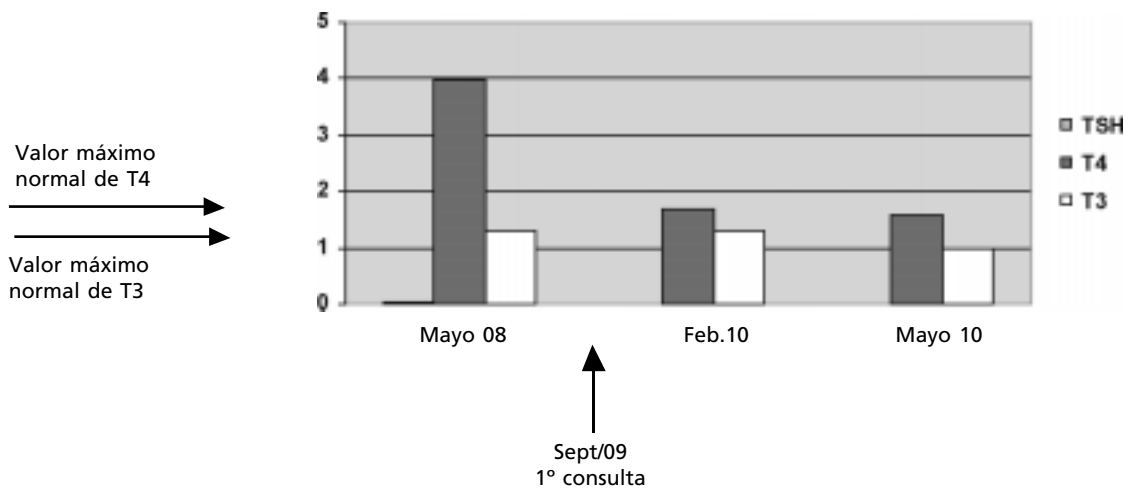
No síntomas ni signos de hipertiroidismo. FC: 80 x', no temblores, piel normal, eumenorreica. No rinitis

Indiqué: **continuar con Natrum-mur 8 L/M y a su término continuar con Natrum-mur 10 L/M + Iodum 20 mil 1 papel en un mes + 5 mg de metimazol día por medio**

27-05-10 (2 1/2 meses después)

Está muy bien. Trae análisis del 12-05-10: FT4=1,6 ng/dl (normal); T3=1,0 ng/dl (normal).

Gráfico de evolución de la paciente N° 6



Comentario: Paciente que al momento de la consulta, hacía nueve meses que estaba tomando medicamentos de medicina china, sin reversión de su hipertiroidismo. El examen físico reveló taquicardia, temblores, exoftalmos, etc. Con el tratamiento homeopático complementado con metimazol a dosis mínima, sus síntomas mejoraron rápidamente. El control hormonal de sangre realizado a los cinco meses de comenzada la terapia y el último de mayo de 2010, confirmaron eutiroidismo químico.

CONCLUSIONES

En este trabajo presento seis pacientes de sexo femenino, con Enfermedad de Graves Basedow, con diferentes tiempos de evolución. No son curas sorprendentes o inmediatas, ya que se trata de una afección de difícil manejo desde todo punto de vista. Afrontar la enfermedad requiere conocimiento acabado del proceso que sigue la entidad nosológica y los riesgos que se pueden correr durante el tratamiento, ya que involucra a todo el orga-

nismo y, principalmente, a los sistemas cardiovascular y nervioso. Puede tener remisiones espontáneas, pero esto no se produjo en ninguna de las pacientes tratadas.

Una de las cosas a recalcar, es que no debemos dejarnos llevar sólo por los resultados de laboratorio, sino tener en cuenta que la clínica es soberana, sin olvidar que estamos frente a un paciente en su totalidad y no frente a una tiroides aislada.

Este criterio médico, me llevó a indicar el remedio constitucional en todos los casos. Cuando ejercía la endocrinología convencional, había una pregunta de rigor frente a cada paciente con patología tiroidea: *"¿Ha tenido algún problema emocional antes de que se desencadenaran estos síntomas?"*. Pero en realidad, la respuesta quedaba en una simple anécdota, ya que, fuera "sí" o "no", el tratamiento era el mismo.

En cambio, la Homeopatía me da la posibilidad de que esta contestación sea importante y tenga sentido para la toma de decisiones terapéuticas.

