



**DESCRIPCIÓN DE LA CLÍNICA HOMEOPÁTICA SEGÚN LOS CONCEPTOS DE  
PROCESO SÁNCHEZ ORTEGA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA HOMEOPÁTICA**

**IVÁN DARÍO NAVAS DOMÍNGUEZ**

**CODIGO: 20151004102**

**TUTOR**

**DRA. MARÍA DEL PILAR GUERRERO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA COLOMBIANA  
DE MEDICINA HOMEOPÁTICA**

**LUIS G. PAEZ**

**BOGOTÁ – COLOMBIA**

**ENERO – 2016**

## **Dedicatoria**

Con gran admiración y gratitud,  
dedico este trabajo al doctor  
Proceso Sánchez Ortega

## Agradecimientos

A mis padres, por su confianza;

A mi esposa, por su apoyo;

A mi hija, por su paciencia;

A mis docentes de la Fundación Universitaria Luis G. Páez, por sus enseñanzas;

A mi tutora, por su colaboración;

A mis colegas de la especialización, por su acompañamiento;

A mis amigos, por su estímulo;

A mis pacientes, por la experiencia;

Y a Dios, por la oportunidad y sus bendiciones.

## Contenido

Resumen .....	8
1. Introducción.....	10
2. Objetivos .....	12
2.1. General .....	12
2.2. Específicos.....	12
3. Estado del arte .....	13
4. Marco teórico.....	20
4.1. La homeopatía y sus principios.....	20
4.1.1. Natura morborum medicatrix. ....	20
4.1.2. Ley de los semejantes. ....	21
4.1.3. Experimentación pura. ....	23
4.1.4. Individualidad.....	24
4.1.5. Dosis mínima. ....	26
4.1.6. Vitalismo. ....	27
4.1.7. Miasmas. ....	28
4.2. Las enfermedades crónicas miasmas según Hahnemann.....	28
4.2.1. Clasificación de las enfermedades. ....	28
4.2.2. Naturaleza y características de las enfermedades crónicas miasmáticas. ....	30
4.2.3. Tratamiento de las enfermedades crónicas miasmáticas según Hahnemann. ....	34
4.2.4. Régimen y dieta en el tratamiento de las enfermedades crónicas miasmáticas.....	37
4.2.5. Precauciones en el tratamiento de las enfermedades crónicas miasmáticas.....	38
4.3. Algunos conceptos sobre las enfermedades miasmáticas de otros grandes homeópatas .....	42
4.3.1. James Kent.....	42
4.3.2. Henry Allen. ....	44
4.3.3. N. Ghatak.....	47
4.3.4. Herbert Roberts. ....	49

4.4. Biografía de Proceso Sánchez Ortega .....	51
4.5. Las enfermedades crónicas miasmáticas según Sánchez Ortega .....	55
4.5.1. Definición. ....	55
4.5.2. La psora. ....	56
4.5.3. La sycosis. ....	60
4.5.4. La syphilis. ....	63
4.5.5. Fundamentos de la teoría del hipo, hiper y dis. ....	65
4.5.6. Utilidades en la semiología y en la clínica de la teoría miasmática de Sánchez. ....	66
4.6. Generalidades de semiología y clínica homeopática .....	69
4.6.1. La toma del caso. ....	70
4.6.2. Los síntomas característicos. ....	72
4.6.3. Las observaciones después de la primera prescripción. ....	73
5. Metodología.....	82
5.1. Tipo de metodología .....	82
5.2. Localización de acervos documentales.....	82
5.3. Selección, recolección y análisis documental .....	83
6. Resultados .....	84
6.1. Descripción de la clínica homeopática según los conceptos de Sánchez Ortega .....	84
6.1.1. Consideraciones sobre la toma del caso. ....	84
6.1.2. La jerarquización.....	86
6.1.3. Los diagnósticos. ....	89
6.1.3.1. Diagnóstico nosológico o sindrómico.....	90
6.1.3.2. Diagnóstico individual. ....	91
6.1.3.3. Diagnóstico miasmático.....	92
6.1.3.4. Diagnóstico integral. ....	94
6.1.3.5. Diagnóstico medicamentoso.....	96
6.1.4. La selección de la potencia.....	98
6.1.5. La incurabilidad.....	100
6.1.5.1. Parcial o relativa. ....	101
6.1.5.2. Total o completa. ....	102
6.1.5.3. Absoluta o a corto plazo. ....	102

6.1.5.4. Temporal. ....	103
6.1.5.5. Persistente o a largo plazo. ....	104
6.1.5.6. Definitiva. ....	105
6.1.6. Observaciones después de la primera prescripción. ....	106
6.1.6.1. Agravación progresiva hasta el aniquilamiento final del enfermo. ....	106
6.1.6.2. Agravación persistente y después lenta mejoría. ....	107
6.1.6.3. Agravación rápida, corta y fuerte, seguida de rápida mejoría. ....	108
6.1.6.4. Mejoría sin agravación. ....	108
6.1.6.5. Mejoría corta y consecutivamente agravación. ....	109
6.1.6.6. Mejoría muy corta. ....	110
6.1.6.7. Mejoría de los síntomas, pero no del enfermo. ....	111
6.1.6.8. Síntomas del medicamento por hipersensibilidad del paciente. ....	112
6.1.6.9. Acción benéfica de los medicamentos sobre los experimentadores. ....	112
6.1.6.10. Aparición de síntomas nuevos. ....	113
6.1.6.11. Reparición de síntomas antiguos. ....	113
6.1.6.12. Los síntomas toman una dirección equivocada. ....	114
6.1.6.13. Mejoría corta, que se repite al tomar el medicamento. ....	115
6.1.6.14. Mejoría corta seguida de agravación de síntomas concomitantes, que se repite al tomar el medicamento indicado. ....	115
6.1.6.15. Mejoría corta seguida de nuevos síntomas o modalidades, que se repite al tomar un nuevo medicamento. ....	117
6.1.6.16. Mejoría prolongada y después agravación. ....	117
6.1.6.17. Agravación prolongada y después corta mejoría. ....	119
6.2. Organización de los conceptos clínicos de Sánchez Ortega en la historia clínica homeopática. ....	119
6.2.1. Identificación. ....	120
6.2.2. Síntomas subjetivos. ....	120
6.2.3. Síntomas objetivos. ....	123
6.2.4. Análisis. ....	124
6.2.5. Plan. ....	124
6.2.6. Evolución. ....	125
6.3. Cuadros de texto sobre la clínica miasmática según Sánchez Ortega. ....	127

1. Historia clínica - Identificación .....	127
2. Historia clínica - Síntomas subjetivos .....	128
3. Historia clínica - Síntomas objetivos .....	129
4. Análisis - Jerarquización .....	130
5. Análisis - Diagnósticos.....	131
6. La potencia .....	134
7. Clasificación de síntomas según los conceptos de Sánchez Ortega sobre los miasmas.....	136
8. Clasificación de medicamentos según los conceptos de Sánchez Ortega sobre los miasmas.....	154
9. La incurabilidad.....	156
10. Observaciones después de la primera prescripción .....	158
7. Análisis de resultados .....	167
8. Conclusiones.....	170
9. Recomendaciones.....	172
10. Referencias bibliográficas .....	173

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo describir los conceptos clínicos de las enfermedades crónicas miasmáticas según Proceso Sánchez Ortega, siguiendo el orden que se tiene en la elaboración de la historia clínica, es decir, la toma del caso, la jerarquización de los síntomas, los diagnósticos, recomendaciones para la selección de la potencia, los diferentes tipos de incurabilidad y las observaciones después de la primera prescripción; posteriormente se realizó un esquema general de historia clínica, buscando facilitar la toma y el estudio de los síntomas respecto a lo miasmático y, por último, se presentaron cuadros de texto de lo estudiado para resumir y simplificar su aplicación en la práctica clínica. La metodología que se utilizó fue de tipo cualitativo, *documental* y con revisión no sistemática de documentos escritos.

**Palabras clave:** Homeopatía, Principios, Miasmas, Biotipología.

## Abstract

The purpose of this research was to describe the clinical concepts of miasmatic chronic diseases according to Proceso Sanchez Ortega, following the order it has in the making of the medical record, which means, the taking of the case, the hierarchy of symptoms, diagnosis, recommendation for power selection, the various types of incurability and observations after the first prescription; then a general overview scheme of the medical record was made, seeking to facilitate the taking and studying of symptoms concerning the miasmatic, and, finally text boxes from what has been studied to summarize and simplify its application in clinical practice were presented.

The methodology used was qualitative, documentary and non-systematic review of written documents.

**Key words:** Homeopathy, Principles, Miasms, Biotypology.

## 1. Introducción

Según Hahnemann, las enfermedades crónicas miasmáticas son estados morbosos constitucionales desencadenados por la supresión de las lesiones primarias de las enfermedades sarna, gonorrea y sífilis, que denomina respectivamente psora, sycosis y syphilis. Son la causa de la mayoría de los padecimientos crónicos, que pasan desapercibidos durante años, evolucionando progresivamente, a pesar de la mejor higiene física y mental, hasta manifestarse bajo el nombre de una enfermedad específica dado por la medicina tradicional.

Pero a Hahnemann no le alcanzó la vida para precisar los síntomas correspondientes a cada enfermedad crónica miasmática, lo que ha provocado que su teoría no sea utilizada ampliamente por los médicos homeópatas. Otros médicos después de él, como Kent, Allen, Ghatak y Roberts, han profundizado y contribuido en el tema, pero sin ser suficiente aún para darle una aplicación práctica.

Sin embargo, las aportaciones de Sánchez Ortega, basándose no sólo en los antecedentes patológicos de estas tres enfermedades, sino también en la anatomía patológica y la fisiopatología, permiten entender, gracias a la interpretación que da a cada miasma, mejor estas enfermedades y clasificar sus síntomas.

Estos conceptos sobre las enfermedades crónicas constitucionales o miasmáticas dados por Sánchez Ortega, además, facilitan la comprensión del paciente desde su enfermedad, al enfatizar la importancia de conocer la tendencia a enfermar del sujeto y cómo ésta se refleja en su historia biopatográfica y en su padecimiento actual, como también ayuda al pronóstico y evolución de la enfermedad.

Pero, a pesar de la extensa información proporcionada por Sánchez Ortega en sus cinco libros editados y en múltiples seminarios, asambleas y congresos, en las clases de homeopatía es referida la dificultad del estudiante interesado en el método de llevarlo a la práctica. Por lo que se hace necesario un trabajo que resuma la aplicación en la clínica del pensamiento de Sánchez Ortega y facilite su comprensión.

La pregunta a resolver es: ¿Cuáles son los conceptos de las enfermedades crónicas miasmáticas según Sánchez Ortega útiles en el ejercicio clínico del médico homeópata?

## **2. Objetivos**

### **2.1. General**

Describir de manera sencilla los conceptos clínicos de las enfermedades crónicas miasmáticas desde la perspectiva de Sánchez Ortega.

### **2.2. Específicos**

Detallar los pasos a seguir en la realización de la historia clínica que permitan aplicar los conceptos clínicos de Sánchez Ortega.

Explicar el método clínico para el tratamiento de las enfermedades crónicas miasmáticas según Sánchez Ortega.

### 3. Estado del arte

Para elaborar el estado del arte se utilizaron las siguientes bases de datos, indicándose sus respectivas palabras claves (términos MeSh) y resultados:

- *PubMed*: Homeopathy and (Miasms or Miasm): 9; Miasm or Miasms: 12; Homeopathy and Biotypology: 1.

- *ScienceDirect*: Miasm: 827; Miasmas: 1461; Homeopatía: 625; Homeopathy: 10208.

- *Google académico*: Miasma o Miasmas: 1850; Enfermedades crónicas y Miasmas: 1020; Homeopatía o Sánchez Ortega: 637; Homeopatía y Biotipología: 124.

- *Biblat*: Miasma: 9; Miasmas: 7; Biotipología: 7.

De dichas bases de datos, se obtuvieron varios artículos sobre las enfermedades crónicas miasmáticas, unos en desacuerdo con lo planteado por Hahnemann, otros reafirmando sus teorías, y otros aportando nuevos conceptos y explicaciones con base en la fisiopatología moderna, comentándose los más específicos de cada uno de estos grupos.

Generalmente la teoría de las enfermedades miasmáticas no ha sido entendida y, por lo mismo, aceptada por los médicos de la medicina tradicional, como puede leerse en el artículo: The concept of miasm – Evolution and present day perspective (El concepto de miasma – Evolución y perspectiva presente), del Dr. Mohit Mathur, publicado en la revista “Homeopathy”, en el año 2009. El autor señala que antiguamente la ausencia de una clara comprensión de la etiología de las

enfermedades agudas, crearon un terreno fértil para teorías y suposiciones, muchas de los cuales ahora parecen absurdas, como es el caso de Hahnemann, que hace referencia a la “influencia dinámica” del miasma o agente mórbido hostil para simbolizar fenómenos que no se podían ver y, por lo tanto, no se podían explicar.

El “factor causante de la enfermedad”, afirma Mathur, siguió siendo un cuadro negro hasta la segunda mitad del siglo 19, cuando un importante avance se logró con la consolidación de *la teoría de los gérmenes* de Louis Pasteur y Robert Koch a finales de 1870, *que proporcionó la causa racional* para toda enfermedad infecciosa aguda y crónica.

Dice Mathur que respecto al *miasma crónico*, Hahnemann lo consideraba la causa de la enfermedad. Él creyó que la causa real siempre estaría escondida y nunca descubierta. Mientras la ciencia médica convencional siguió buscando la causa en los *tejidos corporales* de los pacientes, Hahnemann continuó en su camino de estudiar las enfermedades crónicas puramente en la *clínica*, uniendo afecciones antiguas y posteriores con una relación de causa y efecto, tratando de llegar a la primera enfermedad en la vida del paciente, que llamó psora. Ahora sabemos que las enfermedades crónicas son de diferente origen y no tienen ninguna relación entre sí. La prueba de la multiplicidad de las causas (mutaciones cromosómicas, los factores ambientales, estilo de vida desordenado, microorganismos, etc.) para las enfermedades crónicas no habría surgido si la idea de miasma hubiera predominado. La afirmación de que la psora es la causa de todas las enfermedades crónicas carece de toda coherencia científica.

Mathur concluye que el *concepto de miasma* fue el resultado de la *incapacidad de la profesión médica* para identificar la causa real de la enfermedad, y que todavía existe en la homeopatía porque los homeópatas no consideran las enfermedades como entidades distintas, y continúan fundamentándose en el concepto de miasma a pesar de su falta de coherencia científica (Mathur, 2009, págs. 177-180).

El Dr. Gulati, en su artículo: "The Concept of Miasm", publicado en la revista "Homeopathy", en el año 2010, objeta las afirmaciones del Dr. Mathur, argumentando que el concepto de miasma para Hahnemann era el de "susceptibilidad", considerando las tres enfermedades miasmáticas como la fuente de susceptibilidad o predisposición para otras enfermedades. Además, resalta la importancia para Hahnemann del "tratamiento de la totalidad" y no el de la parte solamente, ya se trate de una enfermedad infecciosa o de un cáncer (Gulati, 2010, pág. 150).

El Dr. Fernando François publica en la revista "La Homeopatía de México", en el año 2012, el artículo titulado: "Las Enfermedades Crónicas y su Trascendencia en la Clínica", que contiene en general dos temas. Primero, describe los conocimientos previos que Hahnemann tenía antes de descubrir la homeopatía, dados a conocer en 1789, en el libro: "Instrucciones a los cirujanos acerca de las enfermedades venéreas. En él descarta los *tratamientos locales* para los chancros y los condilomas y puntualiza que la *supresión* favorece la aparición de la enfermedad crónica; precisa que la enfermedad se agrava en mayor o menor medida *según la constitución del paciente*; observa que hay *factores predisponentes* en relación con la higiene y con ciertos estados de ánimo, como enojo o fatiga; y reconoce la coincidencia del *temperamento* con la severidad de los síntomas de la afección.

Segundo, resalta los principales puntos doctrinarios que enseña Hahnemann en su libro: "Tratado de las Enfermedades Crónicas", como el *origen* de las enfermedades crónicas; las consecuencias de la *supresión*; los *estadios de la evolución* del padecimiento: infección, invasión y manifestación externa; la capacidad de los miasmas de estar *latentes o activos, libres o combinados*; presenta una *lista de los síntomas psóricos* en estado latente (59 en total) y otra en el estado activo (más de 390); da las indicaciones para el *tratamiento* de cada miasma; el *régimen y la dieta* a seguir durante el tratamiento; las *precauciones clínicas* en el tratamiento de las enfermedades crónicas; y por último, la *preparación* y la manera de *administrar* los medicamentos homeopáticos (François, 2012, págs. 7-11).

En la revista “La Homeopatía de México”, en el año 2012, se divulga del Dr. Sánchez Ortega el artículo: “Miasmas”, donde comenta algunos de sus conceptos más importantes al respecto. Afirma que el miasma es un estado de enfermedad constitucional. Es un *estado* porque ya no es solo una enfermedad, sino que se *vive enfermo* de acuerdo a las características de ese padecimiento; y es *constitucional* porque se *hereda y trasciende* a toda la constitución. La medicina tradicional solo conocía el estado de enfermedad de la *sífilis*, y Hahnemann descubre dos más: la *sycosis* y la *psora*.

Para Hahnemann, dice Sánchez, los síntomas de la psora eran todos aquellos que *no correspondían a la sífilis ni a la sycosis*, deduciéndolo de la *clínica*, es decir, de la observación y el interrogatorio a los enfermos. Ahora la anatomía y la fisiopatología nos aportan algo que es absolutamente básico: *no puede haber alteración patológica alguna en el organismo humano, ni en el individuo celular, que no tenga por base una alteración nutricional de la célula*.

La alteración nutricional puede originarse de tres formas: *por defecto, por exceso o por perversión*, es decir, o se come poco, se come de más o se come lo que no se debe. Cualquiera de estas alteraciones enferma. Y asegura que se ha comprobado *clínicamente* que estas tres formas de alteración de la *patología celular* y de la patología orgánica *corresponden a cada uno de los grandes miasmas* que estableció Hahnemann; el *defecto*, la falla o la carencia corresponde a la *psora*; el *exceso*, la precipitación o la ostentación corresponde a la *sycosis*, y la *destrucción* pertenece a la degeneración *sifilítica*.

Por último, sostiene Sánchez, que a toda *alteración somática* o estructural tiene que corresponder a una *alteración funcional*, y la alteración funcional no puede ser sólo de las *funciones orgánicas* propiamente dichas, sino también de las *funciones psíquicas*. Por eso, estos tres estados de enfermedad constitucional

presentan *síntomas mentales* propios a cada uno de ellos (Sánchez, 2012, págs. 32-37).

En el escrito: “Las Enfermedades Crónicas de Hahnemann. Qué son en Realidad”, publicado en dos revistas: “Homeopathy” (2004) y “La Homeopatía de México” (2014), el Dr. Montfort Cabello propone, con base en el conocimiento moderno de la fisiología y la patología celular, una nueva manera de entender las enfermedades crónicas miasmáticas. Explica que existen esencialmente tres mecanismos biológicos progresivos para restaurar células y tejidos a un estado de salud. El primero mecanismo, llamado *reparación molecular*, está destinado a reparar moléculas de tipo proteico, lipídico y al mismo ADN; el segundo mecanismo, *la muerte celular programada o apoptosis*, es dirigida desde el ADN nuclear y elimina células dañadas o inviábiles, sin la respuesta inflamatoria amplificada que caracteriza a la necrosis; y el tercer mecanismo, *la división celular*, reemplaza a las células dañadas y perdidas por medio de la reproducción celular.

Dice Montfort que los miasmas vendrían a ser mecanismos de reparación defectuosos de las células y los tejidos, ya sean adquiridos o heredados; y con base en esta conceptualización, propone una denominación actualizada para las enfermedades crónicas miasmáticas: para la psora, *modo reaccional dis-molecular*, para la syphilis, *modo reaccional dis-apoptósico*, y para la sycosis, *modo reaccional dis-proliferativo*.

El *modo reaccional psórico o dis-molecular*, comprende cuadros clínicos en los cuales los mecanismos de control bioquímico y molecular (homeostasis) se han desajustado o perdido, dando lugar, primero, a una *disfunción* metabólica; luego a síntomas subjetivos, y por último, a signos objetivos. El *modo reaccional syphilitico o dis-apoptósico*, pierde el mecanismo de control de la apoptosis fisiológica o normal, produciendo cuadros clínicos de tipo *destructivo* debido a la muerte anormal y/o prematura o por necrosis de células y tejidos. Y el *modo reaccional sycósico o dis-proliferativo*, comprende todos los signos y síntomas donde la lesión básica es el

patrón de *proliferación* anormal de células y tejidos debido a la pérdida del control del mecanismo de la reproducción celular normal, ocasionando tumores benignos o malignos (Montfort, 2014).

En un segundo artículo titulado “Las Enfermedades Crónicas de Hahnemann. La supresión y el Estrés Oxidativo”, divulgado en la revista “La Homeopatía de México”, en el año 2014, el Dr. Montfort Cabello, por medio del concepto del estrés oxidativo, plantea un posible mecanismo acerca de la naturaleza de la “supresión”, base de la teoría miasmática de Hahnemann. Dice que después de una masiva y continua exposición a tratamientos farmacológicos y a tóxicos ambientales, se produce una disminución de las moléculas antioxidantes, o la generación y progresiva acumulación de radicales libres, intra y extra celulares (estrés oxidativo); luego, hay daño producido por los radicales libres, oxidando proteínas y lípidos que a su vez dañan estructuras subcelulares, principalmente a las mitocondrias, ocasionando una falla en la generación de ATP que conduce a enfermedad y muerte celular; después, se generan variaciones o mutaciones en el material genético (ADN nuclear y mitocondrial), conduciendo a cambios permanentes en la información genética; y por último, la transmisión del daño y la información genética defectuosa a todas las células y tejidos derivados, y a los organismos descendientes (herencia).

Agrega que cuando Hahnemann habló del “desequilibrio de la fuerza vital por el abuso de drogas dañinas”, probablemente el mecanismo envuelto en dicho proceso sea la acumulación de radicales libres, daño a la cadena respiratoria mitocondrial con desacoplamiento de la fosforilación oxidativa con la cadena transportadora de electrones y, finalmente, la pérdida del potencial mitocondrial para producir ATP, que se traduce en disfunción y muerte celular.

Por último, afirma que con base en la teoría del estrés oxidativo y los radicales libres, se pueden explicar los efectos terapéuticos del Sulphur o azufre dinamizado, el cual es considerado el medicamento homeopático más importante en el tratamiento de la psora, según Hahnemann. El azufre es la sustancia o elemento

clave de la actividad antioxidante, principalmente a través del glutatión y sus derivados; y es el elemento estructural que permite la formación de los puentes disulfuro en todas las proteínas y enzimas, logrando con esto la conformación de los sitios activos que permiten la acción biológica de ellas. El Sulphur actúa restaurando las reservas de este elemento orgánico cuando es prescrito a bajas dinamizaciones, o activando su absorción y sirviendo como activador enzimático cuando es administrado a dinamizaciones medias y altas (Montfort, 2014).

Los Dres. Bellavite y Pettigrew, en el artículo “Miasms and Modern Pathology”, publicado en la revista “Homeopathy”, año 2004, resaltan el intento del Dr. Héctor Montfort de explicar la teoría miasmática según la patología moderna para hacerla más comprensible a la medicina occidental. Sin embargo, no están de acuerdo, y evocan lo que escribe Hahnemann en el primer párrafo del Organón: “La única y más elevada misión del médico es sanar a las personas enfermas, que es lo que se denomina curar. No se trata de tramar los llamados sistemas que se basan en ideas vacías e hipótesis sobre la naturaleza interna del proceso vital y el modo en el cual se originan las enfermedades en el interior invisible del organismo, con lo cual muchos médicos ambiciosamente derrochan sus fuerzas y tiempo”. El éxito práctico de la homeopatía durante dos siglos no ha dependido de una teoría miasmática patológica, sino de su farmacoterapia única, que ignora los mecanismos internos de las enfermedades y utiliza la observación cuidadosa de los síntomas y la aplicación de la ley de los semejantes.

Dicen Bellavite y Pettigrew, que podemos debatir las sugerencias de Montfort: si semánticamente psora, sycosis y syphilis invitan al ridículo desde la medicina, ¿Los términos de *modo reaccional dis-molecular*, *dis-apoptósico* y *dis-proliferativo*, pueden transmitir un significado más válido? ¿Son el asma, la epilepsia y la presión arterial alta un defecto de la reparación molecular? Realmente la mayoría de estas enfermedades son altamente multifactoriales y no se pueden limitar a estos conceptos (Bellavite & Pettigrew, 2004).

## 4. Marco teórico

### 4.1. La homeopatía y sus principios

La homeopatía es la medicina que trata al enfermo de manera individual, integral y constitucional, por medio de un solo medicamento por vez, dado en pequeñas dosis, que produce efectos semejantes a los síntomas del enfermo, previamente experimentado en el hombre sano, haciendo que el principio vital vuelva a su equilibrio y logre la curación.

Esta definición contiene todos sus principios y, para comprenderla, a continuación se explican cada uno de ellos.

#### 4.1.1. *Natura morborum medicatrix.*

Hipócrates (médico griego, 460 a.C. – 370 a.C.), considerado el padre de la medicina, fue el primero en aplicar este principio. Cuando él no sabía qué hacer ante una enfermedad, no medicaba a sus pacientes y simplemente ayudaba con medidas higiénicas, observando con asombro que recuperaban su salud. Este resultado, repetido muchas veces, lo hizo concluir que la naturaleza es la que cura las enfermedades (*natura morborum medicatrix*) y que el médico es solamente un auxiliar del enfermo. Debido a que la homeopatía actúa en el mismo sentido de la naturaleza, toma este concepto como uno de sus principios (Jaramillo, 1954, pág. 12).

La manera como la naturaleza del enfermo reacciona para alcanzar la curación o mejorar su estado de enfermedad, se hace evidente por medio de

síntomas. Por lo tanto, deben ser respetados y no *suprimidos* bajo el argumento de ser molestias inconvenientes o innecesarias. Algunos ejemplos de síntomas que la medicina tradicional reconoce como respuestas curativas son: la *fiebre*, que aumenta la velocidad de locomoción y agresividad de los leucocitos, estimula la liberación de linfocinas (sustancias bactericidas) y de interferón (sustancia viracida), incrementa la síntesis de anticuerpos y acelera la respuesta inflamatoria; la *inflamación*, donde el cuerpo encierra, calienta y destruye los agentes infecciosos o los cuerpos extraños; la *pus*, para liberarse el organismo de mucosidades, bacterias, virus y células muertas; la *tos*, como un mecanismo de protección que despeja las vías respiratorias; el *vómito* y la *diarrea*, para expulsar del aparato digestivo agentes patógenos o irritantes, y el *lagrimeo*, para limpiar si cae un cuerpo extraño en el ojo (Ullman, 1990, págs. 30-31).

En las enfermedades crónicas, los síntomas también son mecanismos de defensa de la naturaleza que, ante la imposibilidad de conseguir la curación por sí misma, localiza la afección en un órgano o función, induciendo la destrucción y sacrificio de la parte afectada del organismo, para así conservar la vida del paciente. De ahí que, en las afecciones crónicas (y en los casos de enfermedades agudas severas), es necesario ayudar a la naturaleza en su labor curativa, ya no solo de una manera pasiva (higiene), sino dinámicamente por medio del medicamento homeopático, equilibrando sus funciones (Hahnemann, 2008, págs. 91-99).

#### **4.1.2. Ley de los semejantes.**

Si la naturaleza es la que cura o trata de curar las enfermedades por medio de los síntomas, es de esperarse un tratamiento que actué en la misma dirección de ella, como lo hace la homeopatía al aplicar la ley de los semejantes. Esta ley dice que las enfermedades se curan con sustancias que producen efectos semejantes a los síntomas de la enfermedad. Por ejemplo, para curar la diarrea se da un medicamento que produce diarrea; para la tos, un medicamento que ocasiona tos;

para el dolor, un medicamento que provoca dolor. El paciente así sana y no agrava, como podría pensarse, debido a que el medicamento es dado en pequeñas dosis, otro de sus principios.

La ley de los semejantes fue redescubierta y comprobada por *Samuel Hahnemann*, médico alemán, nacido en Meissen (1755 - 1843), el cual se hizo médico a los 24 años de edad y ejerció la medicina aprendida en la universidad durante 10 años, abandonando su práctica, a pesar de ser un profesional prestigioso, al darse cuenta que era una medicina que no curaba y terminaba desmejorando al paciente, con terapias crueles, como las sangrías, purgas, enemas y complejas mezclas de sustancias tóxicas. Para poder afrontar las necesidades de la familia, ya que era casado y tenía para esa época cinco hijos, decide trabajar en la traducción de libros. Hahnemann fue políglota desde muy joven. A los 12 años ya enseñaba a sus compañeros de clase la lengua griega, por orden de su maestro. Después dominaría los idiomas: italiano, francés, inglés, árabe y latín (Marzetti, 1976, págs. 31-34).

Traduciendo Hahnemann la *Materia Médica* de Cullen (en el año 1790), encontró que este autor explicaba que la Quina (corteza de un árbol del Perú conocido como Quino) curaba el paludismo por sus propiedades amargas sobre el estómago. Hahnemann no estuvo de acuerdo con su opinión y decidió experimentar la quina en sí mismo, notando que se producían síntomas muy semejantes al paludismo (fiebres periódicas); obteniendo siempre los mismos trastornos al repetir la prueba varias veces, para asegurarse de los resultados. Entonces, dedujo que la Quina curaba el paludismo, porque producía síntomas semejantes a esta enfermedad, redescubriendo la ley de los semejantes y con ella la homeopatía (Marzetti, 1976, págs. 35-36).

#### 4.1.3. Experimentación pura.

Es el procedimiento para descubrir los síntomas que producen los medicamentos homeopáticos. Es *experimentación*, porque se investiga los efectos de una sustancia en un grupo de experimentadores, conforme al método científico. Es *pura*, debido a que se realiza en el *hombre* relativamente *sano*, y con sustancias *puras, simples o en su estado natural*. En el *hombre* y no en animales, ya que en estos últimos se desaprovechan los síntomas subjetivos que generalmente provocan los medicamentos en estudio, como las sensaciones, deseos y aversiones, cambios de humor, etc. Además, la constitución del animal es diferente a la humana y, por ende, los resultados de la investigación en una especie no pueden ser aplicados en la otra. En el *sano* y no en el enfermo, puesto que los síntomas que produce la droga en la experimentación se confundirían con los síntomas de la enfermedad que tiene el experimentador. Y con sustancias no compuestas, sino *simples, puras, naturales*, para poder conocer los efectos propios de cada una de ellas (Sánchez, 1992, pág. 157).

La experimentación en homeopatía se realiza con dos grupos de experimentadores, un grupo toma la medicina a experimentar y el otro placebo (experimentación controlada o de doble ciego). Cada experimentador ingiere en ayunas una dosis de la sustancia a investigar potenciada (por ejemplo, a la 30 C) hasta que se produzcan los primeros síntomas, interrumpiendo entonces su toma. Luego se recopila toda la información de los experimentadores, creándose así la patogenesia del medicamento. La agrupación de todas las patogenesias o medicamentos investigados por medio de la experimentación pura forman la materia médica pura (Hahnemann, 2008, págs. 260-278).

#### 4.1.4. Individualidad.

“La individualidad puede ser definida como el conjunto de características propias de cada individuo de una especie determinada, que lo hace diferente al resto de individuos de su misma especie y, por ende, del universo entero” (González, 2014).

Así, el hombre, como entidad física, psíquica y social, es totalmente diferente uno del otro, y tanto en estado de salud como en enfermedad. Por esta razón, cada quien desarrolla su propia patología, aun compartiendo el mismo nombre nosológico (*Individualidad morbosa*). Por ejemplo, la migraña es diferente en cada enfermo debido a la variedad de sus modalidades, como causa, duración, frecuencia, intensidad, tipo de dolor y síntomas concomitantes. La causa desencadenante puede ser un factor dietético, climático o emocional; durar unas horas, días o semanas; presentarse a determinadas horas, día por medio o una vez al mes; ser incapacitante o tolerante; con un dolor punzante, martillante, ardiente o presivo. Además, si se estudia en forma completa al enfermo se encontrará con el dolor de cabeza, síntomas en otras partes u órganos del cuerpo, como náuseas, vómito, trastornos visuales, etcétera; síntomas *generales* como afecciones del sueño, el apetito, la temperatura y la transpiración; y síntomas *mentales* en sus tres aspectos, afecto, intelecto y voluntad, como tristeza, irritabilidad, embotamiento, temor, etcétera. De esta manera es imposible que pueda haber dos enfermedades, o mejor dicho, dos enfermos iguales.

En homeopatía, realmente no existen enfermedades, sino enfermos. El homeópata no trata la migraña, sino al enfermo que sufre de migraña. Esta noción de “enfermo” en vez de “enfermedad”, deriva del concepto que se tiene en homeopatía del hombre como un ser holístico o integral. La persona no se enferma de una parte, sino en el todo (Hahnemann, 2008, págs. 133-134). No es lógico pensar que se enfermen, por ejemplo, los riñones y el resto del cuerpo esté sano. Por eso en homeopatía no existen las especialidades. El médico homeópata según el enfermo,

actúa como urólogo, cardiólogo, neurólogo, pediatra, ginecólogo, etc. Ellas únicamente se hacen necesarias en cirugía, porque entre más limitado sea el campo de acción, más habilidad y éxito se puede llegar a tener.

Como cada quien produce su propia enfermedad, lo consecuente es dar un tratamiento diferente a cada enfermo aplicando la ley de los semejantes, independientemente del nombre del padecimiento (*Individualidad medicamentosa*). Si al consultorio llegan, por ejemplo, tres enfermos con migraña, uno podrá ser tratado con Belladonna, otro con Bryonia y el otro con Gelsemium, según sus síntomas.

Este tratamiento debe ser con un solo medicamento, porque si el hombre se enferma en su totalidad, como unidad, solamente se necesita para conseguir la curación un medicamento que actué en esta unidad, y no uno o varios para cada parte del cuerpo afectado, como si ellas fueran independientes. El medicamento único hace alusión a cada prescripción y no al curso del tratamiento, porque en su evolución pueden cambiar los síntomas y entonces cambiará, necesariamente, el medicamento (Hahnemann, 2008, págs. 376-378).

El homeópata, para poder aplicar la individualidad medicamentosa, debe conocer lo que caracteriza y hace único a cada medicamento de la materia médica. Al respecto, dice Hahnemann:

Cada planta es diferente de cualquier otro tipo y especie de plantas respecto a su forma externa, en el modo de crecimiento y vida, en su gusto y olor. También los minerales y las sales se diferencian entre sí, tanto en sus propiedades externas, así como en las propiedades internas físicas y químicas (esto por sí solo debería evitar una confusión). Además son todas diferentes y distintas entre sí en sus efectos generadores de enfermedad y por consiguiente también en sus efectos terapéuticos. (Hahnemann, 2008, pág. 258)

#### 4.1.5. Dosis mínima.

Hahnemann al comienzo de su práctica homeopática administró el medicamento en cantidades masivas, como se acostumbraba en la medicina tradicional, desencadenándole al paciente fuertes agravaciones al ser la acción del medicamento semejante a la enfermedad. Entonces, decidió disminuir la dosis, notando con asombro que la curación continuaba dándose y más rápidamente. Ciertas medicinas, incluso en pequeñas cantidades, generaban agravación de los síntomas y, meditando sobre esto, tuvo la idea de diluir una gota de la sustancia en 99 gotas de alcohol y agitar la mezcla con fuerza, golpeando el frasco en un lugar duro y elástico 100 veces, con la finalidad, al parecer, de asegurarse que las soluciones estuvieran bien mezcladas. Como algunos enfermos todavía agravaban con esta dilución, tomó una gota de ella y la diluyó en 99 gotas de alcohol, dándole nuevamente 100 golpes. Llamó a cada dilución primera y segunda centesimal respectivamente, y continuó diluyendo las medicinas en la misma proporción hasta la 6, 12 y 30 centesimal (Jaramillo, 1954, págs. 30-31).

