



**UNIVERSIDAD CANDEGABE
DE HOMEOPATIA**

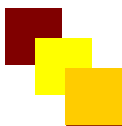
DISTANCE LEARNING UNIVERSITY

SINOPSIS DEL LIBRO:

**APROXIMACIÓN
AL METODO
PRÁCTICO Y PRECISO
DE LA HOMEOPATÍA PURA**

Dr. Marcelo E. Candegabe

Dr. Hugo C. Carrara



INTRODUCCIÓN

Hahnemann escribe, en el párrafo 104 del Organon, que una vez que se han recogido los síntomas que caracterizan el cuadro de la enfermedad se ha hecho el trabajo más difícil. Lo que queda por hacer —continúa— es estudiar este cuadro atentamente para oponerle un medicamento elegido homeopáticamente y curar al enfermo. Sin embargo, es justamente en la segunda parte del trabajo, la que, al decir de Hahnemann, es la parte más fácil, donde se producen los mayores desencuentros metodológicos entre las distintas escuelas y tendencias de la Homeopatía Unicista.

Las diferentes opiniones han dado origen a métodos de trabajo más o menos fantasiosos, más o menos basados en la capacidad clínica del homeópata y más o menos dependientes de los conocimientos de la Materia Médica. Con el correr de los años se ha producido una gran confusión y la metodología original de Hahnemann desaparece bajo muy variados modos superpuestos de entender lo que se debe hacer una vez que la parte más difícil del trabajo está terminada.

Nuestra propuesta no agregará nuevos conocimientos a los que ya tiene la Homeopatía; sólo hemos tenido la oportunidad de comprender, tal vez un poco mejor, el orden que debe seguir la metodología homeopática pura. Nos referimos al método homeopático que utiliza exclusivamente tanto los principios lógicos y claros derivados de las leyes que fundan la Doctrina, como las reflexiones más trascendentes de su creador. Lo que nos hemos propuesto es hacer llegar a la comunidad homeopática nuestra experiencia para someterla al análisis de los colegas y así poder efectuar las eventuales modificaciones que podrían originarse en el trabajo colectivo.

El material que tenemos desplegado, después del atento examen del cuadro de la enfermedad del paciente, son los síntomas. El objetivo de nuestro trabajo es la comparación de los síntomas del enfermo con los síntomas que corresponden en la Materia Médica a los diferentes medicamentos, para encontrar, entre todas las combinaciones sintomatológicas posibles, la que más se adecue a la que nos presenta el paciente. Quizá resulte de utilidad imaginar que tanto los síntomas del paciente como los de las patogenesias son como pequeñas esferas de colores y tamaños distintos. Nuestro trabajo consistirá entonces en comparar las escasas esferas que corresponden a los síntomas del enfermo con la inmensa cantidad de pequeñas esferas que presenta la Materia Médica.

Tendremos así dos grupos o conjuntos: por un lado el montoncito que simboliza los síntomas de nuestro paciente, y por el otro el “Himalaya” de esferitas que corresponde a la totalidad sintomatológica de todas las patogenesias a las que han dado lugar todos los remedios de la Materia Médica.

Al analizar los síntomas de un paciente notaremos que pueden discernirse diferentes categorías: los hay mentales (con ellos haremos un subgrupo dentro del montoncito anterior), generales (otro subgrupo) y locales. De este modo quedarán formados tres conjuntos bien definidos que podremos estudiar separadamente.

Entre los síntomas locales, por ejemplo, pueden aparecer algunos genéricos, poco definidos. Si el paciente sufre de una gastritis, es obvio que se manifestará con acidez del estómago. Pero **ese** síntoma no identifica a **este** individuo concreto, no lo distingue de todos los otros enfermos de gastritis que también tienen acidez de estómago. Tendremos que profundizar aún más el análisis. Investigar, por ejemplo, si la acidez se presenta antes o después de comer, o si aparece cuando el enfermo se acuesta. Sólo en ese momento

comenzaremos a obtener alguna información más singularizada. La modalidad del síntoma es lo que va a caracterizar a cada individuo en particular. Entonces distinguiremos la acidez de Juan que se presenta antes de las comidas, de la de Pedro que se produce cuando está en cama. De este modo iremos individualizando, singularizando, los síntomas de cada paciente y lograremos así una información cabal del modo en que se presenta la enfermedad en este individuo en especial.

Por otra parte, en un estudio más atento, descubrimos a menudo que el paciente presenta síntomas que no tienen relación con la patología que motivó la consulta. Son los síntomas no comunes —como los denomina Hahnemann en el parágrafo 153 del *Organon*—, es decir notables, distinguidos, los síntomas “característicos”, a los que también se refiere en el parágrafo 209. Entre todos los síntomas comunes aparecerán algunos que son extraños, raros, peculiares, que se presentan en este enfermo y no en otro y que hacen de él una persona única en el mundo también en el estado de enfermedad.

Estos son los síntomas que nos van a interesar muy especialmente. Sin embargo, antes de atender a cada uno de ellos, tendremos que estudiar otro detalle, porque de esos síntomas raros, extraños, peculiares que el paciente dice sentir, hay uno que empezó días atrás, luego de un paseo por la montaña, mientras que otro está presente, sin razón ni explicación, desde la más temprana juventud. Por lo general estos últimos síntomas son pequeños, el paciente no les presta especial atención porque se acostumbró a ellos a lo largo de muchos años. Hahnemann, en el parágrafo 95, nos hace notar que suelen ser considerados por el enfermo como si fueran propios de un estado de normalidad, casi de salud, porque está habituado a ellos y ha olvidado la sensación, o lo que ha sentido en un principio luego de los quince o veinte años que viene padeciendo la enfermedad.

Ese síntoma raro, extraño, peculiar, modalizado, individual, padecido desde hace tanto tiempo que el enfermo considera como propio de su estado de salud, de normalidad, es el que más deberemos estudiar y al que tendremos que prestar especial atención, ya que la permanencia en el tiempo de los síntomas es una medida de la estabilidad de la constitución singular de cada enfermo. Es, por lo tanto, esa permanencia, un elemento fundamental para individualizarla. De ahí que, frente al grupo de esferas “peculiares”, debamos elegir, precisamente esa “perla” como el síntoma más destacable e importante.

De la misma manera actuaremos en lo que concierne a los restantes síntomas, sean estos mentales, generales o locales. Veremos entonces que han quedado formados diferentes conjuntos de esferas — síntomas mentales, generales y locales —, que a su vez están divididos en modalizados o no, y clasificados, por último, de acuerdo con el tiempo de padecimiento.

De este reordenamiento de los grupos surgirá una jerarquía de los síntomas en la que el síntoma histórico, modalizado y mental ocupará el puesto más alto, mientras el síntoma nuevo, local no modalizado ocupará el nivel más bajo. De pronto todo empieza a aclararse. Hemos logrado formar con las pequeñas esferas que antes constituían los grupos una fila ordenada, habrá un síntoma que ocupará el lugar de privilegio y será el primero de la fila y otro que será el último. Podría ocurrir asimismo, que un paciente no presentara síntomas de primer nivel jerárquico — mentales modalizados e históricos —, en ese caso tendremos que ubicar en el primer lugar un síntoma general o local histórico y bien modalizado. Incluso podría suceder que nos enfrentáramos con un paciente que sólo tuviera síntomas nuevos, pero en el que, luego de un estudio más atento, descubriéramos uno modalizado — mental, general o local —, anterior a la enfermedad que motivó la consulta. Ese síntoma más “viejo”, aunque no sea decididamente “histórico” será el que encabezará la escala jerárquica.

Llegados a esta altura, la parte más difícil de la parte más fácil del trabajo habrá concluido. Ya estamos en condiciones de comparar la hilera de esferas representativa de

los síntomas del paciente con la montaña de esferas que simbolizan la totalidad de los síntomas presentados en la Materia Médica.

En los tiempos de Hahnemann la técnica de la repertorización no estaba todavía muy perfeccionada. El Maestro conocía prácticamente “como si hubieran sido suyos” los síntomas de casi todos los remedios. De hecho, había experimentado sobre sí mismo la mayor parte de los medicamentos y éstos no eran tantos. Pero, con el tiempo y el avance de las investigaciones, se fueron agregando cantidad de remedios y consecuentemente también muchos nuevos síntomas. En la actualidad se llegó a un punto en que es absolutamente imposible recordar todos los datos. De ahí que ese bendito instrumento — el Repertorio —, desarrollado por nuestros viejos y muy queridos maestros, criticado muchas veces y que debemos intentar mejorar, sea para nosotros de uso necesario e imprescindible.

Uno de los problemas más serios del Repertorio es el hecho de que algunos medicamentos estén muy representados y otros lo sean demasiado poco. *Sulphur*, por ejemplo, está presente en 15.000 síntomas, *Lycopodium* en 12.000, *Calcárea Carbónica* en 11.500, *Natrum Muriaticum* en 10.500, en cambio *Medusa* sólo está presente en 28 voces repertoriales, *Lobelia Cardinalis* en 36 y *Cetraria Islandica* en 6. Es matemáticamente imposible no tropezar con un gran policresto en cualquier repertorización que tome más de tres o cinco síntomas.

Siempre hubo, sin embargo, cierta confusión en lo que concierne a la repertorización. Las escuelas más detallistas sostienen que el cuadro repertorial tiene que representar, de alguna manera, los elementos fundamentales del remedio. Pero en realidad no es así. La repertorización es un instrumento técnico de gran utilidad porque permite reducir la elección de medicamentos de toda la Materia Médica a los pocos que tienen síntomas en común con nuestro paciente. Y si tomamos un cuadro de síntomas muy extenso tendremos que elegir entre los grandes remedios, en cambio, si tomamos un cuadro más limitado, respetando ciertas características, podremos utilizar un medicamento menos representado en el Repertorio. Los elementos fundamentales del remedio los encontraremos después, en un segundo momento al consultar la Materia Médica.

Si de la jerarquización que hemos hecho antes tomamos para repertorizar sólo 3 o 4 o, como máximo, 5 síntomas del mayor nivel jerárquico, incluso si no nos permiten individualizar concretamente la imagen de un remedio, el resultado se reducirá a pocos medicamentos, entre los cuales los llamados “medicamentos chicos” pueden competir estadísticamente con los grandes policrestos. Pero habremos de respetar inflexiblemente las cualidades que hacen a un síntoma característico: la de ser raro, extraño, peculiar, intenso, lo más histórico posible y bien modalizado. Y, por supuesto, el médico debe tener la certeza de que son padecidos por el paciente y no inventados.

Cumplidos esos pasos, habremos llegado al momento de comparar los remedios surgidos de la repertorización de los síntomas del paciente y elegir así el remedio adecuado que ponga en marcha la ley de curación pero, en realidad, ¿con qué deberemos compararlos? Naturalmente con todos los otros síntomas del enfermo que ocupan las restantes posiciones de la escala jerárquica. Sólo entonces se podrá ver como coinciden todos los detalles y comprender el sentido de la totalidad. Ese sentido tendrá que surgir del conocimiento de la Materia Médica y de la patogenesia específica de cada medicamento.

En los últimos años y a partir de las investigaciones del Dr. Eugenio Candegabe se llegó a la conclusión de que el estudio de los remedios debía efectuarse forzosamente utilizando un método diferente de la enumeración más o menos mnemónica de los síntomas. El Dr. Candegabe demostró que un síntoma no es nada por sí solo, aisladamente, sino que es determinante en relación con todos los demás. Los síntomas pierden su valor individual dentro del complejo campo sintomatológico y lo que debe valorizarse es la relación dinámica que los une. Científicamente, la totalidad es más que la suma de las

partes, de ahí que sea sólo esa relación de los síntomas — siempre existencial — la que nos permitirá descubrir la verdadera esencia que, tanto en el paciente como en el medicamento, no es un síntoma sino *“la razón de que existan todos esos síntomas en esa especial relación”*. El estudio de cada remedio tiene que llevarnos a comprender el "tono" de esta dinámica. Ese tono del remedio es lo que deberemos comparar con el tono singularísimo del paciente, con la dinámica que anima las reacciones. Si ubicamos el remedio que coincide con el tono del enfermo habremos encontrado posiblemente el simillimum.

Y será interesante ver cómo es el remedio el que nos “explicará” al paciente. La comparación con una determinada dinámica nos permitirá comprender el orden específico del individuo. Los síntomas del paciente adquirirán un sentido que será explicado, aclarado, por el medicamento. El resultado será como un juego de espejos en el que la repertorización se refleja en un grupo de remedios y de éstos, a su vez, uno refleja al paciente y lo descubre. Este proceso permitirá luego profundizar el interrogatorio y precisar la investigación del medicamento elegido.

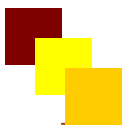
Todo el proceso es dinámico e individual. Verdaderamente dinámico porque hay que considerar todos los datos del enfermo y todos los del remedio. Los pacientes son seres singulares y distintos que requieren una estrategia individual pero también son singulares y distintos los medicamentos, y según el nivel de conocimiento que tengamos de cada uno de ellos, requerirán también una estrategia diferente.

Damos a conocer a los colegas homeópatas la segunda edición de esta aproximación a un método práctico y preciso que hemos denominado “Homeopatía Pura”. El método ha sido verificado en la práctica clínica durante más de diez años^[1] en centenares de pacientes. Lo hemos estructurado de la manera más comprensible. Cada uno de los pasos que lo conforman merece un análisis todavía más profundo; sin embargo, hemos preferido una presentación simple y esencial, pues nuestro propósito es facilitar su utilización.

Los autores.

Buenos Aires-Venecia, septiembre de 1996

^[1] No hemos querido modificar el texto originario. En la actualidad, año 2002, pasaron más de quince años desde que iniciamos la aplicación de esta metodología.