Sin embargo, debido a experiencias anteriores, consideré necesario reforzar el accionar del medicamento de base, con otro con la mayor similitud a nivel general y particular. Ese medicamento es *Iodum*, cuya patogenesia evidencia los síntomas patognomónicos del hipertiroidismo.

La medicina está llena de desafíos y muchas veces tenemos que elegir el mal menor.

En ciertas patologías como la que presento en este trabajo, considero que la combinación de tratamiento alopático con el homeopático, es de buen criterio. Es por esto que hago hincapié en la prescripción de metimazol (*Danantizol*) a muy bajas dosis. El objetivo es darle tiempo al enfermo a que vaya consiguiendo el equilibrio vital y que en ese período no haga complicaciones propias de la enfermedad, como en este

caso pueden ser arritmias cardíacas, fatiga, impotencia funcional de los miembros, combustión excesiva con calor y adelgazamiento, diarreas, temblores, etc.

Solamente a la paciente n° 4 no se lo prescribí porque se encontraba haciendo Homeopatía desde hacía varios años y consideré que estaba en mejores condiciones de revertir más rápidamente la disfunción.

En líneas generales esta droga se indica en altas cantidades porque es muy difícil que el cuadro revierta si no se impregna el organismo con el antitiroideo. Por ejemplo, la dosis inicial en el hipertiroidismo leve es 15 mg/día; en el hipertiroidismo moderadamente severo: 30-40 mg/día y en el hipertiroidismo severo: 60 mg/día. El mantenimiento es entre 5 a 15 mg diarios.

Como se podrá apreciar en estos casos moderados a severos que presento, desde un comienzo se pudieron controlar con dosis de mantenimiento (entre 5 y 10 mg de metimazol por día).

La respuesta positiva con bajas dosis se puede conseguir si se trabaja al unísono con el medicamento homeopático. Por eso la Homeopatía se presenta como una opción muy valiosa, ya que la posibilidad de efectos colaterales del antitiroideo se acrecienta a dosis altas. En las embarazadas y mujeres que amamantan su beneficio es mayor, dado que los bloqueantes tiroideos atraviesan la barrera placentaria (con la consabida afectación del feto) y son eliminados en la leche materna, afectando al lactante.

Cuando el paciente está homeopatizado, comienza a encontrar un equilibrio y deduzco que la tiroides aumenta el umbral de susceptibilidad a los anticuerpos antitiroideos estimulantes de la función. Por consiguiente, va haciéndose refractaria a dicho estímulo y baja la demanda medicamentosa.

Es de hacer notar que el nivel de tirotrófina sérica (TSH) se mantiene inhibido

(con excepción de la paciente nº 2) y los niveles de anticuerpos antitiroideos permanecen altos, aún cuando las hormonas periféricas (T4 y T3), se han normalizado. Este patrón puede persistir por varios años.

Finalmente, espero haber podido transmitir la idea que el médico debe, ante todo, tener un criterio holístico sin olvidarse de la clínica. Hay diferentes grados de urgencia en el tratamiento del desequilibrio vital y su expresión orgánica.

El aforismo hipocrático "Primum non nocere" debe ser nuestra regla de oro y a veces, por no hacer, hacemos daño. Es un equilibrio muy difícil de alcanzar, pero si tenemos los conceptos claros, nuestra práctica médica será un verdadero arte para beneficio de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1) Allen, Timothy F.: The Encyclopedia of Pure Materia Medica. Vol. V – Boericke y Tafel, 1877

2) Clarke, John Henry: A Dictionary of Practical Materia Medica. B. Jain Publishers Put. Ltd. New Delhi (India) 1995

3) García Sabina, A., Pérez Casar, M.a C., Botana López, M., Arias Sampedro, J., De Matías Leralta, J. M.a, De Andrés Jacob, A.,: "Agranulocitosis por antitiroideos, a propósito de cuatro casos", Farmacovigilancia, Farm.Hosp.1998;22(4):213-215

4) Törring O., Tallstedt L., Walling G. y col. Graves hyperthyroidism: Treatment with antithyroid drugs surgery or radioiodine-a prospective randomized study. J. Clin. Endocrinol Metab. 81:2986-2993, 1996.

5) Vannier, León: Compendio de Materia Médica Homeopática. Ed. Porrúa, 13° edición, México, 1996

6) Vijnovsky, Bernardo: "Tratado de Materia Médica Homeopática", Buenos Aires, 1980

Alonso, mi Paciente Verde

Dra. Mónica Müller

Profesora Adjunta AMHA

SUMMARY

The object of this work is to corroborate once again the validity of the paragraphs from *The Organon of the Medica Art* by Dr. Samuel Hahnemann regarding the value of the symptoms as “the true and only conceivable portrait of the disease” (§ 6).