Hahnemann observó que mientras más se diluía y dinamizaba el medicamento, más *suave, permanente y profunda* era su acción, actuando tanto en los síntomas físicos como en los mentales del enfermo. Además, que los medicamentos así preparados ya no curaban por su masa, sino por la energía o fuerza que se desencadenaba en ellos. Y esto es comprensible porque las diluciones y sacudidas, o las trituraciones sucesivas (aplastamiento continuo y circular en un mortero, de una parte de la sustancia en cien partes de lactosa, durante una hora) generan la disgregación molecular de las sustancias, liberando su energía. Este proceso de diluir y sacudir, o triturar, lo llamó *dinamización* (Jaramillo, 1954, págs. 32-34).

#### 4.1.6. Vitalismo.

Después de encontrar Hahnemann que las sustancias preparadas homeopáticamente se convertían en energía, dedujo que estas tenían que actuar en el cuerpo sobre otra energía, conocida ya en la corriente filosófica del vitalismo. Ella postula que los organismos vivos se caracterizan por poseer una fuerza o impulso vital que los diferencia de forma fundamental de las cosas inanimadas. Se trata de una fuerza inmaterial específica, distinta de la energía estudiada por la física y la química que, actuando sobre la materia organizada, da como resultado la vida.

Hahnemann explica la fuerza o principio vital en los párrafos 9 al 18 del Organon. En el párrafo 9 da a entender que las partes que forma al hombre son: *cuerpo o materia*: que es la estructura anatómica y fisiológica del ser humano; *espíritu*: la esencia dotada de razón; y el *principio vital, energía vital, vida o alma*: la entidad dinámica soberana de las operaciones vitales, que une las dos partes anteriores y le da vida al cuerpo (sin él se descompondría), manteniendo la salud en un estado armónico admirable en sensaciones y funciones, que al desequilibrarse produce la enfermedad y, a su vez, induce el proceso de curación. Y escribe:

Cuando una persona se enferma, debido a la influencia dinámica de un agente mórbido hostil, originalmente solo se altera este poder vital (principio vital)... Este poder, invisible y solamente reconocible por sus efectos en el organismo, da a conocer su alteración mórbida solamente por expresiones morbosas en sensaciones y funciones, es decir por *síntomas patológicos*... Y al curar, el médico únicamente tiene que eliminar todos los síntomas para que simultáneamente se elimine y destruya el cambio interior, es decir la desarmonía mórbida del principio vital, o sea la totalidad de la enfermedad, la enfermedad misma. (Hahnemann, 2008, págs. 137-145)

#### **4.1.7. Miasmas.**

La palabra *miasma* generalmente es definida por los diccionarios como un *efluvio dañino* que desprenden cuerpos enfermos, materias en descomposición o aguas estancadas. Como en los tiempos de Hahnemann no se habían descubierto los microorganismos patógenos, se utilizaba el término “miasma” para referirse a un “agente contagioso” que generaba enfermedad. Pero “para Hahnemann como para la homeopatía, el término miasma tiene connotación tanto energética como infecciosa y así se debe entender para dar el significado y uso apropiado al concepto” (Martilletti, 2014).

### **4.2. Las enfermedades crónicas miasmas según Hahnemann**

#### **4.2.1. Clasificación de las enfermedades.**

En los párrafos 72 al 81 del libro “Organón de la Medicina”, Hahnemann clasifica las enfermedades, según el tiempo de evolución, en dos grandes grupos: agudas y crónicas. Las *enfermedades agudas* las divide conforme afecte a personas individuales (traumatismos, indisposiciones y agudizaciones miasmáticas), o a grupos de personas de manera simultánea (esporádicas, epidémicas y miasmas agudos) (Hahnemann, 1983, págs. 126-129).

Los *traumatismos* son trastornos patológicos por efectos mecánicos, como los causados por heridas, contusiones, esfuerzos, esguinces, luxaciones y fracturas; las *indisposiciones* son cuadros sintomáticos que derivan de alguna causa excitante, produciendo síntomas superficiales que generalmente tienden a desaparecer por sí solos; y las *agudizaciones miasmáticas* son explosiones pasajeras de la psora latente (y de las otras dos enfermedades crónicas) que espontáneamente vuelve a

su estado latente si la enfermedad aguda no fue de carácter demasiado violento y reprimido prontamente.

Las *esporádicas* son las producidas por factores atmosféricos, telúricos o climáticos nocivos, de las que, en el mismo momento, solo un pequeño número de individuos están susceptibles a sentir su acción patógena; las *epidémicas* son enfermedades febriles en las que muchas personas son atacadas simultáneamente, manifestándose con síntomas muy semejantes, que terminan en un espacio de tiempo bastante corto por la muerte o la curación, provocadas por la misma causa (epidémicamente), y presentando, cada vez que se producen, un carácter específico diferente; y los *miasmas agudos*, que son las que dependen de agentes infecciosos especiales y tienen la característica de aparecer siempre produciendo fenómenos igualables (de ahí que se les conozca por algún nombre tradicional), con una secuencia de estados que los distingue: prodrómico, desarrollo, de estado y de terminación (curación o muerte), pudiendo dejar inmunidad definitiva (viruela, sarampión, tos ferina, fiebre escarlatina, paperas, etc.) o no (peste, cólera, “fiebre amarilla”) (Hahnemann, 1983, págs. 127-129).

De las *enfermedades crónicas*, Hahnemann distingue tres: Las *artificiales*, que se forman por los tratamientos alopáticos e intoxicaciones medicamentosas administradas en grandes y progresivas dosis, siendo las más deplorables y las más incurables; las *aparentes*, que son estados de mala salud que los mismos enfermos se ocasionan por exponerse continuamente a influencias nocivas, como alimentos y bebidas dañosas, excesos o deficiencias de cosas necesarias para el sostén de la vida, viviendas insalubres, falta de ejercicio, trabajo mental o físico excesivo, preocupaciones constantes, etc., y las *naturales o miasmáticas*, que se producen por el contagio de un miasma crónico (Hahnemann, 1983, págs. 130-144).

#### **4.2.2. Naturaleza y características de las enfermedades crónicas miasmáticas.**

Hahnemann descubre las enfermedades crónicas miasmáticas al observar y preguntarse por qué con los medicamentos hasta ahora existentes, las enfermedades agudas individuales y colectivas curaban, pero no así las enfermedades crónicas, que obtenían solamente un alivio no duradero. Después de dedicarse día y noche desde el año 1816 (la primera edición de su libro de “Enfermedades Crónicas” fue en 1828), concluye que se debe a que:

El médico sólo trata con una parte separada de un mal primitivo situado en profundidad... que el mal primitivo debía ser de naturaleza miasmáticamente crónica... que jamás llega a ser vencido por la energía de una constitución robusta, a ceder al régimen y al orden de vida más saludables, o a extinguirse por sí solo, sino que se agrava sin cesar con los años hasta el fin de la vida, transformándose en otros síntomas más serios, como ocurre en toda enfermedad miasmática crónica. (Hahnemann, 1999, pág. 32)

Distingue solamente tres enfermedades crónicas miasmáticas, de las que provienen la mayor parte de los males crónicos, que son: “La *sífilis* (también llamada por mí enfermedad venérea chancrosa), luego la *sycosis* o enfermedad de las verrugas y finalmente, la *psora*, que es la enfermedad crónica fuente de la erupción sarnosa” (Hahnemann, 1999, pág. 35).

Refiere que la psora es la enfermedad crónica miasmática más antigua que conocemos, habiéndose manifestado de diferentes maneras. En la época antigua, ya Moisés destaca diversas variedades. En occidente durante la edad media se presentó bajo la forma de una erisipela maligna (llamada Fuego de San Antonio), luego como lepra en el siglo XIII y dos siglos después como sarna, gracias a los mejores hábitos de vida e higiene que se tuvieron en esa época. De la sífilis dice Hahnemann que comenzó en Europa en el año de 1493, y de la sycosis no da referencia (Hahnemann, 1999, págs. 36-37).

Sánchez, al respecto comenta que en tiempo de Hahnemann se le llamaba sarna no a la afección que conocemos ahora; la sarna era toda una serie de padecimientos que tenían por característica comezón y costras supurantes en todo el cuerpo, que se transmitían con facilidad y que duraban años y años, por lo que muchas de las entidades dermatológicas actuales corresponderían a aquella sarna antigua, e incluso a una determinada forma de lepra (Sánchez, 2012, págs. 35-36).

Para Hahnemann, la causa de las enfermedades crónicas miasmáticas o naturales era de tipo infeccioso o contagioso, y a estos agentes los llamó *miasmas crónicos* (Hahnemann, 2008, pág. 223). Por consiguiente, es diferente enfermedad crónica miasmática a miasma crónico.

El inicio de las enfermedades miasmáticas crónicas se da en tres períodos, al igual que las enfermedades eruptivas miasmáticas agudas: primero, el momento del *contagio*, que sucede en un instante; segundo, el de *invasión*, tiempo en el cual el organismo entero es penetrado por la enfermedad y, tercero, el de la *manifestación del mal al exterior*, que en cierto sentido, se hace cargo de la enfermedad interna, apaciguándola paliativamente (Hahnemann, 1999, pág. 58).

El contagio al que hace referencia Hahnemann es de tipo dinámico, como lo afirma en el siguiente párrafo:

Si prende la viruela o la vacuna, esto sucede en el instante en que, por el efecto de su inoculación, el líquido mórbido entra en contacto, en la herida sangrante hecha en la piel, con los nervios expuestos, los cuales, en el mismo momento, comunican la enfermedad irrevocablemente, y de una manera dinámica, a la energía vital (a todo el sistema nervioso). (Hahnemann, 1999, pág. 59)

Para contraer las enfermedades es necesario estar susceptible a padecer, como lo reitera en el parágrafo 62: “El contagio con los miasmas de las enfermedades tanto agudas como las que se cree crónicas sucede, sin duda, en un

único momento, esto es, en aquel propicio para el contagio” (Hahnemann, 1999, pág. 59).

Asevera que los miasmas se heredan, como se puede leer en la nota al parágrafo 78 del Organón: “Los afectados parecen totalmente sanos a los ojos de sus parientes y conocidos, y la enfermedad que les fue transmitida por contagio o herencia parece haber desaparecido completamente” (Hahnemann, 2008, pág. 223).

La diferencia entre las enfermedades miasmáticas agudas y las crónicas, es que en las primeras, la naturaleza humana las erradica en dos o tres semanas, mientras que en las segundas, la enfermedad interna persiste durante toda la vida en el organismo si el arte no logra curarlas (Hahnemann, 1999, págs. 60-61).

Gracias a los síntomas en la piel, la psora se mantiene, con sus males secundarios, por así decirlo, latente y atada. Pero cuando es *suprimida*, se desatan las consecuencias más perniciosas, que tendrán un peligro inmediato mucho más fuerte, cuando la erupción es mayor y de larga data (Hahnemann, 1999, pág. 68). Lo mismo sucede cuando se suprime el flujo gonorreico y las verrugas en la sycosis, y el chancro en la syphilis.

Se presentan, entonces, los siguientes estados de la enfermedad crónica de la psora (que son los mismos para las otras dos enfermedades crónicas):

1. *Psora primaria*: Es la manifestación externa inicial de la psora interna, o sea, el padecimiento de la sarna (o de sus otras formas) (Hahnemann, 1999, pág. 64).

2. *Psora secundaria*: Es el estado patológico que se produce después de la desaparición espontánea o terapéutica (supresiva) de los síntomas de la piel (Hahnemann, 1999, pág. 65). Se puede presentar como:

a. *Psora latente*: Es la que se encuentra en estado letárgico, desencadenando síntomas que no alcanzan la fisonomía que permita considerarla una enfermedad particular. “El individuo afectado por algunas o muchas de estas molestias, se cree sano aún, y otros comparten también su ilusión” (Hahnemann, 1999, pág. 73).

b. *Psora agudizada*: Son explosiones pasajeras de la psora latente que producen toda la apariencia de una enfermedad aguda.

Frecuentemente incluso en circunstancias exteriores favorables, cuando la persona avanza en edad, motivos menores (un disgusto moderado, o un enfriamiento, un error en la dieta, etc.) pueden producir un *acceso violento (aunque corto) de la enfermedad*: un cólico fuerte, una angina, una inflamación del pecho, una erisipela, una fiebre, y otros similares, accesos cuya violencia a menudo no está en relación con la causa moderada de la irritación. (Hahnemann, 1999, pág. 73)

c. *Psora desarrollada o manifiesta*: Estado con síntomas incrementados y más fuertes con respecto al latente, que se repiten a menudo o se vuelven continuos, representados por las innumerables enfermedades crónicas (Hahnemann, 1999, págs. 73-75).

Hahnemann da dos listas de síntomas psóricos en su libro de Enfermedades Crónicas, la primera corresponde a la psora latente (parágrafo 97), y la segunda a la desarrollada (parágrafo 106). De la syphilis y de la sycosis solo da algunos síntomas.

Las obtiene de la observación de pacientes que padecieron y que fueron curados con los medicamentos que él llama antipsóricos, utilizando el siguiente racionamiento, tal como lo refiere Sánchez: “Si el chancro tiene sus secuelas cuando no se cura bien, y éstas se pueden reconocer a través de la historia patográfica del enfermo; y si la sycosis deriva de la gonorrea mal curada, que también puede

seguirse en todas sus lesiones y en sus diferentes estadios, *todo aquello que no deriva de la sycosis ni de la sífilis derivará de la psora*” (Sánchez, 2012, pág. 36).

#### **4.2.3. Tratamiento de las enfermedades crónicas miasmáticas según Hahnemann.**

Hahnemann afirma que la *psora primaria contraída recientemente* “cede, la mayor parte de las veces, sin ningún remedio externo, a una sola muy pequeña dosis de una preparación de azufre (potenciado de manera pertinente), y sana, así, al término de dos, tres, o cuatro semanas”. Pero si ha estado ya durante *algún tiempo en la piel*, “el azufre solo (como cualquier otro remedio antipsórico aislado) no alcanza para procurar una curación completa y se está obligado a recurrir, para lograr auxilio homeopático, a este o a aquel medicamento antipsórico restante, de acuerdo a los restantes síntomas” (Hahnemann, 1999, págs. 131-132).

En la *psora secundaria*, ya sea en su estado latente o desarrollado, “muy raramente puede ser curado por un solo remedio antipsórico, antes bien, se necesita emplear varios de estos remedios, e incluso, en los casos más molestos, un número bastante grande de éstos, sucesivamente, para una curación completa”. El Sulphur, en una curación de la psora desarrollada, “apenas puede ser repetido tres - cuatro veces (incluso luego de que se haya hecho uso de otros remedios en los intervalos) si no se desea que la curación sea anulada” (Hahnemann, 1999, pág. 131).

Del tratamiento de la *sycosis*, dice:

La gonorrea pendiente del miasma verrugoso, así como sus excrecencias (es decir, la *sycosis* entera) son curadas de la manera más certera y radical con el uso interno de jugo, aquí homeopático, de Thuja, en una dosis de algunos globulillos del tamaño de semillas de adormidera, embebidos en una dilución potenciada a la decillonésima (30 C), y cuando ésta, al término de 15, 20, 30, 40 días, ha tenido efecto, se alterna con una dosis así de pequeña de Ácido Nítrico diluido a la

billonésima (6 C), durante la permanencia de cuyo efecto se debe aguardar, hasta obtener la curación perfecta de la gonorrea y de las excrecencias, es decir, hasta barrer la psicosis entera, sin que sea necesario aplicar nada externo, excepto en los casos más viejos y más difíciles donde conviene topicar una vez por día las verrugas más grandes con el suave jugo entero de hojas frescas de Thuja (mezclado en partes iguales con alcohol) (tintura). (Hahnemann, 1999, pág. 110)

En el tratamiento de la *sífilis*, diferencia la *sífilis* simple, es decir, la no complicada con otro miasma crónico, de la complicada. La *sífilis primaria* (manifestada por el chancro o por su sustituto cuando ha sido suprimido, el bubón del regazo, que es un ganglio linfático inflamado, generalmente en la ingle, y a veces purulento) y la *sífilis secundaria simple* se curan con “una sola pequeña dosis del mejor remedio mercurial” (Mercurius Vivus) (Hahnemann, 1999, pág. 116).

La curación total de la sycosis y de la *sífilis* se observa cuando la afección local externa, ósea las verrugas y chancro respectivamente, desaparecen sin quedar ningún vestigio. Si se comienza el tratamiento cuando anteriormente se ha hecho una supresión de estos síntomas exteriores, el convencimiento de que la curación es completa llega cuando la cicatriz decolorada (pálida, rojiza o azulada), que siempre queda en el sitio donde existía la verruga o el chancro, toma nuevamente el color del resto de la piel sana y toda decoloración desaparece del lugar (Hahnemann, 1999, págs. 118-121).

Cuando la *sífilis se halla complicada con una psora desarrollada* (la psora latente no produce esta complicación), lo que se llama *sífilis larvada, falsa* y que los ingleses llaman *pseudosífilis*, el médico debe:

Primero emplear contra la psora el remedio antipsórico homeopáticamente más ajustado al estado mórbido de esta vez, y que, cuando éste haya realizado su acción, haga actuar un segundo remedio lo más adecuado posible a los síntomas psóricos todavía sobresalientes y lo deje actuar contra la psora mientras y hasta que todo lo que esté al alcance de la mano se logre lo mejor posible; a continuación se

administrará primero para la sífilis la dosis indicada precedentemente del mejor medicamento mercurial y se la dejará actuar tres, cinco, hasta siete semanas, es decir, mientras continúe produciendo todavía una mejoría de los síntomas de la sífilis. (Hahnemann, 1999, pág. 120)

Sin embargo, en casos antiguos y difíciles, no se habrá alcanzado totalmente el objetivo con este primer rumbo... Aquí es necesario repetir el tratamiento tal como fue hecho la primera vez, es decir, comenzar, otra vez, por elegir, entre los medicamentos antipsóricos de los que uno no se ha servido aún, uno o varios de aquellos que sean los homeopáticamente más ajustados, y administrarlos hasta que desaparezca lo mórbido no sífilítico, es decir, lo que parece psórico; luego de lo cual, se administra otra vez la dosis indicada de remedio mercurial, pero en otro grado de potencia, y se deja actuar hasta que se vayan tanto los síntomas evidentes como los secundarios de la sífilis. (Hahnemann, 1999, pág. 120)

En caso de presentarse *los tres miasmas crónicos complicados*, Hahnemann aconseja tratar primero la enfermedad más grave, que para él es la psora, y después los miasmas venéreos, que se harán consecutivamente predominantes. Escribe al respecto:

Mi práctica me ha ofrecido solamente dos casos con complicación de los tres miasmas crónicos... que fueron curados siguiendo los mismos principios, es decir, que el tratamiento fue primero dirigido contra la psora (en la página 110 dice: "Aquí es necesario atender primero *la parte más grave*, es decir la psora"), después contra aquel miasma, de entre los otros dos, cuyos síntomas *se destacan más* en ese momento, y al final contra el restante. Fue necesario combatir de nuevo un resto de síntomas psóricos que todavía subsistían, mediante los remedios más apropiados, y sólo después terminar de erradicar lo que restaba todavía de la sycosis y de la sífilis con los remedios pertinentes a cada una, mencionados precedentemente. (Hahnemann, 1999, págs. 120-121)

Debido a que él atribuye gran parte de los síntomas crónicos a la psora, era de esperarse que siempre haya querido tratar primero este miasma. Con la

clasificación de Sánchez Ortega de los síntomas, se observa que el miasma más grave o predominante en el hoy del paciente puede ser cualquiera de las tres enfermedades crónicas o una combinación de ellas, y el tratamiento debe dirigirse, entonces, a este último estado.

#### **4.2.4. Régimen y dieta en el tratamiento de las enfermedades crónicas miasmáticas.**

Debido a las pequeñas dosis utilizadas en homeopatía, debe evitarse todo aquello que pudiera de cualquier modo tener un efecto medicinal o morboso, para no obstaculizar la curación, como:

El café (aunque si es tomador crónico, debe suspenderse poco a poco), té, aguas aromáticas, cervezas con sustancias vegetales medicinales (como elementos narcóticos para procurarles la facultad embriagante), vino no diluido con agua, aguardiente, licores finos preparados con especias medicinales, ponches, chocolates aromáticos, helados con aroma (por ejemplo, café, vainilla, etcétera) y el tabaco.

Salsas, comidas condimentadas, exceso de azúcar o sal de cocina, pasteles con aroma, sopas con hierbas medicinales crudas, verduras de hierbas, raíces y brotes (como espárragos, germen de lúpulo y otros vegetales) que poseen fuerza medicinal, apio, perejil, estragón, todo tipo de cebollas, queso viejo y alimentos en estado de descomposición o que posean propiedades medicinales (carne y grasa de cerdo, ganso y pato). Es contraproducente la dieta para estimular que consiste en sustancias acidificadas con vinagre o con limón; no se debe entonces permitir las frutas ácidas más que en pequeña cantidad y las dulces recomendarlas con moderación. Deben evitarse los alimentos como paliativos, por ejemplo: las ciruelas pasas para el estreñimiento; el azafrán y la canela en mujeres con reglas poco abundantes; la vainilla, las trufas (un hongo) y el caviar para la debilidad de las facultades sexuales, etcétera.

Dentífricos, enjuagues bucales, perfumes, aguas de colonia, flores con fragancia fuerte en la habitación, ropa interior de lana y los agresivos tratamientos alopáticos.

Preocupaciones constantes, el disgusto y la aflicción que no se supera (una unión desafortunada, una conciencia atormentada, la muerte de un ser querido, la pérdida económica, etc.), juego compulsivo, lujurias, enervamiento por lecturas de escritos obscenos, onanismo, coito imperfecto o reprimido (ya sea por ser soltero, superstición, equivocada prescripción médica o para evitar la concepción de hijos en el matrimonio), esfuerzo mental mediante la lectura.

Además de las anteriores indicaciones necesarias para permitir la acción del medicamento homeopático, deben evitarse otros *alimentos que van a complicar* las molestias del enfermo, como la canela, el clavo, la pimienta, el jengibre y los amargos, en las personas que tienen débil el estómago; y las legumbres flatulentas y la carne de ternera demasiado joven en las afecciones del bajo vientre y toda vez que haya tendencia al estreñimiento (Hahnemann, 2008, págs. 353-355) y (Hahnemann, 1999, págs. 133-138).

#### **4.2.5. Precauciones en el tratamiento de las enfermedades crónicas miasmáticas.**

A Kent se le atribuye las “observaciones después de la primera prescripción”, cuando realmente varias de ellas fueron dadas por Hahnemann, como se puede observar en las siguientes precauciones en el tratamiento de las enfermedades crónicas:

Si durante la acción de un remedio antipsórico bien elegido, llega a manifestarse, por ejemplo, una cefalea moderada, un poco de dolor de garganta, o

una diarrea, o alguna otra molestia moderada (*indisposición*), que no se le haga tomar al enfermo en el ínterin otro medicamento, ya sea no antipsórico, o antipsórico. (Hahnemann, 1999, pág. 145)

Si durante la toma del medicamento reaparecen síntomas que existieron anteriormente (*síntomas antiguos*):

Es un signo de que el medicamento ha penetrado profundamente en la esencia de esta enfermedad, que será más eficaz a continuación, y es necesario, entonces, que se lo deje un tiempo sin estorbo, hasta que haya desaparecido el efecto, sin la menor administración, en el ínterin, de otro medicamento. (Hahnemann, 1999, pág. 146)

Cuando aparecen síntomas que nunca han existido, es decir, *síntomas nuevos*, y son de poca intensidad, no hay que intervenir porque se disipan rápidamente sin detener la virtud curativa del medicamento bien elegido. Pero cuando son *muy intensos*, nos indica que el tratamiento no ha sido bien elegido y es necesario inhibir su acción con un antídoto<sup>1</sup> o un medicamento antipsórico que se adapte más exactamente (Hahnemann, 1999, pág. 146).

El *aumento ligero de los síntomas al comienzo del tratamiento*, conocida como agravación homeopática, es un signo del inicio de la curación. No así si ésta *agravación perdura* muchos días, pues aquí ya se debe a un exceso en la dosis. En este último caso hay que dar un antídoto o el antipsórico más adecuado (Hahnemann, 1999, págs. 146-147).

---

<sup>1</sup> El antídoto es un remedio que presenta en su patogenesia en grado intenso, un grupo de síntomas análogos (semejantes) a los síntomas nuevos importunos (Por eso, Granier sugiere mejor llamarlo "homeódoto": semejante al dado)... Surge después de una prescripción errónea. Calma un síndrome nefasto por su violencia, sobreañadido a la enfermedad por la acción del primer remedio. Su administración despeja el cuadro de esos síntomas adventicios y pone de relieve los síntomas verdaderamente característicos del estadio actual de la enfermedad (Demarque, 1981, págs. 203-209).

Cuando se ha elegido un medicamento homeopáticamente acertado, *debe dejarse que la dosis agote su acción* sin perturbarla mientras ella favorezca visiblemente la curación, evitándose toda nueva prescripción. “Sólo cuando finalmente los antiguos síntomas, ya anulados por el remedio último o muy disminuidos, comienzan de nuevo durante un par de días a acrecentarse, sólo entonces, es el momento de dar nuevamente una dosis del medicamento más apropiado homeopáticamente” (Hahnemann, 1999, pág. 150). Al enfermo, para que este más paciente, se le puede dar placebo (Hahnemann, 1999, pág. 157). La única excepción de la regla que prohíbe la repetición inmediata del mismo medicamento tiene lugar cuando la dosis del remedio bien elegido y que se ha mostrado beneficioso, produce una *mejoría muy corta* (Hahnemann, 1999, pág. 154).

Si el medicamento produce síntomas molestos no pertenecientes a esta enfermedad y el ánimo del enfermo se va destemplando más, aunque ocurra después de la primera dosis una mejoría repentina, extraordinaria (*los síntomas toman una dirección equivocada*), el medicamento ha actuado como paliativo y nunca se le podrá volver a prescribir, incluso después de remedios intermedios (Hahnemann, 1999, pág. 153).

“Un *cambio muy frecuente y rápido de remedio* es un signo de que el médico no ha elegido ni uno ni otro de manera adecuadamente homeopática y que, del mismo modo, tampoco investigó lo suficiente los síntomas conductores del caso” (Hahnemann, 1999, pág. 155).

Si el remedio antipsórico produce desde los primeros días una mejoría como por encanto de los síntomas más graves, se ha realizado una paliación y debe esperarse en los siguientes días una agravación de la enfermedad (*mejoría corta seguida de agravación*). En este momento se debe recurrir a un antídoto o al medicamento más apropiado al caso presente (Hahnemann, 1999, pág. 158).

Si durante el tratamiento de los miasmas crónicos aparecen *enfermedades intercurrentes* epidémicas o incluso esporádicas, se debe suspender el tratamiento antimiasmático y dar de los llamados medicamentos no antipsóricos para la enfermedad intercurrente. Después de su curación, se continúa el tratamiento antipsórico o miasmático, ajustándolo al actual estado de enfermedad que permanece (Hahnemann, 1999, págs. 159-162).

“No será difícil comprender que una enfermedad crónica (psórica) tan antigua... requiere mucho tiempo y paciencia para extirpar todas las partes de este inmenso pólipo dinámico de muchos brazos” (Hahnemann, 1999, pág. 164). Por eso da la siguiente recomendación:

Hacia la mitad del tratamiento, la enfermedad, disminuida, comienza a volver progresivamente al estado de psora latente; los síntomas se vuelven menos y menos marcados, y finalmente el médico atento percibe sólo trazas de ellos, pero, sin embargo, él los debe seguir hasta su completa desaparición mediante el tratamiento antipsórico, porque, incluso el menor resto de ellos contiene un germen para el nuevo crecimiento de los antiguos males. (Hahnemann, 1999, pág. 163)

El medicamento de preferencia se debe tomar en ayunas, sin comer después de media a una hora, y permaneciendo por lo menos una hora tranquilo, sin dormir. No se debe tomar poco tiempo antes de la menstruación, ni mientras dure el flujo menstrual; pero se la puede dar, si fuera preciso, al cuarto día. El embarazo pone tan poco obstáculo a los tratamientos antipsóricos, y se tornan más necesarios (porque los males crónicos se despliegan más) y más eficaces (por la exaltación de la sensibilidad y el ánimo de la embarazada). Los lactantes no tomaran el medicamento directamente si no por medio de la leche de su madre o nodriza (Hahnemann, 1999, págs. 165-166).

### **4.3. Algunos conceptos sobre las enfermedades miasmáticas de otros grandes homeópatas**

#### **4.3.1. James Kent.**

James Tyler Kent (médico norteamericano, 1849 - 1916), publicó en 1897 el “Repertorio de Kent”, aparentemente el único libro que escribió, ya que tanto el libro “Filosofía Homeopática” como la “Materia Médica Homeopática” son apuntes de clases tomados por alumnos, revisados luego por él. Escribió, si, muchos artículos, la mayor parte de ellos publicados en el libro “Escritos Menores, Aforismos y Preceptos” (Goldberger, 1993, pág. 61).

Kent comparte con Hahnemann el concepto de que las enfermedades crónicas miasmáticas se originan de agentes infecciosos, y subraya la necesidad de la susceptibilidad para contraerlas:

La psora no podría existir, a no ser por una condición del género humano favorable a su desarrollo, al igual que la syphilis. Siendo la psora la primera y las otras después, es justo que indagemos cual es el estado de la raza humana que sería adecuado para el desarrollo de la psora. Debe haber habido un estado en la raza humana favorable al desarrollo de la psora: no podría haberse implantado en una raza perfectamente sana. Debe haber habido alguna enfermedad anterior a este estado que reconocemos como el miasma crónico de la psora, algún estado de desorden... Mientras el hombre continuaba pensando lo que era verdad y mantenía aquello que era bueno para su vecino, lo que era de derecho y además justo, el hombre quedó, sobre la tierra libre de la susceptibilidad a la enfermedad porque tal era el estado y conservó su integridad, no era susceptible a la enfermedad y no emitía ninguna aura que pudiera causar contagio; pero cuando el hombre empezó a desear las cosas que eran el resultado de un falso pensamiento, entró en un estado que correspondía perfectamente con el suyo interior. (Kent, 1992, págs. 183-184)

Afirma, además, que la susceptibilidad de la psora nace desde el “mal primitivo” de la raza humana. Algunos médicos han relacionado esta aseveración con el “pecado original”, pero no necesariamente lo primero hace referencia a lo segundo. Los conceptos religiosos de Kent están basados en Swedenborg y este filósofo niega el pecado original, que considera una alegoría, interpretando a Adán y Eva no como personas reales, sino como un nombre colectivo, un pueblo (Möhler, 2000, pág. 584).

Sostiene que “la psora es el principio de toda enfermedad física. Si la psora no se hubiera establecido como un miasma sobre la raza humana, las otras dos enfermedades crónicas no hubieran podido existir, y la susceptibilidad a las enfermedades agudas no hubiera existido” (Kent, 1992, pág. 172). Sin embargo, Hahnemann, en ninguno de sus escritos, afirma que sin psora no habrían podido existir las otras dos enfermedades crónicas. Siempre se refiere a ellas de la misma manera con respecto a su origen (contagioso) y a su desarrollo. Dice en el párrafo 40 del Organón: “Un enfermo venéreo puede padecer además sarna y viceversa” (Hahnemann, 2008, pág. 169).

Asegura que los miasmas crónicos se heredan o contagian en el periodo en el que se encuentran (Kent, 1992, pág. 191), diferente a Hahnemann, en que solamente los síntomas primarios de las enfermedades crónicas manifestados en la piel pueden propagar la enfermedad a otras personas (Hahnemann, 1999, pág. 65). Debido a esto, el retorno de síntomas en el proceso curativo no se produce hasta la lesión primaria (chancro, flujo gonorreico o la lesión en piel), sino que acaba con el estadio que estaba presente en la persona de quien se contagió (Kent, 1992, pág. 203).

Kent está de acuerdo con Hahnemann en que debe tratarse primero el miasma en actividad, el predominante:

Existen casos en los cuales dos enfermedades crónicas parecen alternar una con la otra; parece que la una está suprimida mientras que la otra prevalece. Bajo un tratamiento homeopático adecuado, una será reducida en sus actividades mientras la otra se manifestará. Hallaréis ser este el caso, cuando hayáis que tratar syphilis y psora a la vez. Un paciente psórico, que padecía una erupción cutánea, o alguna de las varias formas de psora, contrae syphilis. Todas las manifestaciones psóricas, comezón nocturna, dermatosis reumática, etc., desaparecerán, y la erupción syphilitica saldrá a tomar su lugar. Trataréis las manifestaciones syphiliticas por algún tiempo, y os será posible dominarlas o suprimirlas, y en la proporción en que la enfermedad esté dominada, surgirán de nuevo las manifestaciones psóricas y mantendrán en suspensión aquella parte del estado syphilitico que queda todavía sin curar. Entonces se estará obligado a dejar el tratamiento antisiphilitico, y encargarse del tratamiento antipsórico, y otra vez los remedios homeopáticos aparentemente volverán a establecer el orden en la economía. Pero después de que haya sido ejecutado esto, se sorprendería uno al ver reaparecer el estado syphilitico, en la condición que corresponde a su última manifestación. Entonces hay que dejar el tratamiento antipsórico y reanudar el tratamiento antisiphilitico. De esta manera alternan; cuando se debilita una, la más fuerte surge... Al tratarlas, el grupo que ha sido eliminado último, reaparecerá de primero, lo cual demuestra que el remedio ha hecho su efecto, y entonces seguimos con el próximo, y así sucesivamente, los diferentes grupos apareciendo uno tras otro en forma distinta. Deben desaparecer en el orden inverso al de su aparición, como si estuvieran puestos en capas, una encima de otra... Esto está de acuerdo con la ley fija. (Kent, 1992, págs. 152-155)

#### **4.3.2. Henry Allen.**

Henry Allen (médico norteamericano, 1854 - 1925), en 1906-7 publica “Los miasmas Crónicos” en dos volúmenes: “Psora y Pseudopsora” y “Sycosis”. Aunque asevera que solamente existen los tres miasmas enunciados por Hahnemann, en toda su obra “describe otra especie de miasma: una imbricación de la psora y de la syphilis que él llamo “pseudopsora”. Esta enfermedad tiene síntomas de la psora, síntomas de la syphilis y síntomas propios, por lo cual es casi un cuarto miasma”

(Goldberger, 1993, pág. 66). Ella puede afectar cualquier parte del organismo, pero su acción por excelencia la ejerce en el aparato respiratorio. Por eso los franceses hicieron coincidir la pseudopsora con el tuberculinismo.