OBSERVACIONES PRELIMINARES

Las siguientes son algunas conclusiones primarias derivadas de la observación y recolección de datos de la práctica de distintos homeópatas a lo largo de la historia:

- A- No existe un método clínico que, basado en las enseñanzas de Hahnemann, pueda ser aplicado con éxito en todos los casos a tratar.
- B- Hasta el día de hoy todas las aproximaciones metodológicas, basadas en diferentes entendimientos de la Doctrina, reportan éxitos y fracasos.
- C- Dado que cuando una tiene éxito, ante el mismo caso las otras fracasarían y viceversa, podríamos decir que el verdadero método no debería ser **otro** sino **uno** que, como puente, adquiriera su significación por dar la razón a cada uno de los métodos según **cada caso en especial**.
- D- La verdad debe estar dada por algo **común a todos**.
- E- Como las patogenesias, los repertorios y la Materia Médica son incompletos, el mejor método debe ser una aproximación lo más precisa posible.
- F- Los **síntomas homeopáticos** son el **único parámetro científico de la Homeopatía** ya que todo método que pretenda conducirse por caminos sólidos, debe definir en sus primeros postulados la **medida** (magnitud) que va a usar para evaluar los hechos. Por otra parte, esta medida — los síntomas — debe estar bien definida por cualidades y atributos que permitan distinguirla de otras de manera tal que se puedan contrastar las hipótesis que vayan surgiendo en las diferentes aplicaciones.



HIPÓTESIS

Como hipótesis de trabajo partimos de las siguientes premisas:

- 1- Considerar la enfermedad como un nuevo orden en la manifestación del ser viviente.
- 2- Este nuevo orden se manifestará por cambios en la totalidad del ser viviente.
- 3- Estos cambios se dan en dos niveles: a) en el nivel implícito y b) en el nivel explícito.
- 4- El nuevo orden se origina en una potencialidad, susceptibilidad o predisposición que individualiza al ser viviente a través de **expresiones idiosincrásicas** que develan en su desarrollo la **constitución** enferma.
- 5- Las expresiones idiosincrásicas se denominan **síntomas** y se manifiestan en la totalidad del ser (orden explícito de los hechos).
- 6- La constitución enferma, llamada **mórbida**, expresa el alto orden implícito que da sustento a la aparición de los fenómenos explícitos en el tiempo.
- 7- Hahnemann llamó **desequilibrio de la fuerza vital** al disturbio del orden implícito y **síntomas idiosincrásicos** a su expresión en el orden explícito.
- 8- La **totalidad de los síntomas idiosincrásicos**, es decir el agregado cualitativo de ellos, tanto actuales como potenciales, es la denominada **constitución mórbida**.
- 9- La **enfermedad es el desarrollo en el tiempo del disturbio del orden implícito que se manifiesta en el explícito**.
- 10- Los 5 principios de la Ley de Curación son:
 - a- *de arriba hacia abajo*;
 - b- *de dentro hacia afuera*;
 - c- *de lo vital a lo menos vital*;
 - d- el retorno de las enfermedades, de los signos y de los síntomas en *el orden inverso a su manifestación histórica* y
 - e- la aparición de los síntomas y de los signos de dichas enfermedades *en el mismo orden de su manifestación histórica*, certifican el alto grado de unidad en todos los fenómenos y justifican los enunciados de la hipótesis.
- 11- Considerar, como ideal terapéutico, un remedio único que promueva la Ley de Curación toda vez que la constitución mórbida se manifieste con nitidez.

- 12- Considerar que, muchas veces, cuando la **constitución mórbida** no se manifiesta con nitidez — desarrollo defectivo de la psora — el remedio único ideal que llamaremos el *simillimum* constitucional se hallará luego de un tratamiento parcialmente exitoso con medicamentos similares.
- 13- Considerar que, en muchas ocasiones, no hay un remedio — por no estar experimentado — que sea el *simillimum* constitucional por lo que el tratamiento será parcialmente exitoso con medicamentos similares.





CONCLUSIONES

1- La enfermedad en Homeopatía es el **desequilibrio de la energía vital miasmáticamente afectado por la Psora**, la que se desarrolla congénita o tardíamente respecto de la influencia excitatriz de las circunstancias externas. Recordemos que lo que se suele llamar sífilis y sicosis son la psora desarrollada de Hahnemann^{2[2]}

2- Los síntomas son la expresión individualizada del desequilibrio vital. Impregnados por la tendencia miasmática que les confiere una dirección y un sentido dinámico evolutivo biopatográfico, revelan en su conjunto el **modo idiosincrásico** de enfermar.

3- La **constitución mórbida** está dada por el desequilibrio dinámico con que la energía vital, donde ha estallado la psora, impone al arquetipo constitucional del enfermo un **cambio, un nuevo orden** en la manera de sentir y obrar respecto de las sensaciones como de las funciones, tanto de un órgano en particular como del organismo — mente y cuerpo — en general.^{3[3]}

Esta concepción de la enfermedad como un **nuevo orden** en la manifestación del ser viviente, comprendida por Hahnemann hace dos siglos, se emparenta, sorprendentemente, con los nuevos descubrimientos científicos de nuestra época. Ilya Prigogine^{4[4]-5[5]}, al describir el *orden mediante fluctuaciones*, cita dos experiencias que dan vida a su teoría de las *estructuras disipativas* y al mismo tiempo certifican la doctrina hahnemanniana :

a- *La inestabilidad de Bénard* : al calentar un estrato líquido por abajo, el sistema se aleja del estado de equilibrio y por pequeños gradientes de temperatura el calor se difunde por conducción. Si el calor aumenta hasta un determinado punto crítico, pequeñas corrientes de convección aparecen constantemente como fluctuaciones que tienden a remitir originando una inestabilidad en el sistema; sin embargo, superado el punto crítico aparece un nuevo orden, más organizado, una disposición regular del sistema en forma de células hexagonales correspondiente a una fluctuación gigante estabilizada por los intercambios de energía con el mundo externo. Estas estructuras disipativas espaciales o temporales aparecen cuando el medio externo mantiene un estado de inestabilidad tal que posibilita la amplificación de las fluctuaciones y conduce a estados macroscópicos más organizados.

b- *La reacción de Zhabotinski* : pertenece al ámbito de la química no biológica relativa a la oxidación del ácido malónico por efecto del bromato potásico en presencia de iones de cerio. En dicha reacción y en

^{2[2]} Cfr. Candegabe, M. E. , *Escritos sobre Homeopatía*, Bs. As., Club de Estudio, 1996, Cap.XII.

^{3[3]} Cfr. Ibid. Cap. XI.

^{4[4]} Prigogine, Ilya, *¿Tan sólo una ilusión?*, Barcelona, Tusquets, pág. 317.

^{5[5]} Cfr. Apéndice “Supresión”.

un momento dado, el sistema evoluciona bruscamente por oscilaciones hacia una estructura disipativa espacial donde los iones se agrupan alternativamente en capas horizontales durante unas horas. Para ciertos valores de concentración se observan al principio oscilaciones, agitaciones y luego, la formación de la estructura espacial que dura un tiempo.^{6[6]}

Estas experiencias, junto a otras, coinciden exactamente con las observaciones hechas por Hahnemann. El hombre, como todo lo vivo es, desde el punto de vista físico, un sistema biológico abierto e intercambia energía, materia e información con el mundo. Ante la influencia del exterior —los *agentes morbíficos* como los llamó el maestro— el ser viviente mantiene un estado de inestabilidad tal, *susceptibilidad* o *predisposición individual*, que posibilita la amplificación de fluctuaciones internas que determinan, a su vez, superado un punto crítico, un **cambio** en la totalidad, un **nuevo orden de existencia** cuya consecuencia habrá de expresarse en los diferentes componentes del organismo mediante signos y síntomas. Estos signos y síntomas, en apariencia aislados, manifiestan en su conjunto el altísimo grado de coherencia de la totalidad implicada que los subyace.

Por otra parte, las nuevas concepciones de la ciencia moderna también parecen apoyar las experiencias de Hahnemann en el sentido de que la mente sería la primera en captar los cambios de la totalidad. Esto se debería a que el cerebro es la parte del organismo de mayor complejidad, de mayor densidad de flujo de energía y de menor entropía, por lo que necesariamente se comporta como la *antesala* de los cambios que luego se van a expresar en las otras partes del sistema de menor complejidad, menor densidad de flujo de energía y consecuentemente mayor entropía.

Asimismo, la concepción de Hahnemann de la enfermedad como nuevo orden se emparenta también con la teoría de David Bohm^{7[7]}, quien, mediante varios experimentos — el más recordado sin duda es el de los dos cilindros y la gotita de glicerina — propuso un modelo del Universo donde *la parte tiene acceso al todo*. En su teoría, el Universo está compuesto por dos órdenes: el *implicado* de los hechos, donde todo se une, y el *manifesto o explicado* de los fenómenos donde las partes se presentan separadas ante el observador parcial (ya que éste es parte y no puede separarse de la experiencia de la observación). De este modo Bohm demostraría que los diferentes acontecimientos son sólo actualizaciones del proceso evolutivo del Universo y que existe una íntima relación donde *la parte es el todo y el todo está en cada parte*.

Según esta teoría, el Holoverso — como Bohm denomina al Universo — está dotado de un holomovimiento que, como un flujo de información, tiene como característica principal la *repetición* de los fenómenos. Adviértase la semejanza de estos conceptos con lo expresado por Hahnemann en el parágrafo 95 del Organon de la Medicina, que jerarquiza como característicos los síntomas que se repiten durante más de 15 ó 20 años de evolución de la enfermedad.

- 4- Consecuentemente, podemos establecer que este **nuevo orden** de manifestación de la vida en el estado de enfermedad, respecto de una predisposición subyacente que denota una **constitución mórbida** especial, se expresará en la **totalidad** y con una doble jerarquía en los dos planos de

^{6[6]} Cfr. Ibid. Cap. “La termodinámica de la vida”.

^{7[7]} Cfr. Bohm, David, *La totalidad y el orden implicado*, Kairós, Barcelona.

expresión: de la *mente* al *cuerpo* (síntomas mentales, generales y locales) y del *pasado* al *presente* (síntomas históricos, intermedios y actuales).

Definiremos los dos planos de expresión de la **totalidad**:

a- *de la mente al cuerpo* (síntomas **mentales, generales y locales**).

Los síntomas **mentales** son los referidos a todos los surgidos de la actividad mental del paciente en todas las funciones del psiquismo (características afectivas, del humor, intelectuales, memoria, sueños, imaginaciones, ilusiones, ansiedades, temores, etc.).

Los síntomas **generales** son todos aquéllos que surgen de la relación del organismo en su totalidad con el medio y que no están condicionados por la mente (agravaciones o mejorías según las variaciones climáticas, posturales, horarias, alimenticias, etc.)

Los síntomas **locales** son todos aquellos síntomas y sus respectivas modalizaciones que afectan cada parte del organismo (dolores particulares, sensaciones peculiares, localizaciones especiales, mejorías y agravaciones referidas a cada parte).

b- *del pasado al presente* (síntomas **histórico/presentes**^{8[8]}, **intermedios y actuales**).

Los síntomas **histórico/presentes** son los más jerárquicos ya que han estado presentes durante más de las dos terceras partes de la vida del paciente. Son síntomas de siempre que se manifiestan en la actualidad o síntomas que el paciente refiere como del pasado pero cuya sensación o vivencia recuerda en el presente y que es capaz de evocar con claridad.

Los síntomas **intermedios**, como indica la palabra, son los del tercio medio de la vida (adquieren suma importancia en ausencia de históricos).

Los síntomas **actuales** son los que el paciente padece en el presente. Frente a la existencia de síntomas históricos e intermedios, éstos son los que menos individualizan la constitución enferma; sin embargo, su valoración estará dada por el *nivel* de jerarquización que se tenga del caso y, como veremos más adelante, en determinados *niveles* serán la llave que descubra el camino hacia el *simillimum* constitucional.

Según esta ordenación, el síntoma más jerárquico será el **mental histórico** y, consecuentemente, el de menor jerarquía será el **local actual**.

5- Si bien todos los signos y síntomas tienen importancia, para ser considerado como una expresión de la *constitución mórbida*, el síntoma debe poseer idealmente tres cualidades: **intensidad, historicidad y modalización**.

Se entiende por **intensidad** la particularidad que hace que un síntoma se destaque del resto por el mayor grado de compromiso que origina en el individuo (la *capacidad de causar sufrimiento*).

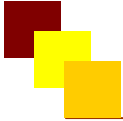
Se entiende por **historicidad** la cualidad de un síntoma de expresarse crónicamente, es decir, el manifestarse cada vez que una influencia lo determine (*repetición histórica*)

^{8[8]} Hemos agregado el término “presente” a la característica de los síntomas históricos toda vez que, como se analizará más adelante, importa la permanencia del síntoma en el presente del paciente.

Se entiende por **modalización** la característica de un síntoma que, al estar referida o condicionada por alguna circunstancia, lo presenta como *raro* y *extraño* ante los sentidos (aquellas *referencias accesorias* a un síntoma que lo hacen *peculiar*).

Estamos ahora en condiciones de desarrollar los pasos del método.





PASOS DEL MÉTODO

1º PASO: Anamnesis e interrogatorio sistemático (*libre de prejuicios*)

2º PASO: Trazado del cuadro de la enfermedad dinámica.

3º PASO: Repertorización inteligente.

4º PASO: Congruencia con la Materia Médica.

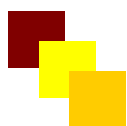
5º PASO: Reinterrogatorio dirigido.

6º PASO: Diagnóstico de Nivel.

7º PASO: Pronóstico dinámico.

8º PASO: Prescripción juiciosa.