Likewise, the experiences on which this work is based confirm that homeopathy dynamization is able to act on the Vital Force of a living being just for being such and even independently from its species, always provided that the election of the remedy is guided by the totality of the characteristics of the symptoms “of this outwardly reflected picture of the internal essence of the disease, that is, of the affection of the vital force” (§ 7). This provides an example of how homeopathy achieves the cure, not being necessary to know the disease, its name, its etiology or physiopathology because “there is, in the interior of man, nothing morbid that is curable and no invisible morbid alteration that is curable which does not make itself known to the accurately observing

physicians by means of morbid signs and symptoms” (§ 14)

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene por objeto comprobar una vez más la vigencia de los párrafos del Organón del Arte de Curar del doctor Samuel Hahnemann, relativos al valor de los síntomas como “verdadero y único cuadro concebible de la enfermedad” (§ 6).

La experiencia en que se basa este trabajo confirma además que la dinamización homeopática es capaz de actuar sobre la Energía Vital de un ser vivo por la mera razón de serlo y con independencia hasta de su especie, siempre que la elección del medicamento sea guiada por la totalidad característica de los síntomas “cuya imagen exterior es la expresión de la esencia interior de la enfermedad, es decir, de la energía vital afectada” (§7) También ejemplifica cómo la homeopatía es capaz de lograr la curación sin necesidad de conocer la enfermedad, su nombre, su etiología ni su fisiopatología,

por que no existe en el interior del organismo ninguna enfermedad que no sea curable ni ninguna alteración mórbida que no se haga reconocible al médico concienzudo y observador por medio de síntomas y signos objetivos y subjetivos (§ 14).

DESARROLLO

Alonso llegó a mi vida a fines del verano del 2003. Cuando lo conocí tenía tres meses, medía apenas cinco centímetros de cabeza a cola y cabía entero en la palma de mi mano.

Lo elegí entre una docena de iguanitas recién nacidas aparentemente idénticas a él porque para mí fue diferente desde el primer momento: mientras sus compañeros corrían y trepaban por la jaula, él miraba alrededor con una expresión asustada y triste que transmitía un gran desvalimiento. Además tenía el extremo de la cola torcido y decolorado como una ramita seca.

La dueña de la tienda especializada en reptiles me aconsejó que eligiera otro ejemplar porque era probable que durante la captura o el traslado la iguanita hubiera sufrido un traumatismo que le había dejado esa deformación permanente en la cola y tal vez otro tipo de trastorno aún no visible que podía manifestarse más adelante.

Pensé que si iba a adoptar una iguana con la intención de cuidarla y de hacerla feliz, debía llevarme esa y no otra que necesitara menos amor.

Así que la llevé a casa, donde la esperaban todas las comodidades que una *Iguana iguana* necesita para crecer sana: un gran terrario con una zona fresca para el alimento y otra más cálida para el reposo, lugares

para trepar y esconderse, una temperatura regulada entre los 22 y los 27 grados, un tubo de luz ultravioleta prendido durante 12 horas diarias y una provisión permanente de verduras y frutas frescas seleccionadas entre las más ricas en calcio y más pobres en folatos para favorecer la fijación del calcio.

BREVE INFORMACIÓN SOBRE IGUANAS

Alonso pertenece a la especie *Iguana iguana*, vulgarmente llamada Iguana verde. Los ejemplares jóvenes tienen la piel de color verde brillante liso y cuando alcanzan la madurez sexual, los machos desarrollan una colorida papada que hinchan a voluntad, espículas largas y duras a lo largo de la columna vertebral que forman una cresta sobre la cabeza y una serie de glándulas de vistosos colores en el cuello y los muslos, que son sus caracteres sexuales secundarios. La piel de una iguana macho adulta vira a un verde terroso con estrías en la gama del marrón y el amarillo.

Su hábitat natural se extiende por amplios territorios de la América tropical, pero también se la cría en reservas y criaderos para su comercialización.

Casi todas las iguanas que se comercializan legalmente han nacido en criaderos.