Para Allen, el origen de la psora está en el pecado original, es la causa y no la susceptibilidad:

El pecado es el padre de todos los miasmas crónicos además de ser el padre de la enfermedad. Nunca se pensó que la enfermedad pudiera tener cualquier otro origen. El hombre fue desobediente y por su desobediencia vino la enfermedad. El pecado se pagó con la muerte. La naturaleza puede, en cierto modo, ayudar a realizar la enfermedad en el hombre, pero la naturaleza no se convirtió en su enemiga hasta después de su caída. Además, ¿por qué culpar al clima, a los elementos, a las bacterias o microorganismos cuando el creador nos ha dicho llanamente que el pecado está detrás de todos los males de que el hombre es heredero? (Allen, 1978, pág. 43)... La psora es la insignia de la desobediencia y del pecado; por eso todos los procesos de la enfermedad deben participar de ella o de lo contrario no pueden entrar allí. (Allen, 1978, pág. 158)

Considera una dirección de la enfermedad, según la cual primero se enferma la mente y después el cuerpo. Hahnemann, en cambio, afirma que mente y cuerpo enferman simultáneamente, ya que la energía vital se enferma en su totalidad.

Es por medio de la mente que el cuerpo peca; además es frecuente que por su intermedio se enferme. Esto es verdad en la mayoría de los casos provenientes de la lujuria. El hombre piensa, desea, acciona, y de ese trío vienen las manifestaciones físicas visibles de la enfermedad venérea. La mente es la vice regente del cuerpo, el gobierno, el poder regulador. (Allen, 1978, pág. 54)

Difiere de Hahnemann al afirmar que la sarna y otras afecciones de la piel, son consecuencia de la psora y no su causa. Explica Allen: "Nosotros creemos, por eso, que la sarna no era todo lo que concebía (Hahnemann) como psora, sino que

era simplemente una forma o una manifestación de la psora, o, en otras palabras, la sarna era una de las manifestaciones secundarias de la psora” (Allen, 1978, pág. 162).

Dice que “los miasmas agudos como la gripe, malaria, fiebres exantemáticas y todas las enfermedades infecciosas y contagiosas no pueden ligarse ni se ligan a la fuerza vital independientemente de los miasmas. Debe haber un miasma básico (crónico)” (Allen, 1978, pág. 85). Pero así como en Hahnemann no se encuentra ninguna afirmación de que sea necesaria la psora para la existencia de los otros dos miasmas crónicos, tampoco refiere que sea necesaria la existencia de algún miasma crónico para que se manifiesten las enfermedades agudas como las epidémicas y los miasmas agudos. Para Hahnemann, la susceptibilidad a estas enfermedades no era exclusivamente de tipo miasmático, sino se daba, además, por factores externos como el clima, el aseo, la alimentación, los vicios, los tratamientos alopáticos, etc. Aunque se sobrentiende que actualmente nadie se libra de lo miasmático, no quiere decir esto que sea necesaria su presencia para enfermar en lo agudo.

El primero que dio síntomas mentales a cada miasma fue Allen (Hahnemann solamente refiere síntomas mentales en la psora), quien afirma: “Naturalmente que todos los miasmas son capaces de producir síntomas mentales y que muchos de esos síntomas se deben a una combinación de miasmas. Un síntoma miasmático mental es como un síntoma miasmático de cualquier parte del organismo” (Allen, 1978, pág. 57).

Para Allen, la totalidad sintomática a tratar debe ser del miasma actuante presente o predominante. Dice:

El verdadero médico no basaría su prescripción en nombres patológicos, sino que irá más profundamente y reunirá los síntomas de la psora o del miasma actuante presente y, alrededor de ese agrupamiento mórbido, atajará al proceso de la enfermedad en su origen dinámico. (Allen, 1978, pág. 37)

De la página 187 a la 328 del libro “Psora y Pseudopsora” (en total contiene 330 páginas), Allen se ocupa de los síntomas de la psora, pero no da una base orientadora que permita saber el porqué de la inclusión de cada síntoma dentro del miasma respectivo, para que cualquiera pueda clasificar un síntoma de los que no aparecen enlistados.

#### **4.3.3. N. Ghatak.**

N. Ghatak, médico hindú, autor del libro “Enfermedades Crónicas, su Causa y Curación”, afirma que la psora es la susceptibilidad a enfermar, y esta susceptibilidad se produce por el mal pensamiento. Se deduce, entonces, que el mal pensamiento es la causa de la psora.

La psora va del centro a la periferia, de la mente al cuerpo, nace del mal pensamiento, que es como un prurito mental y se manifiesta externamente en un prurito físico. “Sarna y enfermedades de la piel son algunas de las manifestaciones de la psora. Psora es la causa y la sarna y las enfermedades de la piel sus efectos” (Ghatak, 1982, pág. 17). La syphilis y la sycosis van de la periferia al centro, del cuerpo a la mente, se contagian del exterior y van hacia el interior. Son originadas por la supresión de la descarga gonorreica o del chancro (Ghatak, 1982, pág. 64). Concluyendo, la psora tiene un origen mental y los otros dos miasmas un origen infeccioso. Para Hahnemann, en cambio, los tres miasmas son de origen infeccioso.

Dice Ghatak: “En un paciente puramente psórico, o en un paciente donde predomina la psora, hay desórdenes, pero estos desórdenes son siempre desórdenes funcionales de partes de los órganos involucrados, y jamás son desórdenes de la estructura de estos órganos” (Ghatak, 1982, pág. 206). Es evidente que lo que este autor refiere como psora, no es más que el estado psórico latente de Hahnemann, ya que es en este estado donde hay desórdenes de tipo funcional y no

en la estructura. Si lo dicho por Ghatak fuera cierto, ¿Cómo es posible que una alteración crónica de la función, deje inalterada la estructura del órgano? Sánchez al respecto afirma: “Sin embargo, es necesario recordar que todo lo carencial cuando progresa llega lógicamente a la mortificación por la desnutrición, la anemia, la anoxia, etc. Posiblemente se confunde la no degeneración con la imposibilidad de lesión” (Sánchez, 1992, pág. 429). Según Sánchez, la psora produce en los órganos hipotrofia, la sycosis hipertrofia y la syphilis distrofia.

Ghatak hace una lista de medicamentos antipsóricos, antisycósicos y antisiphilíticos y dice que para tener un concepto sintomático general de cada miasma, es más fácil por medio del estudio de las tres clases de medicamentos miasmáticos, en vez del estudio del paciente, contrario al método original de Hahnemann (Ghatak, 1982, págs. 191-195).

“Nunca sucederá, que los tres miasmas torturen por igual a su paciente a un mismo tiempo, mientras por el contrario, la regla es que uno de los miasmas lo torture más, mientras que los otros están comparativamente latentes” (Ghatak, 1982, pág. 131). Hahnemann, al contrario, afirma que pueden estar activos dos o los tres miasmas simultáneamente, correspondiendo estos casos, según Sánchez, a las enfermedades degenerativas e incurables.

Por último, sostiene Ghatak:

La ley de prescripción de un caso crónico es que se deberá seleccionar “la medicina indicada por la totalidad sintomática del miasma predominante, y no la medicina indicada por la totalidad de los síntomas de todo el caso”. En suma, “la prescripción debe ser miasmática”, y no de otro modo. (Ghatak, 1982, pág. 132)

#### 4.3.4. Herbert Roberts.

Herbert Robert (médico norteamericano, 1868 - 1950), autor del libro “Los Principios y el Arte de la Curación por Medio de la Homeopatía”, da una nueva concepción a la teoría de los miasmas. Analizando los medicamentos antipsóricos agrupados por Boenninghausen (50 medicamentos), de los cuales 33 pertenecen al reino mineral, observó que entre ellos están los 30 elementos químicos que han sido estudiados como presentes en el cuerpo humano, muchos esenciales para la construcción física. De ahí postula su hipótesis de que la “psora y la deficiencia en esenciales adecuadamente balanceados, son una sola cosa” (Roberts, 2003, pág. 249), porque esta deficiencia produce síntomas que son semejantes a los síntomas patogenésicos de los medicamentos antipsóricos. Por ejemplo, la deficiencia de calcio en el cuerpo, que afecta el tejido óseo y la sangre; y el medicamento homeopático Calcarea, indicado en condiciones escrofulosas, en niños desnutridos, en casos de fontanelas abiertas, y en una serie de síntomas típicos de la psora (Roberts, 2003, pág. 253).

“No es la sobrealimentación o la inanición de cualquier elemento lo que nos provee del problema psórico, sino la perturbación sutil funcional con muchas sensaciones” (Roberts, 2003, pág. 250)... “Sin duda alguna hay algunas fallas esenciales del sistema para asimilar los materiales constructivos necesarios que proveen el origen del rasgo que denominamos psora” (Roberts, 2003, pág. 249), desarrollados por factores emocionales, hábitos de respiración inadecuados, ambientes no naturales o desagradables, la supresión de la transpiración natural, etc. (Roberts, 2003, págs. 249-254).

Todos los elementos químicos comprendidos en los medicamentos antipsóricos (a excepción de Baryta, Platina y Aurum) tienen un peso atómico bajo, lo que permite que formen parte del cuerpo. Los elementos con un peso atómico alto son radiactivos y no pueden incluirse en la construcción del cuerpo, pues son esencialmente destructivos. A estos pertenecen los medicamentos antisiphilíticos

(Roberts, 2003, págs. 246-248). Aquellas sustancias de pesos atómicos más bajos pero que poseen propiedades syphílicas como el Natrum Muriaticum, son destructivas ya que la dinamización hace que éstas se tornen radiactivas (Roberts, 2003, págs. 285-286). Los medicamentos antisycósicos también caen dentro del grupo de elementos constructores del cuerpo, pero con predominio de las denominadas *sales dobles* (Roberts, 2003, pág. 298).

De estas ideas, concluye que la psora es la carencia, la syphilis es la destrucción y la sycosis es la sobre-construcción: “Mientras el paciente psórico no puede asimilar los suficientes elementos... el paciente sycósico es tan susceptible a los elementos constructivos que asimila tanto hasta un punto de sobre-crecimiento de los tejidos” (Roberts, 2003, pág. 297)... y “la syphilis es el único miasma que realmente destruye el tejido viviente” (Roberts, 2003, pág. 284).

Como Kent, plantea que la psora es la madre de todas las enfermedades. La sífilis y la blenorragia son enfermedades infecciosas agudas que cuando se suprimen dan origen a los miasmas. Asimismo, persiste la noción de coito impuro y hace hincapié en la “actitud mental” del individuo como predisponente al contagio (Goldberger, 1993, págs. 68-69).

Afirma, igual a Ghatak, que “La psora sola nunca causa cambios estructurales” (Roberts, 2003, pág. 238)... “La acentuación de la psora es funcional; la acentuación de la syphilis es ulcerativa; la acentuación de la sycosis es la infiltración y los depósitos” (Roberts, 2003, pág. 303).

Da una lista de síntomas y características de cada miasma, pero sin decir el por qué o dar la base de su clasificación. A diferencia de Sánchez Ortega, no basó su clasificación en lo que tan claramente había deducido.

Como los anteriores autores, dice que se debe tratar primero los síntomas del miasma predominante:

Cuando consideramos un caso con los tres miasmas mezclados, siempre hay uno que es el más prominente, y éste será el que requiere de alivio; cuando éste se alivia, el siguiente en prominencia debe tratarse, hasta que el paciente se encuentre liberado de la herencia de generaciones. (Roberts, 2003, pág. 304)

#### **4.4. Biografía de Proceso Sánchez Ortega**

Del libro “Historia de la Homeopatía en México”, del Dr. Fernando François, se extrae el siguiente resumen:

Proceso Sánchez Ortega nació en Tulancingo, México, el 2 de julio de 1919. Su padre, el señor Jesús Sánchez, muere muy pronto dejando a su esposa, Enriqueta Ortega, con tres hijos: Alberto de quince años, Ángel de seis y Proceso que tan sólo contaba con un año. Doña Enriqueta se dedicó al pequeño comercio, llegando con esfuerzo a tener una bodega de papas y chiles que supo manejar para formar bien a sus hijos. A los 13 años de edad llega a México D.F. para continuar sus estudios, ya que en aquel entonces en Tulancingo no existía una escuela de secundaria. Desde sus primeros meses contó con el apoyo de amigos, que le brindaron su casa y ayuda.

Siguiendo su vocación médica y por los varios acercamientos previos que había tenido con la homeopatía, ingresa en 1938 a la Escuela Libre de Homeopatía de México, graduándose como “Médico Homeópata Cirujano y Partero” en 1942. Tuvo como maestros a personalidades muy distinguidas dentro del medio homeopático de aquel entonces, como los doctores Leonardo Jaramillo, Pastor Rocha, Eulalio Darío flores, Moisés Méndez, Gildardo Bonilla, Miguel Sánchez y Alberto Lara de la Rosa, entre otros, todos ellos discípulos directos del Dr. Higinio G. Pérez.

Al terminar los cinco años de la carrera, fue incorporado excepcionalmente (ya que era necesario tener 5 años de titulado para poder ser profesor), como maestro auxiliar en el laboratorio de anatomía general, donde hizo méritos, y ya al siguiente año fue nombrado profesor de doctrina homeopática. Fue catedrático en diversas materias en la Escuela Libre de Homeopatía de México por 20 años, retirándose en 1962, ya que los directivos de ese entonces no compartían sus ideales y su doctrina, apartándose de las metas con las que el Maestro Pérez había fundado la Escuela Libre.

El 15 de enero de 1945 contrajo matrimonio con Rebeca Caballero Cuevas, enfermera y partera de la Escuela Libre de Homeopatía de México. De esta unión nacieron 8 hijos, Edwiges, Antonio Proceso, Guillermo Pompilio, María del Rosario, Ana Florencia y Eugenio Francisco, así como Claudio Enrique y Roberto Gerardo, quienes fallecieron en la infancia. Sus 4 hijos mayores son médicos homeópatas, así como 5 de sus nietos.

En 1960 funda la asociación “Homeopatía de México, A. C.”, con la finalidad de estudiar, difundir y practicar la medicina homeopática ortodoxa. Fue presidente de veinticinco asambleas bienales de “Homeopatía de México”, dos congresos de la “Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis” en Acapulco 1980 y Oaxaca 1995, y presidente de catorce reuniones de los “Grupos Foráneos de Homeopatía de México”. También fue director y fundador de la asociación de “Amigos de la Homeopatía” en las ciudades de México y Oaxaca, donde fundó la primera escuela de postgrado con reconocimiento oficial dentro de la república. Miembro fundador del grupo “Bandera de Oro” que se dedica al estudio y defensa de la homeopatía hahnemanniana a nivel internacional. Miembro fundador y presidente de la “Asociación Doctor Eulalio Darío Flores”, y miembro de la comisión dictaminadora de la farmacopea homeopática mexicana.

En 1950 funda la revista “La Homeopatía en el Mundo”, publicación de intercambio internacional, que desde sus inicios contó con resúmenes de los artículos en inglés, francés y alemán. Fue colaborador y asesor de varias publicaciones homeopáticas como: “Acta Homeopática de la LMHI”, “La Homeopatía de México” y la revista “Homeopathy” de Estados Unidos de Norteamérica.

Escribió cientos de artículos y ponencias, de las que se citan: “Comentarios al Parágrafo 26 del Órganon del Arte de Curar de Hahnemann”, publicado en 1951; “Panorámica de las parasitosis intestinales desde el punto de vista homeopático”, trabajo publicado en 1955; “Sífilis”, en 1958; “Homeopatía Clásica”, en 1959 y 1960; “Eugenesia y Ortogenesia” en 1967; “Las Fuentes del Vitalismo de Hahnemann”, en 1971; “Homeopatía y Geriatría”, en 1973; “Qué es la Homeopatía”, en 1976; “La Dinámica de los Personoides en los Medicamentos”, en 1980; “A propósito de la Dinamización en Homeopatía”, en 1983.

Desarrollo principalmente tres áreas de investigación: el estudio y profundización de los nexos filosóficos de la medicina homeopática; la sistematización y didáctica de la clínica integral homeopática, y en el tema que más ha sido reconocido a nivel internacional: lo miasmático, su explicación, complementación y aplicación clínica.

Impartió cursos y seminarios en numerosos países como Grecia, Colombia, Venezuela, España, Italia, Argentina, Brasil, Bélgica, Alemania, Francia, Ecuador, India, Uruguay y Cuba, entre otros.

Sus textos, traducidos a varios idiomas, son:

1. “Apuntes sobre los Miasmas o Enfermedades Crónicas de Hahnemann” editado en 1979, y traducido al inglés, italiano, alemán, francés, holandés, ruso y rumano.

2. “Introducción a la Medicina Homeopática, Teoría y Técnica”, editado y publicado por primera vez en 1992, que se ha traducido al italiano, al alemán y actualmente se está traduciendo al inglés.

3. “Traducción y Definición de los Síntomas Mentales del Repertorio de Barthel”, publicado en 2 ediciones, 1996 y 1998.

4. “Aplicación Práctica de la Clínica Integral Homeopática Considerando lo Miasmático”, publicado en el año 2000. Contiene las transcripciones de los cursos de clínica dictados en Cuernavaca, Morelos, en 1990; Puebla, Puebla, 1992; San Miguel Regla, Hidalgo, 1994; y Tulancingo, Hidalgo, 1998.

5. “Apuntes sobre Clínica Integral Hahnemanniana”, publicado en el 2003, que contienen sus experiencias clínicas durante 60 años de aplicación del método homeopático.

Proceso Sánchez Ortega recibió muchas distinciones y condecoraciones, siendo Miembro de Honor: de la Academia Italiana de Homeopatía, de la Academia Médico Homeopática de Barcelona, de la Asociación Médico Homeopática Hahnemanniana de Argentina, de la Asociación de la Academia Médico Homeopática de Venezuela, del Instituto Luis G. Páez de Colombia, del Colegio de Homeopatía de Ecuador, de la LMHI.

Recibió la Medalla Hahnemanniana, otorgada en el Congreso Mundial de Homeopatía de Brasil en 1958; el diploma especial de reconocimiento del grupo “Médicos Homeópatas de Caracas”, en Venezuela, en 1963; Medalla de Oro de la Academia de Homeopatía de Barcelona; diploma especial del “Grupo de Médicos de Quito”, en Ecuador, en 1981; fue condecorado con el “Símbolo del Sol” por la Asociación de Médicos Homeópatas de la India, como uno de los grandes maestros de la homeopatía en el mundo, en 1985. Sólo se han dado tres de estos soles: uno

al doctor Paschero de Argentina, otro al doctor Pierre Schmidt de Suiza y otro al Doctor Proceso Sánchez de México.

Reconocimiento por su labor cultural en la difusión de la homeopatía en América y Europa, con diploma y medalla al mérito por el entonces gobernador de Oaxaca, el licenciado Jesús Martínez Álvarez. El 16 de agosto de 2002, se develó un busto suyo en el parque central de Tulancingo, Hidalgo, único reconocimiento de este tipo a un ciudadano de esta ciudad. La obra fue autoría de escultor Sergio Paraza Ávila, egresado de la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la UNAM.

Proceso Sánchez Ortega falleció en su casa, rodeado de su familia y discípulos, el 16 de octubre de 2005. Sus restos mortales fueron trasladados a su natal Tulancingo, donde fue inhumado al día siguiente de su fallecimiento en el panteón de San Miguel (Francois, 2007, págs. 267-277).

#### **4.5. Las enfermedades crónicas miasmáticas según Sánchez Ortega**

##### **4.5.1. Definición.**

La enfermedad crónica miasmática es “el estado morbosos constitucional resultante de la supresión antinatural o arbitraria de los fenómenos defensivos de la naturaleza que constituyen la enfermedad; es el resultado de suprimir las primofecciones o enfermedades primarias” (Sánchez, 1964, pág. 89).

¿Por qué se le llama constitucional? Porque es un enfermedad trascendente... El miasma es eso: la enfermedad *trascendente*, la enfermedad que puede *heredarse*, la enfermedad que se interna y produce ya no sólo una enfermedad, sino un *estado de enfermedad*, es decir, que ya se vive enfermo de acuerdo con las características de ese padecimiento... ¿Hay dentro de la medicina antigua algún concepto semejante? Sí lo hay, aunque abandonado. Rousseau lo

llamó *diátesis*, y lo define como la “predisposición congénita o adquirida”, pero “esencial e invariablemente crónica” en virtud de la cual se sufren o se producen alteraciones múltiples “en la forma, pero únicas en la esencia”. Si volvemos a considerar a los sífilíticos, precisamente se pueden producir muchas alteraciones en ellos, múltiples alteraciones diversas en la forma, pero que provienen de una esencia única. (Sánchez, 2012, pág. 34)

En varios pasajes de sus escritos, Hahnemann da a entender que es diferente miasma crónico de enfermedad crónica miasmática, como se puede leer al inicio del párrafo 78 del Organón: “Las enfermedades crónicas reales y naturales se deben a un miasma crónico” (Hahnemann, 2008, pág. 223). Es decir, el miasma crónico es el factor causante de la enfermedad crónica miasmática. Dice Sánchez:

De acuerdo con Riveros, el estado miasmático psórico, como lo hace ver la proposición, es la existencia con la modalidad psórica; la expresión del ser humano modulada por la condición psórica. A ello corresponderá su forma, fisonomía, actitud persistente, configuración estática y dinámica y la actitud predominante. Ahora bien: todo lo que “sale” de un individuo que existe en el estado miasmático de la psora, capaz de transmitirse, será indudablemente un dinamismo mórbido o “infectante”. En pocas palabras podemos decir: el estado psórico es lo que está en el individuo y el miasma psórico es lo morbífico que produce ese individuo, capaz de transmitirse, que puede ser un virus, un ácaro, como un pensamiento, una subyugación o una seducción. (Sánchez, 1992, pág. 432)

#### **4.5.2. La psora.**

La *psora* es un estado morbozo constitucional que:

El ser humano ha producido a lo largo de sus innúmeras generaciones, en virtud de múltiples supresiones de padecimientos que han constituido sus primofecciones. Se consideran como tales las consecuencias de las trasgresiones a las limitaciones que la propia naturaleza le impone al ser humano y que como

consecuencia de esas trasgresiones, debe sufrir un reacomodo o series de fenómenos por medio de los cuales el organismo deberá reincorporarse y readaptarse al ritmo vital. Si se impide este trabajo de recuperación se obliga al organismo a contener primero y a transformar después esos fenómenos defensivos que había preparado. Los transforma en intentos ineficaces e incompletos, que terminan ocasionando un equilibrio aparente, que establece nuevas formas de vida, siempre anómalas en mayor o menor grado. (Sánchez, 1992, pág. 423)

Tratar de dilucidar si el inicio de la trasgresión a la ley o leyes de la naturaleza está en el pensamiento o en la acción es tan hipotético como la concepción del ser humano en virtudes y facultades, pasiones o manifestaciones psíquicas o vitales que inciden su expresión, porque siempre corresponderá esta hipótesis a la postura filosófica del que realice la dialéctica. (Sánchez, 1992, pág. 429)... Hahnemann con su formidable visión de genio aclara e insiste en la poca importancia que debe darse a estas explicaciones o hipótesis desde el párrafo 2 del Organón y otros más, así como en las enfermedades crónicas. (Sánchez, 1992, pág. 430)... El antecedente de sarna para la producción de la psora lo deja establecido Hahnemann al mismo tiempo que el concepto de la supresión y nosotros lo aceptamos y lo reafirmamos. (Sánchez, 1992, pág. 429)

Según Sánchez, la psora se caracteriza en su esencia por la *carencia*, en lo funcional por la *hipofunción*, en los órganos por la *hipotrofia* y en lo mental por la *inhibición*. Con base en estas concepciones se deducen los síntomas, presentando así mentalmente:

La ansiedad, como el estado de ánimo más característico de la psora; la timidez, pusilanimidad o apocamiento y todas sus derivaciones. La afectuosidad, dulzura o ternura; la afabilidad, indudablemente que tienen una característica muy psórica. La benevolencia, la suavidad, la apacibilidad, la lentitud, lo cuidadoso, lo cauteloso, la simple alegría o buen humor que, como se puede suponer, sólo será síntoma cuando sea desacostumbrada; el deseo de compañía, porque el psórico siempre está pidiendo aunque dé, como que da para recibir por necesidad, no por interés; la quejosidad; la agravación por el esfuerzo mental; los temores sobre sí

mismo; la constancia; sensación de soledad; deseo de ocultarse; esperanzado; mujeres incapaces para su quehacer; holgazanería, inactivo; indolencia; falta de iniciativa; inseguridad mental; introspectivo; irritable; la lascivia, que en lo erótico es la contemplación; el deleite contemplativo; meditativo; débil de memoria, negligente para sus negocios; razonable; objetivo; testarudo, obstinado; mejoría por la ocupación, al relajarse, del reposo de la mente; se compadece de sí mismo; complacido; todo lo pospone para el día siguiente; tradicional, prejuiciado; deseo de estar quieto; reflexivo; tiene remordimientos; reservado; resignado, deseo de jubilarse; la tristeza; sigiloso; falta de auto afirmación; decepción de sí mismo; auto control; seriedad; servilismo; suspirón; tendencia a estar sentado; lentitud; sonriente; la sobriedad, la temperancia; la falta de carácter; los pensamientos persistentes; la tranquilidad; la falta de comprensión para lo que se le expone; la dignidad; el sentimiento de infortunio; el aburridor y el aburrido; el cansancio de la vida; el humor lloroso; espiritualismo exagerado; la condescendencia; etc. (Sánchez, 1992, págs. 433-434)

Síntomas generales como:

Agravación por la mañana, y al aire libre; la tendencia a la anemia; a la analgesia; la ansiedad física; por el baño, por el tiempo nublado, por el frío o después del frío (porque siendo débil por su inhibición y carencia, tiende a la frialdad y el frío lógicamente acentúa su mal y aumenta su condición patológica); tendencia a tener frío; la agravación antes de las funciones fisiológicas, como comer, la menstruación, evacuar, etc.; la agravación por el esfuerzo físico (por ser débil), al ascender, por el movimiento; por el ayuno; la flacidez; la pesadez interna y externa; la estasis congestiva; la irritabilidad de los órganos, la lasitud, la tendencia a tumbarse, a estar acostado; el entumecimiento; los dolores de tipo gradual, dolores como contusos, de entumecimiento, de magulladura, presivo, presionante, como un peso, como torcedura, etc., y todos los que tengan la tendencia a que el paciente se inmovilice, se refugie, se reduzca a su mínima expresión; la sequedad de mucosas, piel etc.; las estrecheces, las parasitosis; los alimentos que prefiere el psórico serán los de más fácil digestión porque la deficiencia de sus órganos le harán sentirse mal con un alimento complejo; los sueños ansiosos, de caída, de infortunio, desagradables; el

adormecimiento matinal; el insomnio por falta de tranquilidad. (Sánchez, 1992, pág. 434)

Y síntomas particulares como:

En ojos: la caída de los párpados y la pesadez, la insensibilidad, la irritación, la comezón, la dificultad para abrir los ojos; los dolores continuos, tirantes, de lastimadura; la contracción de las pupilas, la estrechez lagrimal, la rigidez, el defecto de acomodación de la vista; o la visión manchada, borrosa, nublada. En oídos: la frialdad, las erupciones, taponamientos, adormecimientos y entumecimientos, la comezón y los dolores ya mencionados. En nariz: la sequedad de la nariz, pesadez, comezón, adormecimiento y entumecimiento, tensión y obstrucción, la frialdad. Otros síntomas particulares como la disminución del apetito, la inactividad del estómago y del intestino, la náusea, la vaciedad, la relajación y la ptosis de los órganos abdominales y pélvicos, el malestar general del abdomen y estómago, las venas distendidas del abdomen, la presión hacia abajo del recto; y las evacuaciones especialmente secas, duras, insuficientes, blanquecinas, escasas, pequeñas, dificultosas, tenaces o alargadas. La inactividad vesical, y alteraciones urinarias como la orina en gotas, con chorro débil, por exposición al frío, incompleta, o durante fenómenos como la tos, el esfuerzo, el movimiento; la orina retardada o insatisfactoria, la falta de sensación al orinar. La disminución de los deseos sexuales, o la falta de potencia, la insensibilidad vaginal; las menstruaciones que se agravan por el movimiento, o retardadas, pálidas, escasas, cortas; relajación de los esfínteres. Otros síntomas como la ronquera, el taponamiento de la laringe, la aspereza, el carraspeo, la falta de tono de la voz, la debilidad de la voz; la respiración ansiosa, detenida, impedida, imperceptible, quejosa, áspera, suspirosa, lenta. Tos por el aire frío, o al movimiento, al subir escaleras, por el baño, al acostarse, antes del desayuno, al contener la respiración o al respirar, antes del escalofrío y durante; constante, durante la dentición, bebiendo, seca, por sequedad, por polvo, comiendo, como por elongación de la úvula, por eructos, por esfuerzos, como por una pluma, tajante, dura, por irritación o por irritantes, con comezón en el pecho, apagada, agrava por el movimiento, persistente, presiva, agobiante, corta, al hablar, al descubrirse, caminando, en el viento, en invierno, bostezando. Sensación de ansiedad en el pecho, aprehensión, frialdad, falta de leche en nodrizas, las curvaturas

anormales de la columna vertebral; las uñas quebradizas, arrugadas, manchas pálidas; fragilidad de los huesos. Y las erupciones especialmente pruriginosas... Querer acomodar síndromes o entidades nosológicas a la psora o a cualquiera de los tres miasmas resulta indebido (Ver cuadro 7). (Sánchez, 1992, pág. 435)

### 4.5.3. La sycosis.

La *sycosis* es:

El estado morboso constitucional resultante de la supresión arbitraria y antinatural de los flujos, de las afecciones catarrales y eliminativas, de las secreciones anormales producidas por los excesos. Son los fluidos pecaminosos de la gonorrea contraída por la ambición del placer inherente a las funciones naturales; la consecuencia de hartarse en el placer de la mesa, de la bebida, del abuso del sexo, y de suprimir consecutivamente los esfuerzos de la naturaleza por reintegrarse al orden indispensable para la persistencia. Se evita la eliminación de lo que es el producto del exceso: detritus que se quedan aprisionados en las articulaciones, en la piel o constituyendo neoformaciones o hiperplasias. Es el miasma producto del egoísmo, de la ambición, del placer sin pensar en los demás, con el egoísmo que hace olvidarse de todos y anteponerse uno mismo. (Sánchez, 1983, pág. 83)

Se caracteriza en su esencia por el *exceso*, en lo funcional por la *hiperfunción*, en los órganos por la *hipertrofia* y en lo mental por la *expansión*. Presenta síntomas mentales como:

Con una ambición constante se precipita, y nunca se satisface; le lleva a una inquietud permanente que no es preferentemente psíquica, como la ansiedad psórica, sino que trasciende a todo el organismo, y en lugar de sujetarlo y tenerlo inhibido como en la psora, lo hace moverse constantemente, y no encuentra un lugar adecuado, está notablemente nervioso. Su humor es alternante o cambiante; distraído (la inestabilidad será su característica); abusivo; afectado y amanerado; que se agrava en general por los regaños; con agilidad mental; sensual y amoroso;

irascible, que contesta con brusquedad; payaso en su forma de alegría, bromista, regocijado o risa inmoderada,; audaz y ambicioso; avaro; tiene disposición biliosa y a veces brutal; es un fanfarrón, petulante y vanidoso; tiene tendencia a afligirse; es impetuoso e impaciente; apresurado; con alucinaciones y asustadizo; sobresaltado; es caprichoso y dictatorial; egoísta; egotista y envidioso; excitable y fantasioso; gesticula y tiende a bailar y cantar; tiene deseos de saltar; puede tener clarividencia, cleptomanía; le puede faltar confianza en sí mismo; puede tener confusión mental; es intolerante a la contradicción; descontento e inconforme; tiene deseos de escapar, es locuaz e hipersensible e histérico; tiene ideas en abundancia; es muy inconstante; y en lo sensual llega a ser impúdico, desvergonzado; es muy laborioso e inquieto; es un sujeto quejumbroso en sus dolencias; es miedoso de lo externo; minucioso en tonterías; muy susceptible; es desafiante; tiene tendencia a fantasear; tendencia a hacer reproches. (Sánchez, 1992, págs. 438-439)

Como síntomas generales presenta: obesidad, sensación de calor o caluroso, congestión de la sangre, bochornos, fiebre, inflamación, hinchazón, tumores, verrugas, secreciones, diarrea, tensión, temblor, taquicardia, hipertensión, y:

Agravaciones por la tarde o con los cambios de clima, de temperatura, de movimientos, etc.; prefiere el fresco, el aire libre; tiene deseos de cosas condimentadas, ácidas, estimulantes; se siente mejor con el movimiento, con los paseos, con el ejercicio; le gusta y le son exageradamente placenteras todas las actividades naturales del cuerpo, como comer, evacuar, orinar, etc.; tiene periodicidad en sus padecimientos; también presenta pérdida de desechos que le mejora; tiene intolerancia a las ropas y mejora quitándoselas; es muy sensible a los ruidos, olores y a todos los sentidos; se agrava por el tacto, por su extremosa sensibilidad; el sudor le alivia, pero puede ser exagerado; los dolores fundamentalmente son erráticos, punzantes, pinchantes, tironeantes, como sacudidas; excitabilidad física excesiva; tendencias a descargas por cualquier parte del cuerpo, productivas; sacudimientos o saltos musculares; alucinaciones sensitivas de cualquier órgano o generales; aumento de la sensibilidad física; latidos parciales o generales; aumento de las funciones normales; exceso de apetito, exceso de sed; sueños abundantes, sueño inquieto; insomnio por inquietud, por excitación emocional o por susto; sonambulismo. (Sánchez, 1992, pág. 439)

Y síntomas particulares como:

Vértigos, que son fundamentalmente sycósicos, en especial si son por la tarde, o con sensación de balanceo, como si se elevara, mejorando durante el movimiento, cuando está sentado, parado, repentinos, dando giros, etc. En cabeza: sensaciones anómalas, como si le pasara una corriente de aire a través, sensación de balanceo, de cuerpo extraño, de agrandamiento o de reptación, etc.; hormigueos; congestiones; erupciones secretantes, húmedas, costrosas; calores y sofocaciones; movimiento de la cabeza; diferentes dolores como martilleo, paroxismales. En ojos: aglutinaciones en los párpados; ojos brillantes; condilomas; y descargas de todo tipo; párpados granuloso; hiperestesia de la retina; lagrimeo; parpadeos; movimiento constante de los globos oculares; fotofobia; protrusión ocular; pulsaciones; dilataciones de pupilas y temblor, vesículas de la córnea; agudeza visual: colores, brillos, centelleos, chispas, manchas volantes, fuegos, flamas, flashes, brillo, objetos resplandecientes, relampaguee, alucinaciones; gran campo de la visión; diplopía; los objetos le parecen múltiples; movimiento de objetos, temblor de los objetos, movimientos ondulatorios, zigzags, etc. En oídos: sensación de aire y otras sensaciones en general, sensación de soplido, sensación como si la respiración viniera del oído; ruidos; descargas; humedad de los oídos; nódulos, pólipos; cosquilleos; agudeza del oído; etc. En nariz: la coriza con o sin descarga; las descargas nasales; sensaciones de expansión en el pasaje nasal, hormigueos, sensación de plenitud; calor; alucinaciones olfativas; sudoración; pólipos, etc. En cara y boca: movimiento de las quijadas; congestión de la cara; hipertrofia de la glándula parótida; elongación de las encías; sensación de agrandamiento de la lengua; excrecencias dolorosas; exudaciones o membranas; protrusión de la lengua; vesículas en la lengua, etc.; rechineo o castaño de dientes; gran sensibilidad de los dientes. En garganta: hipertrofia de las amígdalas; sensación de cuerpo extraño; formación de membranas y mucosidad; hinchazón; bocio. En estómago: apetito aumentado; deseo de estimulantes y similares; sed; sensación de que algo se mueve en el estómago; sensación de plenitud; distensión del estómago y eructos. En abdomen y recto: borborigmo, gases abdominales, distensión, hipersensibilidad a las ropas en el abdomen, sensación de diarrea, etc.; los condilomas rectales; diarreas; humedad rectal; evacuaciones biliosas, blandas, oscuras, copiosas, frecuentes,

mocosas, aguadas. En riñón y genitales: cálculos renales, como vesiculares; descargas gonorréicas uretrales; orina urgente, frecuente, turbia, albuminosa, copiosa, densa; sensación de burbujas en el pene; condilomas venéreos; erecciones impetuosas, fuertes sacudidas y tirones del pene; descargas seminales copiosas; aumento de la pasión sexual; varicocele; congestiones uterinas; inflamaciones vaginales; leucorrea; menstruaciones adelantadas, abundantes, prolongadas, frecuentes. En aparato respiratorio: en laringe: catarros, mucosidades, exceso de sensibilidad, cosquilleo; expectoraciones: abundantes, viscosas, espumosas, espesas, amarillentas, verdes, etc.; respiración: acelerada, irregular, sonora, ronquidos, estertorosa silbante (Ver cuadro 7). (Sánchez, 1992, págs. 439-440)

#### 4.5.4. La syphilis.

“La *syphilis* es el estado morboso constitucional resultante de la supresión arbitraria y antinatural de las afecciones chancrosas y ulcerosas” (Sánchez, 1983, pág. 91).