ANAMNESIS E INTERROGATORIO SISTEMÁTICO

—Primer Paso—

ANAMNESIS, relato espontáneo del paciente:

Citaremos algunos párrafos del Organon de Hahnemann, en los que hemos destacado lo que consideramos de fundamental importancia en la consulta:

Parágrafo 83: *El examen individualizado de un caso de enfermedad, para el cual sólo daré en este lugar las instrucciones generales de las que el práctico sólo retendrá en su mente lo que es aplicable a cada caso individual, no exige al médico más que **ausencia de prejuicio y sentidos perfectos, atención al observar y fidelidad al trazar el cuadro de la enfermedad.***

Parágrafo 84: *El paciente detalla la **historia de sus sufrimientos**, los que le rodean refieren de **qué se ha quejado, cómo se ha portado y lo que han notado en él**; el médico **ve, oye y observa** con sus **otros sentidos** lo que haya de **alterado o extraordinario**. Escribe con exactitud **todo** lo que el paciente y sus amigos le han dicho utilizando los **propios términos del paciente**. **Guardando silencio**, les permite decir **todo** lo que tengan que referir y se **contiene de interrumpirlos** (cada interrupción rompe el lazo de las ideas del narrador y todo lo que hubiese dicho al principio, no se le vuelve a ocurrir exactamente del mismo modo después de ésta^{9[9]}) a menos que se desvíen hablando de otros asuntos. El médico indica al principio del examen que **hablen despacio** a fin de que pueda **anotar las partes más importantes** de lo que digan.*

Parágrafo 85: *Empieza otra línea con cada nueva circunstancia mencionada por el enfermo o sus amigos, de modo que los síntomas estarán todos colocados separadamente unos debajo de otros. De este modo podrá añadir a cualquiera de ellos algo que al principio hubiese sido relatado de una manera demasiado vaga, pero que subsecuentemente podrá ampliarse con mayores datos.*

Los párrafos presentados evidencian la importancia sustantiva que daba Hahnemann al primer encuentro con el paciente. Con magistral exposición destaca el inmenso respeto por la espontaneidad del enfermo y de quienes lo rodean y, al mismo tiempo, marca la trascendencia de los dos atributos esenciales del médico homeópata : la ausencia de prejuicios y los sentidos perfectos.

El Maestro Tomás Pablo Paschero, con su infatigable prédica, realizó una verdadera exégesis práctica de estos tres párrafos del Organon. A quienes lo acompañamos durante largos años en sus clases magistrales de clínica médica, aún nos conmueve el recuerdo de su silencio cuando le era presentado un caso, de su mirada celeste y profunda, de su estampa señorial y respetuosa, de sus manos finas y prudentes, del trato

^{9[9]} Ibid. Nota n ° 81.

gentil y de aquella **única pregunta** sostenida en la calidez amorosa de sus palabras al dirigirse al enfermo: ... **¿qué más?**...

Podríamos escribir una obra completa desarrollando el alto sentido que reflejan estos tres párrafos del Organon y, tal vez, aún así, no quedaríamos conformes con el resultado, pues sólo un profundo entendimiento de ellos nos conectará con la elevada y espiritual misión de “**ser médico**”.

INTERROGATORIO SISTEMÁTICO, dirigido:

Parágrafo 86: *Cuando los narradores hubiesen concluido su relato espontáneo, el médico entonces revisa **cada síntoma individual y saca la información más precisa de él** de la manera siguiente: **lee uno por uno los síntomas** que le relataron y acerca de **cada uno** de ellos averigua más **particularidades** por ejemplo: ¿en que tiempo se presentó este síntoma? ¿fue antes de ingerir el medicamento que está tomando?, ¿mientras lo tomaba?, ¿o solamente luego de unos días de dejarlo de tomar?, ¿qué clase de dolor, qué sensación precisamente se ha presentado en ésta región?, ¿cuál era la región exacta?, ¿vino el dolor por accesos y espontáneamente, en diferentes períodos?, ¿o fue continuo, sin intermitencia?, ¿cuánto tiempo duró?, ¿a qué hora del día o de la noche, y en qué posición del cuerpo se agravó o cesó por completo?, ¿cuál era la naturaleza exacta de este o aquel acontecimiento o circunstancia mencionada descrito con palabras sencillas o llanas?*

Parágrafo 87: *Y así el médico obtiene una información más precisa respecto de cada detalle en particular, pero **sin hacer nunca sus preguntas de modo que sugiera la respuesta al paciente y sólo tenga que responder si o no**; además será inducido malamente a responder afirmativamente o negativamente algo incierto, a medias verdadero, o no rigurosamente exacto, ya por **indolencia** o a fin de **complacer a su interrogador**, de lo que resultará un **cuadro falso de la enfermedad** y un **tratamiento impropio**.*

Parágrafo 88: *Si en estos detalles suministrados voluntariamente no se ha mencionado nada respecto a **varias partes o funciones del cuerpo o de su estado mental** el médico preguntará **qué más puede decirse de estas partes o funciones**, o del **estado de su ánimo o de su mente**; pero al hacer esto sólo hará uso de **expresiones generales** a fin de que sus informantes se vean obligados a entrar en **detalles especiales** con referencia a ellos.*

Parágrafo 89: *Cuando el paciente (**porque es en él en quien tenemos principalmente que confiar para la descripción de sus sensaciones**, excepto en el caso de enfermedades simuladas) por medio de estos detalles suministrados espontáneamente —**anamnesis**— y en respuesta al interrogatorio —**interrogatorio sistemático**— proporcionó la información requerida y trazó un cuadro tolerablemente perfecto de la enfermedad, el médico está en **libertad** de hacer preguntas más precisas y especiales y **obligado** a hacerlas si le parece que no ha adquirido todos los datos que necesita*

Según lo expresado en el capítulo de los fundamentos doctrinarios del Método de la Homeopatía Pura, junto a estos cuatro párrafos del Organon y al número 90 que

conciene a la observación del médico, este **interrogatorio preciso y dirigido a los detalles especiales de los síntomas**, más la propia atención del médico deberá sistematizarse conforme a principios que permitan destacar de la *totalidad de los síntomas que especialmente distinguen el caso patológico —la imagen de la enfermedad—* aquellos **síntomas característicos**^{10[10]} que **individualizan** el caso.

Los síntomas homeopáticos son nuestro parámetro científico por excelencia. Ninguna teoría que intente aproximar un método fidedigno de diagnóstico puede dejar de lado esta premisa fundamental.

Pero esta elección debe hacerse respetando una jerarquía. Por lo expresado anteriormente es evidente que, según lo que surja de la anamnesis, el interrogatorio sistemático ha de estar dirigido hacia los síntomas constitucionales, aquellos que expresan en su conjunto la *totalidad individualizante del desequilibrio energético*.

Si graficáramos esa jerarquización en un cuadro, cual si fuese un *holograma energético*, tendríamos el siguiente esquema (la numeración corresponde a los distintos niveles de jerarquía del desequilibrio energético, en los que a los mentales históricos les corresponde el mayor grado de individualización y opuestamente a los síntomas locales actuales el menor nivel de jerarquía):

	<i>Histórico/presentes</i>	<i>Intermedios</i>	<i>actuales</i>
Mentales	9	7	3
Generales	8	5	2
locales	6	4	1

Tomemos por ejemplo un adulto de 30 años de edad :

Un síntoma **general histórico/presente** —8— (*aversión a la leche* desde la infancia) es más jerárquico que uno **local intermedio** —4— (*dolor punzante en la rodilla a la mañana* desde la adolescencia). Sin embargo cabe destacar que, por ejemplo para el mismo caso, un síntoma **mental actual** —3— (*irritabilidad antes de menstruar* aparecido en los últimos años) es mucho menos jerárquico —individualiza menos el caso— que un **local histórico/presente** —6— (*adormecimiento en la mejilla* desde los 8 años). Luego veremos la importancia de estos conceptos para la prescripción.

De lo expuesto surge la necesidad de darle a cada síntoma surgido en la anamnesis y el interrogatorio sistemático la ubicación **histórica**, el grado de **intensidad** que lo destaque, y de ser posible la **modalización** que lo peculiarice para poder jerarquizarlo.

Como hemos explicado anteriormente, la **intensidad** estará dada por el grado de sufrimiento que provoque el síntoma y, si bien esta cualidad está condicionada por el estado de sensibilidad del paciente, la atención sin embargo tiene que ser dirigida hacia aquellos síntomas que condicionan su vida y lo hacen depender de sensaciones que impiden su libre albedrío (por ejemplo: la sensación de *timidez* con que se enfrenta al mundo cada vez que se pone en contacto con él; la gran *irritabilidad* que domina su humor cada vez que *despierta*; el *deseo de sal* que lo lleva a agregar más sal de lo común cada vez que se alimenta; el *calor de las plantas de los pies* que lo impele a *descubrirlos cuando duerme* independientemente del clima de la habitación, etc.).

^{10[10]} Ibid. Parágrafo 104.

La **historicidad** estará condicionada por la **repetición** o no del síntoma a través de la vida del enfermo. Por esa razón ha de indagarse siempre **cuánto tiempo hace** que refiere tal o cual sensación para ubicar cronológicamente el síntoma en un lugar determinado del cuadro jerárquico.

Cabe aquí la siguiente aclaración: carecen de valor los síntomas antiguos que no estén sujetos a la **repetición histórica** en la vida del enfermo (por ejemplo, el *miedo a la oscuridad* padecido en la infancia del cual sólo refiere características vagas sin poder evocar claramente las circunstancias de tiempo, modo o lugar en que aparecía, o del que simplemente tiene noticias por referencias familiares y que él no recuerda). Sin embargo, debemos diferenciar, de estos últimos, aquéllos que el propio individuo modificó mediante estrategias voluntarias, pero cuya sensación puede evocar en el presente (por ejemplo: el *miedo a la oscuridad* sufrido durante la infancia y que en la actualidad parece no padecer pero del que logra evocar con lujo de detalles no sólo las situaciones, lugares y circunstancias sino también las antiguas vivencias que condicionaban la aparición del síntoma). Veremos que es muy común que estos síntomas sólo han moderado su expresión y deben ser tomados como **históricos** ya que en la actualidad yacen ocultos detrás de diversas estrategias a través de las cuales aparentemente el paciente logró superar el padecimiento.

Lo mismo debemos decir de los síntomas que se han visto encubiertos cuando el género de vida o la misma enfermedad clínica impusieron un cambio en la conducta (por ejemplo: el *deseo de comidas grasas* sentido durante largos años de la vida pero que en la actualidad ve impedida su manifestación por un determinado régimen alimenticio, etc.).

La **modalización** del síntoma — cuando no surge espontáneamente de la anamnesis — es la que requiere mayor aptitud del médico para ser investigada.

Los que más nos importan son los adverbios pronominales interrogativos, ya que son éstos los que se utilizan en el interrogatorio dirigido, tanto a las patogenesias, como al paciente durante la consulta. Al responder, el paciente o el experimentador ubican el síntoma en sus circunstancias de aparición. Al **adverbializarse**, entonces, el verbo **sufrir** surgen las modificaciones sustanciales de los síntomas, modificaciones que son las que determinan el **modo peculiar de padecimiento**, es decir la **modalidad accesoria individual** que lo diferencia de otras sensaciones o síntomas similares. dado que muchas veces “... los enfermos están tan habituados a sus largos sufrimientos que prestan muy poca o ninguna atención a los pequeños síntomas accesorios —modalizados— que son frecuentemente muy fecundos en significación (característicos), a menudo muy útiles para determinar la elección del remedio, y los miran casi como una parte necesaria de su condición, casi como la salud, habiendo olvidado la sensación real de ellos en **quince o veinte años** de sufrimientos, y difícilmente llegan a creer que estos síntomas accesorios, estas grandes o pequeñas desviaciones de la salud, puedan tener alguna conexión con su enfermedad principal”.^{11[11]}

^{11[11]} Hahnemann, S, op. cit, parágrafo 95.

Como un ejemplo para un determinado síntoma lo ideal sería contrastarlo con las modalidades más comunes agrupadas en los siguientes 10 grupos (Dra. Flora Dabbah):

1	<i>Horarios y frecuencia</i>	De mañana, de tarde, de noche. Todos los días, después de las comidas, al despertar, antes de dormir. Etc..
2	<i>Clima</i>	Aire libre, caliente, húmedo. Sol. Tormentas. Calor de la cama. Etc.
3	<i>Movimiento</i>	Caminar, rápido, al aire libre. Ascender, descender. Viajar. Bailar, mecerse. Cerrar los ojos. Ejercicios físicos. Cruzar la calle. Reposo. Etc.
4	<i>Ocupaciones</i>	Trabajo físico, mental. Pensamientos, leer, escribir, calcular. Tocar el piano. Coser. Empleo sedentario. Etc.
5	<i>Posición</i>	Sentado. De pie. Acostado. Etc.
6	<i>Lugar</i>	En su casa, habitación, cama. En la oscuridad. En la multitud. Etc.
7	<i>Los otros</i>	Solo. En compañía. Conversar, hablar, si lo interrumpen. Si lo tocan. Malas noticias. Etc.
8	<i>Causa</i>	Sin causa, por trivialidades. Cosas horribles, sueños espantosos. Música, ruidos.
9	<i>Emociones</i>	Cólera, pena, llanto, depresión, lamentos, mortificación, reproches, susto, excitación, etc.
10	<i>Funciones</i>	Dormir, despertar, comer —desayuno, almuerzo, cena—, beber —vino, alcohol, café, cerveza, bebidas frías—, defecar, orinar, transpirar; coito, menstruación, embarazo, amamantamiento, menopausia. Etc.

También, podemos simplemente ante un síntoma dado **adverbializar** el interrogatorio del síntoma en cuestión, por ejemplo si éste es *irritabilidad* la modalidad surgirá de las preguntas encabezadas por los diferentes pronombres interrogativos y adverbiales:

	<i>Interrogaciones</i>	<i>Función sintáctica del pronombre</i>
1	Qué lo irrita?	Sujeto
2	Con qué se irrita?	Circunstancial de medio
3	Con quién se irrita?	Circunstancial de compañía
4	Por qué se irrita?	Circunstancial de causa
5	Por quién se irrita?	Circunstancial de causa o agente
6	Dónde se irrita?	Circunstancial de lugar
7	Cómo se irrita?	Circunstancial de modo
8	Cuándo se irrita?	Circunstancial de tiempo
9	Qué empeora la irritabilidad?	Sujeto
10	Qué mejora la irritabilidad?	Sujeto

Asimismo las interrogaciones 9 y 10 también podrían adverbializarse, por ejemplo: **dónde empeora** la irritabilidad, **con qué agrava**, etcétera.