VIDA DE HOGAR

La vendedora me aseguró que todas las iguanas que tenía en el local eran machos, porque para asegurarse la continuidad de su negocio los importadores no venden hembras. Me explicó que es difícil reconocer el sexo de las iguanas: el hemipene del macho

está oculto y sólo mediante una maniobra que los criadores conocen puede hacerse visible. También me explicó que las hembras son muy problemáticas para criar porque producen huevos en grandes cantidades y cuando viven en cautiverio no los ponen, lo que suele terminar en graves complicaciones, como un cuadro de huevos retenidos, obstrucción intestinal o peritonitis. Convencida de que era un macho, y después de rechazar varias sugerencias de nombres infantiles, graciosos y ridículos, elegí para él el nombre Alonso, tan masculino, digno y respetable como el animal imponente que sería en el futuro.

Enseguida se integró a la familia y se adaptó a la actividad de la casa sin ninguna dificultad.

Quienes ven por primera vez a Alonso creen que es un animal inexpresivo. También yo lo creí durante los primeros meses de convivencia, pero muy pronto comprendí que la dificultad para comunicarse no era de él, sino mía. Los humanos estamos acostumbrados a interactuar con mamíferos y los interpretamos sin mayor dificultad. Pero cuando estamos frente a un ser tan ajeno a nuestra especie como es un reptil, todos los códigos habituales de relación con los animales resultan inútiles y es preciso aprender otros nuevos.

Sin tener el menor conocimiento de veterinaria, sólo observando a Alonso cotidianamente aprendí a interpretar el sentido de sus reacciones con tanta claridad como se comprenden las de un perro o las de un gato. Y aprendí a respetar las que no comprendo porque están más allá de mis posibilidades.

Desde el primer momento, eligió algunas personas de su simpatía y manifestó su re-

chazo a otras. Nunca le gustaron los chicos. Los mira con desconfianza con un solo ojo poniendo la cabeza de costado y si se le acercan mucho arquea el lomo y adquiere un aspecto amenazante. En general le gustan más las personas jóvenes, y las mujeres más que los hombres. Cuando alguien le gusta se le acerca con curiosidad, salta sobre sus piernas y trepa hasta la cabeza (si se lo permiten). Como las iguanas son poiquilothermas, es decir que no regulan su temperatura corporal, buscan siempre lugares cálidos para mantenerse en una temperatura adecuada.

Toda la piel de Alonso es una fuente de mensajes muy explícitos. Cambia de colores y de diseños en respuesta a muchos estímulos. Cuando siente placer se cubre de manchas erráticas de colores cálidos y claros y cuando se enoja o tiene miedo se tiñe de un color verde esmeralda oscuro que puede llegar al negro.

UNA RELACIÓN JERÁRQUICA

Poniendo en práctica lo que aprendí leyendo sobre las iguanas, creé con él una relación basada en jerarquías rígidas.

Según los especialistas, para que la convivencia fuera posible yo debía ocupar el rol de "macho alfa", es decir, el dominante del grupo.

Si ese rol quedara libre, lo ocuparía Alonso y manifestaría su superioridad agresivamente, haciendo imposible la convivencia.

Para comprender por qué es vital que las jerarquías estén establecidas con claridad, hay que tener en cuenta que una *Iguana iguana* llega a vivir entre 8 y 25 años en cautiverio y en ese tiempo alcanza a pesar

entre 4 y 8 kilos y a medir entre 1.20 y 2 metros de longitud total. Sus armas de defensa merecen mucho respeto: veinte uñas largas y filosas como cutters, una línea de espículas que corren desde el cuello hasta el extremo de la cola formando una hoja de sierra de un metro de largo, que lanzada con la velocidad de un látigo puede seccionar un músculo humano hasta el hueso y un par de mandíbulas armadas con un borde filoso, con una gran fuerza de presión y desgarrar que la iguana puede trabar sobre su presa hasta que algo la haga cambiar de idea.

La primera condición para convencerlo de que el macho alfa era yo y no él, fue mostrarle en todas las circunstancias que siempre decido y domino yo. Por ejemplo, si lo levanto y él se resiste trepando por mis brazos hasta mi cabeza o trata de escabullirse haciendo con todo el cuerpo un violento movimiento de tirabuzón llamado *cocodrilo roll*, de ninguna manera debo permitirselo. Tengo que hacer mi voluntad, aunque eso me cueste una docena de arañazos profundos en los brazos.

Para mantener mi posición de superioridad, cuando lo reconvengo debo hablarle desde un nivel más alto. Todas estas medidas, que más suavizadas pero con pocos cambios reconocemos también en las organizaciones humanas, son imprescindibles para poder convivir con un reptil.