Se caracteriza en su esencia por la *destrucción*, en lo funcional por la *disfunción*, en los órganos por la *atrofia* y en lo mental por la *destrucción o agresión*. Produce en lo mental síntomas como:

El estado de abstracción mental; la aversión al orden y a la vida; la angustia; la inadaptación, el adulterio; la insatisfacción por todo, el apasionamiento; los deseos de atacar a otros; aversiones de todo tipo: a su esposo, o esposa, o a quien se le aproxima, a los niños; sujetos fuera de sí, rabiosos o furiosos; la tendencia a blasfemar; los deseos de morder o ladrar en la rabia o locura; el deseo de aislamiento, separado de su ambiente, la indisposición a platicar y a que le platicuen, la misantropía, la antropofagia; sujetos a los que todo les parece ridículo, despreciativos o destructivos; la tendencia a ridiculizar al prójimo; la agravación por el consuelo; el calumniador; la tendencia a hacer lo contrario de lo que le mandan o dicen; el mal humor; los delirios; la hilaridad desquiciante, la postración mental; tendencia a hacer muecas; el estado de éxtasis; olvidadizo; el pánico; el odio; la

idiotez; la tendencia a estar atareado; el inconsolable; los deseos de matar; o la tendencia al suicidio; las lamentaciones; la lujuria, homosexualidad, sodomía y todas las depravaciones en actos y conceptos; el hastío de la vida; ciertas formas de suspicacia; la crueldad; el humor repulsivo; la aversión a pensar, al trabajo mental, o al trabajo; la pérdida de la consciencia; el salvajismo; el anarquismo; la depravación; la toxicomanía; el patético, etc. (Sánchez, 1992, pág. 443)

Síntomas generales como:

Las agravaciones por la noche, por el calor, después de dormir; el agotamiento fácil, los estados consuntivos; caquexia; la apoplejía; las atrofonías glandulares; la formación de abscesos; las agravaciones después de comer o de cualquier acto fisiológico normal; la formación de caries de los huesos; estados espasmódicos, convulsivos, epileptiformes, contractivos y constrictivos; la cianosis; malformaciones; estados hemorrágicos; estados ulcerativos: destructivos, fagedénicos, gangrenosos; fístulas; dolores: excavantes, desgarrantes, taladrantes, ulcerantes, ardientes; las parálisis; estados degenerativos, etc.; sueño: comatoso, soporoso, demasiado profundo, poco refrescante. (Sánchez, 1992, pág. 443)

Y síntomas particulares como:

Amaurosis, ceguera; sordera; epistaxis; distorsión de la cara, excoiaciones; olor pútrido del aliento y de toda secreción, aftas, caries de los dientes, encías hemorrágicas; en estómago: pirosis, acidez, vómitos; evacuaciones: hemorrágicas, nudosas, mal conformadas; tenesmos; aversión al coito, erecciones penosas, descargas seminales sanguinolentas; ulceraciones en genitales, tendencias al aborto, metrorragias, esterilidad; afonía; respiración paroxismal; tos: cruposa, ferina, exhaustiva, violenta, paroxismal; ardores en la piel; erupciones: gangrenosas, purulentas, supurantes, hemorrágicas, excoiaciones y ulceraciones de todo tipo (Ver cuadro 7). (Sánchez, 1992, pág. 443)

#### 4.5.5. Fundamentos de la teoría del hipo, hiper y dis.

Proceso Sánchez fundamenta su idea de que la psora es la carencia, la sycosis el exceso y la syphilis la perversión, en el concepto de que “toda alteración de la célula y por lo tanto de los tejidos, órganos y del organismo en la totalidad, depende siempre de un trastorno inicial de la nutrición” (Sánchez, 1992, pág. 451). Ya sea que la nutrición celular se realice de manera incompleta, excesiva o pervertida o incorrecta, “cualquiera de estas tres imposibilidades de satisfacer la necesidad adecuadamente, conduce a las disfunciones tan persistentes o tan crónicas como se haya insistido en alterar esa nutrición” (Sánchez, 2003, pág. 322).

La *hiponutrición* da una *menor actividad* y menor manifestación al ser, y su actividad es mermada así como su expresión y su producción, ya sea mental o funcional en otros órganos. La *hipernutrición* lógicamente produce lo contrario, al principio *mayor actividad*, mayor productividad, o bien reservas o acúmulos innecesarios que a la larga dañaran al individuo. Pero lo más notable es que el *alimento extraño o inadecuado*, envenene, *dañe* de inmediato al organismo y a su manifestación y producción. Surgen de inmediato y así han surgido las hipofunciones, hiperfunciones y las disfunciones; la hipoestesia, la hiperestesia y la disestesia; la hipoplasia, la hiperplasia y la displasia. Y que esto es lo único que encontramos constatable como resultantes de las múltiples afecciones o enfermedades. (Sánchez, 2003, pág. 323)

Todos los síntomas y todos los signos de cualquier estado de patología, no son sino alteraciones funcionales y a veces estructurales de nuestro organismo... Y las funciones del cuerpo, como las funciones de cada órgano, como las funciones de la mente, no pueden ser alteradas más que en defecto, en exceso o en perversión, exclusivamente. Esto ni siquiera se puede discutir porque está consignado por todos los anatomopatólogos y fisiopatólogos y porque, además, en la clínica no podemos encontrar más que eso. (Sánchez, 2000, pág. 29)

Estas tres formas de alteración de la patología celular y de la patología orgánica corresponden a cada uno de los grandes miasmas que estableció

Hahnemann; el defecto, la falla o la carencia corresponde a la psora; el exceso, la precipitación o la ostentación corresponde a la sycosis, y la destrucción pertenece precisamente a la degeneración sifilítica. (Sánchez, 2012, pág. 37)

Hahnemann, como ya hemos dicho, conoció la syphilis que se inicia con una distonía<sup>2</sup> integral del sujeto, con una distrofia o lesión destructiva que muestra la tendencia destructiva que se ha establecido en el organismo, y que es anuncio de todo lo que puede ocasionar en todos los órganos y en la totalidad del ser humano. La sycosis de Hahnemann el mismo maestro la caracterizó por la hiperplasia que anuncia la totalidad de la acción patológica como una funcionalidad en hiper también en la totalidad del ser. Todo lo restante que es perteneciente al funcionalismo del hipo corresponde al miasma que intuyó Hahnemann y al que le dio mayor importancia: la psora. (Sánchez, 2003, pág. 323)

#### **4.5.6. Utilidades en la semiología y en la clínica de la teoría miasmática de Sánchez.**

Gracias al factor común de las manifestaciones de las enfermedades crónicas miasmáticas, Alcover<sup>3</sup> destaca las aportaciones a la semiología y a la clínica de Sánchez Ortega, que permiten:

En la semiología:

- Ampliar su visión, pues se puede *clasificar los síntomas* con base a su naturaleza morbosa esencial y por tanto distinguir, como hasta ahora nunca se había

---

<sup>2</sup> Las distonías consisten en movimientos involuntarios sostenidos que imponen a ciertos segmentos de los miembros, o a una parte del cuerpo, actitudes extremas de contorsión. El movimiento se desarrolla lentamente y en forma tónica pero puede exacerbarse bajo la forma de un espasmo distónico. (Cambier & Masson, 1988)

<sup>3</sup> Doctora María Gloria Alcover Lillo, médica española, residente en Italia, laureada en Medicina y Cirugía de la Universidad Complutense de Madrid. En el inicio de los ochenta cursa su post-grado en Homeopatía en la Escuela Superior de Post-Grado en México y en el Instituto de Estudios Superiores de Oaxaca, México. Ha fundado diferentes escuelas y asociaciones, contribuyendo con el desarrollo de la medicina homeopática.

podido, cuales síntomas son con certeza de carácter psórico, de carácter sycósico o de carácter syphilítico.

- Descubrir los síntomas que pertenecen a la sycosis o gonorrea *secundaria*, incluso los síntomas mentales y los de sus descendientes. Igualmente, reconocer los síntomas no sólo funcionales u orgánicos de la sífilis como hasta entonces se conocían, sino los más profundos de orden psíquico.

- Reconocer los síntomas de carácter *latente* de cualquier estado miasmático.

- Distinguir la relación de *grado entre los síntomas* que aparecen por afectarse una misma función natural del hombre por distintos dinamismos mórbidos correspondientes a la psora, psicosis o syphilis. Por ejemplo, con respecto a la tos, que sea seca, húmeda o con expectoración sanguinolenta, correspondiendo respectivamente a la psora, sycosis y syphilis.

- Tras el estudio exhaustivo desde el punto de vista miasmático de la Materia Médica Pura conformar los denominados *personoides* de cada medicamento, que seleccionan y clasifican los síntomas patogenésicos con relación a los miasmas y sus combinaciones, obteniéndose siete caras del medicamento que son: psórica, sycósica, syphilítica, psórica-sycósica, psórica-syphilítica, sycósica-syphilítica y psórica-sycósica-syphilítica (Alcover, 1985, págs. 10-11).

En la clínica:

- Por medio de esta clasificación de los síntomas ya *no se necesita tratar primero la psora* (sinónimo de no-sífilis y de no-gonorrea, según Hahnemann), como “lo más molesto” y causantes de toda dificultad de evolución, sino que se puede ver si es esa condición miasmática la predominante o no en ese individuo, al margen de que en sus ancestros haya sido la psora inicial hace 60, 200 o 3000 años.

- Ver la complicación *hereditaria* por el tipo de muerte, padecimientos o carácter de los ancestros y, por lo tanto, inferir la razón de la complejidad del paciente.

- A través de la mejor comprensión de lo miasmático, adquirir mayor certeza frente al *pronóstico* y a lo que realmente se puede hacer. Éste está determinado por el estado actual de actividad de los miasmas: si están activas una o varias enfermedades crónicas miasmas y si están mezcladas o no. El pronóstico depende de lo profundo y complicado de estas uniones o mezclas. Explica Kent:

Es posible el que dos enfermedades diferentes ocupen, por decirlo así, dos diferentes rincones de la economía, manifestándose una mientras la otra está dominada o suspendida. También notamos cómo existen en un estado de complejidad. En el primer caso, no combinan; en el otro, combinan y se hacen complejas... Si se administra al paciente el tratamiento adecuado, su condición se simplificará, pero si se le da el tratamiento de la escuela antigua, se complicará mucho. Los dos miasmas se unirán y formarán una complejidad, dando lugar a un estado deplorable, a un verdadero círculo vicioso; entonces las erupciones syphiliticas picarán (la erupción syphilitica, sin complicación, no irrita, y la erupción psórica, como regla general, da comezón), aun teniendo toda la apariencia de syphilis, como si fuesen erupciones psóricas. El Mercurio en grandes dosis es capaz de efectuar este resultado. El tratamiento homeopático adecuado efectuará una separación y nunca se verá una mejoría donde los remedios homeopáticos hayan causado una ligadura en la combinación. (Kent, 1992, págs. 153-155)

- Confirmar que las *afecciones degenerativas* son siempre el resultado de mezclas miasmáticas en actividad.

- Ver la *rotación miasmática*, que si bien no es obligada en todos los casos, si es perfectamente observable en la mayoría en la que nos encontramos un fondo de varios miasmas latentes, aunque uno sea el predominante. La rotación

miasmática se refiere a la aparición después de dado el medicamento y esperado que obre hasta el final, de una serie de signos y síntomas que tienen la característica: Primero, de estabilizarse, haciendo aparecer al individuo con un modo de manifestarse muy distinto, física o mentalmente al anterior. Segundo, de tener una naturaleza distinta a los signos y síntomas tratados anteriormente por corresponder a un dinamismo mórbido diferente o miasma. Y tercero, de ser generalmente manifestaciones anteriores, ya conocidos por el paciente, o de sus mismos síntomas latentes con estas características, pero ya exaltados o “puestos en primer plano”.

- Sánchez, bajo el concepto miasmático, amplía las *12 observaciones después de la primera prescripción* de Kent y agrega 5 más que son: mejoría corta, que se repite al tomar el medicamento; mejoría corta seguida de agravación de síntomas concomitantes, que se repite al tomar el medicamento indicado; mejoría corta seguida de nuevos síntomas o modalidades, que se repite al tomar un nuevo medicamento; mejoría prolongada y después agravación; y agravación prolongada y después corta mejoría (Alcover, 1985, págs. 10-16).

#### **4.6. Generalidades de semiología y clínica homeopática**

Se desarrolla en esta sección del trabajo algunos temas de semiología (la toma del caso y los síntomas característicos) y de clínica (las observaciones después de la primera prescripción) de manera general, necesarios en la atención de cualquier tipo de enfermedad, tanto aguda como crónica, que sirven de base para la segunda parte del trabajo, donde se continuará su estudio específicamente para las enfermedades crónicas miasmáticas según los conceptos de Sánchez Ortega.

#### 4.6.1. La toma del caso.

Hahnemann, en los párrafos 84 al 90 de su libro Organón de la Medicina, da las recomendaciones de cómo realizar el interrogatorio para trazar el cuadro de la enfermedad, las cuales se resumen en los siguientes puntos:

1. El *enfermo* hace el relato de la historia y desarrollo de sus sufrimientos. Debe, al comienzo de la consulta, recomendar hablar lentamente a él y a sus acompañantes, a fin de poder escribir lo que juzgue necesario anotar.

2. Los *miembros de su familia y las personas que lo rodean* cuentan de qué lo han oído quejarse, como se ha comportado y todo lo que han observado que le concierna.

3. El *médico* mira, escucha y observa con todos sus sentidos lo que hay de cambiado e inusual en el paciente. Guardando silencio y, dentro de lo posible, él les permite decir todo lo que quieren decir, sin interrumpirlos, a menos que se extravíen en digresiones inútiles. Toda interrupción perturba la continuidad de las ideas del que habla, y las cosas no le vuelven ya a la memoria tal como él hubiera querido decirlas al principio.

4. Escribe todo en el papel, exactamente con los términos que éste último y sus allegados hayan utilizado.

5. Cada síntoma dado por el paciente y sus allegados, debe anotarse en línea separada, uno debajo del otro. Procediendo así, tendrá para cada uno de ellos, la facilidad de agregar a las informaciones un poco vagas que le hubieran dado, precisiones más explícitamente explicadas que podrá obtener al interrogar a continuación.

6. Cuando los narradores han terminado lo que querían decir espontáneamente, el médico vuelve sobre cada síntoma anotado, para obtener y agregar información más precisas sobre sus características y modalidades, averiguando el horario de aparición del síntoma, su duración, periodicidad, localización, factores que lo agravan o mejoran, irradiación, coexistencia con otro síntoma o su alternancia, en los dolores y sensaciones el tipo y la manera como se produce, y la relación de los síntomas con el o los medicamentos que se haya tomado.

7. El médico jamás debe realizar preguntas que sean concebidas o dirigidas, de manera de dictar o sugerir en alguna medida la respuesta, o colocar al enfermo en la situación de responder con un sí o un no. Actuar de otro modo sería exponer a quien estamos interrogando a afirmar, por indolencia o por complacer al que le pregunta, algo falso, o cierto a medias, o negar lo que, de hecho, es real. Resultaría entonces un cuadro falso de la enfermedad y, como consecuencia, una mala elección de los medios terapéuticos. El médico, por ejemplo, no debe preguntar: “¿No estaba presente esta u otra circunstancia? ¿Tiene sed? ¿Es usted friolento?”.

8. Si en estas informaciones dadas espontáneamente no se ha hecho ninguna mención, ya sea de varias partes o funciones del cuerpo, o bien del humor o del carácter, el médico pregunta entonces al respecto. Pero, al hacerlo, debe tener mucho cuidado en utilizar únicamente expresiones o términos generales, con el objeto de que la persona que le da las aclaraciones se vea obligada a entrar ella misma en detalles. Por ejemplo: ¿Cuál es el estado de su moral, de su ánimo?, ¿Cuál es el estado de su memoria?, ¿Cómo es su apetito?, ¿Y su sed?, ¿Qué siente de anormal en lo concerniente a su cuerpo, su cabeza, sus miembros, su abdomen, etc.?, ¿Qué puede decir de sus deposiciones?, ¿Cómo es la calidad de su sueño?, etc.

9. Cuando el enfermo ha respondido así espontánea y libremente a las preguntas, el médico está en libertad, si considera que no ha obtenido aún toda la

información que necesita, de hacer preguntas más precisas y especiales, agregando una lista de posibles respuestas y circunstancias que permita al paciente optar por una de ellas, como por ejemplo: ¿Qué clase de gusto siente Usted: pútrido, amargo, acre, astringente, metálico, salado, dulce, ácido, grasoso, a huevos podridos, a materias fecales, u otro?; ciertas personas tienen un sueño muy ligero, despertándose por cualquier motivo, mientras que otros lo tienen pesado y profundo, ¿Cómo es Usted?; ¿Cuáles son las agravaciones horarias de sus síntomas?, ¿A la mañana temprano, o más particularmente en la tarde, o en cualquier otro momento?, etc.

10. Por último, el médico anota lo que observa en el enfermo durante el interrogatorio y en la exploración física, y pregunta si esos signos existían antes de enfermarse. Por ejemplo: ¿Cómo se comporta el enfermo durante la consulta?, ¿Cómo es su fisionomía, la expresión de su cara, de su mirada?, ¿Cómo es el aspecto de su lengua, el olor del aliento?, ¿Cómo respira?, ¿Cuáles son las características del pulso?, etcétera (Hahnemann, 1983, págs. 161-172).

#### **4.6.2. Los síntomas característicos.**

Una vez obtenidos todos los síntomas y signos que aquejan al paciente, se deben escoger los más importantes y característicos del caso para hallar el medicamento indicado, como aconseja Hahnemann en el parágrafo 153 del Organón:

En esta búsqueda de un remedio homeopático específico, es decir, en esta comparación de los síntomas y signos colectivos de la enfermedad natural con la lista de síntomas de los medicamentos conocidos, a fin de encontrar entre estos un agente morbífico artificial que corresponda por semejanza a la enfermedad que hay de curar, debemos tener en cuenta principal y únicamente los *signos y síntomas del caso patológico, más notables, singulares, extraordinarios y peculiares (característicos)*. Porque estos síntomas son principalmente los que deben

*corresponder con los muy semejantes en la lista de medicamentos con el fin de elegir el más apropiado para realizar la curación.* Los síntomas más generales e indefinidos, como la pérdida del apetito, cefalalgia, debilidad, sueño inquieto, malestar general, etc., merecen poca atención cuando presentan este carácter vago e indefinido y no pueden describirse con más exactitud, pues en casi todas las enfermedades y en casi todas las drogas se observan síntomas de la misma naturaleza general. (Hahnemann, 2004, pág. 312)

Kent comenta:

Desde luego veréis que los síntomas comunes son los que aparecen en todos los casos de sarampión; los que esperaréis hallar siempre en el sarampión. Sería raro hallar sarampión sin erupción: esto sería lo particular. De modo que la ausencia de los rasgos llamativos de una enfermedad constituye una particularidad relacionada con el paciente. Pues bien, lo que es patognomónico es común, porque es común en aquella enfermedad, pero la falta de lo que es patognomónico caracteriza aquella enfermedad en particular en aquel paciente, y el remedio específico será el simillimum. Es preciso conocer las enfermedades, no por la patología ni por el diagnóstico físico, por importantes que sean estas ramas de la medicina, sino por los síntomas, el lenguaje de la naturaleza. (Kent, 1992, pág. 282)

#### **4.6.3. Las observaciones después de la primera prescripción.**

Después de haber dado el medicamento homeopático, se deben observar los cambios que se presentan en los síntomas del paciente: si agravan o mejoran, si es al inicio del tratamiento o días después, y su duración; si se presentan síntomas nuevos o antiguos; o si mejora el enfermo o los síntomas; y luego analizar el porqué de estos cambios para saber cómo continuar el caso. Si no se hacen estas reflexiones, terminaremos equivocándonos con el paciente.

Kent enseña doce observaciones después de la primera prescripción, pero fue Hahnemann realmente el primero que comentó gran parte de ellas, aunque con una

interpretación limitada, pues para él las agravaciones siempre se debían a la acción del medicamento homeopático (a excepción de la onceava observación), mientras para Kent, además, eran producto de la profundidad de la patología del enfermo. Hahnemann hizo referencia a la 2ª, 3ª, 5ª, 6ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª y 12ª observaciones de Kent. De cada una de ellas, a continuación se estudiará lo comentado por Kent y Hahnemann, y en el capítulo de resultados, las aportaciones de Sánchez Ortega al tema.

1. *Agravación progresiva hasta el aniquilamiento final del enfermo*: Esta observación hace referencia a que después de administrar el medicamento, el paciente agrava cada vez más hasta que muere. Se debe a que no se supo valorar que se trataba de un paciente *incurable*, con poca vitalidad y daños profundos e irreparables en sus órganos. Se intentó curar con el medicamento más semejante, ocasionando una reacción tan profunda que consumió sus energías. “En casos dudosos e incurables no dar más altas dosis que la 30 a la 200 potencia y observar si la agravación va haciéndose demasiado profunda o intensa, o demasiado prolongada” (Kent, 1992, pág. 315).

2. *Agravación persistente y después lenta mejoría*: Indica que el paciente presenta una enfermedad muy profunda, que hay *serios daños orgánicos* y que, gracias a la buena indicación del medicamento, sus lesiones poco a poco se han ido curando. La enfermedad es tan profunda, que si el paciente hubiera demorado un poco más en tomar el medicamento, la curación habría sido imposible. En estos casos, por espacio de muchos años, se pueden encontrar repetidas y prolongadas agravaciones (Kent, 1992, pág. 316). Hahnemann atribuye la agravación prolongada a una *dosis grande* del medicamento (grande respecto a lo poco diluida y dinamizada), así se haya dado en forma homeopáticamente apropiada (aunque no específicamente hace referencia a esta observación, pues no comenta la “lenta mejoría después”) (Hahnemann, 1999, págs. 146-147).

Si la agravación persistente se debe a una *dosis grande* del medicamento (con relación a lo poco diluida y dinamizada), Hahnemann recomienda detener su acción mediante la prescripción de un antídoto (mejor denominado “homeódoto”, como se comenta en la nota al pie de la página 39) o del remedio antipsórico que se ajuste lo más posible a los síntomas de esta vez. “Posteriormente, este mismo remedio antipsórico que había sido dañino sólo por su intensidad, puede ser dado una nueva vez, con el mayor éxito, sólo que en una dosis mucho más pequeña y en una dilución potenciada mucho más alta” (Hahnemann, 1999, pág. 147).

Concerniente a la *dosis*, es oportuno aclarar que Hahnemann tuvo dos periodos sobre el concepto de la esencia de los medicamentos. En el *primer periodo*, el medicamento era material, y su actividad estaba con relación a la cantidad de la sustancia misma, susceptible de provocar fenómenos tóxicos en proporción con una posología excesiva. Por eso le dio trascendencia a la cantidad de vehículo del medicamento, a no repetirlo hasta que agotara su actividad y, si era necesario, a usar una escala descendente, yendo de medicamentos más diluidos a los más concentrados. En el *segundo periodo*, Hahnemann tomó conciencia de la esencia energética de los medicamentos homeopáticos desarrollada por las diluciones y sucusiones, y descubre la posibilidad de una *nueva forma de agravación medicamentosa* relacionada con la *frecuencia de las sacudidas* dadas al frasco del medicamento, reduciéndolas de cien a dos, antes de recomendar su nueva escala, la cincuentamilesimal. Además, aconsejó, en este último periodo, la escala ascendente y repetir el medicamento bajo ciertas condiciones (Demarque, 1981, págs. 79-95).

3. *Agravación rápida, corta y fuerte, seguida de rápida mejoría*: Significa que el medicamento ha sido el semejante y que se ha dado una *respuesta curativa*, en un organismo con buena vitalidad y con lesiones no tan profundas. Puede deberse tanto al medicamento como a cambios estructurales. Para Hahnemann, la agravación inicial, en la cual estaría incluida esta observación, se debe al *medicamento*, que necesita ser ligeramente más fuerte que la enfermedad natural para sustituirla y desplazarla, y de ahí que se presente la intensificación de los

síntomas (Hahnemann, 2008, págs. 286-287). Para Kent se debe, además, a cambios estructurales en tejidos superficiales o no vitales; y señala: “De esta naturaleza es la agravación de los síntomas que se presentan a las primeras horas de haber tomado un remedio verdaderamente homeopático en las enfermedades agudas o durante los primeros días de un caso crónico” (Kent, 1992, pág. 317). Para la segunda prescripción, si se dio dosis única, se debe esperar o administrar placebo; y si se usó el método plus, disminuir la frecuencia de la dosis (Granja, 2010, pág. 209).

4. *Mejoría sin agravación*: Hace referencia a que se presenta la *curación* sin ninguna agravación. Se produce por dar el medicamento semejante con la potencia necesaria al caso, en un paciente con buena vitalidad y con una patología superficial, de tipo funcional, sin alteración de los tejidos (Kent, 1992, pág. 317).

5. *Mejoría corta y consecutivamente agravación*: El paciente mejora por unos días y después todos sus síntomas están peor que al inicio del tratamiento homeopático. Puede ser debida a:

- *Supresión*: Cuando se da un *medicamento incorrecto* que fue escogido por los síntomas más llamativos del enfermo sin tomar en cuenta su totalidad. Los síntomas mejoran mientras el medicamento actúa como supresor, pero acabado el efecto de éste, vuelve a recaer y con mayor intensidad (Kent, 1992, pág. 318). Esta intensificación de los síntomas se debe al desgaste de energía del enfermo y a lo que Hahnemann explica en la agravación enantiopática, porque el medicamento, aunque no es del todo contrario, actúa suprimiendo y hace que el principio vital reaccione en contra de esta energía supresora, sumándose su reacción a los síntomas originales de la enfermedad (Hahnemann, 2008, págs. 206-208). Hahnemann recomienda que al empezar a aparecer la agravación, “es el momento de recurrir al antídoto del medicamento, o si no se lo conoce, de sustituir esta sustancia por otro remedio homeopático que sea más apropiado al caso presente” (Hahnemann, 1999, pág. 158). Kent aconseja, en cambio, debido a que

frecuentemente los síntomas vuelven cambiados, a esperar, “a pesar de los serios sufrimientos del enfermo, para obtener la imagen de la enfermedad” (Kent, 1992, pág. 319).

- *Obstáculos a la curación:* Cuando se presenta la mejoría y luego la agravación y hay seguridad de haber dado el *medicamento semejante*, se debe observar antes que nada si el paciente no ha hecho algo que haya interrumpido la acción del medicamento, como puede ser el consumo de estimulantes o drogas, el exceso de trabajo o de sexo, o alguna emoción fuerte (Kent, 1992, pág. 319).

- *Estado de incurabilidad:* Si se ha dado el *medicamento semejante* y no hay obstáculos a la curación, entonces, se deduce que el paciente es incurable (Kent, 1992, pág. 318).

6. *Mejoría muy corta:* Los síntomas mejoran por poco tiempo y reaparecen, pero no agravando ni presentando alguna otra consecuencia. Se puede deber a:

- *Dosis insuficiente*, ya sea por potencia baja o por escasa frecuencia del medicamento. No se supo valorar correctamente la profundidad del padecimiento y se dio una dosis pequeña para el caso (Sánchez, 1992, pág. 489). Explica Kent que cuando la mejoría es demasiado corta en los casos agudos, existe un importante proceso inflamatorio y los órganos están amenazados por la rápida continuación del proceso; y en los casos crónicos, es porque existen alteraciones estructurales y los órganos están destruidos, o en vía de destrucción, o en una situación muy precaria (pero curables y con energía vital en buen estado) (Kent, 1992, pág. 321).

- *Obstáculos a la curación*, que interfieren en la acción del medicamento indicado, tanto en semejanza como en potencia. Esta intromisión en la curación puede deberse a la toma de un medicamento alopático, que a veces el paciente piensa que no tiene nada que ver con el tratamiento; o de orden emotivo como, por ejemplo, un enojo, una emoción inesperada, una pena, etc.; o de causa físico-

química, como puede ser un brusco enfriamiento, un alimento que intoxica; o factores dietéticos o de falta de higiene (Sánchez, 1992, págs. 489-490).

7. *Mejoría de los síntomas, pero no del enfermo:* Aquí los síntomas más prominentes que aquejaban al enfermo y que lo llevaron a consulta se atenuaron, pero su estado general sigue igual. Mejoraron, por ejemplo, los dolores, síntomas digestivos, respiratorios, etc., pero no vuelve al orden el apetito, el sueño, el estado de ánimo o el comportamiento equivocado. Para Kent se debe a un estado de *incurabilidad* por órganos que tienen lesiones irreparables o que fueron extraídos en cirugía. Los medicamentos homeopáticos actuarán favorablemente, pero sólo aliviando (Kent, 1992, págs. 321-322).

8. *Síntomas del medicamento por hipersensibilidad del paciente:* El medicamento bien indicado no produce de manera significativa síntomas nuevos al paciente, a excepción de los que son hipersensibles, que generalmente lo son, no sólo a los medicamentos, sino a todo lo que los rodea, a los olores, a los alimentos, a las emociones. Es verdad que el medicamento contiene muchos más síntomas que los que presenta el paciente, pero en éste solamente van a actuar los síntomas del medicamento que son semejantes a la enfermedad, quedando los otros inactivos y sin manifestarse, en una persona “normalmente” sensible. El medicamento impresiona todo el principio vital, pero se manifiesta principalmente en las partes del organismo más irritadas y excitadas por la enfermedad. Las otras partes del cuerpo más sanas no alcanzaran a responder a la acción del medicamento debido a las dosis tan pequeñas que se usan en homeopatía (Hahnemann, 2004, págs. 313-314).

Kent dice que generalmente “curaréis sus enfermedades agudas dándoles la 30 y la 200 potencia, y aliviaréis sus enfermedades crónicas dándoles la 30, la 200 y la 500 potencias. Muchos de ellos nacen y mueren con esta sensibilidad... son frecuentemente enfermos incurables” (Kent, 1992, págs. 322-323). Hahnemann recomienda, en los pacientes hipersensibles, tomar una cucharadita del medicamento previamente disuelto en agua y disolverlo nuevamente en un segundo

vaso que contenga de 7 a 8 cucharadas de agua, agitarlo fuertemente y dar una cucharadita o más por dosis. Si es necesario, se repetir este procedimiento en un tercer o cuarto vaso hasta que el medicamento sea apto al enfermo (Hahnemann, 2008, págs. 346-347).

9. *Acción benéfica de los medicamentos sobre los experimentadores:* “Los experimentadores sanos resultan siempre beneficiados por las experimentaciones o comprobaciones de medicamentos, siempre que éstas sean dirigidas convenientemente” (Kent, 1992, pág. 323).

10. *Aparición de síntomas nuevos:* Es la presencia de síntomas que el paciente nunca había tenido, que son nuevos para él, sin modificarse los síntomas generales o locales. Se pueden deber a:

- *Prescripción equivocada*, al dar un medicamento no semejante al caso. Hahnemann especifica que si los *síntomas nuevos son leves* y no manifiestan gravedad, indican que pertenecen exclusivamente al medicamento ingerido y no es motivo para interrumpir su acción, porque esos síntomas se van rápidamente sin afectar el proceso curativo; “pero cuando ellos tienen una intensidad gravosa, no se les debe tolerar: porque están indicando que el medicamento antipsórico no ha sido bien elegido homeopáticamente” (Hahnemann, 1999, pág. 146). Y complementando lo anterior, dice Kent: “Cuanto mayor es la intensidad de los nuevos síntomas que aparecen después de administrar un remedio, tanta más duda habrá respecto de la prescripción” (Kent, 1992, pág. 323).

Hahnemann recomienda actuar de la siguiente manera: Si los síntomas nuevos *son muy intensos*, se debe neutralizar primero parcialmente con un antídoto y luego dar el semejante al caso; si los síntomas nuevos *no son muy violentos*, el siguiente remedio, el semejante, debe darse inmediatamente; y si se trata de *un caso de urgencia*, se debe administrar un medicamento que incluya los síntomas

primitivos que persisten y los síntomas recientemente aparecidos (Hahnemann, 2004, págs. 387-389).

- *Repetición del medicamento sin modificar la dinamización.* Hahnemann insiste en varios párrafos del Organón que la condición principal para utilizar su nuevo método de dar los medicamentos es sucusionar la medicina disuelta en agua, antes de cada toma. Explica que esto se debe hacer porque la primera dosis del medicamento realiza todo el cambio que se espera de él en el principio vital y si se da nuevamente el mismo medicamento no modificado dinámicamente, éste ya no encontrará en las mismas condiciones a la fuerza vital, por lo tanto, no estará en completa semejanza, haciendo que el paciente empiece a manifestar otros síntomas del medicamento diferentes a los semejantes de la enfermedad (Hahnemann, 2004, págs. 382-384).

- *Hipersensibilidad del paciente.* Ver comentarios en la octava observación.

11. *Reaparición de síntomas antiguos:* Cuando el paciente refiere que afecciones antiguas están volviendo a presentarse y las últimas que tenía han mejorado, indica que el medicamento fue correcto tanto en semejanza como en potencia, que el paciente tiene una buena fuerza vital, y que se encuentra en un *proceso curativo*. La conducta a seguir es solamente de observar la evolución del paciente, sin modificar el tratamiento, y explicarle la importancia que estos hechos tienen en su curación para que no vaya a interferirla (Kent, 1992, pág. 324).

12. *Los síntomas toman una dirección equivocada:* Si al administrar el medicamento los síntomas toman una mala dirección, es decir, un sentido contrario a la "ley de curación", se está ocasionando una *supresión* de los síntomas que motivaron la consulta del paciente, haciendo que ahora se manifiesten en una parte más interna del organismo. Ante esta situación, se debe antidotar inmediatamente su efecto para evitar alteraciones estructurales en la nueva localización de la

enfermedad, entendiendo por “antídoto” el medicamento semejante a los nuevos síntomas (Kent, 1992, pág. 324).