Por otra parte y siguiendo expresas indicaciones de Boenninghausen, discípulo directo de Hahnemann y uno de los maestros más sabios de la Homeopatía, cuando hallamos la modalidad de un síntoma, (continuando con el mismo ejemplo: la *irritabilidad* —adverbializada temporalmente en el **despertar**—) deberemos interrogar al paciente respecto de si esta modalidad, en nuestro caso el **despertar**, no modaliza otros síntomas. Nos sorprenderá muchas veces encontrar que esta modalidad que caracteriza un síntoma local, también lo hace con otros variados síntomas del sujeto enfermo, sean estos *mentales*, *generales* o *locales*. Es así como esa modalidad se convierte en la característica rectora que

peculiariza el sufrimiento y que al “navegar” por los diferentes niveles de expresión del desequilibrio energético va a guiar la prescripción.

Una investigación más profunda respecto de la primera edición nos condujo a ampliar el número de interrogantes para poder incluir los adjetivos y los especificativos que acompañan al síntoma cuando está presentado como sustantivo- p.e.temor, angustia, ansiedad-.

	INTERROGACIONES	FUNCIÓN SINTÁCTICA DE LA MODALIDAD
1	Cómo es?	Modificador directo: ilusiones <i>agradables</i>
2	De qué?	Modificador indirecto: deseo <i>de estar solo</i>
3	Qué?	Sujeto: <i>la angustia</i> le impide la respiración
4	Qué, a quién? (d) a qué a quién? (i)	Objeto directo e indirecto: abandona <i>a sus hijos</i> ; habla <i>a personas imaginarias</i>
5	Por qué? por quién?	Circunstancial de causa: cólera <i>por bagatelas</i>
6	Con quién?	Circ.de compañía: il.de que todo gira <i>con ella</i>
7	Con que’?	Circ. de medio: atormenta <i>con sus molestias</i>
8	Dónde?	Circ. de lugar: ilusiones <i>en la cama</i>
9	Cómo?	Circ. de modo: cantar <i>en forma monótona</i>
10	Cuándo?	Circ. de tiempo: angustia <i>al anochecer</i>
11	Qué lo mejora?	Sujeto: <i>el movimiento</i> mejora su angustia
12	Qué lo agrava?	Sujeto: <i>el café</i> le agrava la cólera

Asimismo, al igual que en el caso anterior, se pueden adverbializar la mejoría o el empeoramiento: prurito empeora *por el calor de la cama (¿ por qué?)*; inquietud mejora *al aire libre (dónde)* y así sucesivamente.^{12[12]}

Veremos en el 2º paso del método cómo la *Planilla modal*^{13[13]} será de suma utilidad en el registro comparativo de las modalidades.

Resumiendo: la anamnesis y el interrogatorio sistemático deben arrojar como resultado una información altamente individualizada donde los síntomas desplegados se puedan ordenar jerárquicamente según los dos planos de expresión de la totalidad que va desde lo mental a lo local y desde lo histórico hasta lo actual, teniendo en cuenta que el grado de intensidad y, sobre todo, las diferentes modalizaciones, confieren al síntoma las cualidades características que lo distinguen como el patrimonio semiológico fundamental de la Homeopatía.

Luego del relato espontáneo del paciente, la anamnesis, y en el transcurso del interrogatorio sistemático, estamos obligados, según Hahnemann, a completar la investigación siguiendo estos patrones fundamentales dado que ellos serán los que indicarán **cuáles** síntomas deberán ser escogidos como los que caracterizan el caso en cuestión

^{12[12]} Un síntoma como “temor”por ejemplo, tiene 625 modalizaciones, de ellas 80 responden a la pregunta cuándo?, 9 a dónde?, 6 a cómo o como si qué? 16 a qué tipo de temor, cómo es?’’21 a por qué? 6 a en qué?, 17 a con qué, acompañado por qué? y 470 a de qué? a qué?

^{13[13]} Dr.Daniel Lillo, Sociedad Médica Homeopática Hahnemanniana del Uruguay. Actas 5º Congreso Unificado de Escuelas Médicas Homeopáticas Argentinas.



TRAZADO DEL CUADRO DE LA ENFERMEDAD

— Segundo Paso —

Durante la anamnesis y posteriormente durante el interrogatorio dirigido van surgiendo los síntomas que conforman la **totalidad sintomatológica**. Convengamos entonces, por todo lo expuesto en los capítulos anteriores, en que la premisa fundamental del método de la Homeopatía Pura es la siguiente: cuanto más **intenso, histórico y modalizado** es el síntoma, más **caracteriza** el desequilibrio energético, y más le confiere a las sensaciones despiertas a nivel mental, general o local, propiedades de jerarquización que permiten individualizarlo y destacarlo del resto de los síntomas. Denotará así la **constitución mórbida** subyacente en el paciente que conforma la verdadera **imagen de la enfermedad**.

Proponemos la siguiente clasificación clínica :

	Síntomas caracterológicos	
Totalidad Sintomatológica	Síntomas modalizados	- mentales - generales - locales
	Síntomas auxiliares	- de los síndromes clínicos - auxiliares propiamente dichos

A su vez los síntomas modalizados:

MODALIZADOS			
	HISTÓRICO/PRES.	INTERMEDIOS	ACTUALES
<i>MENTALES</i>			
<i>GENERALES</i>			
<i>LOCALES</i>			

Síntomas Caracterológicos:

Los síntomas *caracterológicos* son los que se relacionan con el modo de ser y de actuar de un individuo. Son peculiaridades de la personalidad o del genio de cada uno que lo individualizan por su intensidad, por ejemplo: *tímido, obstinado, celoso, dictador, locuaz*, etc.

Son las mayores trabas en el libre trascender del paciente y su conquista de la libertad; los impedimentos que substantivamente dificultan el camino hacia los *altos fines de la existencia*, como lo pretendía Hahnemann. Son los *rasgos adversos* de la personalidad, la *sombra* de Jung. En su conjunto revelan el *padecer existencial e íntimo* que nos muestra la naturaleza constitucional del hombre enfermo. Es esa naturaleza

constitucional la que estará ligada a la esencia de una de las múltiples sustancias experimentadas.

Son el *adjetivo existencial de la personalidad*^{14[14]}, el adjetivo más determinante del sustantivo *personalidad*. Síntomas reactivos de la psora, sólo individualizan si se los relaciona entre sí y no si se los considera aisladamente. Al no estar modalizados se requiere una gran experiencia clínica para que el médico logre una correcta interpretación.

Los diferentes repertorios los presentan ordenados y agrupando más de una sensación surgida en las patogenesias. A menudo encubren otro síntoma detrás de la expresión del paciente.^{15[15]}

Asimismo y paradójicamente, el grado de **intensidad** de estos síntomas y su repetición **histórica** generan un padecimiento especial en el paciente que debemos destacar como *notable* (es decir digno de atención) y, como veremos más adelante, si bien no van a ser tenidos en cuenta para la *repertorización* del caso, en la *congruencia con la totalidad implicada* en la Materia Médica jugarán un papel decisivo en la elección del remedio — como lo indica Hahnemann—^{16[16]} de ahí que puedan ser considerados como los fieles representantes de lo *digno de ser curado* en cada caso en especial.

Síntomas Modalizados

Por lo establecido en el 1º paso del método:

a-son la *forma adverbial-existencial del verbo sufrir* ^{17[17]} y

b- si su manifestación es de significativa **intensidad**, son los síntomas que le dan un carácter distintivo e individualizado al caso, sobre todo si además cumplen con el requisito de **historicidad**.

Se dividen en:

1) MENTALES:

a)Mentales modalizados:

Son la mayoría de los síntomas mentales de las patogenesias, la *intensidad* con que fueron observados en las experimentaciones llevó a Hahnemann a colocarlos en el mayor nivel de individualidad. Su *repetición* tanto en las patogenesias como en la clínica revelaron el grado más alto de particularización. Sus características los muestran como los más raros, extraños y peculiares (*temor a las tormentas, ansiedad en cama, irritabilidad al despertar, consuelo agrava*, etc.).

Son síntomas mentales de la actividad psíquica intelectual:^{18[18]}

^{14[14]} Dr.Daniel Lillo.

^{15[15]} Muchas veces el paciente expresa con palabras equivocadas su forma de ser y de vivir debidas a una mala comprensión de sí mismo, por ejemplo, es frecuente que los enfermos de Sulphur hablen de sus *celos* y de actitudes *dictatoriales* que son sólo su interpretación del *egoísmo* que en verdad es el verdadero síntoma, así como en muchas mujeres de Sepia el objetivar su *indiferencia afectiva* las lleva a sufrir un sentimiento de *culpa* que nada tiene que ver con el síntoma *ansiedad de conciencia* (recordemos que Sulphur no desarrolló en las patogenesias *celos* y *dictatorialidad*, ni tampoco Sepia la *ansiedad de conciencia*). No aceptar esta sugerencia equivaldría a un actuar prejuicioso que implicaría un empobrecimiento de nuestro saber si se tiene en cuenta la inmensidad de la Materia Médica, dado que estas interpretaciones tienden a sugerirnos, equivocadamente, la imagen de algún remedio conocido.

^{16[16]} Hahnemann, S, op. cit. parágrafo 210.

^{17[17]} Dr.Daniel Lillo.

^{18[18]} Se han agregado ejemplos de síntomas mentales y ampliado los conceptos de los generales.

“aversión a pensar *al anochecer*” en este caso, como hemos visto la adverbialización es temporal.

“memoria activa *por deseo sexual suprimido*” adverbialización causal.

De la actividad psíquica afectiva:

“alegría *al aire libre*: adverbialización de lugar.

“temor *de día y de noche*: adverbialización temporal.

De la actividad psíquica volitiva:

“pérdida de la voluntad *por melancolía*” adverbialización causal.

b) Ilusiones y sueños:

A menudo revelan la sensación más individualizante, más descolante y que mejor determina la totalidad característica. En su simbología se revela muchas veces la expresión más notable del sufrimiento del paciente y que más lo asemeja a la sustancia experimentada. (el sueño de volar de *Lycopodium*, la ilusión de ser mago de *Belladonna*, la de ser un gran personaje de *Sulphur*, la de que todos sus dedos son pulgares de *Phosphorus*, el sueño de flotar de *Helleborus*, etc

Estos síntomas, aun cuando no sean siempre simbólicos, al estar modalizados posibilitan el encuentro de la medicación con mayor certeza. Así, por ejemplo, las ilusiones de:

“escuchar voces *por la noche*”: adverbialización temporal.

“ser tironeado *hacia abajo*”: adverbialización de modo/lugar

2- GENERALES.

Son fácilmente destacables y están referidos a sensaciones respecto del clima, transpiración, deseos y aversiones alimenticias, horarios de agravación y de mejoría, posiciones, movimientos, etc. Sólo tienen que cumplir con la condición de suficiente **intensidad** ya que en general están modalizados en sí mismos, (*deseo de lácteos, aversión al pescado, descubriéndose agrava, días lluviosos mejora, etc.*). Por otra parte, si se les agrega la cualidad de la **repetición histórica**, estos síntomas adquieren un gran valor repertorial.

Abarcan las sensaciones internas (opresión, languidez), las relacionadas con el medio (preferencias, agravaciones o mejorías, bienestar o malestar según el lugar, el tiempo climático, los horarios etc...) y las necesidades vitales (comida, bebida, aversiones alimentarias etc...)

3- LOCALES:

Son los que menos dudas ofrecen ya que al estar referidos a una *parte* del organismo cuesta poco esfuerzo distinguirlos. Son **intensos** y presentan una **modalidad** peculiar. La **historicidad** les conferirá además un grado distinto de jerarquía frente a los otros síntomas (*Transpiración maloliente en los pies, dolor abdominal que mejora inclinándose hacia adelante, ojos abiertos al dormir, etc.*). Pueden abarcar dolores o sensaciones en algún lugar determinado (*ardor estomacal, cefaleas*) o fenómenos en algún lugar determinado (*prurito escrotal, irritación ocular*)^{19[19]}.

^{19[19]} Ampliación del concepto y de la ejemplificación.

Síntomas Auxiliares:

Son síntomas de menor jerarquía por no estar **modalizados**. Acompañan el resto de los síntomas para completar el cuadro general del enfermo y adquieren trascendencia en la evolución del caso, dado que van a participar de agravaciones y mejorías que permitirán un pronóstico:

A-De los síndromes clínicos: Son parte de la sintomatología clínica del paciente tanto en lo mental como en lo orgánico. No cumplen con casi ninguno de los tres requisitos fundamentales y a pesar de que muchas veces son, por su intensidad, el motivo de la consulta, individualizan poco el caso. Han sido agregados en los diferentes repertorios agrupando a remedios que han aportado alguna acción benéfica (*histeria, cretinismo, hipochondría, anemia, erisipela, hidropesía, etc.*).

B-Auxiliares propiamente dichos: Todo el resto de los síntomas que, por no cumplir la cualidad fundamental de la modalización, no pueden ser considerados dentro de lo característico, pero van a ser muy importantes en la evolución del caso para los diferentes pronósticos. Son los más importantes del grupo de los auxiliares (*keynotes, síntomas vagamente modalizados, poco intensos, particularidades de los síndromes de la clínica general o características del temperamento del enfermo poco definibles*).

Como ya se ha dicho, todos los síntomas citados —caracterológicos, modalizados, auxiliares, en todas sus formas— constituyen la denominada **totalidad sintomatológica**. Para facilitar la comprensión de ésta, hemos graficado un modelo muy simple y de ordenamiento jerárquico, que permite, como lo pretendía Hahnemann, tener frente a sí la totalidad desplegada de los síntomas.