El llamado cariñoso por su nombre, las caricias en el lomo, los muchos cuidados de limpieza de su hábitat y la alimentación dos o tres veces por día también van imprimiendo en su memoria la idea de que hay un ser más poderoso que dicta las reglas y a la vez lo protege en la comunidad en la que vive.

FEBRERO 2004

Por consejo del doctor Horacio De Medio, llamé al doctor Alejandro Gonzalo, médico veterinario especialista en animales exóticos, para hacerle a Alonso su primer control. Aunque encontré que las condiciones en que vive son óptimas, le llamé la atención que siendo macho fuera tan pequeño para su edad y que habiendo cumplido un año no mostrara signos de madurez sexual. Esas características, unidas a su comportamiento tímido y a la tendencia a esconderse debajo de los muebles, le hicieron pensar que tal vez Alonso fuera hembra.

Me explicó que los machos tienden a buscar lugares altos para refugiarse y que las hembras buscan lugares bajos y oscuros, apropiados para desovar.

Otra posibilidad es que fuera un ejemplar especialmente sensible al cautiverio.

Le hizo un análisis parasitológico en busca de una causa que justificara su lento crecimiento y aunque se encontraron muy pocos ejemplares de vermes, le indicó un tratamiento con vermífugos, después del cual, aunque el parasitológico dio negativo, el desarrollo de Alonso siguió siendo llamativamente lento.

MARZO 2005

A pesar de todos los cuidados, a los dos años Alonso seguía teniendo la piel lisa y el color verde brillante de la inmadurez.

Sin embargo, cuando comenzó ese otoño su carácter empezó a cambiar. Después de pasar el verano al aire libre calentándose sobre las baldosas y trepando a las plantas del balcón, se negó a volver a su terrario, donde

estaba el tubo de rayos UV y la temperatura adecuada para él. Golpeaba las paredes con la cola, se arrojaba de cabeza contra los cristales y dispersaba comida y excrementos por todo el interior de su habitat varias veces al día. Interpreté que no toleraba estar encerrado. Entonces lo dejé suelto en la habitación más caldeada de la casa para que pasara el invierno. Eligió un estante alto de una biblioteca para dormir y allí le instalé su tubo UV, su piedra calefactora y su termómetro para controlar la temperatura. Enseguida extendió su territorio; exploró toda la casa y eligió sus lugares favoritos: el balcón, las cortinas, el respaldo de un sillón desde donde contempla el exterior durante horas como un gato, y la ducha, donde se da largos baños con los ojos cerrados y la piel titilando de éxtasis.

SEPTIEMBRE 2005

Después de un invierno muy tranquilo, empezó a mostrarse hostil. Al atardecer, cuando le acercaba la mano para retirar su plato de comida, erizaba las espículas del lomo y se contraía longitudinalmente para parecer más alto y amenazante y a pesar de su aparente inexpresividad era clara su expresión salvaje y agresiva. Un día decidí averiguar si realmente era capaz de atacarme. Seguí acercando la mano a pesar de actitud de amenaza y con una velocidad fulminante me lanzó un mordisco que me dejó durante varias semanas una muesca roja y profunda en forma de V en el borde de la palma. Hice lo que indican los especialistas: a pesar del miedo que me daba verlo enfurecido, lo levanté con decisión inmovilizándole los miembros, lo coloqué en un nivel más bajo que mi cara y lo reconvine

con firmeza en voz alta. Después lo dejé en su estante sin ninguna contemplación.

A medida que progresaba la primavera Alonso empezó a manifestarse más irritable y violento. Cortarle las uñas, actividad que siempre había aceptado, se transformó en una lucha cuerpo a cuerpo de la que siempre mis manos salían sangrando. Durante el día recorría la casa con inquietud, se escondía debajo de los muebles y en lugares oscuros e inaccesibles. Al atardecer su agresividad era más manifiesta. Cuando me veía se hinchaba en forma amenazante y esperaba que me acercara con la boca abierta para mordirme.

Al mismo tiempo comenzó a comer y a beber cada día menos y en consecuencia entró en una total inactividad intestinal y urinaria. El Dr. Gonzalo lo examinó, lo encontró clínicamente bien aunque con el abdomen muy distendido. Existía la posibilidad de un tumor o de una subobstrucción intestinal, por lo que solicitó una radiografía de abdomen.

Rx. 10.09.2005. Informe: Se observa cavidad celómica con imágenes semidensas homogéneas de borde definido, muy sugerentes de imágenes de huevos en importante cantidad.

No se identifican signos de obstrucción digestiva.

Ahora estaba todo claro, tanto el desarrollo atípico para un macho, como la conducta extraña como la anorexia.