La llamada “ley de curación o ley de Hering”, enseñada por el Dr. Constantine Hering (médico homeópata estadounidense, 1800 – 1880), describe que el movimiento de los síntomas en el proceso curativo toma tres direcciones: de arriba hacia abajo, de adentro hacia fuera y en orden inverso al de su aparición. La *primera observación* afirma que la mejoría va de las partes superiores del cuerpo hacia las inferiores; así, una persona con artritis en sus miembros, notará alivio en las extremidades superiores antes que en las inferiores. La *segunda* indica que la curación va de los órganos más importantes e internos a los menos vitales y externos. La misma naturaleza humana trata de cuidar los órganos más vitales como los pulmones, el corazón, el cerebro, y desplaza la enfermedad a los tejidos que no comprometen la vida, como son la piel y las articulaciones; de esta manera, un buen inicio de la curación sería, por ejemplo, que el paciente mejore su estado de ánimo y deseo de vivir y luego presente una erupción. La *tercera* hace referencia a que el enfermo empezará a curarse primero de los últimos síntomas que le aquejan y después de síntomas pasados, que irán apareciendo y curándose en el sentido contrario a su manifestación anterior, como se comentó en la decimoprimera observación (Ullman, 1990, págs. 43-44).

## 5. Metodología

### 5.1. Tipo de metodología

Se trata de una investigación de tipo cualitativo, *documental* y con revisión no sistemática de documentos escritos.

### 5.2. Localización de acervos documentales

Se realiza una revisión de la documentación existente en:

*Bases de datos:* PubMed, Google académico, ScienceDirect y Biblat.

*Artículos publicados en congresos o revistas no indexadas:* Conceptos Doctrinarios y Observaciones Clínicas en la Medicina Homeopática Introducidos o Desarrollados por el Maestro Proceso S. Ortega, de Alcover; Más sobre Miasmas, de Goldberger; y Miasmas Crónicos de Hahnemann, de Sánchez Ortega.

*Libros de filosofía homeopática:* Doctrina Homeopática o la Reforma de la Medicina, de Jaramillo; Lo Fundamental en Homeopatía, su Teoría y Práctica, de Marzetti; y La Homeopatía, Medicina del Siglo XXI, de Ullman.

*Libros escritos por Samuel Hahnemann:* El Organón de la Medicina, traducidos por varios autores como Pirra, Flores y Vijnovsky; y Las Enfermedades Crónicas, su Naturaleza Peculiar y su Curación Homeopática, traducido por Viqueira.

*Libros escritos por otros autores sobre miasmas y clínica homeopática:* Filosofía Homeopática, de Kent; Los Miasmas Crónicos. Psora y Pseudopsora, de

Allen; Enfermedades Crónicas, su causa y curación, de Ghatak; Los Principios y el Arte de la Curación por Medio de la Homeopatía, de Roberts.

*Libros escritos por Sánchez Ortega:* Apuntes sobre los Miasmas o Enfermedades Crónicas de Hahnemann; Introducción a la Medicina Homeopática, Teoría y Técnica; Traducción y Definición de los Síntomas Mentales del Repertorio de Barthel; Aplicación Práctica de la Clínica Integral Homeopática Considerando lo Miasmático, y Apuntes sobre Clínica Integral Hahnemanniana.

### **5.3. Selección, recolección y análisis documental**

Para el desarrollo del trabajo sobre la pregunta de investigación, se seleccionaron todos los libros y artículos escritos por Sánchez Ortega y, de estos, se analizó lo concerniente a la clínica miasmática, como la toma del caso, jerarquización, diagnósticos, clasificación de síntomas según lo miasmático y observaciones después de la primera prescripción, documentándose en un resumen claro del tema.

## **6. Resultados**

### **6.1. Descripción de la clínica homeopática según los conceptos de Sánchez Ortega**

#### **6.1.1. Consideraciones sobre la toma del caso.**

Para realizar una buena toma del caso, el médico desde su inicio debe lograr la empatía con el paciente. “La empatía es el acercamiento entre dos entidades diametralmente opuestas, por un procedimiento esencialmente intelectual y mínimamente afectivo” (Sánchez, 2000, pág. 12). De dos entidades opuestas en su intención, como lo son el paciente y el médico. El paciente: el sufriente, el que está sufriendo. El médico: aquel que representa la posibilidad de quitarle el sufrimiento, un algo en el cual se debe refugiar. Y ser esencialmente intelectual, empleando todo nuestro razonamiento y entendimiento; y mínimamente afectivo, para evitar que el sufrimiento del paciente nos obnubile y no nos deje ver con claridad (Sánchez, 2000, pág. 32). Por eso es difícil tratar a un familiar cercano, porque tenemos con él una unión esencialmente afectiva y lo intelectual lo reducimos al mínimo. Sin embargo, lo afectivo no se descarta porque es nuestro prójimo (Sánchez, 2000, pág. 2), “nuestro más obligado semejante al que tenemos que aproximarnos en la consideración, sintiéndolo como una prolongación nuestra o sintiéndonos como una prolongación de él” (Sánchez, 1983, pág. 229).

La empatía se logra con tres condiciones fundamentales. Primero, la disposición de nuestro ánimo, de todas nuestras energías intelectivas, sensitivas y volitivas; segundo, la atención, olvidándonos de todo, de nuestros intereses, problemas y aflicciones, y tratando de vivir la angustia del paciente, su patología; y tercero, la percepción, no solamente con los sentidos, sino con el entendimiento.

Percibir que hay detrás de lo que dice el paciente, de lo que oculta, su individualidad, y después hacer que lo confiese para que no quede como una suposición. Cuando el paciente ha hecho esta confesión, lo más importante del interrogatorio está realizado, porque se logró comprenderlo (Sánchez, 2000, págs. 31-37).

Para comprender al paciente y lograr la empatía, el médico, además, debe quitarse su máscara y ponerse una que al paciente le parezca grata, que la sienta similar a la suya (Sánchez, 2000, pág. 14). El médico debe tener tantas máscaras, tantas personalidades, como pacientes tenga, porque él debe adaptarse a cada uno de ellos. Si el médico adopta sólo una personalidad, obliga al paciente a que se adapte a él, y eso sería un terrible error (Sánchez, 2000, pág. 3).

Los síntomas del paciente se deben anotar tal y como los dice el paciente, y luego definirlos. Por eso, se recomienda dividir la hoja de la historia clínica en dos columnas, una mayor que la otra. En la mayor, la izquierda, anotar lo que dice el paciente de su padecimiento y, además, los antecedentes familiares, personales, todo el historial patológico del paciente o biopatografía, las sensaciones y los síntomas mentales, tal y como los describa; en la columna menor, la derecha, ir definiendo o traduciendo los síntomas del lenguaje del paciente al lenguaje de la materia médica y el repertorio, aclarándolos y no deformándolos (Sánchez, 2000, págs. 27-28).

La finalidad suprema del clínico es llegar a formar el cuadro sintomático (la toma del caso), que es la parte más importante y decisiva de la historia clínica para prescribir. Realizada, “podemos prácticamente prescindir del enfermo porque tenemos el material necesario; lo demás es cosa accesorio. Por ejemplo, la exploración física, los exámenes de laboratorio, tienen alguna importancia, pero en la mayor parte de los casos podemos prescindir de ellos” (Sánchez, 2000, págs. 27-28).

### 6.1.2. La jerarquización.

Después de la toma del caso se procede a su análisis, que consiste en la jerarquización y en los diagnósticos. La jerarquización es el proceso de seleccionar y ordenar los síntomas subjetivos y objetivos obtenidos, según su importancia o valor. Los pasos a seguir según Sánchez Ortega son (Ver cuadro 4):

1. Se dividen los síntomas en *característicos* y en *comunes*, tal como enseña el parágrafo 153 del Organón, tomándose en cuenta principal y únicamente los signos y síntomas del caso patológico, más notables, singulares, extraordinarios y peculiares (característicos), mientras los síntomas más comunes e indefinidos merecen poca atención si no pueden describirse con más exactitud (Hahnemann, 2004, pág. 312).

Cada síntoma característico se define como:

- *Notables o predominantes*: “Serán aquellos que corresponden a los sufrimientos más intensos o a las alteraciones que más impresionan al paciente, los fácilmente definibles ya sea por el paciente o por el médico. Ejemplo: Una fiebre que se presenta intensa y con convulsiones” (Sánchez, 1992, págs. 350-353).

- *Extraordinarios*: “Son aquellos que irrumpen en los sucesos cotidianos del paciente; que no son habituales; que son inusitados. Ejemplo: Una metrorragia que se presenta fuera de tiempo” (Sánchez, 1992, págs. 350-351).

- *Peculiares*: “Los que son especiales de ese caso, que lo identifican, son las modalidades” (Hahnemann, 2004, pág. 312). “Derivan de la forma especial de modular sus reacciones el individuo, dándole particularidades personales. Ejemplo: La agravación por hacer esfuerzos de memoria” (Sánchez, 1992, págs. 350-351).

- *Singulares, raros o extraños*: “Que difícilmente se encuentra otro igual, en un caso semejante” (Hahnemann, 2004, pág. 312). Son síntomas poco comunes, escasos o únicos. “Parecen extraños, raros, como ilógicos. Son coincidentes con los que derivan de la naturaleza específica del medicamento. Ejemplo: Que un paciente tenga la tendencia a olvidar todo excepto lo que sueña” (Sánchez, 1992, págs. 350-353).

Al hacer la lista de los síntomas se deben colocar, lo más exactamente posible, en el lenguaje del repertorio para su posterior repertorización.

2. Los síntomas característicos se clasifican en *mentales, generales y particulares*, siendo los de mayor valor los mentales y los de menor valor los particulares. Esto es válido siempre y cuando tengamos síntomas característicos en cada grupo, porque si hay un particular característico y un mental común, el síntoma más importante será el particular característico.

Dentro de los mentales, los de mayor valor son los síntomas del afecto (el yo siento), luego los síntomas de la voluntad (el yo hago) y por último los síntomas del intelecto (el yo pienso).

Ya hemos afirmado y está demostrado en los repertorios y la materia médica, que los síntomas mentales más importantes y que inciden en la patología del hombre son los de la afectividad, o sea, los del amor, en sus múltiples expresiones y en sus múltiples grados. Desde el desprecio a sí mismo, a la inconformidad a sí mismo por no saberse amar, hasta el ateísmo que es el negar el amor a quien se lo mostró. (Sánchez, 2003, pág. 220)

Cuando uno alcanza a comprender lo que es la afectividad, se da cuenta que la syphilis es el miasma más destructivo, precisamente porque ataca más la afectividad, mientras que a la voluntad la ataca más a la psora, así como la sycosis tiene mayor significado en lo intelectual... La sycosis precipita el intelecto, lo hace abandonar el razonamiento, lo acelera y entonces tiene menos consistencia, claro

que decimos preferentemente porque al afectarse una cosa, entonces se afecta por contra peso la otra. La psora es a la voluntad, porque vemos siempre que el psórico es el impotente, es el incapaz de hacer, lo reflexiona bastante pero lo pospone, le falta voluntad para realizarlo totalmente”. (Sánchez, 2000, págs. 22-23)

3. Los síntomas mentales, generales y particulares a su vez se dividen, cuando se trata de una enfermedad crónica (y dependiendo del caso), en *síntomas del hoy* y en *síntomas anteriores “del hoy”*. Los síntomas del hoy son los que está sufriendo el enfermo actualmente, su último momento existencial, que puede ser de días, de años o de toda la vida. Dice Sánchez Ortega:

Los síntomas que seleccionaremos para elegir el medicamento, deben tener la congruencia indispensable para que refleje la actualidad morbosa que constituye el episodio presente o momento existencial del paciente. Desde luego que tendrá relación inequívoca con el ayer y con todos los episodios anteriores de la vida del enfermo y de sus ancestros. Pero desde ahora señalamos que es temerario e inconveniente tratar de eliminar con un medicamento la totalidad de esa patología en sus diferentes etapas. Buscaremos el ahora, el hoy que está viviendo el enfermo. (Sánchez, 1992, pág. 174)

En todos los casos, los síntomas que tienen mayor antigüedad serán los menos tomados en cuenta, ya que perseguiremos siempre la realización de la “ley de curación”, de lo último a lo primero. Así, el miasma dominante en el “hoy” del paciente corresponderá necesariamente a la última capa de la patología, que es la primera que debemos eliminar, y los síntomas más antiguos corresponderán a las primeras etapas de la enfermedad. Estos síntomas viejos sólo se tomarán en cuenta si en el último periodo se han incrementado notablemente. (Sánchez, 1992, pág. 524)

4. Se indica a que enfermedad crónica miasmática pertenece cada síntoma clasificado. Para esto, Sánchez asigna un número y un color a cada miasma, y da las siguientes razones: El número 1 corresponde a la psora, por considerarse por el mismo Hahnemann como el miasma más antiguo y porque el trastorno inicial en la nutrición de la célula es en forma de carencia. El número 2 a la sycosis, por ser la

segunda anomalía que puede descubrirse y comprobarse en todo proceso patológico, especialmente en lo nutricional... Y el número 3 a la syphilis, que es la perversión nutritiva, o sea, la asimilación o el intento de asimilar lo que no corresponde a la naturaleza del ser que lo pretende (Sánchez, 1992, págs. 451-452).

Respecto a los colores, caracteriza la psora con el *azul*, la sycosis con el *amarillo* y la syphilis con el *rojo*, haciendo el siguiente análisis:

Una coincidencia también admirable con relación a los miasmas y a los conocimientos de orden general es la relativa a los colores. Los miasmas son tres: psora, sycosis y syphilis, y los colores básicos son también tres: el azul, el amarillo y el rojo. Y admirablemente también cada uno de estos colores básicos refleja con una adecuación incontrovertible las características del miasma. El azul como sabemos es un color frío, de templanza, de pasividad, mientras que el amarillo es brillante, ostentoso, alegre, y el rojo es cálido, pasional, con la destructividad del fuego... Cada humano lógicamente tendrá un tinte peculiar en concordancia con su peculiar mezcla miasmática. (Sánchez, 1983, págs. 66-67)

### **6.1.3. Los diagnósticos.**

Los diagnósticos son las conclusiones que se derivan del estudio y la comprensión integral del paciente, realizados después de haber jerarquizado los síntomas. Según Sánchez, deben elaborarse los siguientes tipos de diagnósticos: nosológico, individual, miasmático, integral y medicamentoso (Ver cuadro 5).

### **6.1.3.1. Diagnóstico nosológico o sindrómico.**

Es el diagnóstico de la enfermedad, tal como la denomina la escuela alopática. A pesar de que no es el que determina el tratamiento homeopático, nos sirve para:

1. Usar el lenguaje que exigen las instituciones (Sánchez, 1992, págs. 546-547).
2. Orientarnos en el uso de exámenes de laboratorio y de gabinete, en casos necesarios.
3. Las indicaciones de la higiene y la dieta, por ejemplo, dar los cuidados necesarios en las infecciones para disminuir los contagios, o en la dieta de diabéticos, hipertensos, etc.
4. El uso de medios o terapias complementarias como la cirugía (en caso de una apendicitis, aborto incompleto, etc.), fisioterapia, psicología, etc.
5. Conocer el grado de extensión y profundidad del desarrollo del desequilibrio vital en el plano material.
6. La *clasificación de la enfermedad* (traumatismo, indisposición, esporádica, epidémica, miasmática aguda, agudización, miasmática crónica, seudomiasma y enfermedad medicamentosa). El definir el tipo de enfermedad que está presentando el paciente nos orienta en el tratamiento a seguir.
7. Determinar cuáles son los síntomas *comunes* de la enfermedad y los *característicos* del enfermo.

### 6.1.3.2. *Diagnóstico individual.*

Es saber quién es el enfermo, definiendo:

1. Su *personalidad*, máscara o revestimiento, que ha elaborado por *necesidad* para convivir con sus semejantes, y que pide ser reparada cuando se deteriora; o que ha tenido que adoptar por *imposición social*, del medio familiar, del trabajo, etcétera, y que desea ser destruida o cambiada (Sánchez, 1992, pág. 547).

    Será como a semejanza del sacerdote que se ha dejado subyugar por una aparente vocación, alimentada por el misticismo de sus padres y que en los primeros años de su ejercicio lucha intensamente por mantener sus votos de obediencia y castidad y sucumbe ante la evidencia de su gran tendencia e impulso a la vida secolar y común y en la necesidad de renuncia absoluta a sus compromisos y votos sacerdotales. (Sánchez, 1992, pág. 548)

2. Su *individualidad*, lo más profundo de su ser, sus más íntimos anhelos (Sánchez, 1992, pág. 547).

    Del paciente necesitamos conocer cuatro cosas básicamente de su individualidad: dónde, cómo, cuándo y quién. ¿Dónde está sufriendo?, ¿Cómo está sufriendo?, ¿Desde cuándo está sufriendo? y ¿Quién está sufriendo? Este último es el más importante ¿A quién vamos a curar? (Sánchez, 2000, pág. 6)

3. Su “hoy” (reafirmandolo), y su “*síntoma rector*”, es decir, el síntoma característico que mejor lo defina o lo describa en su estado anómalo actual de existencia (Sánchez, 2000, pág. 18), que se deducen de la comprensión del paciente.

### 6.1.3.3. *Diagnóstico miasmático.*

Debe precisarse:

1. Lo miasmático del *hoy* (en lo mental, general y particular), especificando primero el *miasma predominante* y luego los sucesivos, si existen. El miasma predominante es la enfermedad crónica miasmática más activa que produce el mayor sufrimiento al paciente, no en cantidad de síntomas, sino en su importancia o jerarquía.

Observamos cual es el miasma predominante, primero, a través del síntoma rector y la importancia jerárquica del hoy del paciente; y segundo, por el cotejo (o comparación) de los síntomas característicos psóricos, sycosicos y syphílicos para ver que miasma es más numeroso, pero debemos recordar que esto tiene su importancia más que cuantitativamente, es *cualitativamente*, porque por ejemplo, puede haber más de 20 síntomas sycosicos, pero sin embargo, de estos síntomas solo 4 son generales y los demás son particulares; en cambio, pueden existir 8 síntomas psóricos, pero 4 ser mentales, 2 generales y 2 particulares; además, puede haber 15 síntomas syphílicos pero con un solo 1 mental, 1 general y los demás particulares; aquí la psora es la predominante a pesar de ser inferior en número, ya que los síntomas mentales y generales son de mayor importancia. (Sánchez, 2000, pág. 10).

2. La relación entre sí de los estados miasmáticos existentes en el hoy del paciente. Puede darse que esté o estén activos o manifestándose: un solo miasma (estado simple); dos o tres miasmas, cada uno manteniendo su individualidad (estado compuesto), o dos o tres miasmas en un mismo órgano o síntoma, mezclándose (estado complejo o de intrincamiento). Es importante determinar la relación de los estados miasmáticos crónicos para valorar el *pronóstico*, ya que entre más intensas, profundas y enmarañadas sean estas uniones o mezclas, más incurable es el paciente, y necesitará más tiempo para conseguir la curación (Ver comentario de Kent en la página 68).

Recordemos que el miasma o enfermedad crónica de Hahnemanniana, es sobre todo una condición anómala predisponente al sufrimiento, que llamamos enfermedad. No perdamos de vista que ese miasma o condición predisponente puede pasar inadvertido para el común de las gentes, incluso para el clínico superficial. Un individuo en tales condiciones, es decir, con un miasma latente, puede ir ante un clínico de la escuela antigua y éste encontrarlo sano... Sin embargo, el hombre puede sentirse extraño dentro de un malestar de ansiedad o de precipitación o de inconformidad que lo segregan de sus semejantes, que parece enemistarlo con lo que lo rodea... Esto es lo que constituye el miasma latente. (Sánchez, 1983, págs. 113-114)

El miasma si está muy aumentado o se complica con otro, vencerá fácilmente el dique que le opone la naturaleza y será patente la destrucción y el individuo irá hacia la muerte; médicamente, dentro de un *padecimiento degenerativo*. En toda diabetes establecida, el homeópata siempre puede detectar una psora-sycósis o una psora-syphilis, lo mismo que en una epilepsia o en una tuberculosis, en un artrismo o en una psicosis; como también puede constatar la presencia de la psora, de la syphilis y de la sycósis en todo cáncer en evolución y que esta evolución es en concordancia con el miasma más prevalente; un cáncer escirrico será producto de una psora-sycósis-syphilis, que aun con actividad letal son, por ese orden de predominancia (1-2-3), coproductores de la forma menos cruenta de esta temible forma de abatimiento de la vida humana. Una sycosis-psora-syphilis (2-1-3) dará un adenoma de evolución maligna más ostensible o una fibromatosis también maligna por sus ostentaciones hemorrágicas que motivarán siempre la multiplicación de sus afecciones. Un cáncer syphilítico-sycósico-psórico (3-2-1) estará representado por las formas sarcomatosas más profundas y destructivas, más violentas y terribles. Se infiere que hay tantas variedades de cáncer desde el punto de vista miasmático como variedades de constituciones con relación al aporte miasmático que presenta cada individuo, o sea, a lo que de psórico, sycósico o syphilítico tenga. (Sánchez, 1983, págs. 115-116)

#### **6.1.3.4. Diagnóstico integral.**

Es “aquella conclusión para la que utilizamos todos los datos obtenidos” (Sánchez, 1992, pág. 547), incluyendo:

1. La *herencia miasmática* del paciente (por medio de los antecedentes heredo familiares), para deducir de donde viene.

2. La *evolución de lo miasmático* durante su vida, en lo físico, mental y social (por medio de los antecedentes patológicos), describiéndose todos los sucesos que ha sufrido y, a su vez, analizando los cambios miasmáticos. El estudio de la herencia y de la evolución miasmática nos sirve para determinar cuáles serán los *miasmas sucesivos* en manifestarse durante el tratamiento homeopático correcto.

3. La *congruencia* o incongruencia del “ayer” con el “ahora” del paciente respecto a la sucesión de síntomas.

Observar que es digno de curar, buscando la congruencia del ayer con el hoy y de lo psicológico con lo orgánico propiamente dicho, para poder comenzar a formular un pronóstico y ver realmente qué es lo que debemos curar en el enfermo, si lo podemos curar, si vale la pena que lo curemos de eso, o tal vez sea mejor que no se modifique algo del paciente porque así le conviene a él, viéndolo desde el punto de vista integral, lo integral de lo superior como inferior, lo integral del ayer con el hoy, e incluso con el porvenir del enfermo. (Sánchez, 2000, pág. 11)

4. Los *obstáculos* a la curación.

Los obstáculos son múltiples y debemos investigarlos tan cuidadosamente como la investigación de los síntomas haya sido hecha por nosotros; porque cuántas veces esos factores ambientales o del medio o de orden de conducta son los que han producido el padecimiento y, por supuesto, también lo sostienen, y se convierten en obstáculos de curación... El médico debe saber obrar con toda cautela y con todo

acierto para descubrirlo y para destruirlo o separarlo, o para hacer que el enfermo mismo pueda eliminar estos obstáculos de curación. Hábitos alimenticios, tabaquismo, relaciones insanas, diversiones, deportes inadecuados o sedentarismo, trabajo excesivo, ritmos malos de existencia y muchos más. (Sánchez, 1992, pág. 263)

5. La *intención curativa* y la *posibilidad curativa*. La *intención curativa* es percibir lo que debiéramos modificar de la condición patológica y anormal que presenta el enfermo; y la *posibilidad curativa* es analizar si hay la suficiente vitalidad para la curación, y si esas lesiones permite la modificación hacia la salud. “Porque aun habiendo energía, si la patología es muy destructiva y ha producido toda una serie de lesiones o alteraciones irreversibles, si estimulamos todo ese potencial con lesiones muy grandes, vamos a precipitar la muerte” (Sánchez, 1992, pág. 480).

Por cuanto a la intención curativa recordemos tan solo la primera frase del párrafo tercero del Organón: “Cuando el médico percibe lo que hay digno de curar en el enfermo”. Esto señala con precisión que el médico debe ante todo, estimar las posibilidades que tiene de lograr la modificación conveniente de ese estado de existencia de su paciente, que constituye su enfermedad. ¿Va a pretender curar una lesión valvular del corazón en una persona de 70 años?, ¿o la completa curación de un niño idiota?, ¿o de una miastenia progresiva y avanzada?, ¿o pretenderá, en fin, que se resuelva médicamente un embarazo ectópico comprobado? Pero en todos estos casos y aun en otros que son eminentemente de incurabilidad o quirúrgicos, puede ayudar, puede paliar, e incluso puede tener una intención curativa con relación a las posibilidades, bien analizadas y estimadas de cada caso individual. (Sánchez, 1992, pág. 175)

Cuando somos jóvenes, cuando comenzamos a ejercer, nos hemos entusiasmado con las posibilidades de la Homeopatía y creemos que vamos a aliviar a todas las personas, que vamos a curar a todo el mundo, y nos lanzamos. Teniendo un cuadro completo, reconociendo los síntomas y el medicamento, creemos que ya tenemos todo hecho y le damos el remedio... y nos llevamos un disgusto porque el enfermo se muere o se agrava, y lo tienen que llevar al hospital y nos lo quitan... y

nosotros nos quedamos muy mal, con un resabio muy amargo, y decimos ¡bah! la homeopatía no sirve, no funcionó... y ¡no! la homeopatía si funcionó; pero el organismo no era capaz y no supimos verlo. (Sánchez, 1992, pág. 482)

Para valorar la posibilidad curativa nos servimos de la posibilidad orgánica estimativamente considerada. ¿A qué se refiere esto? “Estimativamente considerada” se refiere al arte y a la experiencia médica... La experiencia nos va dando el material suficiente para predecir. Siempre son los motivos peculiares, personales de cada caso, los que nos hacen deducir la posibilidad curativa. (Sánchez, 1992, pág. 482)

6. Si el paciente es incurable, qué tipo de incurabilidad presenta (Ver tema posterior).

#### **6.1.3.5. Diagnóstico medicamentoso.**

Realizados los anteriores diagnósticos, se está en condiciones de elegir el medicamento correcto y su potencia, siguiendo los siguientes pasos:

1. De los síntomas característicos del hoy previamente jerarquizados, se toman en cuenta solamente los síntomas del miasma predominante, que es el primero que debe tratarse, de acuerdo con Sánchez Ortega y con los médicos ya comentados en este trabajo: Hahnemann, Kent, Allen, Ghatak y Roberts.

2. De los síntomas del miasma predominante elegimos el “Síndrome Mínimo de Valor Máximo” propuesto por Paschero, o el llamado “Trípode” de Hering, que corresponde al menor número de síntomas que mejor definen la patología del paciente, incluyendo el síntoma o los síntomas “rectores” que recomienda Sánchez Ortega.

3. Se *repertorizan* los síntomas del síndrome mínimo de valor máximo. No obstante, puede necesitarse en algunos casos ampliar la repertorización con otros síntomas, tal como lo comenta Sánchez en el siguiente párrafo:

Con ellos puede terminar la repertorización, sin embargo, es necesario seguir con los principales síntomas particulares del mismo estado del paciente e incluso proseguir con los que correspondan a los del miasma que esté en segundo lugar. Así mismo los del último miasma, especialmente cuando con la selección de los síntomas correspondientes al miasma dominante, no estemos satisfechos del resultado que permita una comprobación en la Materia Médica por la correspondencia del medicamento a la patología del enfermo, globalmente considerado. (Sánchez, 1992, pág. 524)

4. Se *escoge el medicamento* entre los primeros obtenidos en la repertorización (generalmente entre los 10 iniciales), corroborándose con la *materia médica*. Explica Alcover:

Se ve la congruencia de los resultados de la repertorización y la relación de los medicamentos mayores y menores que consignan. El maestro Proceso hace la advertencia de la importancia de los medicamentos aparentemente menores resultantes en la repertorización como adecuados probablemente en los casos de agudizaciones del estado crónico y, por su correspondencia con la totalidad sintomática, menos próximos a suprimir y más próximos a hacer una curación parcial. (Alcover, 1985, pág. 14)

El medicamento y el paciente deben, de preferencia, asemejarse también en lo miasmático: “Sólo la similitud profunda integral del individuo como entidad patológica constitucional, esto es miasmática, con un remedio del mismo orden, produce la verdadera homeopatía” (Ver cuadro 8) (Sánchez, 1983, pág. 130).

Debe tenerse presente, según lo que se analizó en los diagnósticos, que no siempre es necesario dar medicamento ni tampoco siempre el semejante, sino un parasemejante, como es el caso en los estados de incurabilidad.

5. Se selecciona la *dosis y la potencia*.

#### 6.1.4. La selección de la potencia.

Después de hallar el medicamento conveniente al sufrimiento del paciente, se debe analizar a que potencia darlo para que actúe como su simillimum. Como dice Sánchez Ortega: “Si la dosis no es la indicada, todo lo anterior puede ser inútil” (Sánchez, 2003, pág. 225).

Las potencias las podemos dividir en *bajas, medias y altas*. “Se consideran bajas potencias la Tintura Madre (Q) hasta la 12 C.; las potencias medianas serían la 30 y la 200; dejando como altas potencias de 1M hacia arriba” (Gunavante, 2001, pág. 203). En la escala cincuentamilesimal (LM), las bajas son las menores de 0/6, las medias 0/6 y 0/12, y las altas de la 0/30 hacia arriba. Esta clasificación de las LM se deduce de la siguiente relación que hace Sánchez Ortega sobre las dos escalas:

Se ha podido establecer una relación aproximada entre la **0/6** y 200 a 1000 C.; **0/30** y la 1000 a 10M C.; **0/60** y la 10M y 25M C.; **0/90** y la 25M y 50M C.; **0/180** y la 50M y 100M C.; **0/360** y la 100M y 1MM C.; dependiendo siempre de la susceptibilidad del individuo. (Alcover, 1985, pág. 16)

En la selección de la potencia no existen reglas, porque depende de la individualidad de cada paciente. Solamente se encuentran indicaciones que orientan a la mejor opción, como las dadas a continuación (ver cuadro 6):

Cuando tenemos aún poca experiencia, iniciaremos la prescripción con una dosis mediana o débil con relación a los requerimientos que tomemos en cuenta del

paciente. Más vale pecar de menos y no demás, para evitar los efectos temibles que nos advierte Kent en sus tres primeras observaciones después de la primera prescripción. La dosis débil se puede repetir, o podemos elevarla si no obra u obra poco. En cambio, un exceso de dosis es más difícil de remediar. (Sánchez, 2003, pág. 230)

Será inadecuado el uso de potencias altas con intención de eliminar lo miasmático: En condiciones precarias del enfermo; ante la falta de seguridad en la completa similitud; buscando un efecto paliativo que cubra parcialmente el cuadro (en los diversos casos de incurabilidad), y ante la no correspondencia del predominio miasmático a los síntomas del medicamento elegido (si se reconoce). (Sánchez, 1983, pág. 237)

Cuando más intenso es el síntoma, más alta la potencia. Cuando más considerables sean las lesiones, menos alta la potencia. Cuando más álgido sea el padecimiento, más frecuente la administración del remedio. Cuando más crónico y lentas las reacciones, más el tiempo de espera de la acción del remedio. Cuando más profunda la patología, menos alta la potencia inicial; y cuando más crónica sean las perturbaciones, más alta debe ser la dosis. Pero estas reglas prácticamente se olvidan o se deben olvidar ante la idiosincrasia de cada enfermo, todo dependerá de la percepción. (Sánchez, 2003, pág. 226)

Esa idiosincrasia o manera especial de reaccionar de cada individuo, lo es para todas las cosas, “pero muy especialmente debemos percibirla en lo que se refiere a la forma de reaccionar a los medicamentos. Hay pacientes que informarán luego, que ellos son muy sensibles a tales o cuales fármacos, o bien, a los medicamentos homeopáticos” (Sánchez, 2003, pág. 226). También en su forma de ser, si es sensible a toda emoción, si se ofende fácilmente, si tiende a ser irascible o es pasional; “en fin, esa susceptibilidad del carácter nos servirá un tanto para elegir la dosis” (Sánchez, 2003, pág. 227).

Para determinar que escala de preparación del medicamento dar, ya sea centesimal o cincuentamilesimal (LM), son útiles las conclusiones que aporta

Sánchez Ortega después de muchos años de experiencia en la aplicación de la cincuentamilesimal, como:

1. Las cincuentamilésimales producen efectos más fugaces aunque igual de profundos que las centesimales, según equivalencias.
2. Esto permite hacerlas muy adecuadas en casos agudos o agudizaciones en los que las bajas no obren, bien precisamente por la posibilidad de repetirse, incluso frecuentemente, si el caso lo amerita.
3. La mayor sensibilidad de ciertos pacientes a estas potencias, que no responden a las centesimales o son demasiado sensibles a su acción. (Alcover, 1985, págs. 16-17)

#### **6.1.5. La incurabilidad.**

Como se comentó en el diagnóstico integral, es necesario valorar la posibilidad curativa, si el paciente es curable o no, para determinar si el tratamiento se da con intención curativa o solamente paliativa, evitando agravar o acelerar el final del paciente y, en otros casos, corregir obstáculos para procurar la curación.

El concepto de incurabilidad difiere según la tendencia médica. En *alopatía* es la incapacidad de curar una entidad nosológica específica (diabetes, hipertensión, cáncer, etc.). En *homeopatía* es la imposibilidad de volver al enfermo a su equilibrio psicofísicosocial. Se pueden presentar los siguientes tipos de incurabilidad (Ver cuadro 9) (Sánchez, 1992, págs. 603-606):

*Según el daño orgánico:*

1. Parcial o relativa.
2. Total o completa.

3. Absoluta o a corto plazo.

*Según factores externos o emotivos:*

4. Temporal (por medicamentos alopáticos).
5. Persistente o a largo plazo (por vivencias patológicas).
6. Definitiva (por falta de voluntad).

#### **6.1.5.1. Parcial o relativa.**

“Es aquella que concierne a una parte del sujeto, por ejemplo, un miembro anquilosado (paralizado), o un órgano interno que ya no tiene la posibilidad de funcionar en la integridad del ser, en forma normal” (Sánchez, 1992, pág. 603). También puede deberse a la amputación de un órgano o una parte del cuerpo. Algunas veces la homeopatía logra restituir órganos en mal estado, por lo que se debe valorar bien la posibilidad de curación del enfermo para no terminar amputando sin necesidad (Sánchez, 2000, pág. 15).

Tratamiento: “Debemos esperar, fundamentalmente a través de un placebo y realizando una observación cuidadosa, para intervenir tan pronto sea adecuado” (Sánchez, 1992, pág. 605).

La incurabilidad parcial está presente en las siguientes observaciones después de la primera prescripción: mejoría de los síntomas, pero no del enfermo (7<sup>a</sup> de Kent); y en la mejoría corta, que se repite al tomar el medicamento (13<sup>a</sup> de Sánchez Ortega).

### **6.1.5.2. Total o completa.**

“Es cuando está afectada la totalidad del organismo, la totalidad del ser. Afecta a lo general, a un sistema o a un aparato, en donde ya ha habido lesiones irreversibles, atrofas, estados degenerativos, etc.”... o en lo mental (trastornos psíquicos profundos e irreversibles), pero que permiten al enfermo vivir, ya sea a largo o a corto plazo (Sánchez, 1992, pág. 603). Para su tratamiento:

Debemos más que nada, observar el momento oportuno de intervenir, y tratar de comenzar el tratamiento con lo más superficial, en el sentido miasmático, como siempre debe hacerse, con la seguridad de que vamos a quitar una pequeña capa, sin provocar grandes reacciones (este es el mayor cuidado que se debe tener)... como lo haría un medicamento de acción profunda, malgastando innecesariamente la fuerza vital. (Sánchez, 1992, págs. 605-606)

La incurabilidad total está presente en las observaciones: mejoría corta y consecutivamente agravación (5ª de Kent), agravación prolongada y después corta mejoría (17ª de Sánchez Ortega), mejoría corta seguida de agravación de síntomas concomitantes (14ª de Sánchez Ortega), y en la mejoría prolongada y después agravación (16ª de Sánchez Ortega). Por supuesto, se debe analizar primero que se está frente a un estado de incurabilidad antes de dar el medicamento, para evitar estas reacciones que debilitarían más al paciente.