REPERTORIZACIÓN INTELIGENTE

— Tercer Paso —

Releamos nuevamente el párrafo 104 : “*Cuando la totalidad de los síntomas que especialmente caracterizan y distinguen el caso patológico, o en otras palabras, cuando el cuadro de la enfermedad, cualquiera sea su clase, está una vez trazado, la parte más difícil del trabajo está concluida. El médico tiene entonces la imagen de la enfermedad siempre frente a sí para guiarle en el tratamiento, especialmente si aquella es crónica; puede investigarla en todas sus partes y escoger los síntomas característicos a fin de oponerles, es decir a toda la enfermedad, una fuerza medicamentosa muy semejante elegida homeopáticamente, tomada de la lista de todos los medicamentos cuyos efectos puros han sido descubiertos...*”

El paso dos del método se aproxima bastante al enunciado de la primera parte del párrafo. Mediante la gráfica del modelo tenemos desplegada la *imagen de la enfermedad*, de tal forma que podemos *investigarla en todas sus partes*. Para Hahnemann, con el resultado obtenido en estos dos pasos, la *tarea más difícil del trabajo está concluida*.

Ahora bien, en la segunda parte el párrafo indica que de todos los síntomas que conforman la imagen de la enfermedad deberemos escoger sólo *algunos*, los llamados *síntomas característicos* que, como representantes fieles de la enfermedad dinámica, nos abrirán la puerta de la Materia Médica en la búsqueda de *una fuerza medicamentosa semejante*.

Partiendo de la base de que todos los síntomas que integran la totalidad de la imagen de la enfermedad son dignos de atención, de alguna manera notables respecto de otros que sólo son simplemente comunes (cualidad de **intensidad** del síntoma), nuestro objetivo será seleccionar aquellos más **históricos** y más **modalizados** como los más **característicos** para la repertorización. Debemos aclarar que a igual condición lo **mental** **rige lo general y lo general lo local**, en este sentido conviene recordar la siguiente gráfica :

	<i>Histórico/pres.</i>	<i>Intermedios</i>	<i>Actuales</i>
Mentales	9	7	3
Generales	8	5	2
Locales	6	4	1

donde un síntoma **mental histórico/pres.** es más jerárquico (tiene una mayor capacidad de individualizar el caso) que un **local actual**, pero donde también un **local histórico/pres.** tiene una mayor jerarquía que un **mental actual**.

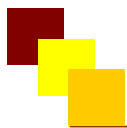
La experiencia en la aplicación del método de la Homeopatía Pura nos permite observar seis reglas que van a garantizar el éxito de la repertorización:

- 1- Escoger los **3, 4** ó al máximo **5** síntomas más característicos dentro del grupo de los *modalizados*. Los síntomas *caracterológicos* y *auxiliares* sólo serán

valorados en el 4º paso del método. En algunos casos infrecuentes, en ausencia de *modalizados*, la jerarquía mayor para la repertorización la tendrán los *caracterológicos*.

- 2- Escoger rubros repertoriales que tengan, idealmente, al menos **6** medicamentos y como máximo **100**^{20[20]}.
- 3- Unir en un solo rubro síntomas asociados que no pueden ser diferenciados claramente o que sean de la misma naturaleza, como lo indica Kent en su repertorio.
- 4- El resultado de la repertorización debe ser hecho en un principio por **sumatoria de rubros** cubiertos.
- 5- El resultado de la repertorización no adjudica el derecho a la prescripción del medicamento que más rubros cubre, sino que restringe la totalidad de la Materia Médica al grupo de medicamentos que cubren la **mitad más uno** de los síntomas. Si este grupo excede el número de **12** remedios se considerará el **valor adjudicado** a cada medicamento en los repertorios. Con este grupo de **medicamentos candidatos** vamos a trabajar en los siguientes pasos del método. La experiencia en centenares de casos analizados nos indica que el remedio más adecuado se encuentra entre los primeros 12 repertorizados.
- 6- Si se da el caso de que ningún medicamento cubre la totalidad de la repertorización, pueden tomarse para el análisis los que sumen la mitad más uno de la cantidad de rúbricas que abarca el medicamento que más cubre la repertorización.

^{20[20]} Cuando se dispone de un repertorio computado es más fácil respetar estas cantidades, por cuanto ellas figuran entre los datos entregados. Sin embargo, cuando se utiliza un repertorio impreso o la intensidad de determinado síntoma (la importancia que posee para la individualización) lo requiere, rubros con menos de 6 o más de 100 remedios pueden, excepcionalmente, ser elegidos. La comprobación clínica nos ha sugerido cambiar las cantidades presentadas en la primera edición.



CONGRUENCIA CON LA MATERIA MÉDICA

— Cuarto Paso —

Hasta aquí hemos desarrollado el método de forma tal que, luego de un *interrogatorio libre de prejuicios* (1° paso) *trazamos el cuadro de la enfermedad dinámica* del paciente (2° paso) para tomar de la totalidad sintomatológica jerarquizada, aquellos síntomas más individualizantes que nos conduzcan a una *repertorización inteligente* (3° paso).

El resultado de dicha repertorización tiene por objetivo único y fundamental guiarnos hacia un grupo de medicamentos entre los cuales, seguramente, hallaremos el remedio que resuelva el caso.

La repertorización, realizada de esta forma, es una invitación inteligente para que sólo ciertas sustancias experimentadas compitan como los candidatos más firmes para convertirse en el medicamento mejor indicado.

Observemos que, hasta el presente paso, el método no permite que nuestro previo conocimiento establezca un prejuicio que nos impida consultar a la totalidad de la Materia Médica. Generoso como toda fiel herramienta, este proceso metodológico sólo rescata de la inmensidad de la Materia Médica un grupo de medicamentos, una lista de ellos, como quería Hahnemann, para entonces sí elegir aquél que sea congruente con la totalidad del caso.

A esta altura tenemos:

a- La *totalidad sintomatológica* con **todos los síntomas**, caracterológicos, modalizados y auxiliares que distinguen el caso,

y, por otra parte:

b- El grupo de medicamentos tomados de la lista de los que cubren la *repertorización inteligente* que realizamos con los **3, 4 ó 5** síntomas más jerárquicos de la totalidad.

Releamos parte de tres parágrafos del Organon:

Parágrafo 210: “*Tanto en las enfermedades mentales (psiquiátricas) como en las enfermedades corporales, especialmente debemos anotar el **carácter** del paciente **junto a la totalidad de los síntomas**, en todos los casos que se nos llame a curar, si queremos trazar una imagen exacta de la enfermedad, a fin de estar en condiciones de tratarla homeopáticamente con éxito*”

Parágrafo 211: “*Lo dicho tiene tal importancia que el **estado anímico** del paciente con frecuencia determina principalmente el remedio homeopático que será seleccionado*”

Parágrafo 213: “*Nunca se curará de un modo conforme a la naturaleza — es decir, de un modo homeopático — mientras que en **cada caso individual de enfermedad***”

no se atienda simultáneamente con los otros síntomas, los que se relacionan con el cambio mental y anímico del paciente”

Se observa sin dificultad cómo la congruencia con la Materia Médica debe ser realizada privilegiando los síntomas *caracterológicos* del paciente.

Por lo tanto, la tarea a desarrollar en el 4º paso ha de ser la de determinar cuál de los medicamentos surgidos de la repertorización nos muestra la congruencia necesaria para convertirse en el remedio elegido.

Para ello, deberemos observar ciertas reglas a las que el método obliga:

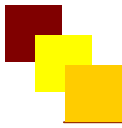
- a- Cualquier remedio que cubra la mitad más uno de los síntomas puede ser el elegido.
- b- Deberemos consultar siempre la Materia Médica antes de determinar el que corresponda.
- c- Habremos de hacer la primera confrontación con los síntomas *caracterológicos*. Sólo después estaremos autorizados a confrontar con el resto de *modalizados* no repertorizados y con los *auxiliares*.
- d- El remedio elegido será aquel que nos permita comprender mejor el caso y, por sobre todas las cosas, el que nos dé una **nueva lectura** de la *totalidad sintomatológica* donde **todos los síntomas del caso puedan ser lógicamente combinados en un todo armonioso y consistente, que tenga forma, coherencia e individualidad** como quería Stuart Close²¹[21].
- e- Esta totalidad es *la imagen reflejada al exterior de la esencia interior de la enfermedad, la única y sola cosa que determina el remedio más apropiado* — como dice Hahnemann en el parágrafo 7—. Se convierte así a través de los *síntomas característicos* en la **guía** del tratamiento.

Aquí reside el verdadero arte del homeópata: el saber distinguir, de entre todos los remedios candidatos, aquél que haya expresado, en su manifestación patogenética, el mismo **plan de desequilibrio**, la misma **idea**, el mismo **modo** de enfermar, y en el que la totalidad sintomática no está constituida por un simple revoltijo de síntomas tomados al azar, sino por una **individualidad** que puede ser reconocida y estudiada en todas sus partes.

Por lo demás, este método nos permite realizar una nueva lectura, diríamos, tridimensional del enfermo ya que, ante ciertas dudas, podremos reinterrogarlo dirigiendo nuestras preguntas para establecer un diagnóstico de certeza entre los remedios candidatos y, al descubrir el **nuevo orden** que ha tomado el carácter de la vida, como lo llamó Hahnemann, aproximarnos a develar, a través de la interrelación de los síntomas, la **constitución mórbida** del enfermo.

Es en este momento cuando nuestro conocimiento en Materia Médica podría tratar de extenderse hacia remedios que no conocemos lo suficiente o, en caso de haber seleccionado uno de los muy conocidos, realizar **preguntas directas** que ubiquen el verdadero sufrimiento recóndito del paciente que generalmente se oculta detrás de los síntomas *caracterológicos*, pero cuya existencia nosotros podemos **intuir** a través del conocimiento profundo del medicamento que hemos seleccionado.

²¹[21] Stuart Close, *El genio de la Homeopatía*, Sevilla, edita Sección de médicos homeópatas. Colegio de Médicos de Sevilla 1994.



REINTERROGATORIO DIRIGIDO

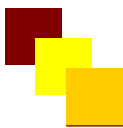
— Quinto Paso —

Una vez terminados los cuatro pasos anteriores deberíamos siempre reinterrogar al paciente, aun cuando no tuviésemos dudas en el diagnóstico del medicamento. Reinterrogar de manera dirigida para realizar la *clínica comparada* y el *diagnóstico diferencial* debería ser la mejor conducta. Esto nos permite:

- a- Verificar el diagnóstico del remedio, ahora que hemos arribado a una comprensión jerarquizada e individualizante.
- b- Estudiar el o los remedios llamados *chicos* que hubiesen surgido en la repertorización y que no conocemos profundamente.
- c- Reinterrogar sobre síntomas bien puntuales de los remedios candidatos para certificar el diagnóstico.
- d- Agregar a la repertorización, si hiciese falta, algún síntoma que surja en el reinterrogatorio.
- e- Modificar la sintomatología caracterológica del paciente si la hemos comprendido mal (suele a veces suceder que un síntoma caracterológico que hemos tomado encubre *otro* que, por una mala semiología o simplemente porque el paciente tiene una mala comprensión de sí mismo, no fue correctamente detectado por el homeópata)
- f- Tener en cuenta, para la evolución futura del caso, aquellos síntomas no cubiertos por el remedio elegido para agregarlos a éste si sufren modificaciones durante el tratamiento y por otra parte, para verificar su presencia en otros casos de pacientes que utilicen el mismo medicamento.

Vemos entonces cómo los pasos del método seguidos con cuidado ofrecen la gran posibilidad de modificar el enfoque del cuadro del paciente sin alterar de manera absoluta el registro de la información jerarquizada y obtenida en el principio.

Del mismo modo, si hubiésemos equivocado la prescripción al hacer una mala congruencia con la Materia Médica, el método nos indicaría la conveniencia de volver a la repertorización inicial a fin de agregar algún síntoma modalizado característico que debamos tener en cuenta, conservando la regla de que en total no sean menos de 3 ni más de 5, con lo que nuestro estudio del paciente será sólo parcialmente modificado hasta encontrar la prescripción exitosa.



DIAGNÓSTICO DE NIVEL

— Sexto Paso —

Fundamentos:

Toda teoría que proponga una formulación científica capaz de convertirse en una hipótesis valedera que nos aproxime a una tesis debe poseer, entre otros atributos, la capacidad de **prever** los acontecimientos futuros. Tanto es así que, independientemente de la explicación del **por qué** de la producción de un hecho, si la teoría puede predecirlo está cumpliendo con uno de los requerimientos del método científico.

Para explicar lo que hemos denominado *Teoría del nivel energético de las constituciones* —que a nuestro entender nos capacita para percibir cuándo estamos en condiciones de medicar al paciente con su *simillimum constitucional* y cuándo, en cambio, estamos obligados a conformarnos con remedios parcialmente *similares* que sólo provocarán cambios en el estado de salud—, vamos a completar el marco referencial con algunos aportes que nos brindan los nuevos descubrimientos de la ciencia moderna. Veremos cómo el esquema al que haremos referencia y las nuevas concepciones que la ciencia ha desarrollado en el campo de la termodinámica aplicada a los sistemas biológicos, se adaptan con gran significación.

En el capítulo de los fundamentos doctrinarios vimos la teoría de David Bohm del Universo como un Holoverso, en la que demuestra cómo lo manifestado, el Universo observable, está constituido por dos órdenes que, si bien inseparables, son factibles de ser estudiados en dos planos diferentes:

- a- el orden explícito donde los fenómenos se expresan como partes separadas, y
- b- el orden implícito en el que un dinamismo inmaterial da sustento y anima a todas las partes otorgándoles un sentido de unidad que las hace partícipes de una entelequia totalizante y en la que, consecuentemente, se verifica la afirmación de que *el todo está en cada parte y cada parte es el todo*.