En pocas horas, Alonso pasó a ser una iguana hembra con todos los problemas que eso significa. El doctor Gonzalo me aconsejó operarla para evitar las complicaciones que pueden provocar los huevos retenidos: hemorragias abdominales y peritonitis. Me aclaró que la cirugía tampoco es una solución

segura, porque si quedara un fragmento de tejido ovárico, una nueva ovulación podría provocar un cuadro grave de abdomen agudo. Preferí esperar y observar.

Para ese entonces hacía tres semanas que Alonso casi no comía, no tomaba ni una gota de líquido ni tenía deposiciones. Pero al mismo tiempo su carácter había hecho un giro de 180 grados: ya no se quedaba sola, sino que buscaba la compañía de los humanos. Muchas veces, al volver a casa la encontrábamos acostada detrás de la puerta esperándonos. Pero sobre todo, deseaba estar cerca o encima de mi marido. Se le trepaba al pecho cuando estaba acostado, se interesaba mucho en su computadora y frotaba la cara contra la manga de su saco con un gesto increíblemente femenino. A veces no la encontrábamos en todo el día y a la noche la descubríamos debajo de la almohada de mi marido (nunca debajo de la mía).

A diferencia de lo que hacía normalmente, también buscaba la sombra y los pisos de baldosas fríos para echarse, y una vez que encontraba esos lugares frescos parecía relajarse, tranquilizarse y sentir un gran placer.

Tomando el caso como agudo, repertoricé los síntomas más llamativos de los nuevos que habían aparecido, dejando de lado los comunes en ella:

1. Deseo de compañía
2. Afectuosa
3. Frío mejora
4. Ausencia de sed
5. Rehúsa comer

Pulsatilla 5.12

Phosphoric acid 5.9

Ignatia 5.8

Veratrum 5.7

Causticum 5.6

Le dí Pulsatilla 6 CH, en solución no alcohólica. Estaba tan renuente a tomar líquidos que le echaba las gotas en la boca directamente con el gotero (3 gotas dos veces al día).

El doctor Gonzalo me indicó que la alimentara con Ensure (alimento líquido proteico), cosa que hice con una jeringa dos veces por día.

Enseguida y durante las cuatro semanas siguientes Alonso expulsó varias veces una sustancia que se asemejaba al contenido de huevos: líquido albuminoso mezclado con pequeñas yemas deshechas. Paralelamente fue volviendo a la normalidad, comiendo y bebiendo un poco más cada día y recuperando su carácter de siempre.

A fines de octubre su comportamiento era totalmente normal, por lo que suspendí la Pulsatilla.

MARZO 2006

Los hechos de marzo y septiembre del 2005 comienzan a repetirse con una puntualidad asombrosa, pero más intensos. Alonso está anoréxica, inquieta, agresiva y muy irritable sobre todo al atardecer.

No le atraen ni sus manjares favoritos. Se esconde en la parte baja de los armarios buscando los lugares más oscuros de la casa y se revuelve con agitación durante horas.

Si se cruza con alguien al atardecer o cuando se dirige al baño, se eriza adquiriendo una actitud amenazante, saca la lengua, abre la boca en forma amenazante y finalmente salta sobre la persona intentando morderla.

En ese punto, mi familia me comunicó que la perspectiva de convivir con un animal agresivo, de un metro de largo y armado de

elementos de ataque contundentes y potencialmente peligrosos, no le parecía aceptable.

Antes de pensar en donarla al Zoológico (o de embalsamarla y hacer con ella una lámpara, como me sugerían algunos amigos poco amantes de los reptiles) y ya alertada de la regularidad de sus ciclos, decido observarla homeopáticamente en esta etapa, cuando recién comienza a manifestarse su desequilibrio, y anoto este síndrome mínimo:

1. Su irritabilidad es muy marcada poco antes del atardecer (en abril, a las 17 o 18 horas)

2. Tiene otro pico de irritación exactamente en el momento en que se dirige al baño a defecar (a las 14) y durante la media hora posterior. Esto ocurre con una puntualidad envidiable, lo que nos permite evitar su ira poniéndonos fuera de su vista durante esa hora.

3. Presenta tres gustos alimenticios muy marcados: quesos, grasas, tierra y la pintura de las paredes.

Esto es llamativo porque en la naturaleza las Iguanas iguana sólo comen vegetales y sus riñones no están preparados para procesar proteínas animales.