### **6.1.5.3. Absoluta o a corto plazo.**

Es cuando el organismo se deteriora de manera muy evidente sin posibilidad de detener ese proceso. No hay ninguna posibilidad curativa, con lesiones destructivas y una fuerza vital con reacción nula, sin poderla estimular de alguna forma (Sánchez, 1992, pág. 603).

Tratamiento: “Solo debemos paliar<sup>4</sup> (este es el único caso en que se debe siempre paliar). La paliación debe ser con medicamentos de acción superficial y de baja potencia, casi siempre, ayudando a bien morir a nuestro paciente” (Sánchez, 1992, pág. 606). Si es muy importante y trascendente ayudar a una persona a bien vivir, también es muy importante y trascendente ayudar a un enfermo incurable a bien morir. El medicamento homeopático lo va a predisponer a la terminación del cuerpo y a la liberación del espíritu (Sánchez, 2000, pág. 14).

Son los pacientes que presentan la primera observación de Kent: agravación progresiva hasta la muerte.

#### **6.1.5.4. Temporal.**

“Es cuando se considera, en ese momento existencial, ligado a alguna circunstancia u obstáculo que le imposibilita la curación” (Alcover, 1985, pág. 16). “Algunas veces se debe al medio ambiente que le es adverso a la persona” (Sánchez, 2000, pág. 16); otras, por efectos de drogas, como los tratamientos alopáticos, que imposibilitan establecer un tratamiento curativo debido a que: primero, se está suprimiendo una respuesta defensiva del cuerpo; segundo, no se puede ver la verdadera enfermedad y, por lo tanto, no se puede tratar; y tercero, se está creando o manteniendo una enfermedad medicamentosa (Sánchez, 1992, págs. 603-604).

Tratamiento: “Es conveniente dar inicialmente un placebo, para que el paciente elimine esas sustancias” (Sánchez, 1992, pág. 604). Sólo se podrá actuar homeopáticamente sobre los pocos síntomas observables de la verdadera

---

<sup>4</sup> La paliación es un procedimiento y determinación terapéutica que el médico hace cuando considera que no es posible la curación y que procede a aliviar, atenuar exclusivamente o disminuir los sufrimientos del paciente. Estará indicada, primero, cuando la patología sea verdaderamente tan profunda e irreversible que no permita suponer que la naturaleza pueda restablecer la salud; segundo, cuando la vitalidad es muy débil frente a una gran patología; y tercero, lo predominante del estado morbo, que urge atenuar o suprimir los síntomas que están produciendo el mayor sufrimiento del paciente (Sánchez, 1992, págs. 599-600).

enfermedad que escapen de la supresión. Evidentemente se tendrá un efecto parcial, paliativo, que no permite curar realmente al enfermo (Sánchez, 1992, pág. 494).

Además, se debe conocer el medicamento alopático en lo que se refiere a su forma de acción, su tiempo de acción, etc... También observar la biopatografía, es decir, los diferentes estadios que ha vivido el enfermo. Como fue el padecimiento inicialmente, como es el presente del mismo, cuáles han sido los cambios; para que nosotros sepamos dilucidar el momento en que esa incurabilidad termine o esté por terminar y, entonces, intervenir procurando la curación. (Sánchez, 1992, págs. 604-606)

#### **6.1.5.5. Persistente o a largo plazo.**

Se presenta por *acontecimientos importantes* que vive el individuo, que desvían su vitalidad, sus funciones orgánicas del cauce que le corresponden, ya de manera total o parcial. Cuando no nos desvía totalmente, a veces en forma imperceptible nos podemos habituar a ese camino y, aferrándonos a él, transformar nuestra “forma de ser”, de pensar, de querer, de reaccionar, de trabajar, etc., como en el caso de los hábitos destructivos (tabaquismo, alcoholismo, etc.). “Cuando no se logra que estos pacientes concienticen sus cualidades defectivas, de cómo se han aferrado a una patología especialmente psíquica, y no se dan cuenta en donde han desviado su vida, caemos en la llamada incurabilidad persistente” (Sánchez, 1992, págs. 604-605).

No se puede pretender alcanzar resultados sólo con los medicamentos homeopáticos. Si el paciente está sufriendo continuas penas que no puede o no quiere resolver, se hace incurable. “¿Cómo puede curarse una señora que es infeliz tanto moral como sexualmente con su marido y que, además, la engaña continuamente? Si ella no está dispuesta a cambiar de vida y dejarlo para no perder su estatus económico y social que sólo tendrá con él” (Sánchez, 2000, pág. 16). Esto

también lo menciona Hahnemann en uno de los párrafos de su libro “Enfermedades Crónicas”, que dice:

La situación del enfermo no tiene remedio, si él no tiene bastante filosofía, religión, o dominio sobre sí mismo como para soportar con paciencia y tranquilidad los padecimientos y la fatalidad, entonces... es mejor abstenerse de tratar la enfermedad crónica y abandonar al enfermo a su suerte, porque, aun el tratamiento mejor dirigido, con los remedios más selectos y más apropiados a los padecimientos físicos, no puede arreglar absolutamente nada en un enfermo crónico presa de pesares y disgustos continuos, en una economía vital que es destruida por permanentes ataques al ánimo. (Hahnemann, 1999, pág. 140)

Tratamiento: Buscar que el paciente rectifique su manera de pensar y su conducta, por medio de una psicoterapia adecuada, para que tome conciencia de su conflicto y encuentre las soluciones; y del medicamento homeopático indicado hacia el miasma actuante (Sánchez, 1992, pág. 606).

#### **6.1.5.6. Definitiva.**

Es cuando el paciente no se quiere curar. Tiene la idea de dirigirse a la destrucción y a la negación de la vida. El deterioro se encuentra más en la intimidad del ser, en su *voluntad*. Es posible que el individuo no muera pronto, pero ese ser humano ya no vive ni está integrado a ese movimiento continuo de expansión... se encuentra muerto en vida, con lesiones ostensibles o sin ellas.

Esta forma abarca la totalidad del ser pero de arriba a abajo, de lo psíquico, intelectual, anímico y volitivo hacia lo orgánico. Como en la esclerosis múltiple, en la que muchos casos es el resultado de que en la mente no hay ya el incentivo de la evolución y de la vida, ya no hay la esperanza. También se puede dar en la drogadicción y en muchos otros problemas, tales como en una ataxia, una siringomielia, una neoplasia cerebral, etc. (Sánchez, 1992, pág. 605).

Tratamiento: “Quedará poco por hacer... Atenuando lo miasmático como vayan surgiendo en manifestaciones, es posible que el individuo tenga todas las posibilidades de ir curándose” (Sánchez, 1992, pág. 606).

#### **6.1.6. Observaciones después de la primera prescripción.**

En el marco teórico se ha hecho referencia a las 12 observaciones dadas por Kent, agregando los comentarios de Hahnemann al respecto. A continuación se comentará las aportaciones de Sánchez Ortega a cada observación, incluyendo, además, las cinco observaciones que él aporta (Ver cuadro 10).

##### ***6.1.6.1. Agravación progresiva hasta el aniquilamiento final del enfermo.***

Existe en estos casos una mezcla miasmática: “Generalmente se trata de un miasma psórico muy establecido que no mostraba lesiones ostensibles, pero que sí ha extenuado al paciente gradual y profundamente; más aún, ha actuado también la condición syphilítica con su destructividad característica” (Sánchez, 2003, pág. 259). Y desde luego también la sycosis. Esta última es la que frecuentemente nos hace apresurarnos en la prescripción. La sycosis del enfermo estimula la posible sycosis nuestra, y nos hace precipitarnos indebidamente” (Sánchez, 1992, pág. 486).

De estos fracasos se debe aprender para no volver a caer en el error. Recordar siempre que al prescribir hay que pensar en la posibilidad curativa, lo que se puede lograr en el paciente, ya sea la curación o solamente un alivio de sus síntomas, siendo esto último lo correcto a hacer inicialmente en ésta clase de enfermos (Sánchez, 1992, pág. 485).

“El médico debe conformarse con paliar o aliviar solamente, mientras se recupera algo más de vitalidad que permita el intento de la cura de esa reestructuración” (Sánchez, 2003, pág. 259).

#### **6.1.6.2. Agravación persistente y después lenta mejoría.**

Esta agravación persistente se debe a que el paciente presenta una enfermedad muy profunda, con importantes daños orgánicos, según Kent; o que se dio una dosis grande del medicamento, según Hahnemann; y Sánchez Ortega agrega que en los casos crónicos puede deberse también a un exceso en la potencia del medicamento (Sánchez, 1992, pág. 490).

Respecto a lo miasmático, el enfermo mostrará generalmente un fondo psórico notable y sobrepuestos uno de los otros dos miasmas, ya el sycósico o ya el syphilítico. Cuando es este último el que predomina sobrepuesto a la psora, la agravación será fuerte, presentándose delirios, lamentos, desesperación y eliminaciones que indican destrucción como supuraciones y hemorragias, aunque al mismo tiempo se tendrá que observar los destellos de la curación, en lo mental y en lo físico. Si el predominio del miasma que sobresale de la psora es el de la sycosis, la agravación será más aparente, con más quejumbre, pero menos grave (Sánchez, 2003, pág. 281).

Cuando hay la confluencia de los tres miasmas en actividad, es cuando necesitaremos más que nada saber esperar con inteligencia y cuidarnos mucho de no interrumpir la evolución salvadora de la acción remediable de nuestro medicamento, y atender a veces reacciones indispensables que el organismo realiza para eliminar lo patológico. (Sánchez, 2003, pág. 281)

Es así que la conducta en este tipo de agravación (cuando no es debida a grandes dosis) es esperar a que la naturaleza haga su trabajo, no interferir ni permitir que el paciente lo haga, explicándole lo benéfico de la reacción. Durante la espera,

se puede estar tranquilo si se observa, aunque sea muy ligeramente, que los síntomas generales y mentales del paciente empiezan a mejorar, no obstante sus síntomas particulares estén iguales o intensificados. (Sánchez, 1992, pág. 499).

#### **6.1.6.3. Agravación rápida, corta y fuerte, seguida de rápida mejoría.**

Para Sánchez Ortega esta observación se debe a la similitud del medicamento, pero con una dosis (con relación a la potencia) un tanto exagerada; la brevedad de la agravación, a una activa y efectiva fuerza vital; y su intensidad, a la necesidad de modificar cambios profundos, corregir lesiones considerables en el sentido destructivo, o alteraciones funcionales graves (Sánchez, 1992, pág. 491). Por eso afirma:

Desde el punto de vista miasmático significa que la condición diatésica o patológica constitucional era considerable, no tanto como lo encontramos en la 2ª observación, que había ya alteraciones estructurales establecidas; pero sí, que la vida tomaba ya una dirección equivocada... Es frecuente que sea una condición sycósica o syphilítica la prevalente en esos casos por la violencia que caracteriza a estas reacciones... Lo miasmático, posiblemente atenuado con el tratamiento, vuelve a quedar en latencia. (Sánchez, 1992, págs. 491-499)

#### **6.1.6.4. Mejoría sin agravación.**

La significación miasmática de este resultado es que: o el miasma no era muy profundo, o la actividad del miasma fue muy relativa y sigue latente en la mayor parte. Se debe reconocer que es lo que queda allí de ese miasma; también si realmente se trató de una enfermedad crónica miasmática o fue simplemente un padecimiento de los llamados por Hahnemann apsóricos, y si fue una cura permanente o sólo una falsa curación o alivio (Sánchez, 1992, pág. 491).

También en estos casos, no debemos interferir (si estamos usando la dosis única). Debemos confiar en la naturaleza y sólo agregar a nuestro enfermo los consejos higiénicos tanto de orden dietético como de hábitos y de conducta, que son indispensables para conseguir y conservar la salud... Esto hay que hacerle entender al enfermo, o de otra manera volverá al camino del sufrimiento. (Sánchez, 1992, pág. 499)

#### **6.1.6.5. *Mejoría corta y consecutivamente agravación.***

Cuando se trata de un *estado de incurabilidad*, la mejoría viene porque el medicamento estimula correctamente el organismo, pero este, debido a la profundidad de la patología, no logra llegar a la curación y en su intento desgasta aún más sus energías, produciéndose la subsiguiente agravación (Sánchez, 1992, pág. 488). Respecto a lo miasmático, la condición es tan grande que hace suponer la unión activa de dos o de los tres miasmas, “que han progresado en su acción desorganizadora, dejando incapaz al organismo para aprovechar la acción medicamentosa” (Sánchez, 2003, pág. 273).

En el momento de la agravación, debemos en primer lugar esperar, hasta donde sea posible, que pase el efecto de la droga. Si esta reacción se prolonga, intervengamos entonces con un medicamento de acción superficial, tratando de paliar. La conducta subsiguiente es en el sentido de respetar esa incurabilidad... no dando el medicamento semejante, sino uno de los menos semejantes; actuar en lo superficial, con los medicamentos parcialmente indicados pero más semejantes al conjunto... Esta incurabilidad puede no ser tan absoluta y permitir la esperanza de que después de algún tiempo, casi siempre prolongado, podamos insistir en el *simillimum*<sup>5</sup>. (Sánchez, 1992, págs. 497-498)

---

<sup>5</sup> El *simillimum* es el medicamento más semejante a un caso dado, en cuanto a los síntomas, la patología del enfermo, la dosis, la vitalidad del sujeto y la intención curativa (Sánchez, 1992, pág. 173).

Si hay mezclas o intrincamiento de miasmas en actividad, ver hasta donde es posible procurar el deshacer esa mezcla, seleccionando cuidadosamente los síntomas en que debemos basar la prescripción más urgente, y desde luego no pretender un proceso verdaderamente curativo en el sentido correcto del vocablo. (Sánchez, 2003, pág. 274)

#### **6.1.6.6. Mejoría muy corta.**

La mejoría muy corta por *dosis insuficiente* se debe a que “el miasma predominante no lo es solo en el sentido de la extensión, o sea, de sus localizaciones y grado de la patología que esté estimulando, sino también de la profundidad, en la inhibición o perturbación de la fuerza vital” (Sánchez, 2003, pág. 279).

Si los síntomas vuelven sin cambios, lo más conveniente es repetir la dosis con una frecuencia de tiempo menor de lo que duró la mejoría, hasta obtener un alivio total. Pero si la repetición se prolonga, será necesario elevar un tanto la potencia, en una dosis de una toma o dos más (Sánchez, 2003, pág. 278).

Tratándose de potencias LM y según las indicaciones del maestro y con experiencia de su uso por más de 30 años, las tomas del remedio no solo pueden, sino deben repetirse en los casos agudos y también en los crónicos. Es necesario hasta diariamente y aun varias veces al día. Siempre observando cuidadosamente, deduciendo y atendiendo la necesidad orgánica de cada caso en particular y nunca rutinariamente. Este proceder es necesario con frecuencia, pero no obligatorio... porque aun con estas potencias cincuentamilésimas hemos obtenido muchas veces curaciones completas con una sola dosis. (Sánchez, 1992, pág. 498)

Si la mejoría muy corta es consecuencia de un *obstáculo a la curación* por parte del paciente y él no sigue las indicaciones del médico para evitarlo, se analiza si el mismo remedio puede sacarlo de esa obstinación o requiere de otro que sea

complementario al anterior, y presente también la práctica perseverante del mal hábito, ya sea de drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, vida licenciosa e incluso del excesivo trabajo (Sánchez, 2003, págs. 279-280).

#### **6.1.6.7. Mejoría de los síntomas, pero no del enfermo.**

Cuando ésta respuesta se da por incurabilidad debida a lesiones irreparables de órganos o que han sido extraídos en cirugía, se debe prescribir para lo que resta del organismo, buscando el mayor equilibrio posible.

Sánchez Ortega hace mención a la respuesta que desencadena la falta de un órgano en la observación trece, y en ésta refiere que se puede deber, primero, a que equivocadamente se realizó una *paliación*, al dar un medicamento superficial y no el profundo, el que abarcara el verdadero conflicto del paciente.

El médico se ha dejado ilusionar por la relación que hace el enfermo, pero no ha sabido penetrar en lo que guarda celosa o subconscientemente. El verdadero conflicto no ha sido percibido... Por eso su "Yo" interno sigue perturbado, en su mismo sitio, en su misma posición defectuosa... Lo profundo no se ha movido y lo que debemos hacer es rectificar la toma del caso y proceder a una nueva búsqueda de los síntomas, al reconocimiento de lo miasmático... del miasma verdaderamente predominante. (Sánchez, 1992, págs. 488-498)

Y segundo, a la persistencia de los *miasmas en latencia*: "Los síntomas característicos en el "hoy" del paciente se producen sobre una condición miasmática de latencia muy establecida... El último cuadro sintomático indica el remedio que se administra, pero el paciente queda con su antigua condición de mediocridad funcional" (Sánchez, 1992, pág. 489). El procedimiento a seguir es dirigir el tratamiento hacia el miasma de fondo que predomine.

#### **6.1.6.8. Síntomas del medicamento por hipersensibilidad del paciente.**

El paciente hipersensible es para el médico homeópata de gran utilidad, porque puede producir del medicamento administrado síntomas que no le conocíamos o síntomas que reafirman los consignados en las patogenesias. Su reacción muchas veces se obtiene sin antes haberse podido prever, pero también se puede hacer con intención, evidentemente con el consentimiento y la buena voluntad del paciente. “Desde el punto de vista miasmático, es muy probable que tenga una diátesis, aun cuando sea latente leve o profundamente arraigada, de tipo sycósico, dada la ostentación con que se producen sus reacciones” (Sánchez, 1992, pág. 493).

En el tratamiento de estos pacientes, se debe “ser muy cuidadoso en la potencia y tratar de evitar la repetición de la dosis” (Sánchez, 1992, pág. 500).

#### **6.1.6.9. Acción benéfica de los medicamentos sobre los experimentadores.**

Sánchez Ortega comenta que la experimentación homeopática en una persona relativamente sana estimula la fuerza vital, ocasionando una especie de mejoría general, que hace más ostensible el ánimo y estimula todas sus aptitudes; con poca probabilidad que deje secuelas y, “si esto pudiera haber sucedido cuando se ministraba la droga en forma cruda o en tintura madre, no sucede en la actualidad, en que sólo se utilizan diluciones casi siempre arriba de la tercera decimal” (Sánchez, 1992, pág. 493).

Desde el punto de vista miasmático, se debe a que “los miasmas subyacentes, aun estando en latencia, se estimulan con el medicamento adecuado al enfermo, que al manifestarse, se atenúan también en beneficio del paciente” (Sánchez, 2003, pág. 290).

#### **6.1.6.10. Aparición de síntomas nuevos.**

Por ser esta observación causada generalmente por un medicamento equivocado y no por la enfermedad del paciente, Sánchez Ortega no hace ningún comentario personal al respecto; sólo resume lo dicho por Hahnemann:

“En este caso debemos reconocer que nos hemos equivocado, que el remedio no es homeopático, por lo tanto, no es el conveniente y debemos procurar antidotizarlo para evitar su acción nociva, o bien, cuando menos, cambiar al remedio que verdaderamente sea el indicado de acuerdo con la ley de los semejantes”. (Sánchez, 1992, págs. 383-384)

#### **6.1.6.11. Reparición de síntomas antiguos.**

Esta respuesta del paciente al medicamento homeopático indica que en él habían avanzado de manera importante las enfermedades crónicas miasmáticas, a través de los años y muy probablemente desde el nacimiento. En cada episodio de síntomas antiguos, reaparecen los síntomas que adquirió en las sucesivas etapas de su vida equivocada, eliminando uno a uno todos los lastres que había acumulado. “Pero en el retorno los encontraremos en sucesión inversa; los últimos serán los primeros que encontraremos, los primeros serán los últimos. Esto constituye la famosa ley de Hering: los síntomas desaparecen en el orden inverso al de su aparición” (Sánchez, 1992, pág. 492).

Indica, además, que “el miasma más actuante en el hoy del paciente se está atenuando y da lugar a que se manifieste el miasma subyacente... Al atenuarse un miasma aparecerá el que estaba en latencia, y estos episodios pueden repetirse varias veces según la cronicidad de las afecciones, la posibilidad reaccional del

paciente, y las mezclas miasmáticas, que requerirán de un proceso de reparación laborioso” (Sánchez, 2003, págs. 288-289).

El resultado será loable si al mismo tiempo que reaparecen síntomas antiguos, desaparecen los últimos síntomas y el enfermo va sintiéndose mejor, o bien, aunque no desaparezcan los últimos síntomas, cuando menos tienden a mejorarse... El pronóstico será tan halagüeño como se perciba el mejoramiento en lo general de nuestro paciente. Sobre todo debemos confiarnos en que la vitalidad es suficiente, aunque la reestructuración tenga que ser lenta y laboriosa. (Sánchez, 2003, pág. 288)

El reaparecer de antiguas dolencias confirma que la enfermedad es una; que lo último que apareció en el enfermo y que fue motivo de queja fue el último episodio de esa enfermedad, habiendo dejado atrás otros grupos de síntomas, otras “enfermedades” según el concepto vulgar de la medicina antigua... En verdad esas otras enfermedades son tan sólo otros episodios de la enfermedad fundamental o del miasma... Se comprueba la veracidad de la doctrina de los miasmas que pone en evidencia en esta forma el camino recorrido por la enfermedad, que es ahora “desandado” por la curación en el sentido inverso. (Sánchez, 1992, pág. 500)

No será necesario ningún medicamento, excepto cuando las dolencias de aquel viejo episodio que está reproduciéndose fueran muy persistentes y no hubiera evidencia de que está evolucionando, o bien, que la concomitancia de otros síntomas fuera insoportable o verdaderamente hiciera peligrar la vida del paciente. (Sánchez, 1992, pág. 500)

#### **6.1.6.12. Los síntomas toman una dirección equivocada.**

Generalmente esto sucede cuando se prescribe para algunos síntomas locales de la enfermedad sin considerar la totalidad, omitiendo los síntomas mentales y generales, y lo miasmático (Sánchez, 1992, pág. 487). Para evitar este error, se debe prescribir teniendo en cuenta la “totalidad sintomática”, comprendiendo por ella

no todos los síntomas del paciente, sino la totalidad de los síntomas característicos del miasma predominante. De esta forma, atendiendo el miasma predominante o la última capa miasmática, que es el actual momento existencial del paciente, se iniciará el camino correcto hacia la curación (Sánchez, 2003, pág. 272).

#### **6.1.6.13. *Mejoría corta, que se repite al tomar el medicamento.***

Al dar el medicamento semejante, el paciente mejora de los síntomas que más acusaba, pero en días sucesivos se reinicia el mismo cuadro. Se repite el medicamento un poco más dinamizado y se observa el mismo resultado, mejoría por un tiempo que puede llegar hasta casi una aparente salud completa, pero vuelven los síntomas y el consecutivo desánimo. Se eleva la potencia y ya no hay mejoría, aunque el medicamento parece bien indicado (Sánchez, 1992, pág. 494).

Se trata de un caso de *incurabilidad parcial o relativa*, “generalmente porque hay una mutilación considerable (ablación de un seno, de la matriz, de un riñón, etc.), que impide la agudización miasmática que tenía que realizarse precisamente en esos órganos destinados a las localizaciones patológicas y extirpados “profilácticamente” por el cirujano (Sánchez, 1992, pág. 494).

“Hay que mantener la indicación del remedio, que generalmente corresponde a medicamentos de acción no muy profunda, y vigilar y acentuar la higiene en todos los sentidos para procurar hacer más efectiva su acción” (Sánchez, 1992, pág. 501).

#### **6.1.6.14. *Mejoría corta seguida de agravación de síntomas concomitantes, que se repite al tomar el medicamento indicado.***

Al darse el medicamento semejante al grupo sintomático que aparenta una totalidad, el paciente mejora relativamente, pero por corto tiempo; luego, los

síntomas concomitantes o accesorios se intensifican y pronto señalan otro medicamento que, aunque bien indicado, produce el mismo efecto, repitiéndose este hecho varias veces. “En los casos agudos esto es muy notable. En los crónicos, lógicamente se mantienen más los síntomas concomitantes” (Sánchez, 1992, pág. 495).

En los casos agudos, y sobre todo en los niños con cargas miasmáticas muy considerables, los síntomas se presentan, por ejemplo y con frecuencia, en los órganos del aparato respiratorio, desde luego con síntomas mentales y generales, que dan lugar a una prescripción bien fundamentada; el enfermo mejora haciendo creer en una curación, pero al poco tiempo el niño presenta síntomas preferentemente digestivos que vuelven a dar un cuadro aparentemente completo, también grave; se indica el remedio adecuado, y se obtiene otra vez un alivio que hace pensar en una cura; semanas o meses después se repite otro episodio con diferentes localizaciones, que pueden ser a veces localizaciones cutáneas. Y así se están repitiendo episodios que revelan manifestaciones miasmáticas que se explican generalmente por la revisión de los antecedentes familiares del pequeño. Aportaciones miasmáticas que se van sucediendo, apenas pasa la atenuación de una, se presenta la otra. (Sánchez, 2003, págs. 292-293)

Esta respuesta al tratamiento se debe a un estado de *incurabilidad* por conjunciones o mezclas miasmáticas, generalmente psora-syphilis. Si se trata de un niño enfermo, puede llevarlo a la muerte cuando esa condición miasmática es muy compleja y profunda, por la incapacidad de reacción de la naturaleza curativa. “Cuando es un enfermo con mayor resistencia o adulto, puede no precisamente conseguirse una curación verdadera, sino dejarlo en una condición patológica persistente aparentemente aceptable dentro de lo miasmático, tolerable por el mismo paciente” (Sánchez, 2003, pág. 293).

“Las mezclas miasmáticas o “intrincamientos” obligan a insistir en eliminar una condición miasmática y después la otra o las otras... El miasma más dominante será

el que tratemos de atenuar primero. Después el siguiente, y con frecuencia repetir el procedimiento” (Sánchez, 1992, pág. 501).

Aunque la observación de Sánchez Ortega hace referencia a tratamientos tomando en cuenta la *totalidad sintomática* de ese momento, una respuesta parecida se da con el *tratamiento parcial en las enfermedades oligosintomáticas*. En las enfermedades defectivas u oligosintomáticas (parágrafos 172 al 184 del Organón), al darse un medicamento parcialmente indicado, se mejoran unos síntomas de la enfermedad y se exacerban otros.

**6.1.6.15. Mejoría corta seguida de nuevos síntomas o modalidades, que se repite al tomar un nuevo medicamento.**

El paciente mejora de sus síntomas más acentuados, y después de días o semanas vuelve con otros síntomas distintos o con algunos anteriores, pero con nuevas modalidades. Se prescribe nuevamente y se repite el resultado sin llegar a una curación verdadera (Sánchez, 1992, pág. 495).

“Indica una prescripción errónea por superficial y parcial. No se supo reconocer el miasma predominante y se prescribe por síntomas del miasma principal como de los que están en latencia” (Sánchez, 1992, pág. 495). “Es aconsejable dar un placebo mientras se estabiliza el cuadro y sólo volver a prescribir con seguridad” (Sánchez, 1992, pág. 501).

**6.1.6.16. Mejoría prolongada y después agravación.**

El medicamento bien elegido y generalmente dado en alta potencia, produce una mejoría ostensible y con bienestar del enfermo por meses o hasta por años, reapareciendo después un cuadro semejante o algo relacionado con el anterior, pero

con lesiones o disfunciones más profundas, que hace pensar en una potencia mayor del mismo remedio o en buscar otro que tenga mejores indicaciones (Sánchez, 1992, pág. 495).

Esto significa *supresiones muy anteriores*, habitualmente en las primeras etapas de la vida del paciente, realizadas con Alopátia e incluso con una Homeopatía imperfecta, en casos como, por ejemplo: amigdalitis recurrentes, bronquitis repetidas, estados asmáticos, síndromes gastrointestinales, etc. (Sánchez, 1992, pág. 495). Supresiones tan eficientes logradas con las diversas vacunas, los antibióticos, los corticoides, la quimioterapia y las cirugías reparadoras con trasplantes de órganos (Sánchez, 2003, pág. 295).

Sólo se eliminaron los síntomas más propensos a manifestarse, y no los del miasma predominante, que se han ido incrementando en gran parte de manera latente, y ahora hace eclosión en planos más profundos, dificultando grandemente la verdadera curación del enfermo (Sánchez, 1992, pág. 495). “Son enfermos prácticamente *incurables*, aunque sean a largo plazo, verdaderamente transformados en el sentido patológico y, lo más temible, en su mente, en sus afectos y en la estimación de la vida” (Sánchez, 2003, pág. 295).

Se debe “reconsiderar lo miasmático más importante según la herencia y la evolución de la patología en sus diferentes etapas, e ir atendiendo las expresiones de ese miasma” (Sánchez, 1992, pág. 501).

Esta agravación que se presenta después de una prolongada mejoría, también puede corresponder, aunque en un grado moderado y tomando específicamente el medicamento en forma continua (método plus) y en cincuentamilesimal (LM), a lo que Hahnemann llama *agravación homeopática tardía*, que se debe a síntomas producidos por el medicamento y no por la enfermedad, al darse o aproximarse la curación (Hahnemann, 2008, págs. 382-383).

#### **6.1.6.17. Agravación prolongada y después corta mejoría.**

Después de haberse dado el medicamento, el paciente agrava por un tiempo prolongado, que puede ser de días o de meses; luego empieza a mejorar, pero desafortunadamente por un corto tiempo, y vuelve a recaer con la misma intensidad de los síntomas que lo llevaron a consulta (Sánchez, 1992, pág. 486).

Esto expresa *incurabilidad*; el medicamento semejante estimula al principio vital, pero él no es capaz de completar la reacción orgánica necesaria para alcanzar la curación, quedando más débil aún. El médico no supo valorar la posibilidad curativa y da el medicamento más semejante tratando de curar al paciente cuando ya no se podía. El estado miasmático es absolutamente dominante. La psora parece incapacitar al organismo en su defensa (Sánchez, 1992, pág. 486).

Debemos contentarnos con la paliación, recurriendo a un medicamento que ayude superficialmente, y tal vez nunca intentar la curación. Si acaso se trata de una persona joven, con un medio de existencia muy adecuado, con estímulos efectivos que le entusiasmen y que le hagan anhelar la vida, con una alimentación adecuada, en un medio higiénico correcto y rodeada del afecto que le haga desear persistir en este mundo, tal vez en estos casos podamos intentar después de algún tiempo, la acción de este medicamento verdaderamente curativo (Sánchez, 1992, págs. 486-487).

## **6.2. Organización de los conceptos clínicos de Sánchez Ortega en la historia clínica homeopática**

No existe en Homeopatía un formato especial de historia clínica. Cada médico organiza los datos según su criterio y la manera como mejor se le facilite después su

estudio. Sin embargo, buscando realizar una historia clínica que organice y clasifique la información del paciente útil para el análisis de lo miasmático según Sánchez Ortega, presento a continuación un diseño general, dividiendo la historia clínica, tal como se hace en alopática, en cinco partes: identificación, síntomas subjetivos, síntomas objetivos, análisis y plan terapéutico.

### **6.2.1. Identificación.**

Debe contener del paciente: Nombre, edad y fecha de nacimiento, dirección y teléfono, ciudad de residencia, ciudad de origen, estado civil, ocupación, escolaridad, religión, acompañado por (en niños, ancianos y enfermos mentales) y recomendado por; además, la fecha de la consulta (Ver cuadro 1).

### **6.2.2. Síntomas subjetivos.**

Son los que proporciona el paciente y sus allegados. Comprende: el padecimiento actual, los síntomas mentales y generales, y los antecedentes: gineco-obstétricos, personales y heredo familiares (Ver cuadro 2).

Siguiendo la recomendación de Sánchez Ortega, escribir los síntomas subjetivos en dos columnas; en la más grande (izquierda) lo que el paciente relate con sus propias palabras, y en la columna pequeña (derecha) y a la misma altura de lo que dijo el paciente, su traducción o definición al lenguaje homeopático utilizado en las materias médicas y repertorios; señalando, además, a que enfermedad crónica miasmática corresponde cada síntoma de la columna de la derecha (clasificación miasmática), valiéndose de la representación numérica que da Sánchez Ortega a cada miasma: el 1 para la psora, el 2 para la sycosis y el 3 para la syphilis. Este procedimiento correspondería para el padecimiento actual, síntomas generales y síntomas mentales.

El orden a tomar en los síntomas subjetivos es dado por la necesidad del enfermo, pero generalmente se sigue el siguiente orden, incluyendo aspectos como:

1. *Padecimiento actual*: Son los sufrimientos por los cuales el paciente acude a consulta, ya sean de tipo mental, general o particular, y demás síntomas presentes. Debe contener cada síntoma: cuando inició, su causa, duración, frecuencia, modalidades, que lo agrava y mejora, síntomas concomitantes, su localización y extensión si el síntoma es local, y su tratamiento. Hahnemann, en los párrafos 84 al 90 de su libro *Organón de la Medicina*, explica cómo se debe realizar correctamente el interrogatorio para la toma del caso, comentado ya en el “marco teórico”. El padecimiento actual, según las divisiones de la historia clínica convencional, incluye: el motivo de consulta (molestias expresadas espontáneamente), la enfermedad actual (interrogatorio para investigar las modalidades de las molestias referidas) y la revisión por sistemas (interrogatorio de partes o funciones del cuerpo no comentadas).

2. *Síntomas generales*: Son los que hacen referencia a la totalidad del ser en lo físico. Los síntomas del sueño pueden deberse tanto a factores físicos como mentales, pero se consideran habitualmente en esta sección. Los síntomas de la sexualidad es preferible indagarlos a lo último, cuando ya se ha conseguido la mayor empatía con el paciente. Debe investigarse: apetito, dieta, deseos y aversiones alimenticias, vicios, alergias, reacciones al clima, temperatura corporal y transpiración, vivienda, aseo, diversiones, deportes que practica y el sueño.

3. *Antecedentes*:

- *Gineco-obstetricos (AGO)*: Debe indagarse sobre la menstruación (y síntomas concomitantes tanto físicos como mentales), embarazos, partos, cesáreas, abortos y métodos de control natal usados.

- *Personales (AP):* Dice Draiman:

El paciente debiera recordar todos los padecimientos importantes de su vida, si es posible en orden cronológico. Estos antecedentes son de suma significación pues permite conocer su disposición miasmática, los tratamientos supresores, las enfermedades desemejantes y alertarnos sobre la factibilidad de reaparición de síntomas antiguos en el curso de un tratamiento positivo. Inquirir sobre enfermedades venéreas, vacunas, operaciones quirúrgicas, etcétera, y cómo fue su terapéutica... Si es un niño, son también de importancia las enfermedades y conflictos emocionales padecidos por la madre durante el embarazo, y aun los cambios de personalidad y de gusto observados durante dicha etapa; luego las características del parto, el peso al nacer, la maduración psicomotriz, la dentición, el control de esfínteres, la cohabitación con los padres. (Draiman, 2004, pág. 62)

Con la intención de facilitar después el análisis del caso, se aconseja en cada antecedente personal anotado en la columna de la izquierda, colocar seguidamente su clasificación miasmática.