La experiencia de la holografía también expresa el mismo hecho. “*La holografía es un método de fotografía sin lente en donde el campo de onda de luz esparcido por un objeto se recoge en una placa como patrón de interferencia. Cuando el registro fotográfico —el holograma— se coloca en un haz de luz coherente como el láser se regenera el patrón de onda original. Aparece entonces una imagen tridimensional. Como no hay ninguna lente de enfoque, la placa aparece como un patrón absurdo de remolinos. Sin embargo cualquier trozo del holograma reconstruirá toda la imagen si es iluminado*”.^{22[22]}

Karl Pribram, eminente neurofisiólogo contemporáneo, expuso, en una conferencia en Houston, su trabajo *New Dimensions in Health Care* en el que propuso al

^{22[22]} Wilber, Ken, *El paradigma holográfico*, Barcelona, Kairós, cap.1, número especial actualizado de *The Braian / Mind Bulletin*.

mundo científico estudiar el cerebro según un modelo holográfico. Este modelo permitiría explicar la función cerebral ya no desde el punto de vista de las infinitas comunicaciones interneuronales sino a través de una teoría que, más allá del tiempo y del espacio, se coloque en el dominio exclusivo de las frecuencias. La verdadera explicación de las asociaciones estaría entonces dada a nivel físico dinámico, es decir subatómico. En ese nivel el concepto de partes netamente diferenciables pierde sentido y la totalidad de las partes, cada una de ellas, tiene acceso a la unidad del todo.

Muchos serían los testimonios de la ciencia moderna que podríamos presentar en esta aproximación al método de la Homeopatía Pura. La mayoría de ellos, y no hace falta explicar por qué, coinciden con los enunciados postulados magistralmente por Hahnemann hace doscientos años. Primero en aplicar una metodología basada en requerimientos científicos, que hoy son evidentes pero que no eran conocidos en su época, Hahnemann utilizó un criterio experimental riguroso y exacto que puede compararse sin desmedro al aplicado por la ciencia moderna. Son estas exigencias académicas las que ubican al creador de la Homeopatía en un lugar de excepción y las que nos permiten considerarlo sin ninguna duda, como el primer médico científico de la humanidad.

Todo lo expuesto invalida los argumentos de los detractores de la Homeopatía cuando la objetan por el simple hecho de no encontrar substrato químico en sus medicamentos. Sabemos que la base de los medicamentos es puramente energética, subatómica, y es suficiente prueba de ello la repetición de los síntomas despertados en la experimentación patogenética de cada una de las sustancias, así como su acción terapéutica probada por la desaparición de esos mismos síntomas en los pacientes curados. Son fruto de una extrema ignorancia aquellos argumentos desvalorizadores que, en rigor, sólo demuestran la poca formación científica de quienes los sostienen. No fueron de esta clase los pensadores que a mediados de este siglo otorgaron el Premio Nobel a Dennis Gabor por la formulación matemática de la holografía, que sólo pudo experimentarse en la realidad diecisiete años más tarde con la invención del rayo láser.

De sumo interés y de importancia para nuestro propósito comparativo son, asimismo, las teorías de Jacob^{23[23]} y las de Thom^{24[24]}. El primero sostenía, hace más de 30 años que no existe la posibilidad de comprender profundamente la Biología sin la Física, y René Thom, célebre matemático francés contemporáneo, fundador de la “Teoría de las catástrofes”, con un punto de vista aparentemente opuesto, pero sin duda complementario, aseguraba que *“hay que abandonar la esperanza de que las ciencias exactas puedan introducir métodos cuantitativos para explicar las ciencias humanas”* y que *“es de notable ingenuidad pensar en ello pues, muy por el contrario, las mismas ciencias exactas serán infiltradas en un futuro no muy lejano, por los métodos sutiles en el análisis, cualitativos y un tanto difusos de las ciencias humanas”*.

De todas las teorías, algunas de ellas facilitadoras de un desarrollo exponencial de la ciencia de nuestro tiempo, la de Ilya Prigogine, Premio Nobel de Química en el año 1977, es la que nos ofrece un marco referencial sumamente atrayente y paradigmático.

En su teoría —de la que algo ya expusimos en el primer capítulo— Prigogine afirma que los sistemas biológicos, como lo es el hombre y cualquier ser vivo, se rigen necesariamente por las leyes de la termodinámica. En este sentido se ha de recordar que un sistema macroscópico debe asociarse con su entorno, con “el mundo externo”, donde un innumerable sistema de fuerzas actúa sobre cada una de las partes de sus puntos internos (fuerza de gravedad, fuerzas provenientes de un campo eléctrico, etc.).

Podemos diferenciar tres tipos de sistemas:

^{23[23]} Jacob F. Premio Nobel en Biología año 1965.

^{24[24]} Thom R., Enciclopedia Universal, vol. 17, pag. 8

- a- el *aislado*, donde las interacciones internas son tales que no existe ningún intercambio de energía con el mundo externo.
- b- el *cerrado*, donde sólo se puede intercambiar energía con el medio.
- c- el *abierto*, que puede intercambiar *energía, materia e información* con lo que lo circunda.

Muchos consideran que nuestro Universo es un sistema cerrado y que, por el contrario, los hongos y las bacterias, por ejemplo, y todos los sistemas biológicos incluidos el hombre y el resto de los seres vivos, son, desde el punto de vista físico, sistemas abiertos de energía.

El primer principio de la termodinámica conocido como *el principio de la indestructibilidad o de la conservación de la energía* y formulado por primera vez en 1842 por el joven médico alemán Julio Mayer^{25[25]} postula la conservación de la energía: *la conservación de la energía de un sistema es igual a la energía que éste recibe*. El segundo principio introduce una nueva cualidad, la *entropía*^{26[26]}, relacionada con los intercambios calóricos con el medio. Para Boltzmann era ésta la medida del *desorden molecular, una ley relacionada con la tendencia a la desorganización progresiva del sistema*.

En este sentido un sistema *aislado* evoluciona hacia un estado de equilibrio en el que la entropía es máxima. Por el contrario, cuando un sistema es *abierto* —el hombre—, los intercambios de energía, materia e información con el medio hacen que la entropía disminuya a expensas del aumento de la entropía del sistema *cerrado* —universo— que lo contiene. Consecuentemente, por su propia naturaleza física, estos sistemas biológicos son sistemas *alejados del equilibrio* y la entropía en ellos variará según sean los intercambios con el mundo externo.

De los postulados de Prigogine se deduce con facilidad que todo lo viviente, sujeto al segundo principio de la termodinámica, evoluciona mediante estados autordenados —*estructuras disipativas* como él los denomina— que permiten disminuir la propia entropía mediante *nuevos órdenes* de existencia (ejemplos: la inestabilidad de Bénard, la reacción de Zhabotinski, como hemos visto en capítulos anteriores).

Estos nuevos órdenes se dan *al mismo tiempo en cada parte del sistema*. Responden a *una fluctuación gigante, que logra estabilizarse por los intercambios de energía con el mundo externo*.

Hahnemann tuvo la genialidad de describir la enfermedad como un *nuevo orden* en el ser viviente, que necesariamente debía corresponderse con una *predisposición* natural en cada individuo. Esa predisposición es la que facilitará el cambio hacia ese nuevo orden en todo el sistema. Por lo demás, su concepción del equilibrio *dinámico* de la vida se asemeja sorprendentemente a la descripción de Prigogine respecto de los sistemas biológicos como sistemas abiertos alejados del equilibrio.

El eminente científico de Bruselas sostiene que :

“el *orden biológico* comprende realmente dos tipos de órdenes enormemente sofisticados: el *orden funcional* y el *orden arquitectónico*. En las células, el desarrollo normal del metabolismo requiere una coordinación entre millares de reacciones químicas.

^{25[25]} Mayer, Julius Robert (1814-1878) *Bemerkungen über die Kräfte der unbelebten Natur*.

^{26[26]} Entropía, palabra griega que significa confusión, rodeos, vueltas. El principio fue formulado, antes que el primero de la conservación de la energía, por Sadi Carnot (1796-1832) en *Reflexions sur la puissance motrice du feu et sur les machines propres à développer cette puissance*. En la actualidad el concepto de *entropía* ha variado según la nueva aplicación de las leyes de la termodinámica a los sistemas alejados del equilibrio. Léase el capítulo XV, La cuántica de la Homeopatía, de los *Escritos sobre Homeopatía* de M. Candegabe.

Los mecanismos de coordinación constituyen el *orden funcional*. El *orden arquitectónico*, determinado por el código genético, permite una especialización muy sutil de, por ejemplo, las enzimas que inducen ciertas reacciones concretas.

A nivel celular o supracelular, este orden arquitectónico se manifiesta por una serie de estructuras y funciones acopladas de creciente complejidad. Este carácter *jerárquico* es una de las propiedades más *características* del orden biológico.

Los factores responsables de la aparición y de la conservación del orden biológico responden a *fuerzas que actúan en el interior de las células*.

La *constitución* física y química de los seres vivos parece indicar que las interacciones internas celulares son análogas a las interacciones débiles que existen entre las partículas que se estudian en física, por lo que la naturaleza de las fuerzas internas de las células no es incompatible con las leyes de la termodinámica.

Hay pues, un comportamiento *coherente*, es decir, una cooperación en las actividades características del sistema, en los estados alejados del equilibrio^{27[27]}”.

Exceden la publicación de este libro las múltiples aplicaciones de estos conceptos, quizás en una próxima comunicación ampliaremos su significación. Sin embargo, los aquí apenas esbozados nos permiten establecer una relación que bastará para poder enunciar una teoría que explique por qué, en algunos casos, el *nuevo orden que ha tomado la vida* es decir, el cuadro de la enfermedad, se torna confuso y de difícil diagnóstico y a qué se debe la escasez sintomatológica de ciertos pacientes y la pérdida de la *coherencia* en la manifestación de la enfermedad, que muchas veces nos obliga a tener en consideración determinados síntomas y no otros difusos que nos conducirían a una prescripción errónea.

Los nuevos descubrimientos científicos aumentan el marco referencial para la nueva *teoría del nivel energético de las constituciones*, en congruencia con lo ya indicado, acerca de este problema, por Samuel Hahnemann, en los siguientes párrafos del Organon de la Medicina:

Parágrafo 176: “Hay, sin embargo un **corto número de enfermedades**, que después del examen inicial más cuidadoso, no presentan más de **uno o dos síntomas agudos y violentos**, mientras que todos los demás son percibidos vagamente”.

Parágrafo 177: “A fin de tratar con el mayor éxito posible un caso como éste, que se **presenta muy rara vez**, se debe elegir en primer lugar, guiado por estos pocos síntomas, el medicamento que a nuestro juicio esté más homeopáticamente indicado”.

Parágrafo 178: “Algunas veces sucederá, sin duda, que este medicamento elegido observando estrictamente la ley homeopática, proporciona una enfermedad artificial semejante y apropiada para la destrucción de la enfermedad actual; y esto es mucho mas probable que acontezca cuando estos pocos síntomas morbosos sean muy notables, determinados, extraordinarios y peculiarmente distintivos (característicos).”

Parágrafo 179: “Sin embargo, más frecuentemente acontece que el medicamento elegido por primera vez en tal caso, **sea sólo parcialmente apropiado**, es decir no exactamente, puesto que **no ha habido un número considerable de síntomas** para guiar a una elección perfecta”.

^{27[27]} Prigogine, Ilya, op. cit. pág. 314.

Parágrafo 180: “En este caso el medicamento que se escogió tan bien como ha sido posible, pero que, por las razones expuestas, **es homeopáticamente imperfecto**, producirá, en su acción sobre la enfermedad análoga, un efecto parcial (como en el caso mencionado en el **parágrafo 162** en el que el **número limitado de medicamentos conocidos hace la elección imperfecta**) provocando la aparición de síntomas accesorios y diversos fenómenos que son **síntomas de la enfermedad, aunque hasta ahora nunca o muy rara vez se hubieran notado**; y aparecen algunos síntomas que el paciente **nunca había sentido antes o que sólo había experimentado vagamente**”.

Parágrafo 181: “Se objetará que estos fenómenos accesorios y los síntomas nuevos de la enfermedad que ahora se presentan deben atribuirse al medicamento que se acaba de emplear. A su influencia, en verdad deben su origen, pero son síntomas que sólo **esta** enfermedad medicamentosa es capaz de producir en **este** organismo. En una palabra, debemos considerar toda la colección de síntomas que se notan ahora, como pertenecientes a la enfermedad misma del paciente, a la condición actual, y de acuerdo con esto dirigir nuestro tratamiento ulterior.”

Parágrafo 182: “De este modo la **elección imperfecta** del medicamento, que en estos casos es casi inevitable debido al escaso número de síntomas existentes ^{28[28]}, sirve para completar el cuadro de la enfermedad y de esta manera **facilitar el descubrimiento de un segundo medicamento más exactamente apropiado**”.

Resumiendo podríamos concluir que, a juicio de Hahnemann:

- a- son raros los casos en que hay pocos síntomas pero aún así debemos considerarlos.
- b- estos casos se deben a la misma naturaleza de la enfermedad o al corto número de medicamentos conocidos.
- c- estos cuadros nos conducen siempre a la elección de un medicamento imperfecto, es decir incompleto.
- d- siempre deberemos esperar la aparición de síntomas nuevos o antiguos que el paciente recordaba vagamente, y
- e- estos nuevos síntomas nos conducirán a la prescripción de un medicamento más apropiado a la totalidad de la enfermedad.

Por todo lo dicho deberemos aceptar que algo ha sucedido en el **nuevo orden** que ha tomado la vida en el estado de enfermedad, en algunos casos raros. Eso ha dado lugar a la aparición de escasos síntomas en los dos planos de la totalidad, hecho que nos enfrenta al problema de tener que utilizar medicamentos imperfectos —como el autor de la Homeopatía los llama—. Será la Homeopatía del futuro la que habrá de considerar qué pasaría en esas situaciones si se tuviera una Materia Médica más completa.

En el parágrafo 15, Hahnemann sostiene que el **organismo** (la totalidad de los síntomas perceptibles desde el exterior) y la **perturbación de la energía vital** son la misma cosa, **constituyen un todo**, según sus propias palabras. Sin embargo en el final del parágrafo dice: “constituyen una unidad, aunque nuestra mente **separe** esta unidad con el fin de **comprender más fácilmente**”.

Y dice James T. Kent ^{29[29]}:

^{28[28]} Y también al **escaso número de medicamentos conocidos**, parágrafo 162.