Descubrí casualmente estas preferencias cuando saltó de mi hombro a la mesa para lanzarse sobre un plato con pedacitos de queso de rallar, con tanta fruición que tuve que sacarle los más grandes de la boca para que no se atragantara. Otra vez saltó sobre un recipiente con mayonesa casera tratando de comérsela toda de un bocado, transformado en un pequeño dinosaurio absolutamente primitivo.

Para atraerla, cuando se aleja peligrosamente por el borde de la ventana, basta con mostrarle un pedacito de queso o un frasco de mayonesa. También mordisquea y traga la tierra de las macetas y encontré grandes zonas de la pared de la biblioteca con la pintura prolijamente carcomida a la altura de su cabeza.

En la toma de síntomas eludí aquellos que son propios de la especie porque consideré que no tenían valor para caracterizar a Alonso como individuo. Elegí justamente aquellos inesperados y raros en una iguana.

Repertorizo:

Irritabilidad al anochecer

Irritabilidad peor antes y después de la defecación

Deseo de grasas

Deseo de queso

Pica

Calcárea carbónica 5.8

Nitric acid 4.9

Nux vómica 3.6

Silicea 3.6

Decido darle Calcárea carbónica 12, en gotas sin alcohol. Disuelvo en el medio litro de agua de su bebedero 6 gotas todos los días.

Inmediatamente, en el término de 24 horas, el carácter de Alonso hace un cambio total. Deja de estar agresiva, ya no recorre la casa con una inquietud desesperada y aunque come muy poco, acepta comer dos o tres chauchas todos los días siempre que se las ofrezca con la mano.

SEPTIEMBRE 2006

El cuadro mental se reinicia con los mismos síntomas.

Para descartar una obstrucción intestinal, el doctor Gonzalo pide una nueva placa de abdomen.

Rx. 05.09.06. Informe: Se observa abdomen de densidad homogénea, pudiéndose identificar entre 6 y 8 formaciones redondeadas de mayor densidad, hallazgos muy sugerentes de presencia de huevos.

Sigo dándole Calcárea y aunque su abdomen sigue distendido, comienza a comer con ganas y a beber agua. Sigue tranquila durante toda la primavera. En diciembre suspendo Calcárea.

MARZO 2007

Nuevamente se inicia el ciclo, que comienza siempre por una irritabilidad muy marcada. Inmediatamente le administro Calcárea carbónica 12 en el agua de beber. Enseguida cambia el carácter y la anorexia se hace menos extrema. Esta vez come poco pero come, por lo tanto no adelgaza y mantiene su actividad normal, sin inquietud ni agresividad hasta fines de octubre, cuando es evidente que los huevos se han reabsorbido.

Decido continuar el tratamiento en forma crónica. Cuando un frasco se termina pido uno nuevo con cámara de aire y antes de abrirlo le imprimo 200 sucusiones y aumento la cantidad de sucusiones cada día. Además voy subiendo las potencias gradualmente cuando a pesar de la dinamización el carácter de Alonso comienza a mostrar sus peores facetas.

SEPTIEMBRE 2010

Hace ya cuatro años y medio que Alonso está tratado con homeopatía y cuatro que toma Calcárea carbónica. En este momento recibe la dinamización 200, diez gotas diarias diluidas en el agua de su bebedero. Se repite el ciclo de formación de huevos en forma regular dos veces por año, antes del otoño y antes de la primavera.

No ha vuelto a estar anoréxica y nunca más repitió intentos de ataques.

Es sociable y busca afecto de las personas que conoce, pero mira con gran atención y desconfianza a los desconocidos y los rechaza cuando lo quieren tocar.

Ahora su carácter es estable. Cursa las crisis de retención de huevos en forma casi imperceptible, con una ligera disminución del apetito pero sin cambios de estado de ánimo y sin el menor signo de irritabilidad.

CONCLUSIÓN

Cuando decidí tratar a Alonso con homeopatía lo hice con escepticismo. No soy veterinaria y desconozco las características biológicas de los animales en general y de los reptiles en particular. Tampoco pude obtener información clara acerca de los ciclos reproductivos de las iguanas. Por ejemplo, me preguntaba si la formación de huevos es equivalente a la ovulación o a la menstruación, para poder aplicarle algún rubro del Repertorio, pero no pude encontrar una respuesta clara. Es evidente que la biología de los reptiles tiene pocos puntos de contacto con los de los mamíferos.