- *Hereditarias (AHF):* Estos antecedentes tienen la finalidad de percibir la herencia miasmática del paciente o, dicho de otra manera, su tendencia a padecer. Investigar de sus padres, abuelos (paternos y maternos) y cónyuge: edad; enfermedades que han tenido o tienen; si han fallecido: a qué edad, la fecha y su causa; y el carácter o manera de ser de cada uno de ellos. Y de otros familiares, como tíos y hermanos, antecedentes de enfermedades como cáncer, tuberculosis, diabetes, enfermedades de la piel, venéreas, hipertensión, artritis, anemia, epilepsia, enfermedades mentales o síntomas iguales a los que presenta el paciente.

También se recomienda hacer una valoración miasmática general de cada familiar estudiado, para que después, en el análisis del caso, se facilite el estudio de la herencia miasmática del paciente.

4. *Síntomas mentales*: Buscan conocer al paciente en los tres aspectos de la mente: afecto, voluntad e intelecto; y en su pasado, presente y proyección al futuro, averiguando sobre penas, resentimientos, ira, celos, timidez, inseguridad, temores, memoria, estados de confusión, sexualidad, etc.

### **6.2.3. Síntomas objetivos.**

Son los obtenidos por la observación del médico, la exploración física y los exámenes de laboratorio y de gabinete (Ver cuadro 3).

1. *Observación del médico*: Debe realizarla tanto en lo físico como en el comportamiento del enfermo durante la consulta, anotando lo más llamativo en la historia clínica. En la nota del parágrafo 90 del libro Organón de la Medicina, se lee:

Por ejemplo: cómo se portó el enfermo durante la consulta. Si estaba malhumorado, pendenciero, apresurado, lloroso, ansioso, desesperado o triste, lleno de esperanza, tranquilo, etc. Si estaba en estado de somnolencia o en algún estado de comprensión difícil o torpe. Si hablaba ronco o en tono bajo, o incoherentemente. ¿O de qué otra manera hablaba? ¿Cuál era el color de su cara y ojos y de su piel en general? ¿Qué grado de vivacidad y poder había en su expresión y en sus ojos? ¿Cuál era el estado de su lengua, su aliento, el olor de su boca y de su poder auditivo? ¿Sus pupilas estaban dilatadas o contraídas?... Si se acostaba con la cabeza echada hacia atrás, con la boca medio abierta o completamente abierta, con los brazos colocados arriba de la cabeza, o atrás o en cualquiera otra posición. ¿Qué esfuerzo hacía para levantarse? Debe anotarse cualquier cosa que impresione al médico y sea interesante. (Hahnemann, 2004, pág. 261)

2. *Exploración física*: Especialmente debe dirigirse sobre las partes del organismo que estén más enfermas de acuerdo con el interrogatorio. Es frecuente que el médico homeópata descuide esta parte de la historia clínica debido al tiempo dedicado al interrogatorio y por creer tener la información necesaria para el

diagnóstico. Esto hace que posibles signos clínicos importantes pasen desapercibidos, y que la confianza del paciente disminuya, pues él siempre espera ser revisado físicamente.

3. *Exámenes de laboratorio y de gabinete realizados anteriormente:* No son indispensables para entender el paciente y determinar el medicamento homeopático, pero sí para conocerlo más en sus alteraciones fisiológicas y anatómicas, y tomar medidas complementarias de higiene, dieta, terapia física o cirugía. Además, nos pueden servir a futuro como pruebas documentales del éxito obtenido con el tratamiento homeopático.

#### **6.2.4. Análisis.**

Es lo concerniente al ordenamiento de los síntomas y su comprensión, abarcando la *jerarquización* de los síntomas y los *diagnósticos* (nosológico, individual, miasmático, integral y medicamentoso).

#### **6.2.5. Plan.**

Es el tratamiento y las indicaciones que debe seguir el paciente, requiriendo, según el caso, lo siguiente: medicamento homeopático y su dosis, sin olvidar que no siempre es necesario dar medicamento; dieta e indicaciones de higiene; psicoterapia y, si es necesario, la recomendación de lecturas que le ayuden; exámenes de laboratorio o gabinete; continuación, disminución o suspensión del tratamiento alopático, y complementación con otras áreas de la salud como psicología, fisioterapia, nutrición, cirugía, etc.

### 6.2.6. Evolución.

El tiempo en que se debe hacer el control o la evolución del caso depende de la necesidad de cada paciente. Para los casos crónicos generalmente se realiza cada uno o dos meses al comienzo, y se va distanciando a medida que mejore. En las enfermedades agudas y en las agudizaciones miasmáticas de cierta gravedad, es necesario que el paciente este informándole al médico su evolución, ya sea acudiendo al consultorio o por vía telefónica, hasta superar su estado más crítico.

La evolución del caso también debe tener el mismo orden de la historia clínica, con las subdivisiones ya comentadas y con las observaciones siguientes:

1. *Identificación*: Se anota la nueva fecha y los datos de la identificación que hayan cambiado.

2. *Síntomas subjetivos*: Se revisa síntoma por síntoma de la historia clínica anterior y registramos: los síntomas que *persisten*, indicando si agravaron, mejoraron o siguieron igual; los síntomas que *desaparecieron* definitivamente, explicando la manera como evolucionaron, si se presentó agravación al inicio, si se curó de un momento a otro o paulatinamente, y cuanto tiempo duró en mejorar; y los síntomas *recientes*, que pueden ser nuevos o viejos para el paciente.

Se puede colocar al inicio de cada síntoma de la historia anterior, un signo que indique la manera cómo evolucionó el síntoma, por ejemplo, en los síntomas que se curaron:  $\surd$ ; persisten igual: //; mejoraron:  $\downarrow$ ; agravaron:  $\uparrow$ . Esto ayuda al final de la revisión a evaluar de forma rápida al paciente en su totalidad.

3. *Síntomas objetivos*: Nuevamente debe examinarse: la persistencia o los cambios de los síntomas que se observaron del paciente en la consulta anterior, tanto en lo físico como en su comportamiento; la exploración física, y los exámenes de gabinete y laboratorio, si fueron tomados.

4. *Análisis:* Se estudia la manera como evolucionaron los síntomas bajo el tratamiento homeopático, especificándose que *observación* de la lista de “observaciones después de la prescripción” se presentó, y si se dio o no la *ley de curación* o de Hering (ver página 81). Luego, si es necesario, de los síntomas existentes se hace una nueva *jerarquización*, y se comentan las modificaciones de los *diagnósticos*.

5. *Plan:* Se aplican los mismos aspectos ya comentados.

### 6.3. Cuadros de texto sobre la clínica miasmática según Sánchez Ortega

#### Cuadro 1

##### Historia clínica - Identificación

<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre:</li><li>- Edad (y fecha de nacimiento):</li><li>- Dirección y teléfono:</li><li>- Ciudad de residencia:</li><li>- Ciudad de origen:</li><li>- Estado civil:</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ocupación:</li><li>- Escolaridad:</li><li>- Religión:</li><li>- Acompañado por: (en niños, ancianos y enfermos mentales).</li><li>- Recomendado por:</li><li>- Fecha de la consulta:</li></ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Cuadro 2

### Historia clínica - Síntomas subjetivos

<p><b>Síntomas subjetivos escritos tal como lo dice el paciente y sus allegados</b>, correspondiendo a:</p>	<p><b>Traducción o nitidez de los síntomas, y su seriación miasmática</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Padecimiento actual y revisión por sistemas.</i></li> </ul>	<p>Síntoma (1 o 2 o 3 o sus mezclas, por ejemplo: 1 - 3)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Síntomas generales:</i> <i>Apetito, dieta, deseos y aversiones alimenticias, vicios, alergias, reacciones al clima, temperatura corporal y transpiración, vivienda, aseo, diversiones, ejercicio físico, el sueño y la sexualidad.</i></li> </ul>	<p>Síntoma (1 o 2 o 3 o sus mezclas)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Antecedentes ginecoobstétricos (AGO).</i></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Antecedentes personales (AP).</i> Por ejemplo: Síntoma (2-1) Síntoma (2-3) Síntoma (3)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Antecedentes heredo familiares (AHF).</i> Por ejemplo: Padre (2) Madre (1-2) Abuelo paterno (2-1) Abuela paterna (1) Abuelo materno (3-1) Abuela materna (2-1)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Síntomas mentales:</i> <i>Afecto, voluntad e intelecto.</i></li> </ul>	<p>Síntoma (1 o 2 o 3 o sus mezclas)</p>

**Cuadro 3****Historia clínica - Síntomas objetivos**

<b>- Observación del médico</b>	Tanto en lo físico como en el comportamiento del enfermo durante la consulta.
<b>- Exploración física</b>	Especialmente debe dirigirse sobre las partes del organismo que estén más enfermas de acuerdo con el interrogatorio.
<b>- Exámenes de laboratorio y de gabinete realizados anteriormente</b>	Ayudan a conocer más las alteraciones fisiológicas y anatómicas, y a tomar medidas complementarias.

## Cuadro 4

## Análisis - Jerarquización

<b>Síntomas característicos</b> (Notables, extraordinarios, peculiares y singulares)	<b>Del hoy</b>	<b>Anteriores “del hoy”</b>
<b>Mentales</b> (Afecto, voluntad e intelecto)		
<b>Generales</b>	Síntomas (1 o 2 o 3 o sus mezclas, por ejemplo: 1 – 2)	Síntomas (1 o 2 o 3 o sus mezclas)
<b>Particulares</b>		

## Cuadro 5

## Análisis - Diagnósticos

<b>Diagnóstico</b>	<b>Particularidades a definir</b>
<b>1. Nosológico o sindrómico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El diagnóstico de la enfermedad, tal como la denomina la escuela alopática.</li> <li>- El tipo de enfermedad que se va a tratar, según la clasificación de Hahnemann.</li> </ul>
<b>2. Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personalidad o máscara, que se elabora por necesidad o imposición social.</li> <li>- La individualidad, lo más profundo de su ser.</li> <li>- El “hoy” del paciente y su “síntoma rector”.</li> </ul>
<b>3. Miasmático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo miasmático del hoy, especificando primero el miasma predominante y luego los sucesivos, si existen.</li> <li>- La relación entre sí de los estados miasmáticos existentes en el hoy del paciente. Puede darse que esté o estén activos: un solo miasma (estado simple); dos o tres miasmas, cada uno manteniendo su individualidad (estado compuesto), o dos o tres miasmas en un mismo órgano o síntoma, mezclándose (estado complejo).</li> </ul>

<b>Diagnóstico</b>	<b>Particularidades a definir</b>
<b>4. Integral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La herencia miasmática del paciente, por medio de los antecedentes heredo familiares.</li> <li>- La evolución de lo miasmático durante su vida, en lo físico, mental y social (antecedentes patológicos y biopatografía).</li> <li>- La congruencia o incongruencia del “ayer” con el “ahora” del paciente respecto a la sucesión de síntomas.</li> <li>- Los obstáculos a la curación.</li> <li>- La intención curativa (lo que se debe curar) y la posibilidad curativa (lo que se puede curar).</li> <li>- Si el paciente es incurable, qué tipo de incurabilidad presenta.</li> </ul>
<b>5. Medicamentoso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De los síntomas característicos del hoy previamente jerarquizados, se toman en cuenta solamente los síntomas del miasma predominante.</li> <li>- De los síntomas del miasma predominante se elige el “Síndrome Mínimo de Valor Máximo”, incluyendo el o los síntomas “rectores”.</li> </ul>

<b>Diagnóstico</b>	<b>Particularidades a definir</b>
<b>5. Medicamentoso</b> <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se repertorizan los síntomas del síndrome mínimo de valor máximo.</li><li>- Se escoge el medicamento entre los primeros obtenidos en la repertorización, corroborándose con la materia médica. El medicamento y el paciente deben, de preferencia, asemejarse también en lo miasmático.</li><li>- Se selecciona la dosis y la potencia.</li></ul>

## Cuadro 6

## La potencia

<b>Parámetros</b>	<b>Potencia</b>		
	<b>Baja</b> ( $<12C$ ; $<0/6$ )	<b>Media</b> ( $30-200C$ ; $0/6-0/12$ )	<b>Alta</b> ( $>1000C$ ; $>0/30$ )
<b>1. La clase de enfermedad</b>	Aguda, agudización miasmática, urgencias e indisposiciones	Aguda y agudizaciones miasmáticas	Aguda y crónica
<b>2. El tipo de lesión o alteración</b>	Estructural	Fisiológica	Fisiológica y mental
<b>3. El estado de la fuerza vital</b>	Débil	Buena	Buena
<b>4. La intensidad de los síntomas</b>	Baja	Media	Alta
<b>5. La sensibilidad del paciente</b>	Hiper-sensible	Normo-sensible	Normo-sensible
<b>6. La edad del paciente</b>	Adulto mayor	Niños y jóvenes vigorosos	Niños y jóvenes vigorosos

<b>Parámetros</b>	<b>Potencia</b>		
	<b>Baja</b> ( $<12C$ ; $<0/6$ )	<b>Media</b> ( $30-200C$ ; $0/6-0/12$ )	<b>Alta</b> ( $>1000C$ ; $>0/30$ )
<b>7. Los hábitos del paciente</b>	Vicios, drogas, malas dietas, exceso de trabajo	Buenos	Buenos
<b>8. La posibilidad curativa</b>	Incurable	Curable	Curable
<b>9. La clase de medicamento</b>	Superficial	Profundo	Profundo
<b>10. Correspondencia miasmática entre paciente y remedio</b>	No correspondencia	Si correspondencia	Si correspondencia
<b>11. La seguridad en la prescripción</b>	Dudosa	Segura	Segura

## Cuadro 7

## Clasificación de síntomas según los conceptos de Sánchez Ortega sobre los miasmas

Secciónes	Síntomas		
	<i>Psora</i>	<i>Sycosis</i>	<i>Syphilis</i>
<b>Mentales - Afecto</b>	<p>Afectuoso, benevolencia, compasivo, humor llorón, sensación de abandono, tristeza, remordimiento, alegre, irritabilidad, timidez, pusilánime, ansiedad. Trastornos por: pena, nostalgia, infelicidad, malas noticias, decepción, por pérdida monetaria, remordimiento, muerte de un ser querido, castigo, reproches, rudeza de otros, orgullo de otros, vergüenza, mortificación, ansiedad, preocupaciones, anticipación, esfuerzo mental, postración mental, turbación.</p>	<p>Altivo, fanfarrón, presuntuoso, vanidad, coqueta, sensible, susceptible, descontento, humor alternante o cambiante, jovial, euforia, cólera, intolerancia a la contradicción, falta de confianza en sí mismo, temor o miedo, asustadizo. Trastornos por: gozo excesivo, excitación, música, ruido, orgía o libertinaje, alcoholismo, ambición frustrada, egotismo, prisa, temor, susto, por reveses de la fortuna, peleas, contradicción, indignación, honor herido, pérdida de la reputación.</p>	<p>Falta de sentido moral, despreciativo, insensible, envidia, hipocresía, desagradecido o ingrato, humor repulsivo, regocijo, aversión (a todo, a su esposo, a su esposa, a los niños), apasionado, sentimental, depravación, agrava por el consuelo, odio, malicioso o resentimiento, rabia, ateo, sensación de desvalido 1-3, angustia, terror. Trastornos por: rabia.</p>

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Mentales - Voluntad</b>	Cuidadoso, prudente, afabilidad, tranquilo, paciencia, serio, dócil, dulzura, resignación, reservado, confiado, ingenuo, lentitud, inactividad, falta de iniciativa, pereza, inclinación a sentarse, cansancio de vivir, aburrimiento, quejas o quejoso, pesimista, perseverancia, obstinado, desea la compañía, lascivo.	Inconstancia, inquietud, hiperactivo, prisa, impaciencia, impetuoso, aburrador, optimista, hace muchos planes, bromas, payasadas, bailar, cantar, deseo de viajar, indiscreción, temerario, extravagancia, ambicioso, avaro, egoísta, cleptómano, chisme, locuacidad, laborioso, quejidos, caprichoso, dictatorial, sensual, impúdico, obsceno.	Brusco, desobediencia, contrario, anarquista, destructividad, crueldad, deseo de matar, suicidio, mutila su cuerpo, lamentase, aversión a la compañía, ocupado, caótico, corrupto, deshonesto, hipocresía, calumniar, maldice, blasfema, adultero, morfínismo, libertinaje, homosexualidad, lujuria, ninfomanía, satiriasis, pedofilia, depravación.
<b>Mentales - Intelecto</b>	Debilidad de memoria, concentración difícil, dificultad para estudiar, incapacidad de reflexionar, meditando, absorto, introspección, esfuerzo mental agrava, embotamiento, confusión mental. Pensamientos: repetitivos, persistentes, profundos, desagradables.	Memoria activa, concentración activa, poder mental aumentado, comprensión fácil, agilidad mental, facilidad para estudiar, distraído, fantasías, teorizador, ideas abundantes, clarividencia, ilusiones. Pensamientos: errantes, rápidos, sexuales, afluencia de.	Olvidadizo, no reconoce, postración de la mente, pérdida del poder mental, aversión al esfuerzo mental, inconsciencia, catalepsia, fanatismo, delirio, manía, insania o locura, esquizofrenia, demencia, imbecilidad, idiocia. Pensamientos: aterradores, atormentadores.

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Sueño y Sueños</b>	<p><i>Sueño:</i> somnolencia, bostezos. Insomnio por: ansiedad, pena, irritabilidad, prurito.</p> <p><i>Sueños:</i> agradables, desagradables, enojosos, ansiosos, lleno de preocupaciones, tristes, llorando, de caída, de infortunio, agotadores, confusos, persistentes, continuación de los sueños después de despertarse, insignificantes, no los recuerda.</p>	<p><i>Sueño:</i> inquieto, ligero o superficial, sonambulismo 2-3-1, despierta frecuente. Insomnio por: inquietud, temor, susto, excitación, fantasías, actividad de pensamientos, el más ligero ruido, por dolores.</p> <p><i>Sueños:</i> gozosos, cólera, inquietos, numerosos, vívidos, clarividente, visionarios, eróticos, excitantes, fantásticos, que está en un banquete, esfuerzo físico o mental, trabajo, con dinero, viajes, cambian a menudo de lugares públicos, presentes en la memoria.</p>	<p><i>Sueño:</i> comatoso, profundo, despierta difícil, no reparador. Insomnio: con delirio, a pesar del cansancio, total.</p> <p><i>Sueños:</i> absurdos, repugnantes, aterradores, pesadillas, peligro, accidentes, ladrones, luchas, peleas, fuego, serpientes, de caza, de muerte, cadáveres, asesinato, que es asesinado.</p>

<b>Secciones</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Generales</b>	<p>Gente delgada, enanismo 1-3, detención en el desarrollo, debilidad, lasitud, cansancio 1-3, deseo de acostarse, pesadez, adormecimiento, falta de reacción, falta de calor vital, tendencia a resfriarse, escalofrío 1-2, palidez o blancura, anemia por carencia, estasis del sistema venoso, flacidez, relajación de músculos, esguince, luxación 1-3, sequedad de partes internas habitualmente húmedas. Venas varicosas por debilidad de las paredes venosas. Pulso: blando, débil, esforzado, filiforme, casi imperceptible, intermitente, lento, pequeño, pesado. Hipotensión.</p>	<p>Obesidad, sensación de calor, bochornos, congestión de la sangre, fiebre, transpiración, deseo de aire libre, estados alternantes y contradictorios, periodicidad, irritabilidad física, sensibilidad, intolerancia a la ropa, tensión, temblor, estremecimiento o tremor, estremecimientos nerviosos 2-1, pulsación, cosquilloso, hormigueo, todas las sensaciones anómalas, induraciones, hidropesía o edema, hinchazón, inflamación, tumores, contracción o estrechamiento o estenosis por inflamación, secreciones mucosas aumentadas. Venas varicosas por congestión. Pulso: fuerte, frecuente, lleno, amplio, tenso, alámbrico, ondulante. Hipertensión, diátesis urémica.</p>	<p>Emaciación, caquexia, raquitismo, analgesia, cianosis, desmayo, colapso, arteriosclerosis, degeneración de los tejidos, atrofia, malformaciones, músculos y tendones acortados, constricción (sensación de banda), rigidez, estremecimientos o tics espasmódicos, calambres, convulsiones, corea, parálisis, hemorragia, apoplejía, úlceras, fístulas, abscesos, caries, necrosis de huesos, gangrena. Secreciones mucosas: malolientes o fétidas, sanguinolentas, purulentas. Venas varicosas: ulceración, sangrantes. Pulso: anormal, discordante con la temperatura, irregular, doble, espasmódico, imperceptible, vacío. El cáncer es trimiasmático.</p>

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Generales - Dolores</b>	<p>Son los que tienen la tendencia a que el paciente se inmovilice: aparecen y/o desaparecen gradualmente, cavante 1-3, constrictivo 1-3, dolores de crecimiento; dolorido o de magulladura, doloroso o continuo, entumecedor, lisiadura, moliente o triturante 1-3, parálítico, presivo o como de peso, como raído o raspado 1-3, retorciente 1-3, sordo o embotante, como torcedura.</p>	<p>Agujoneante o pinchante, como por una astilla, clavante 2-3, cortante 2-3, estremecimiento, errático, excavante 2-3, irradiante, lancinante 2-3, mordiente, neurálgico, ondulante, pellizcante, pulsante, punzante, roedor o royente 2-3, como si tuvieran los huesos rotos o de quebradura 2-3, sacudiente, taladrante o perforante 2-3, como un tiro o fulgurante, tironeante o tirante 2-1.</p>	<p>Agarrante o como de garra 3-1, ardiente o ardoroso, atormentante o torturante 3-1, calambroide 3-2-1, carne viva o como desolladura, escozor o escaldante o que escuece vivo 3-1, como hachazo, rasgante o desgarrante o arrancante, reventante o estallante 3-2, ulcerativo.</p>

Secciones	Síntomas		
	<i>Psora</i>	<i>Sycosis</i>	<i>Syphilis</i>
<b>Generales - Agravaciones y Mejorías</b>	<p><i>Agrava:</i> por la mañana (6 a 9 h), antes del mediodía (9 a 12 h), por frío, tiempo húmedo, durante la lluvia, al aire libre, viento, baño, mojarse, invierno, otoño, al destaparse, cortando el pelo, oscuridad, movimiento, esfuerzo físico, parado, arrodillado, presión, agacharse, doblar, estirarse, cruzar los miembros, viajando en vehículo, espiración, ayunar, hambre 1-2, pérdida de fluidos, vomitar, amamantar, en general por todas las emisiones, estornudar, después del coito 1-3, pérdida de sueño, antes de las funciones fisiológicas (como dormir, comer, la defecación, la menstruación, etc.), antes del escalofrío y la fiebre, durante la transpiración, luna menguante y nueva.</p>	<p><i>Agrava:</i> al mediodía (12 a 13 h), tarde (13 a 18 h) y al anochecer (18 a 22 h), cambio de tiempo, tiempo tormentoso, durante tormenta eléctrica, reposo, sentarse, acostado, contacto; al comer: una pequeña cantidad, demasiado, rápido; supresión de las secreciones naturales, durante y después de la fiebre, luz, luna creciente y llena.</p> <p><i>Mejora:</i> Por un breve sueño, al aire libre, viento, baño, otoño, primavera 2-1, actividad, movimiento, esfuerzo físico, ascendiendo, descendiendo, parado, arrodillado, presión, doblar, cruzar los miembros, estirarse, fricción, viajando en vehículo.</p>	<p><i>Agrava:</i> por la noche (22 a 6 h), durmiendo, al despertar, acalorarse, calor, exposición al sol, tiempo seco, tiempo claro, primavera, verano, música, hablar, bostezar, reír, respirando, inspiración, acostado, eliminación de flatos, vomitando, después de las funciones fisiológicas normales (como dormir, comer, menstruación, etc.), después de la transpiración, la transpiración no lo alivia, durante y después de la fiebre, comiendo, comer hasta la saciedad, eliminación de flatos, durante el coito.</p>

Secciones	Síntomas		
	<i>Psora</i>	<i>Sycosis</i>	<i>Syphilis</i>
<b>Generales - Agravaciones y Mejorías</b> (continuación)	<p><i>Mejora:</i> durmiendo, después de dormir, al despertar, calor, verano, luz, música, magnetismo 1-2, reposo, acostado, sentarse, apoyarse, contacto, aflojándose la ropa, bostezar, inspirar, comiendo, después de comer, eructos, después de orinar, después de la menstruación.</p>	<p><i>Mejora (continuación):</i> secreciones mucosas aumentadas, durante el coito, espiración, estornudar, tabaco, durante o después de la transpiración, después de la defecación, diarrea, vomitar, durante la menstruación.</p>	<p><i>Mejora:</i> por el frío, tiempo frío húmedo, tiempo húmedo, tiempo nublado, al destaparse, invierno, oscuridad, ayunar, hemorragia, ruido.</p>
<b>Cabeza</b>	<p>Caída del cabello, fontanelas abiertas, sensación de adormecimiento, anemia cerebral, prurito, piojos, frialdad, pesadez.</p>	<p>Caspa, congestión, constricción o tensión, pulsación. Sensaciones anómalas como de: agitación, agrandada, bulto, casquete, pasa a través de la cabeza aire o viento, burbujeo, de crepitación, balanceo, tremor, vacío, etc. El vértigo será determinado miasmáticamente por su etiología, aunque en general es sycósico.</p>	<p>Caída del cabello en placas, calvicie, hemorragia cerebral, reblandecimiento cerebral.</p>

Secciones	Síntomas		
	<i>Psora</i>	<i>Sycosis</i>	<i>Syphilis</i>
<b>Ojo y Visión</b>	<p><i>Ojo:</i> prurito, irritación, inclinación a restregarse, costras secas en los bordes de los párpados 1-2, sequedad, débil, pesadez, abertura difícil de los párpados, hundidos, caída de párpados 1 o 3, matidez o falta de brillo, mira fijamente 1 o 3, estrechez del canal lagrimal 1 o 2.</p> <p><i>Visión:</i> borrosa, neblinosa, manchas, acomodación defectuosa, esfuerzo de la visión agrava.</p>	<p><i>Ojo:</i> secreciones, aglutinado, lagrimeo, rubor, pannus, quemosis, manchas en la córnea, opacidad de la córnea 2 ó 3, vesículas, orzuelos, tumores, condilomas, pterigion, protrusión, tensión, glaucoma 2-3, brillante, apariencia vidriosa, fotofobia, pupilas dilatadas, abiertos durmiendo, pulsación, guiño, tremor.</p> <p><i>Visión:</i> aguda, colores delante de los ojos, objetos resplandecientes, chispas, destellos, estrellas, relámpagos, llamas, ígnea, ilusiones, los objetos parecen distantes, diplopía, poliopia, movediza, ondeante, zigzags, objetos temblorosos.</p>	<p><i>Ojo:</i> mirada salvaje, ulceración, catarata, pupilas contraídas o dilatadas o desiguales, abertura espasmódica, contracción de párpados, rigidez, rotados, torcidos, estrabismo congénito, parálisis. Movimiento de los globos oculares: convulsivo, rotativo, de un lado a otro como pendular (nistagmo).</p> <p><i>Visión:</i> pérdida de visión o ceguera, manchas, colores de manchas negras flotando o moscas volantes, red ante los ojos, miopía.</p>

Secciones	Síntomas		
	<i>Psora</i>	<i>Sycosis</i>	<i>Syphilis</i>
<b>Oído y Audición</b>	<p><i>Oído:</i> frialdad, sequedad, erupciones, adormecimiento, comezón, prurito en, hurgando con dedo en el.</p> <p><i>Audición:</i> disminuida.</p>	<p><i>Oído:</i> inflamación, secreciones, cera aumentada, humedad, sensibilidad, tensión, pulsación, tumores. En general las sensaciones, como de: aire, soplo, agua, estar tapado, cuerpo extraño, vermes, rasguño, abertura, distensión, plenitud, vacío. Los ruidos, tinnitus o acufenos, dependen de su etiología.</p> <p><i>Audición:</i> aguda, distantes, ilusiones.</p>	<p><i>Oído:</i> absceso, supuración, secreciones sanguinolentas, ulceración, amenaza de caries, contracción.</p> <p><i>Audición:</i> pérdida de la, su propia voz suena antinatural.</p>
<b>Nariz</b>	<p>Sequedad adentro, prurito, hurgándose la nariz 1 o 3, venas varicosas 1 o 2 o 3, olfato disminuido.</p>	<p>Obstrucción, coriza, catarro, secreción, costras en la cavidad, estornudos, calor en, transpiración, hormigueo, tumor, pólipos; sensación de: cuerpo extraño, plenitud. Olores imaginarios y reales, olfato agudo.</p>	<p>Movimiento de las alas como abanico 3-2, epistaxis, grietas, úlceras, ocena, tabique perforado, picotearse, pérdida del olfato.</p>

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Cara</b>	Adormecimiento, prurito, comezón, hundida, clorótica. Expresión: ansiosa, atontada, confusa, ebria, embrutecida, estúpida, idiota, enfermiza, sufriente, somnolienta, trasnochada 1-3, demacrada 1-3, vacía.	Brillosa, grasosa, pecas, verrugas, calor, congestión, induraciones, sensible, sensación de telaraña, movimiento de masticación, mandíbula apretada, fruncida, tensión de piel, tremor. Expresión: aturdida, cambiada.	Piel áspera, labios agrietados, labios despellejados, arrugada, hipocrática, contorsión, contraída, rigidez, estremecimiento, trismo, risa sardónica, convulsiones. Expresión: angustiada, aterrorizada, feroz, envejecida.
<b>Boca y dientes</b>	Ablandamiento de encías, sequedad 1 o 3, decoloración 1 o 2 o 3. Lengua: fría 1 o 3, protrusión 1 o 2, blanda. Gusto: falta o insipidez de la comida, insípido 1-3, seco. Hablar difícil.	Abierta, sensación de alargamiento, mucus, pegajosa, viscosa, salivación, vesículas, tumores. Lengua: dentada, lisa, induración, sensación como si fuera gruesa, temblor. Olor: dulzón, alcalino, caseoso, metálico 2 o 3. Gusto: agudo, pastoso, pulposo, pegajoso.  <i>Dientes:</i> rechina o bruxismo, apretar los dientes entre sí, Castañeteo,	Espuma por la boca, hemorragia aftas. Encías: esponjosas, separadas de los dientes, escorbúticas, fístula. Lengua: agrietada, mapeada, flácida. Olor: agrio, malo, maloliente, nauseabundo, pútrido. Gusto: pérdida del, en general su distorsión como: dulzón, salado, agrio, amargo, ardiente, picante, grasoso, terroso, mohoso, quemado, metálico, sanguinolento, maloliente, malo, pútrido.

Secciones	Síntomas		
	<i>Psora</i>	<i>Sycosis</i>	<i>Syphilis</i>
<b>Boca y Dientes</b> (continuación)	<i>Dientes:</i> frialdad, prurito.	<i>Dientes (continuación):</i> sensibles o delicados, dentera, trastornos por muelas del juicio, sensación de alargamiento, hormigueo, tensión, mucus, sarro.	Hablar: falto de, ininteligible, tartamudear.  <i>Dientes:</i> caries, flojedad de, desmenuzamiento.
<b>Estómago</b>	Ansiedad, vacío 1 o 2, sensación colgante, frialdad, náuseas, indigestión, pesadez. Apetito: disminuido, fácil saciedad, sin apetencia. Deseo de alimentos de fácil digestión como dulces, farináceos o harinas.	Distensión, eructos, calor, gorgoteo; sensación de: bulto, piedra, plenitud. Apetito: incrementado, constante, roedor, cambiante, caprichoso. Sed: ardiente o vehemente, extrema. Deseo de: agrio o ácidos, estimulantes, condimentos.	Acidez, pirosis, hipo, asco, repugnancia por la comida, arcadas, vómitos, constricción. Apetito: insaciable, voraz, falta de. Deseo de alimentos que lo agravan. Las aversiones en general. Sed: inextinguible, con incapacidad para tragar.
<b>Abdomen</b>	Ansiedad, vacío 1 o 2, sensación de debilidad, pesadez, hernia, venas distendidas 1 o 2, prurito.	Inquietud, distención, flatulencia, borborigmo, gorgoteo, tensión, sensible a la ropa; sensación de: plenitud, relajación, algo vivo.	Constricción, contracción, estremecimientos.

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Recto</b>	Constipación en general, pesadez, prolapso, prurito, vermes o parásitos, hemorroides 1 o 2 o 3.	Diarrea en general, urgencia, flatos, humedad, pulsación, hormigueo, estrechez, condilomas.	Inactividad, disentería, defecación involuntaria 3 o 2, dolor de tenesmo, parálisis, excoriación, fístula, fisura, hemorragia.
<b>Heces</b>	Secas, duras, de color claro (por defecto de bilis), blancas, largas, pequeñas, indigeridas, escasas, tenaces o resistentes.	Mucosas, acuosas, delgadas o líquidas, blandas, oscuras, biliosas, verdes (por exceso de bilis), copiosa, frecuente, ruidosas.	Sanguinolentas, nudosas (mal conformadas), acre o excoriante, de olor pútrido.
<b>Laringe y tráquea</b>	Aspereza, irritación, carraspera 1 o 2, prurito, sequedad.  Voz: débil, ronquera (disfonía) 1 o 2 o 3, áspera, atonal, baja.	Catarro, mucus, edema de glotis, cosquilleo, sensible.  Voz: alta, hueca, profunda, nasal, interrumpida 2-3, cambiada, temblorosa.	Constricción, laringismo estriduloso, crup, silbido, ulceración, parálisis, cáncer.  Voz: pérdida de la (afonía).

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Pecho</b>	<p>Ansiedad, aprehensión, frialdad, prurito, sequedad, aneurisma, tuberculosis pulmonar 1-3.</p> <p>Leche: tenue, desapareciendo o retirándose.</p>	<p>Palpitación del corazón, aleteo, inflamación, induración, hepatización pulmonar, hidropesía.</p> <p>Leche: amarilla, aumentada, fluyente, en mujeres no embarazadas, en la pubertad, en niños 2-3, suprimida.</p>	<p>Absceso, calambre, murmullos o soplos, opresión, angina pectoris 3-2, retracción de los pezones.</p> <p>Leche: mala, espesa y sabe mal, ácida, amarga, sanguinolenta, niño rechaza la leche materna, ausente.</p>
<b>Respiración</b>	<p>Ansiosa, suspirosa 1-2, ruda o áspera, imperceptible, lenta 1 o 3, contenida, detenida, impedida, difícil o corta 1 o 2 o 3.</p>	<p>Acelerada, profunda, sacudiente, ruidosa, sonora, ronquidos, estertorosa, jadeante, gemido o quejumbrosa, intermitente, Cheyne-Stokes 2-3.</p>	<p>Paroxística, estridulosa, silbante, sibilante, asmática, asfixia, sollozante, abdominal, irregular.</p>

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Tos</b>	Seca, corta, cortante, ronca, dura o penosa, constante, persistente, durante la dentición, bostezando, ascendiendo, como por polvo, como por úvula alargada; por: cosquilleo, irritación, sequedad, comer, eructos, esfuerzo, frío.	Floja o húmeda, hueca, profunda, jadeante, ruidosa, carraspera 2 o 1, dolorosa 2 o 3, nerviosa, periódica, durante la fiebre, expectoración mejora.	Violenta, paroxística, atormentadora, torturante, desesperante, agotadora, espasmódica, asfixiante, sofocante, crupal, ladrante o perruna, tos convulsa o ferina, con afecciones del corazón.
<b>Expectoración</b>	Acuosa, transparente.	Copiosa, espesa, viscosa, mucosa, aterronada, espumosa, blanca, amarilla, verdosa 2-3.	Dificultosa, acre, de olor fétido, sanguinolenta, purulenta.
<b>Piel</b>	Adormecimiento, seca, áspera, malsana, flaccidez, inactividad 1 o 2.	Hormigueo, piel de gallina, clavante, pecas (o hiperpigmentación de cualquier tipo), picaduras de insectos, erisipelas 2-3, intertrigo 2-1, ictericia 2 o 3, caspa, queuloide, excrecencias, verrugas.	Ardiente, anestesia, arrugada, equimosis, grietas, cuarteada, excoriación, úlceras, gangrena, lupus.