^{29[29]} Kent, J.T. *Escritos menores*, Bs. As., Albatros, capítulo “La oposición de la fuerza vital a la acción de las drogas”.

Resulta incurable una enfermedad por dos motivos:

1- por la destrucción de los tejidos en el organismo, y

*2- por la **reacción deficiente** de la energía vital.*

Esto último puede además ser dividido en:

a- debilidad congénita, y

b- debilidad adquirida.

“Pero estas complejidades intrínsecas y divisiones, corresponden a un tema que está más allá de esta publicación y las dejaremos aquí, en espera de que nuevos estudios nos conduzcan a aclarar los puntos débiles, ya que es nuestro propósito iluminar la verdad cada vez más intensamente.”

Teniendo en cuenta las premisas básicas dadas por el creador de la Homeopatía, la última consideración de Kent —quien fue uno de sus más dilectos discípulos— y los aportes de la avanzada científica moderna, estamos en condiciones de abordar la siguiente proposición.

Teoría del nivel energético de las constituciones

Como hemos visto, la enfermedad es el desequilibrio de la fuerza vital miasmáticamente afectada. En el ser viviente, los dos órdenes biológicos, el funcional y el arquitectónico, reflejarán este cambio:

a- en el nivel de la energía vital se observarán alteraciones (“fluctuaciones”, como quiere Prigogine) en el estado de salud que abarcarán numerosos planos y en los que estarán implicados incalculables mecanismos, hasta que una saturación produzca un nuevo orden vital simultáneo en la totalidad del sistema y conforme una nueva estructura aún más alejada del equilibrio. Obviamente, esa nueva estructura surgirá a partir de una determinada predisposición individual.

b- este cambio de estructura se manifestará en el orden constitucional (mente y cuerpo) y en su devenir irá conformando una nueva arquitectura vital. Sensaciones patológicas en la forma de sentir y de obrar de la totalidad del organismo y de cada órgano en particular denotarán, entonces, en el agregado cualitativo de los síntomas, la constitución mórbida.

Podríamos decir que la coherencia de la constitución mórbida expresa el alto grado de congruencia de los fenómenos que sólo puede atribuirse a una información previa en la totalidad del sistema cuya única explicación habremos de encontrarla en procesos no lejanos de la herencia.

La experiencia de Hahnemann y de sus discípulos indica, asimismo, que muchas veces la energía vital se debilita y esto se refleja en una escasa manifestación sintomatológica (pocos síntomas). Por otra parte, los distintos regímenes de vida, el desarrollo de la psora, las supresiones, los cambios culturales o la propia debilidad de la fuerza vital, quitan nitidez a la manifestación de la enfermedad; esa carencia de claridad se traduce en expresiones sintomáticas vagas, confusas y de poco valor, lo que vuelve incoherente la manifestación de la constitución mórbida (poca jerarquía de los síntomas y poca relación entre ellos).

Por lo tanto podríamos ejemplificar estos conceptos a manera de ejercicio, teniendo en cuenta del grado de reactividad de la energía vital y la jerarquía en la presentación de la imagen de la constitución mórbida, en la siguiente gráfica:

		ENERGÍA VITAL	
		Reactiva: Mayor cantidad e intensidad de los síntomas	Débil: Menor cantidad e intensidad de los síntomas
CONSTITUCIÓN	Coherente: mayor jerarquía de los síntomas	PRIMER NIVEL <i>(muchos síntomas, intensos y jerárquicos)</i>	SEGUNDO NIVEL <i>(pocos síntomas, poco intensos pero jerárquicos)</i>
	Incoherente: menor jerarquía de los síntomas	TERCER NIVEL <i>(muchos síntomas intensos y poco jerárquicos)</i>	CUARTO NIVEL <i>(pocos síntomas, poco intensos y poco jerárquicos)</i>
MÓRBIDA			

En donde de la *reactividad o debilidad de la energía vital*, dependerá el grado de intensidad de los síntomas y la mayor o menor cantidad de ellos; y en el que la *coherencia o incoherencia en la manifestación de la constitución mórbida* estaría dada por la aparición de síntomas más o menos jerárquicos.

Al hablar de *muchos síntomas* queremos significar aquella cantidad suficiente como para que podamos bosquejar, por el grado de *intensidad*, la imagen parcial de un remedio. Al referirnos a una *mayor o menor coherencia* estamos estableciendo una jerarquización de los síntomas respecto de su *agregado cualitativo* que nos permite formarnos la imagen característica de la constitución mórbida del paciente.

En esta división artificial se describen los cuatro niveles energéticos que agrupan la totalidad de posibilidades de expresión del desequilibrio vital de los pacientes a través de los síntomas homeopáticos. Habrá de tenerse en cuenta, por tanto, que:

- a- a la **reactividad o debilidad** de la energía vital se deben las características de intensidad y cantidad de síntomas (es decir, a mayor reactividad de la energía, mayor intensidad y mayor cantidad de síntomas y viceversa).
- b- a la **coherencia o incoherencia** de la manifestación de la constitución mórbida se deben las cualidades de *jerarquía en los dos planos de la totalidad* (de lo mental a lo local y de lo histórico a lo actual) que nos dan la posibilidad de *individualizar*, en el mejor de los casos, la imagen de la enfermedad constitucional, de tal forma de acercarnos al ideal terapéutico, es decir, al *simillimum constitucional*.

Esta división puramente artificial está sugerida en el párrafo 15 del Organon de la Medicina y ampliada por Kent en sus Escritos Menores. Proponemos su desarrollo *con el fin de que nuestra mente separe lo que está unido para lograr una mayor comprensión*.

1º Nivel

En este nivel los enfermos presentan **muchos síntomas** caracterológicos, modalizados y auxiliares de particular **intensidad** (energía vital reactiva) y, de **gran jerarquía** (constitución mórbida coherente) en los dos planos de expresión de la constitución mórbida: históricos-intermedios-actuales y mentales-generales-locales.

Son pacientes cuya *historia biopatográfica* es rica en síntomas y expresa en tal sentido la totalidad del desequilibrio vital.

Los cuadros agudos seguramente presentarán síntomas del mismo remedio por lo que, en general, éste será el indicado y, al no estar habitualmente la psora muy desarrollada, darán la oportunidad de cumplir con el ideal terapéutico de encontrar el remedio único para toda la vida.

2º Nivel

Aquí la energía vital está debilitada y la característica de estos enfermos es la de presentar **pocos síntomas** pero **jerárquicos** (constitución coherente). En estos casos la *historia biopatográfica* brindará también la posibilidad de encontrar un remedio único que ponga en marcha la Ley de Curación, si se identifica, a través de estos pocos síntomas, el medicamento ideal. Sin embargo, a diferencia del nivel 1, la escasez sintomática quitará nitidez a la totalidad y la imagen de la enfermedad se mostrará distorsionada.

Cabe destacar que en estos pacientes la prescripción de un medicamento similar algunas veces provocará la aparición de síntomas verdaderamente constitucionales, es decir de mayor jerarquía que los que hemos tomado para prescribir el primer remedio imperfecto. Éstos son los que, junto a los escasos síntomas jerárquicos obtenidos previamente en la toma del caso guiarán la prescripción hacia el remedio constitucional o *simillimum*.

Sucede igualmente en los períodos de *impregnación*^{30[30]} y de *estado* de los síndromes agudos, considerándolos siempre una exaltación del cuadro crónico^{31[31]}, en los que aparecerán a menudo los verdaderos síntomas. Por tal motivo estos cuadros deberán ser investigados durante el interrogatorio de la historia biopatográfica.

3º Nivel

Aquí los enfermos presentan **muchos síntomas intensos** (energía vital reactiva) pero de **escasa jerarquía** (incoherencia de la constitución mórbida).

La historia biopatográfica es poco nítida y el *cuadro actual* nos lleva a prescribir medicamentos similares que sólo aportarán mejorías parciales o cambios en el estado de los síntomas que no provocarán la puesta en marcha de la ley de curación en lo crónico.

En estos casos la aparición de un síndrome agudo nos dará la oportunidad de encontrar el medicamento ideal: los períodos de impregnación y de estado, en los que la energía vital está aún mayormente exaltada permitirán la aparición de un grupo de síntomas que indique claramente un segundo remedio. Empero, a diferencia del nivel 2, la prescripción de este medicamento, también similar, provocará durante un tiempo el reordenamiento de la constitución, de ahí que sea en la *convalecencia* donde surjan unos

^{30[30]} Consideramos adecuado reemplazar el término “incubación” por “impregnación”.

^{31[31]} La concepción de Hahnemann de miasma agudo se debe reservar para aquellos cuadros en los que la única sintomatología es la común de todo síndrome infectocontagioso y, como el propio autor de la Homeopatía indica en el parágrafo 242, no exaltan, lo que es sumamente improbable, síntomas de la psora.

pocos síntomas que si se relacionan con la historia biopatográfica del paciente nos conducirán a la prescripción de un tercer remedio, posiblemente el verdadero *simillimum*.

Podríamos ubicar en este grupo a algunos pacientes hipersensibles que desarrollan síntomas patogenéticos con cada prescripción.

4º Nivel

El nivel cuarto marca el límite de las posibilidades de ayudar con Homeopatía a un enfermo ya que nos acerca al límite de la incurabilidad. En él el enfermo presenta **pocos síntomas** y de **escasa jerarquía**. Son pacientes desenergizados, a menudo con un alto grado de lesionalidad. En ellos la totalidad va a estar dada por el *cuadro presente de la enfermedad* en el que sólo podremos jerarquizar pocos síntomas del momento actual y prescribir, por lo tanto, medicamentos similares uno tras otro, como lo indica Hahnemann en el tratamiento de las enfermedades defectivas. En estos casos, la buena prescripción de medicamentos similares logrará estimular en parte la energía vital, razón por la cual habremos de estar muy atentos a los síntomas que vayan apareciendo dado que pueden reaparecer algunos que, al ser históricos, nos permitan profundizar el tratamiento y en algunas oportunidades encontrar el *simillimum*.

Esta **teoría del nivel energético de las constituciones** tiene por fin alertar a los colegas sobre la importancia de la valoración dinámica del paciente. Como hemos dicho, son los síntomas homeopáticos el parámetro científico que indicará el nivel. Un enfermo puede tener seriamente comprometida su salud, desde el punto de vista clínico, pero por presentar muchos síntomas de gran jerarquía (1º Nivel) tener un pronóstico muy favorable con el tratamiento. En general, éstos son los casos que se presentan en los Congresos de Homeopatía, dado lo sorprendentemente exitoso de la evolución clínica.

Por el contrario, suele ocurrir que un paciente no presente en el momento de la consulta una enfermedad clínica importante (seguramente aparecerá con el tiempo) y la poca y escasa jerarquía sintomatológica (4º Nivel) nos impida encontrar el *simillimum*.

Hemos visto, asimismo, que los cuadros agudos determinan y precisan el tratamiento según como hayamos hecho el diagnóstico de nivel, y cómo debemos diferenciar los síntomas de los tres estadios.

Nos cabe, por lo demás, aclarar que *hay que ser muy preciso en la determinación del nivel con el fin de no cometer errores en el diagnóstico*; y dado que en muchos casos los límites entre los niveles no son tan claros ni exactos, es de buena conducta considerar a todos los pacientes en primera instancia como de 1º nivel para luego, según la recopilación de datos que tengamos, ir descendiendo progresivamente.

Por otra parte, es dable agregar, aún cuando parezca superfluo, que la determinación de los niveles sólo ha de regirse por el estado de los síntomas y no por otro tipo de valoraciones.

Por último, hemos propuesto esta teoría del nivel energético de las constituciones como 6º paso del método porque la consideramos por experiencia de suma importancia en la comprensión del enfermo^{32[32]}. Seguramente, una vez que esté fortalecida por los años de su utilización, será motivo de un nuevo trabajo en el que presentaremos todas las modificaciones necesarias a un más perfecto empleo. Sin embargo, la proponemos hoy a la comunidad científica homeopática por considerarla de gran valor también para el pronóstico del paciente, como veremos en el siguiente paso.

^{32[32]} En nuestro *caso modelo* la sintomatología hablaba claramente de un nivel 1º energético.



PRONÓSTICO DINÁMICO

—Séptimo Paso—

Hemos establecido con anterioridad que una de las condiciones que debe cumplir una teoría de cierta validez científica es la de poder prever los *acontecimientos futuros*, por lo que en este paso vamos a desarrollar todas las consecuencias que pueden deducirse de las consideraciones hechas en el diagnóstico de nivel energético y las proyecciones en el seguimiento del caso que de ellas puedan trazarse.

Antes de comenzar repetiremos nuestro gráfico básico:

		Energía Vital	
		Reactiva	Débil
Constitución Mórbida	Coherente	1	2
	Incoherente	3	4

Respecto de la totalidad sintomatológica:

A niveles 1 y 2, la totalidad de los síntomas debe reflejar la historia biopatográfica, pero en el nivel 3, dada la incoherencia en la manifestación de la constitución mórbida, la totalidad de los síntomas se expresará a través de los surgidos en los últimos tiempos de vida del paciente —lo que se denomina *cuadro actual*—, hecho que no permite una profundización de su historia. Esta se presentará, entonces, semiológicamente, vaga y confusa. Lo mismo ocurrirá en el nivel 4. Empero, al sumarse en éste la debilidad en la reacción de la energía vital, sólo se destacarán escasos síntomas —*cuadro presente*— que conformarán la totalidad.

En todos los niveles habremos de jerarquizar la totalidad según los dos planos de expresión por lo que, por ejemplo, si hemos determinado que el nivel energético del paciente es el 4, la totalidad estará representada por el *cuadro presente* y entonces, un síntoma local modalizado aparecido en las primeras horas del cuadro será más jerárquico que uno mental de los últimos momentos (recordar el gráfico del primer paso).

Se comprende con facilidad lo riguroso que debe ser nuestro diagnóstico de nivel, para que un juicio apresurado no determine una prescripción supresiva^{33[33]}.