Pero también pensé que si es verdad que la Energía Vital existe y tiene las mismas características en todos los seres vivos, en la Materia Médica homeopática debía haber una sustancia capaz de equilibrar la de Alonso. De otra forma, liberada a su desequilibrio, llevaba una clara deriva hacia el desastre.

Para identificar su medicamento a través de la individualización del caso, repertoricé sólo los síntomas que no son propios de la especie.

CONCLUSIÓN

En mi opinión, el sentido de esta experiencia puede sintetizarse en dos puntos:

A. Se demuestra que el medicamento homeopático actúa poderosamente sobre la

Energía Vital de un ser vivo sin necesidad de que éste sepa que está recibiendo un medicamento.

En consecuencia, se verifica una vez más que la acción del medicamento homeopático no se debe al efecto placebo que le atribuyen algunos críticos.

B. En aplicación de los parágrafos 6 y 7 del Organón, se demuestra que el prescriptor no necesita conocer siquiera el nombre ni la etiología del trastorno que está tratando.

Este caso confirma en forma extrema que aguzando la observación y la objetividad, no son necesarias ni siquiera las palabras o la comprensión racional para encontrar el remedio homeopático capaz de reequilibrar la Energía Vital.

De Nuestra Asociación

Huerta Grande, Córdoba, 23 de octubre de 2010

A las Autoridades del Congreso, a nuestros Invitados Especiales, estimados Colegas, señoras y señores

En el transcurso del Congreso se han desplegado varios sistemas para encontrar el remedio adecuado, basados en programas informáticos.

Sin negar la validez de los mismos y aceptando las ventajas de la velocidad que ellos aportan al surgimiento de resultados, me interesa reflotar una charla que tuve hace unos meses atrás con un especialista en Ciencias de la Computación.

Se interesaba por el tema de la homeopatía y su forma de arribar a un diagnóstico, tal vez por el hecho de que tanto él como un ingeniero en informática eran pacientes homeopáticos de otros colegas.

Casualmente expresé que el meollo estaba en que la Homeopatía era un arte médico.

En ese momento dio un respingo y dijo que eso inclinaba la balanza del lado del entrevistador, puesto que justamente al ser un arte hay cientos de miles de factores en juego, desde la mirada, la escucha de una frase, la actitud que se observa y los elementos que decidirá tomar en cuenta para formular un diagnóstico, del remedio en este caso.

También planteaba que si estos factores nombrados más todos los posibles los tuviera que expresar en un sistema de computación se debían reducir a no más de 10000 para que fuera viable un programa.

Lo expresado anteriormente me sugiere que las potencialidades del ser humano son múltiples, en consecuencia, mi pensamiento se orienta hacia aquello que decía Picasso: "Yo no busco, encuentro".

Muchas gracias

Dr. Jorge A. Traverso
Presidente de la FAMHA

En la Asamblea Anual Ordinaria que se desarrolló en el mes de noviembre, cumplimentando lo establecido en el Estatuto de la AMHA, se procedió a la renovación parcial de la Comisión Directiva, donde a través del voto de los asociados se reeligieron a los Dres. Mario Draiman como presidente, Eva Blaho secretaria y María Isabel Messia vocal 1 . Además fue aprobada la Memoria y Balance del ejercicio correspondiente.



El día 4 de diciembre se realizó en el Salón Mayorazgo la tradicional fiesta de colación de grado de la promoción 2010 de médicos homeópatas, veterinarios homeópatas, odontólogos y farmacéuticos. El Presidente de la AMHA, Dr. Mario Draiman reseñó la labor cumplida por la Institución en la formación de los colegas graduados, ponderó los esfuerzos realizados por todos los estamentos para lograr la mayor excelencia en la trasmisión e instó a los noveles médicos homeópatas a la continuidad formativa, ya que la Institución cuenta con los medios de actualización permanente en toda la currícula educativa.

El Director de la Escuela de Post Grado Dr. Juan Carlos Tsuji a su vez agradeció a todo el cuerpo docente y administrativo, la colaboración prestada a su gestión.

Luego se procedió a la entrega de diplomas a los graduados por el Cuerpo Docente en una emotiva ceremonia.

Prestaron su presencia además invitados especiales de Instituciones colegas.

Estuvieron representadas todas las farmacias que colaboran con la Institución en la mejor calidad del medicamento homeopático.

Agradecemos a todas no solo su participación sino también los regalos aportados, que fueron sorteados entre la concurrencia.

Ponderamos también la excelencia del servicio gastronómico, y la cordialidad y entusiasmo que todos los concurrentes manifestaron en un clima de verdadera fiesta.