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Piel</b> (continuación)	Erupciones: pruriginosas, indoloras, pápulas, sarna, sarpullido, invierno, lavar, suprimidas.	Erupciones: secretantes, húmedas, vesiculosas, pénfigo, herpéticas 2-3, costrosas, escamosas, eczema, urticaria, roncha, forúnculos, tubérculos, viruela.	Erupciones: sangrantes, supurantes, pústulas, ectima, petequia, fagedénicas, escozor, impétigo 2-3, leprosas, sifilíticas.
<b>Vejiga</b>	Debilidad, retención de orina 1 o 2, prurito. Micción: débil, interrumpida, retardada, incompleta, insatisfactoria, goteo 1 o 2, infrecuente, inconsciente o insensible, involuntaria.	Cálculos, inflamación, catarro mucoso, urgencia para orinar; sensación de: plenitud, tensión, vacío. Micción: frecuente, bifurcado, fino o delgado, fuerte, interrumpida,	Espasmo, tenesmo, parálisis. Micción: chorro fino o delgado, bifurcado, interrumpida (cuando se deben a espasmo), frecuente por la noche (nicturia). Inactividad de la vejiga.
<b>Orina</b>	Acuosa, incolora, escasa.	Copiosa, espesa, espumosa, oscura o turbia, lechosa, película en su superficie, sedimento, azúcar, bilis, albuminosa, alcalina, peso específico aumentado.	Sanguinolenta, color amarillo oscuro (ya sea por sangre o por disfunción renal), acre, ardiente, peso específico disminuido.

<b>Seccio- nes</b>	<b>Síntomas</b>		
	<b>Psora</b>	<b>Sycosis</b>	<b>Syphilis</b>
<b>Genitales Masculino</b>	<p>Criptorquidia, fimosis, flaccidez, manosea genitales 1 o 2, deseo sexual disminuido. Coito con placer disminuido. Disposición a la masturbación 1-2. Erecciones: incompletas, dificultosas. Eyacuación: acuosa, fría, incompleta, débil, difícil, demasiado tardía.</p>	<p>Varicocele, sacudida en pene, tironeo hacia abajo, disposición a la masturbación, deseo sexual aumentado. Coito con placer: aumentado, extremo, prolongado. Erecciones: fuertes, frecuentes, continuadas o priapismo. Eyacuación: copiosa, demasiado rápida o precoz. Eyacuaciones seminales o poluciones.</p>	<p>Ulceras, atrofia. Deseo sexual: falta de, excesivo, violento o incontrolable. Coito: aversión al, doloroso, placer ausente, placer insoportable. Erecciones: dolorosas, violentas, falta de o impotencia. Eyacuación: dolorosa, sanguinolenta, falla durante el coito.</p>
<b>Genitales Femeninos</b>	<p>Infantilismo genital, prolapso, desplazamiento del útero, placenta retenida, subinvolución. Menstruación: atrasada, escasa, corta duración, pálida. Loquias: escasas, tenues, movimiento agrava. Leucorrea: tenue o acuosa 2-1.</p>	<p>Flatos por vagina. Menstruación: frecuente o demasiado pronto, copiosa, prolongada, dolorosa o dismenorrea, intermitente 2-3. Loquias: copiosas, suprimidas. Leucorrea: copiosa, espesa, lechosa, blanca, amarilla.</p>	<p>Vaginismo, esterilidad, metrorragia, aborto, parto prematuro. Menstruación: irregular, oscura, maloliente. Loquias: acre, oscuras, malolientes, purulentas. Leucorrea: oscura, negra, sanguinolenta. Insensibilidad de la vagina.</p>

Secciones	Síntomas		
	<i>Psora</i>	<i>Sycosis</i>	<i>Syphilis</i>
<b>Extremidades</b>	<p>Ablandamiento de huesos, curvadas y encorvadas, inestabilidad de las articulaciones, cojera 1 o 2 o 3, crujidos en las articulaciones, debilidad, torpeza.</p> <p>Uñas: delgadas, corrugadas, manchadas, quebradizas o frágiles, exfoliación.</p>	<p>Apretamiento de los dedos de la mano, nudosidades artríticas 2-3, callos, exostosis, juanetes, flegmasia alba dolens, sabañones.</p> <p>Uñas: oniquia o paroniquia, uñero.</p>	<p>Tiesura o rigidez, músculos y tendones acortados, contracción de músculos y tendones, constricción, ataxia, paso vacilante, incoordinación, discapacidad, caries óseas, piel agrietada.</p> <p>Uñas: deformadas, padrastrós 3-2.</p>

**Notas.** Respecto a la clasificación de los síntomas según lo miasmático, aclara Sánchez Ortega que “de ninguna manera quiere decir que un síntoma aislado sea forzosamente correspondiente a un miasma, así pues, siempre tendrá que referirse al conjunto, a la totalidad que es la que signa realmente al sujeto” (Sánchez, 1983, pág. 65). Debido a que clasificar un síntoma en un miasma está condicionado a la totalidad y a la causa que lo produce, la clasificación de síntomas dada solamente debe tomarse como una guía general en la clínica.

Se obtuvo de los libros de Sánchez Ortega: “Introducción a la Medicina Homeopática, Teoría y Técnica” (Sánchez, 1992, págs. 423-477), “Apuntes sobre los Miasmas o Enfermedades Crónicas de Hahnemann” (Sánchez, 1983, págs. 73-95 y 147-175), y “Traducción y Definición de los Síntomas Mentales del Repertorio Sintético de Barthel” (Sánchez, 1998); de la traducción de Flores Toledo del libro:

“Las Enfermedades Crónicas” de Hahnemann (Hahnemann, 1989, págs. 82-126); del trabajo de Riveros sobre: “Definición y Clasificación Miasmática de los Síntomas Generales del Repertorio Synthesis” (Riveros, 2000), y del análisis personal, siguiendo el concepto del hipo, hiper y dis, para la psora (1), sycosis (2) y syphilis (3) respectivamente. Los nombres de los síntomas se tomaron del repertorio “Synthesis”, edición 6.1 (Schroyens, 1998).

Cuando un síntoma está seriado miasmáticamente por más de un número, hace referencia a que el síntoma es producto de la mezcla de los miasmas simbolizados por esos números, como se deduce del capítulo “Definición de Síntomas” del libro “Apuntes sobre los Miasmas o Enfermedades Crónicas de Hahnemann” (Sánchez, 1983, págs. 147-175).

**Cuadro 8****Clasificación de medicamentos según los conceptos de Sánchez Ortega sobre los miasmas**

<b>Medicamentos</b>		
<b>Psóricos</b>	<b>Sycósicos</b>	<b>Syphiliticos</b>
Alumina 1-2	Aconitum 2-3-1	Antimonium Crudum 3-1
Antimonium Tart. 1-3	Agaricus M. 2-1-3	Arsenicum Album 3-1-2
Bryonia 1-2-3	Apis M. 2-1-3	Arnica M. 3-1
Calcarea Carb. 1-(3-2)	Argentum Nit. 2-3-1	Aurum 3-1-2
Calcarea Sulp. 1-3	Chamomilla 2-(1-3)	Baryta Carbonica 3-1
Camphora 1-3	Coffea C. 2	Belladonna 3-2-1
Causticum 1-2-(3)	Colocynthis 2-3-1	Carbo Veg. 3-1
China Off. 1-(2-3)	Dulcamara 2	Conium 3-1-2
Cocculus 1-2-(3)	Hyoscyamus 2	Cuprum 3-2-1
Euphrasia 1-3	Ignatia 2-(1-3)	Drosera 3-1-2
Gelsemium 1-3	Ipecacuanha 2-1	Hepar Sulp. 3-2-1
Graphites 1-3-2	Ledum Pal. 2-1	Kali Bich. 3-1-2
Iodum 1-3-2	Magnesia Phos. 2-1	Kali Iod. 3-2-1
Kali Carb. 1-2-3	Medorrhinum 2	Kali Phos. 3-1-2
Lycopodium 1-2-3 (equilátero)	Natrum Carb. 2-1-3	Kreosotum 3-2-1
Magnesia Carb. 1-2-3	Nux Vomica 2-1-3	Lachesis 3-2-1
Natrum Muriaticum 1-2-3 (casi equilátero)	Platina 2-3-1	Mercurius 3-1-2
Phosphoricum Ac. 1-3-2	Podophyllum 2	Nitricum Ac. 3-2-1
Plumbum 1-3-(2)	Pulsatilla 2-1-3	Opium 3-1-2
Silicea 1-2-3 (equilátero)	Rhus Tox 2-1	Phosphorus 3-1-2
Zincum Met. 1-3-2	Spigelia 2	Psorinum 3
	Thuja 2	Sepia 3-1-2 (casi equilátero)
	Veratrum Alb. 2-3-1	Staphysagria 3-1-2

<i>Medicamentos</i>		
<i>Psóricos</i>	<i>Sycósicos</i>	<i>Syphilíticos</i>
		Stramonium 3-2-1 Sulphur 3-1-2 (casi equilátero)

**Nota.** El medicamento seriado con más de un número significa que tiene síntomas de dos o de los tres miasmas, siendo el primer número el miasma que predomina en cantidad de síntomas y el último el de menos, como se deduce del capítulo “Ejemplo de clasificación miasmática de los medicamentos conforme a sus síntomas” del libro “Apuntes sobre los Miasmas o Enfermedades Crónicas de Hahnemann” (Sánchez, 1983, págs. 179-195).

**Fuente:** Apuntes de clase en la escuela “Homeopatía de México A. C.”, 1993.

## Cuadro 9

## La incurabilidad

<b>Tipo de incurabilidad</b>	<b>Definición</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>1. Parcial o relativa</b>	Conciernen a una parte del sujeto, ya sea por lesión degenerativa de un órgano o por su amputación.	Se debe esperar, ayudado con placebo, e intervenir tan pronto sea adecuado.
<b>2. Total o completa</b>	Está afectada todo el organismo, un sistema o un aparato, con lesiones irreversibles, degenerativas.	Observar el momento oportuno de intervenir, y comenzar con un medicamento superficial, en el sentido miasmático, buscando quitar una pequeña capa, sin provocar grandes reacciones.
<b>3. Absoluta o a corto plazo</b>	Deterioro del organismo sin ninguna posibilidad curativa, con lesiones destructivas y con poca fuerza vital.	Solamente paliar, es decir, dar un medicamento de acción superficial y de baja potencia, ayudando a bien morir al paciente.
<b>4. Temporal</b>	Por circunstancias u obstáculos que imposibilitan la curación, como un medio ambiente adverso o los tratamientos alopáticos.	Dar inicialmente placebo, y luego tratar los pocos síntomas observables que no hayan sido suprimidos o que reaparezcan.

<b>Tipo de incurabilidad</b>	<b>Definición</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>5. Persistente o a largo plazo</b>	Por penas o acontecimientos importantes que sufre el individuo, que no puede o no quiere resolver, alterando sus funciones orgánicas de manera total o parcial.	Buscar que el paciente rectifique su pensamiento y conducta con psicoterapia y el medicamento indicado hacia el miasma actuante.
<b>6. Definitiva</b>	Es cuando el paciente no quiere curarse. Se encuentra muerto en vida, con lesiones ostensibles o sin ellas.	Atenuando lo miasmático como vayan surgiendo en manifestaciones, es posible curarlo.

## Cuadro 10

## Observaciones después de la primera prescripción

<b>Observación</b>	<b>Causas</b>			<b>Procedimiento</b>
	<b>Enfermo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Miasmática</b>	
<b>1. Agravación progresiva hasta el aniquilamiento final del enfermo</b>	Incurable, con poca vitalidad y daños profundos.	Semejante.	Mezcla miasmática de psora, sycosis y syphilis.	Paliar inicialmente, es decir, dar un medicamento de acción superficial y de baja potencia, para solo aliviar.
<b>2. Agravación persistente y después lenta mejoría</b>	En curación, de una enfermedad muy profunda, con serios daños orgánicos.	Semejante, con dosis grande por poco diluida o en su potencia.	Enfermo con fondo psórico notable, y sobrepuesto uno de los otros dos miasmas.	Esperar que la naturaleza actúe, sin interferir ni permitir que el paciente lo haga.

<b>Observación</b>	<b>Causas</b>			<b>Procedimiento</b>
	<b>Enfermo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Miasmática</b>	
<b>3. Agravación rápida, corta y fuerte, seguida de rápida mejoría</b>	En curación, con buena fuerza vital y con lesiones o alteraciones funcionales considerables.	Semejante, con una potencia un tanto exagerada.	Prevalece una condición sycósica o syphilítica, por la reacción violenta. El miasma vuelve a su estado de latencia.	Si se dio dosis única: esperar o dar placebo; en el método plus: disminuir la frecuencia de la dosis.
<b>4. Mejoría sin agravación</b>	En curación, con buena fuerza vital, y con patología superficial y funcional.	Semejante, con la potencia adecuada (simillimum).	El miasma no era muy profundo, o su actividad fue relativa y sigue latente.	No interferir médicamente y dar indicaciones de higiene.
<b>5. Mejoría corta y consecutivamente agravación</b>	<b>a. Incurable.</b>	Semejante.	Incurabilidad por la unión activa o mezcla (intrincamiento) de dos o de los tres miasmas.	Debe esperar a que pase el efecto del medicamento. Si se prolonga, paliar. Luego, dar uno superficial.

<b>Observación</b>	<b>Causas</b>			<b>Procedimiento</b>
	<b>Enfermo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Miasmática</b>	
<b>5. Mejoría corta y consecutivamente agravación (continuación)</b>	<b>b. Supresión</b> de síntomas.	Desemejante		Dar el antídoto u homeódoto.
	<b>c. Obstáculos a la curación.</b>	Semejante.		Corregir lo que entorpece la curación.
<b>6. Mejoría muy corta</b>	<b>a.</b> En los casos agudos, por inflamación importante; en los crónicos, por órganos destruidos o en destrucción, pero curables y con vitalidad.	Semejante, pero con <b>dosis insuficiente</b> , en potencia o en su frecuencia.	La dosis es insuficiente porque el miasma predominante lo es tanto en extensión como en profundidad.	Repetir la dosis con una frecuencia de tiempo menor de lo que duró la mejoría, y si se prolonga la repetición, aumentar la potencia.
	<b>b. Obstáculos a la curación.</b>	Semejante.		Con el medicamento, ayudar al paciente a vencer el mal hábito.

<b>Observación</b>	<b>Causas</b>			<b>Procedimiento</b>
	<b>Enfermo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Miasmática</b>	
<b>7. Mejoría de los síntomas pero no del enfermo</b>	a. <b>Incurabilidad parcial</b> por órganos con lesiones irreparables, o extraídos en cirugía.	Semejante.		Prescribir para lo que resta del organismo.
	b. <b>Paliación</b> de síntomas.	Superficial.	No se ha reconocido lo profundo del caso, lo miasmático.	Rectificar la toma del caso, en búsqueda del miasma predominante.
	c. Los <b>miasmas en latencia</b> persisten.	Semejante.	Los síntomas del hoy se producen sobre una fuerte condición miasmática en latencia.	Tratar el miasma de fondo que predomine.
<b>8. Síntomas por hipersensibilidad del paciente</b>	<b>Hipersensible.</b>	Semejante, con potencia alta para el paciente.	Paciente sycósico, por lo intenso de sus reacciones.	Disminuir la potencia y tratar de evitar repetir la dosis.

<b>Observación</b>	<b>Causas</b>			<b>Procedimiento</b>
	<b>Enfermo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Miasmática</b>	
<b>8. Síntomas del medicamento por hipersensibilidad del paciente</b> (continuación)				Hahnemann recomienda diluir y agitar una cucharadita del medicamento en 7 u 8 cucharadas de agua y dar al paciente una cucharadita por dosis.
<b>9. Acción benéfica de los medicamentos sobre los experimentadores</b>	Experimentador relativamente sano.	Medicamento a investigar.	Los <b>miasmas en latencia</b> al manifestarse por estímulo del medicamento, <b>se atenúan.</b>	Las experimentaciones deben ser dirigidas convenientemente.
<b>10. Aparición de síntomas nuevos</b>		<b>a. Desemejante</b>	Respuesta independiente a las condiciones del enfermo.	Si son muy intensos, dar un antídoto y luego el semejante; si no lo son, dar el semejante; y en caso de urgencia, dar un remedio que incluya los

<b>Observación</b>	<b>Causas</b>			<b>Procedimiento</b>
	<b>Enfermo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Miasmática</b>	
<b>10. Aparición de síntomas nuevos</b> <i>(continuación)</i>				síntomas primitivos que persistan y los nuevos.
		<b>b.</b> Por repetir el medicamento sin modificar la dinamización.	Respuesta independiente a las condiciones del enfermo.	Sucusionar la medicina disuelta en agua, antes de cada toma.
	<b>c. Hipersensible.</b>	Semejante.	Ver la observación 8	
<b>11. Reparición de síntomas antiguos</b>	<b>En curación,</b> con buena fuerza vital.	Semejante, con la potencia adecuada (simillimum)	Gran avance de las enfermedades crónicas miasmáticas en el paciente a través de los años. El miasma actuante en el hoy se atenúa, y da lugar al subyacente.	Observar su evolución, sin modificar el tratamiento, y evitando que se interfiera, excepto, si los síntomas son persistentes o insoportables.

<b>Observación</b>	<b>Causas</b>			<b>Procedimiento</b>
	<b>Enfermo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Miasmática</b>	
<b>12. Los síntomas toman una dirección equivocada</b>	<b>Supresión</b> de síntomas.	Desemejante, que abarca algunos síntomas locales y no la totalidad.	No se tomó en cuenta la totalidad de los síntomas característicos del miasma predominante.	Dar inmediatamente el antídoto y luego prescribir para el miasma predominante.
<b>13. Mejoría corta, que se repite al tomar el medicamento</b>	<b>Incurabilidad parcial</b> o relativa, por extirpación de órganos en cirugía.	Semejante	La extirpación de un órgano impide la agudización miasmática que debía realizarse en ese órgano durante la curación.	Mantener la indicación del medicamento, generalmente de acción no muy profunda, y acentuar la higiene.
<b>14. Mejoría corta seguida de agravación de síntomas concomitantes, que se repite al tomar el medicamento indicado</b>	<b>Incurable.</b>	Semejante en cada prescripción.	Conjunciones o mezclas miasmáticas, generalmente psora-syphilis.	Atenuar primero el miasma más dominante y después el siguiente, con frecuencia repitiendo el procedimiento.

<b>Observación</b>	<b>Causas</b>			<b>Procedimiento</b>
	<b>Enfermo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Miasmática</b>	
<b>15. Mejoría corta seguida de nuevos síntomas o modalidades, que se repite al tomar un nuevo medicamento</b>	<b>Supresiones sucesivas.</b>	Desemejantes por superficiales y parciales.	No se reconoce el miasma predominante y se prescribe para el principal (en cantidad de síntomas) o de los que están en latencia.	Dar placebo mientras se estabiliza el cuadro y solo volver a prescribir con seguridad.
<b>16. Mejoría prolongada y después agravación</b>	<b>Incurable</b> por lo general, por supresiones muy anteriores, habitualmente en las primeras etapas de la vida.	Semejante, generalmente dado en alta potencia.	Se trataron antes los síntomas más ostensibles y no los del miasma predominante, que se ha incrementado, manifestándose en planos más profundos.	Reconsiderar lo miasmático más importante según la herencia y la evolución de la patología, e ir atendiendo las expresiones de ese miasma.
<b>17. Agravación prolongada y después una corta mejoría</b>	<b>Incurable.</b>	Semejante.	El estado miasmático es absolutamente dominante. La psora	Paliar, y tal vez nunca intentar la curación, a excepción de un joven que anhele

<i>Observación</i>	<i>Causas</i>			<i>Procedimiento</i>
	<i>Enfermo</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Miasmática</i>	
			incapacita al organismo en su defensa.	vivir, rodeado de afecto y con buenos hábitos de vida, pero después de algún tiempo.

**Nota.** La causa miasmática pertenece al enfermo, pero se dividen para facilitar su estudio.

## 7. Análisis de resultados

La definición que hace Sánchez Ortega de la psora como hipo, la sycosis como hiper y la syphilis como dis, permite clasificar los síntomas del paciente en estas tres enfermedades crónicas y dirigir el tratamiento hacia la más predominante en el hoy, y luego tratar la que le sigue en importancia, hasta alcanzar la curación del paciente, si es posible. Para esto determina un método que consiste en:

- Después de haber investigado minuciosamente los sufrimientos del paciente, precisar los síntomas según el lenguaje de la materia médica homeopática y del repertorio.
- Señalar en cada uno de ellos el miasma al que corresponda.
- Los síntomas a tener en cuenta deben ser sólo los característicos, de acuerdo con el parágrafo 153 del Organón.
- Considerar el predominio miasmático del caso observando los síntomas que pertenezcan a los antecedentes familiares y personales, para deducir “de donde viene” el paciente. También, evaluar la congruencia o incongruencia del “ayer” con el “hoy” del paciente por cuanto a la sucesión de síntomas.
- De los síntomas característicos, se escogen los del hoy, es decir, los síntomas que está viviendo el enfermo actualmente, su último momento existencial.
- De los síntomas del hoy, se seleccionan los que correspondan al miasma predominante, o sea, a la enfermedad crónica miasmática más activa que produzca el mayor sufrimiento al paciente, no en cantidad de síntomas, sino en su importancia

o jerarquía. Además, se evalúa si los otros miasmas crónicos están en latencia o activos, y si se encuentran mezclados o no.

- De los síntomas del miasma predominante, se elige el “Síndrome Mínimo de Valor Máximo”, que corresponde al menor número de síntomas que mejor definen la patología del paciente y, entre estos, el que más lo precise, pues será el que se tome en primer lugar (síntoma rector).

- Se repertorizan los síntomas del síndrome mínimo de valor máximo.

- Se escoge el medicamento entre los primeros obtenidos en la repertorización, corroborándose con la materia médica. Para su selección, debe tomarse en cuenta la intención y la posibilidad curativa.

Pero, de sus argumentos pudieran surgir algunas objeciones. Primero, el hecho de que la psora se caracterice por el hipo, la sycosis por el hiper y la syphilis por el dis. Sin embargo, las lesiones primarias de estas tres enfermedades tienen esa tendencia. La sycosis con las secreciones gonorréicas y las verrugas, que es hiper-producción; la syphilis con el chancro ulceroso, que es destrucción; y la otra tendencia a padecer, pues a nivel celular no existe otra forma, correspondería a la psora, es decir, la hipo-producción.

Segundo, que al tratarse el miasma predominante se está suprimiendo, porque no se toma la totalidad sintomática. Sin embargo, así como debe tratarse una enfermedad aguda intercurrente y después proseguir con el tratamiento de la enfermedad crónica, y no las dos juntas, de igual manera debe tratarse una enfermedad crónica y después la otra, porque cada una es independiente. No se suprime porque se trata la “totalidad de la enfermedad miasmática” más predominante en ese momento.

Tercero, que no se toman los síntomas más antiguos, que por su permanencia, serían los más importantes a considerar. No obstante, en los síntomas del hoy están los que más caracterizan al paciente, es decir, los más notables, extraordinarios, singulares y peculiares. Además, tratar el hoy es estar acorde con la ley de curación, yendo de lo último a lo primero. El hoy del paciente es su último momento existencial, lo actual que está viviendo, que puede corresponder a días, años o toda su vida.

Cuarto, la dificultad de aplicar su método, porque a veces no se percibe con claridad el miasma predominante, y no se sabe a qué miasma pertenecen algunos síntomas. Para llegar al miasma predominante se debe entender al paciente en su sufrimiento más profundo y desde allí determinar qué estado patológico miasmático lo condiciona. En los casos complicados, generalmente incurables, pueden estar manifestándose de manera predominante dos o los tres miasmas crónicos, y aquí el médico debe decidirse por el que considere más importante de tratar en ese momento, ayudándose de su intuición y experiencia.

Respecto a la clasificación de los síntomas según lo miasmático, se pueden dar listas que orienten, pero en varios casos el síntoma debe clasificarse según la individualidad del paciente, de como él lo genera. En los síntomas generales y particulares deberá tomarse en cuenta la fisiopatología del síntoma para determinar su causa y, por ende, su condición miasmática.

El método de Sánchez Ortega es sólo para las enfermedades miasmáticas o constitucionales crónicas, en cualquiera de sus estadios, ya sea latente, manifiesto o agudizado. En las enfermedades agudas es incorrecto aplicar esta clasificación miasmática, pues son enfermedades de otra naturaleza.

## 8. Conclusiones

De los aspectos más importantes y completos que desarrolla Sánchez Ortega son los de la clínica homeopática, desde la toma del caso hasta las observaciones después de la primera prescripción. Para un buen interrogatorio, insiste en la necesidad de lograr la empatía con el paciente; la identificación o compenetración intelectual y emotiva del médico con él, considerando su sufrimiento como si fuera nuestro o un estado al que podemos llegar.

Después de haber tomado el caso, se procede a seleccionar y ordenar los síntomas con base en su importancia o valor (jerarquización), para facilitar el estudio y la comprensión del paciente, que se concretará en cinco diagnósticos: nosológico, individual, miasmático, integral y medicamentoso. En la jerarquización y los diagnósticos se encuentra lo principal de su método clínico.

Aunque no comenta mucho sobre la potencia, si da consejos importantes como el de iniciar la prescripción con dosis medianas o débiles cuando aún tenemos poca experiencia, porque la dosis débil se puede repetir o elevar si no es suficiente, en cambio, un exceso de dosis es más difícil de subsanar. Indica que cuando más intenso es el síntoma o más crónicas las perturbaciones, más alta la potencia; y cuando más considerable sean las lesiones o más profunda la patología, menos alta la potencia.

Para una correcta prescripción del paciente y su pronóstico, Sánchez Ortega enseña los diferentes tipos de incurabilidad. La *parcial*, que corresponde a un órgano o a una parte del sujeto, ya sea por lesión degenerativa o amputación; la *total*, que afecta a todo el organismo, un sistema o un aparato, con lesiones irreversibles, degenerativas; la *absoluta*, por deterioro del organismo sin ninguna posibilidad curativa, con lesiones destructivas y con poca fuerza vital; la *temporal*, por

circunstancias u obstáculos que imposibilitan la curación; la *persistente*, por penas o acontecimientos importantes que sufre el individuo, que no puede o no quiere resolver; y la *definitiva*, cuando el paciente no quiere curarse.

Por último, comenta las doce “observaciones después de la primera prescripción” dadas por Kent, añadiendo una explicación a cada una de ellas según lo miasmático, y agrega cinco observaciones más originadas por el tratamiento de las enfermedades crónicas miasmáticas, que son: Mejoría corta, que se repite al tomar el medicamento; mejoría corta seguida de agravación de síntomas concomitantes, que se repite al tomar el medicamento indicado; mejoría corta seguida de nuevos síntomas o modalidades, que se repite al tomar un nuevo medicamento; mejoría prolongada y después agravación; y agravación prolongada y después corta mejoría.

## 9. Recomendaciones

Se recomienda a los médicos homeópatas incorporar a su práctica los conceptos de Sánchez Ortega y, por medio de la experiencia, investigar y comprobar la veracidad de sus aportaciones.

A su vez, que los casos clínicos tratados con su método sean publicados en las diferentes revistas homeopáticas, para que sirvan de incentivo y estudio a otros homeópatas.

A pesar de que se han dado listas de síntomas de las tres enfermedades crónicas según los conceptos de Sánchez Ortega, se recomienda ampliarla, así sea una aproximación por la individualidad de cada paciente, e incluirla en el repertorio, manual y computarizado. Esta información facilitaría la aplicación del método.

La práctica hace al maestro, y es la única manera como las dificultades que se le atribuyen al método, se superan. Sólo tomando el hábito de elaborar una buena toma del caso, clasificar los síntomas en los tres miasmas, determinar el miasma predominante en el hoy del paciente y realizar los diagnósticos estudiados, es que se llega a tener la habilidad en su aplicación. Los cuadros de texto que se dan al final del trabajo, el médico que se inicia en el método puede tenerlos a la mano para recordar los pasos a seguir.

## 10. Referencias bibliográficas

- Alcover, G. (1985). *Conceptos Doctrinarios y Observaciones Clínicas en la Medicina Homeopática Introducidos o Desarrollados por el Maestro Proceso S. Ortega*. México D. F.: Homeopatía de México A. C.
- Allen, H. (1978). *Los Miasmas Crónicos. Psora y Pseudopsora*. Buenos Aires, Argentina: Albatros.
- Bellavite, P., & Pettigrew, A. (2004). Miasms and Modern Pathology. *Homeopathy*, 93(2), 65-66.
- Cambier, J., & Masson, M. (1988). *Manual de Neurología*. Barcelona, España: Masson S. A.
- Demarque, D. (1981). *Técnicas Homeopáticas*. Buenos Aires, Argentina: Marecel S.R.L.
- Draiman, M. (2004). Historia Clínica Homeopática. Los cuatro diagnósticos del médico homeópata. Importancia del diagnóstico clínico. En A. M. Argentina, *Tratado de Doctrina Médica Homeopática* (págs. 61-72). Buenos Aires, Argentina: A.H.M.A.
- Francois, F. (2007). *Historia de la Homeopatía en México*. New Delhi, India: Jain Publishers.
- Francois, F. (2012). Las enfermedades crónicas y su trascendencia en la clínica. *La Homeopatía de México*, 81(679), 6-11. Obtenido de <http://www.similia.com.mx/index.php?sec=revista>
- Ghatak, N. (1982). *Enfermedades Crónicas, su Causa y Curación*. Buenos Aires, Argentina: Albatros.

- Goldberger, R. (1993). Más sobre Miasmas. *Acta Homeopathica Argentinensia*, 7(44), 55-108.
- González, F. (2014). Ley de la Individualidad. En I. L. Páez, *Fundamentos Teóricos de la Homeopatía* (págs. 80-84). Bogotá, Colombia: Visión Digital Hadad.
- Granja, L. (2010). *Ortodoxia Homeopática*. Quito, Ecuador: V&M Gráficas.
- Gulati, R. (2010). The Concept of Miasm. *Homeopathy*, 99(2), 150. doi:10.1016/j.homp.2009.12.002
- Gunavante, S. (2001). *Introducción a la Prescripción Homeopática*. New Delhi, India: Jain Publishers.
- Hahnemann, S. (1983). *Traducción y Comentarios del Organón de Hahnemann*. (B. Vijnovsky, Trad.) Buenos Aires, Argentina.
- Hahnemann, S. (1989). *Doctrina y Tratamiento Homeopático de las enfermedades Crónicas*. (D. Flores Toledo, Trad.) México D. F.: UNAM.
- Hahnemann, S. (1999). *Las Enfermedades Crónicas, su Naturaleza Peculiar y su Curación Homeopática*. (C. Viqueira, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Tomás P. Paschero.
- Hahnemann, S. (2004). *El Organón de la Medicina*. (D. Flores Toledo, Trad.) México, D. F.: Instituto Politécnico Nacional.
- Hahnemann, S. (2008). *Organon del Arte de Curar*. (R. G. Pirra, Trad.) Buenos Aires, Argentina: RGP Ediciones.
- Jaramillo, L. (1954). *Doctrina Homeopática a la Reforma de la Medicina*. México D. F.: Lago de Pátzcuaro 28.
- Kent, J. (1992). *Filosofía Homeopática*. New Delhi, India: Jain Publishers.

- Martilletti, A. (2014). Concepto de Miasmas. Miasmas: Punto de Vista Clásico. En I. L. Páez, *Fundamentos Teóricos de la Homeopatía* (págs. 116-125). Bogotá, Colombia: Visión Digital Hadad.
- Marzetti, R. (1976). *Lo Fundamental en Homeopatía, su Teoría y Práctica*. Buenos Aires, Argentina: Climent.
- Mathur, M. (2009). The concept of miasm - evolution and present day perspective. *Homeopathy*, 98(3), 177-180. doi:10.1016/j.homp.2009.05.003
- Möhler, J. (2000). *Simbólica*. Madrid, España: Ediciones Cristiandad.
- Montfort, H. (julio-agosto de 2014). Las Enfermedades Crónicas de Hahnemann. La Supresión y el Estrés Oxidativo. *La Homeopatía de México*, 83(691), 18-27.
- Montfort, H. (mayo-junio de 2014). Las Enfermedades Crónicas de Hahnemann. Qué son en Realidad. *La Homeopatía de México*, 83(690), 7-13.
- Riveros, C. (2000). *Definición y Clasificación Miasmática de los Síntomas Generales del Repertorio Synthesis*. Bogotá, Colombia: Farmacia Homeopática Nestor Riveros.
- Roberts, H. (2003). *Los Principios y el Arte de la Curación por Medio de la Homeopatía*. New Delhi, India: Jain Publishers.
- Sánchez, P. (1964). Miasmas Crónicos de Hahnemann. *Conferencia llevada a cabo en la Primera Asamblea General de Homeopatía de México* (págs. 87-97). México D. F.: Homeopatía de México A. C.
- Sánchez, P. (1983). *Apuntes sobre los Miasmas o Enfermedades Crónicas de Hahnemann*. Buenos Aires, Argentina: Albatros.
- Sánchez, P. (1992). *Introducción a la Medicina Homeopática, Teoría y Técnica*. México D. F.: Novarte.

- Sánchez, P. (1998). *Traducción y Definición de los Síntomas Mentales del Repertorio Sintético de Barthel*. México D. F.: Colegio Médico de Homeopatía de México A. C.
- Sánchez, P. (2000). Aplicación Práctica de la Clínica Integral Homeopática, Considerando lo Miasmático - San Miguel Regla, Hidalgo - 1994. En P. Sánchez, *Aplicación Práctica de la Clínica Integral Homeopática Considerando lo Miasmático* (págs. 1-77). México, D. F.: Homeopatía de México A. C.
- Sánchez, P. (2000). Curso de Puntualización de Clínica Integral Considerando lo Miasmático - Puebla, Puebla, 1992. En P. Sánchez, *Aplicación Práctica de la Clínica Integral Homeopática Considerando lo Miasmático* (págs. 1-61). México D. F.: Homeopatía de México A. C.
- Sánchez, P. (2000). Puntualización de la Clínica Integral Homeopática, Considerando lo Miasmático - Cuernavaca, Morelos, 1990. En P. Sánchez, *Aplicación Práctica de la Clínica Integral Homeopática Considerando lo Miasmático* (págs. 1-24). México D. F.: Homeopatía de México A. C.
- Sánchez, P. (2003). *Apuntes sobre Clínica Integral Hahnemaniana*. México D. F.: Corporativo Grupo Balo.
- Sánchez, P. (2012). Miasmas. *La Homeopatía de México*, 81(677), 31-37. Obtenido de <http://www.similia.com.mx/index.php?sec=revista>
- Schroyens, F. (1998). *Synthesis, Repertorium Homeopathicum Syntheticum* (6.1 ed.). New Delhi, India: Jain Publishers.
- Ullman, D. (1990). *La Homeopatía, Medicina del Siglo XXI*. Barcelona, España: Martínez Roca.