^{33[33]} Se entiende por supresión el bloqueo de la expresión más superficial del desequilibrio vital que provocará un disturbio aún mayor en la energía y cuya consecuencia será la aparición de desordenes del organismo más profundos y más difíciles de curar.

<i>Niveles</i>	<i>Síntomas</i>	<i>representa a la totalidad</i>
1	Muchos y jerárquicos	la historia biopatográfica
2	Pocos y jerárquicos	la historia biopatográfica
3	Muchos y poco jerárquicos	el cuadro actual
4	Pocos y nada jerárquicos	el cuadro presente

Respecto de la ley de curación:

Es evidente entonces que de una buena comprensión del nivel en el que estamos actuando se pueden inferir los cambios que van a producirse, por ejemplo:

Nivel 1°: la totalidad de los síntomas representa la constitución mórbida a través de la historia biopatográfica, por lo que debemos confiar en haber efectuado una prescripción correcta del *simillimum constitucional* que promoverá la *ley de curación en sus cinco enunciados* restableciendo la salud de manera duradera.

Nivel 2°: la totalidad de los síntomas representa sólo *parcialmente* la constitución mórbida a través de la historia biopatográfica, pero con la ayuda de los síntomas que surjan en *los períodos de impregnación y de estado* de los cuadros agudos, cabe también esperar la promoción de la *ley de curación* en lo crónico como en el nivel anterior.

Nivel 3°: la totalidad de los síntomas representa sólo el cuadro actual, y la imposibilidad de confrontarlos con la constitución mórbida, en su expresión histórica y jerárquica, nos enfrenta al hecho de que muy probablemente la prescripción sea de un remedio *imperfecto*, medicamento similar que permita sin embargo un reordenamiento de la constitución a través del *cumplimiento incompleto de la ley de curación*. Es en estos pacientes en los que la *convalecencia del cuadro agudo* o la *mejoría del cuadro actual* permite la reaparición por un tiempo de síntomas de mayor jerarquía que pueden conducirnos a la prescripción del *simillimum* constitucional.

Nivel 4°: la totalidad de los síntomas representa sólo la enfermedad del presente del enfermo por lo que el remedio va a ser lo suficientemente imperfecto como para provocar escasos cambios en el estado de los síntomas y el cumplimiento de la ley de curación en un plano que abarcará exclusivamente la enfermedad presente, por lo que sólo se verificarán cambios en el estado clínico. En estos pacientes, sin embargo, luego de una prescripción imperfecta o, más aún, de varias, como lo indica Hahnemann, quizás se observe la reaparición de algunos pocos síntomas históricos que nos indiquen que hemos elevado el nivel de expresión vital hasta el **nivel 2°**, donde actuaremos en consecuencia.

Respecto de la agravación y mejoría:

Mucho se ha debatido acerca de este tema por lo que para una mayor comprensión aclararemos en primer lugar el sentido de los términos *efecto primario* y *efecto secundario* de la acción de los medicamentos.

Ante la acción de una *droga químicamente activa* la energía vital manifiesta un *comportamiento pasivo* y expresa síntomas en quién experimenta esta acción (efecto

primario) provenientes de la susceptibilidad de especie. La respuesta del organismo (efecto secundario) es la *reacción opuesta* demostrada por síntomas que, en oposición a los primarios, son contrarios a la acción de éstos.

Con *drogas dinamizadas* el efecto primario será fruto del **encuentro** entre la *energía de la sustancia influyente* y la *energía vital previamente sensible*. Como en este caso la energía vital se *comporta de manera activa* da origen a la sintomatología exaltada (patogenias). El efecto secundario estará dado por el restablecimiento del equilibrio vital, luego de la suspensión de la administración de la droga *sin la aparición de síntomas opuestos* al efecto primario.

Regularmente ocurre que la agravación sea la exaltación de los síntomas del paciente dada por el grado de homeopaticidad existente entre el remedio y la energía vital previamente sensible (efecto primario en sustancias dinamizadas) y la mejoría sea la respuesta curativa de la energía vital a la influencia del medicamento (efecto secundario).

En el transcurso de un tratamiento homeopático la mejoría se expresa muchas veces por síntomas exonerativos que siempre van acompañados de un bienestar general que es lo que se llama *reacción homeopática* y depende del efecto secundario. No debemos confundir esta reacción con una agravación, ya que la reacción siempre se origina en la acción benéfica del buen remedio elegido. En cambio, un medicamento que sólo sea similar puede, por homeopaticidad, provocar una agravación que no va a estar seguida de mejoría.

La agravación puede deberse a:

- a- homeopaticidad (dada por el medicamento *simillimum* y aún por la homeopaticidad parcial dada por un medicamento similar).
- b- grado de lesionalidad del organismo.
- c- dinamización incorrecta.
- d- dosis incorrecta.
- e- repetición incorrecta.
- f- reactividad de la energía vital.

En nuestro método de la Homeopatía Pura, a la capacidad reactiva de la energía vital se deberían las agravaciones y el grado de coherencia de la constitución mórbida determinaría el tiempo de presentación de las mejorías:

energía vital	- reactiva: agravación corta
	- débil: agravación larga
constitución mórbida	- coherente: mejoría rápida
	- incoherente: mejoría lenta

Convengamos en que muchas veces la agravación no se presentará, independientemente del cuadro de la enfermedad dinámica. El método *plus*, tanto en las dinamizaciones centesimales como en la cincuenta milésimales, ha demostrado que la agravación puede evitarse. Sin embargo, el diagnóstico de nivel energético nos permite un pronóstico bien determinado si ocurre la agravación:

<i>Niveles</i>	<i>Energía vital</i>		<i>Constitución mórbida</i>
1	Agravación corta	Seguida de	Rápida mejoría

2	Agravación larga	Seguida de	Rápida mejoría
3	Agravación corta	Seguida de	Lenta mejoría
4	Agravación larga	Seguida de	Lenta mejoría

Vemos como este pronóstico se acerca a algunas de las principales observaciones hechas por James T. Kent; pero a diferencia de lo sostenido por él —que la mejoría o no de la enfermedad estaría determinada por el grado de lesionalidad clínica del organismo, dato que muchas veces es improbable y que sólo podremos utilizar como explicación del hecho **cuando ya ha ocurrido**—, el diagnóstico de nivel nos permite *prever* la posibilidad de la agravación otorgándonos el beneficio del saber anticipado y la posibilidad de actuar en consecuencia.

Respecto de la enfermedad aguda:

Resumiremos lo ya descripto en el 6° paso:

1° Nivel: el enfermo presentará síntomas que indican el *mismo remedio* del cuadro crónico.

2° Nivel: el enfermo puede presentar más síntomas del mismo remedio prescrito en el cuadro crónico con lo que completará el trazado de la enfermedad certificando la prescripción. Sin embargo, muchas veces, la sintomatología de los períodos de *impregnación* y de *estado* del cuadro agudo puede conducirnos a un cambio del diagnóstico. Al emparentar los síntomas aparecidos en el cuadro agudo con los pocos síntomas jerárquicos que teníamos (con los que hicimos el diagnóstico de 2° nivel) el trazado de la totalidad nos llevará a un remedio distinto que explique más acabadamente la imagen de la enfermedad constitucional hallando el verdadero *simillimum*.

3° Nivel: el enfermo presentará un *cuadro actual* con múltiples síntomas poco jerárquicos, en los períodos de *impregnación* y de *estado*, que nos conducirán a la prescripción de un medicamento sólo similar, pero activo, que resolverá la enfermedad aguda. Durante la *convalecencia* surgirán por un tiempo síntomas que el paciente recordará haber tenido; éstos son los síntomas *históricos* que van a definir el cambio de remedio en busca del *simillimum*.

4° Nivel: deberemos esperar en este enfermo el cambio casi constante de sintomatología, que habremos de acompañar con el cambio de remedios similares independientemente de los períodos de la enfermedad aguda. Sin embargo, como en el cuadro crónico, tendremos que prestar especial atención a los pocos síntomas que surjan para jerarquizarlos y poder profundizar el tratamiento.

Respecto de los síntomas nuevos:

Por definición los *síntomas nuevos* son síntomas que el paciente jamás tuvo y no pertenecen a la patogenesia del medicamento administrado. Debemos diferenciarlos de los que participan de una *reacción homeopática* dado que en ésta acompañan una mejoría del enfermo y desaparecen al finalizar la reacción exonerativa. Los síntomas nuevos

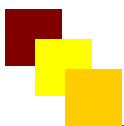
propiamente dichos quedan *fixos* por un tiempo y deben ser considerados según el diagnóstico de nivel energético realizado antes de su aparición:

1º Nivel: significan una prescripción errónea. Siempre acompañan un empeoramiento de la enfermedad dinámica y en la mayoría de los casos participan de una supresión. La conducta debe ser el replanteo del caso.

2º Nivel: pueden tener el mismo sentido del caso anterior. Sin embargo, como ocurre en los cuadros agudos de este nivel, muchas veces reconsiderándolos junto a los pocos síntomas jerárquicos que hemos tomado nos definirán una imagen de la enfermedad que nos conduzca a la prescripción del *simillimum*.

3º Nivel: en estos casos la aparición de un conjunto de síntomas nuevos parece ser la regla. Siempre indicarán la prescripción de un medicamento similar. Más allá de su intensidad en la manifestación, perderán jerarquía frente a la reaparición de algún síntoma histórico que indique el camino hacia el remedio constitucional.

4º Nivel: como en el nivel anterior, indican sólo cambios en el estado de los síntomas provocados por prescripciones similares. Sin embargo dada la imposibilidad en este nivel de jerarquizar la sintomatología más allá del cuadro presente, en tanto no cambie el nivel de expresión energética del enfermo, serán los únicos que podrán indicar la necesidad de un cambio de remedio.



PRESCRIPCIÓN JUICIOSA

— Octavo Paso —

En los primeros cinco pasos, como hemos visto, se establece la elección del medicamento más apropiado al caso. Los pasos 6º y 7º nos brindan la posibilidad de confirmar la prescripción y realizar un diagnóstico de nivel, por medio del cual reconoceremos el grado de profundidad en el que estamos actuando; este nivel, por otra parte, nos permite proyectar un pronóstico de evolución.

Quedan por definir las recomendaciones en la posología del medicamento que vamos a suministrar. Para ello **sugerimos** el siguiente esquema:

1º Nivel: *dinamización elevada* (1000 ó 10000) *en dosis única* (1 gramo de lactosa embebida en 3 gotas de la dinamización) administrada lejos de la comida o *en plus* (3 gotas en 30 cc. de agua destilada alcoholizada en frasco gotero de 60 cc.) de las que se administrarán 2 gotas diarias a la mañana y a la noche, lejos de la comida y sacudiendo 10 veces el frasco antes de cada toma.

2º Nivel: *dinamización baja* (30 ó 200) *en plus*.

3º Nivel: *dinamización elevada* *en dosis única*.

4º Nivel: *dinamización baja* *en plus*.

Las explicaciones del por qué de estas recomendaciones, surgen de las siguientes conclusiones, fruto de más de una década de experimentación:

- a- La dosis única sólo es recomendable en aquellos pacientes cuya energía vital es lo suficientemente reactiva como para responder a un solo estímulo energético.
- b- El método *plus* fue creado por Hahnemann para los pacientes debilitados en la manifestación del desequilibrio vital. Aconsejó su uso desde mucho tiempo antes del descubrimiento de las dinamizaciones cincuenta milésimas (5º edición del Organon), por lo que es de buena práctica su utilización en todos los niveles, exceptuando los casos del 3º Nivel, dada la gran hipersensibilidad de estos pacientes que tienden a desarrollar síntomas patogenéticos.
- c- En el 1º Nivel deberemos valorar la reactividad de la energía vital para decidir la posología.
- d- El método *plus* ha demostrado ser el de mayor eficacia para evitar las agravaciones.



CONSIDERACIONES FINALES

Los próximos años, sin duda, la profundización del estudio conducirá a ampliar o modificar los conceptos derivados de su aplicación y experimentación, el método de la Homeopatía Pura nos permite, en el presente, aproximarnos a una práctica que ha vuelto más precisa la prescripción homeopática.

Muchas de las ideas y opiniones vertidas, sin duda sufrirán con el tiempo ciertos cambios, pero nos aventuramos a asegurar no sólo que éstos no influirán en la esencia del método sino también que es muy probable que los primeros cinco pasos permanezcan inalterados y no sean los que den lugar a modificaciones, dada su prolija estructuración.

Samuel Hahnemann reclama, desde el parágrafo 146 del Organon, el *empleo juicioso de los medicamentos... a fin de efectuar la curación homeopática de las enfermedades naturales*. Es por ello que la prescripción habrá de ser la culminación no de una especulación arbitraria sino el producto de una comprensión acabada y profunda del desequilibrio vital del enfermo.

Cada paciente expresa en su dolor la forma individual y errónea de adaptación a la vida, tanto en el plano de lo orgánico como en lo más profundo de su psiquismo. Esa adaptación es indicadora del significado más ontológico de la herencia, y se expresa mediante alteraciones en el estado constitucional arquetípico que revelan, en el conjunto de sensaciones y acciones amanecidas en el transcurso de la vida, el **modo individual** de desequilibrio. A esa forma personal de desequilibrio, el homeópata habrá de jerarquizarla con un pensamiento lógico, vacío de personalismos y seudoteorías que alteran el verdadero espíritu de la Doctrina Homeopática.

Nuestro trabajo ha consistido en reordenar las propias experiencias y las de los colegas, de ahí que mucho de lo expresado pueda resonar como un eco de la propia experiencia de los lectores que posiblemente hayan estado ligados a parte del desarrollo.

Hemos tratado de explicar lo más sintéticamente posible la estructura del método con el fin de acercar un conocimiento sinóptico para ser contrastado con la práctica diaria.

Los años venideros confirmarán en la experiencia cotidiana la validez de esta *Aproximación al método práctico y preciso de la Homeopatía Pura*, pensado con la conciencia del médico que sabe que **su elevada y única misión es restablecer la salud en los pacientes, que es lo que se llama curar**.