

Caso clínico

*Manejo Homeopático del Niño con Patología Neurológica Compleja

**Liliana Szabó

Resumen

Este artículo deja en claro que las condiciones neurológicas complejas en los niños deben abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria en la que la Homeopatía pueda participar positivamente. El trabajo se encuadra en el ámbito clínico y surge de las observaciones que se realizaron en casos paradigmáticos: el de dos niños que respondieron favorablemente al tratamiento homeopático y que fueron seleccionados para esta investigación debido al seguimiento continuo prolongado, y a la claridad de sus necesidades de prescripción.

PALABRAS CLAVE:

Daño neurológico, Patología neurológica compleja. Patología neurológica infantil, Homeopatía y neurología, Caso clínico neurológico.

Abstract

This article makes a clear point that the neurological conditions in children should be approached from the multidisciplinary perspective in which Homeopathy can participate positively. This work focuses in the clinical aspect and the observations that were made in the paradigmatic cases: The children responded positively to the homeopathic treatment and were selected for this investigation due to the continuous, prolonged and the clarity of the necessities of prescription.

KEYWORDS:

Complex neurological pathologies, Neurology and Homeopathy, Pediatric neurology, Neurological clinical case.

*Trabajo presentado en el 71 Congreso de la *Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis* (LMHI), celebrado del 24 al 27 de agosto de 2016 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

**Médico pediatra y homeópata, miembro de la Asociación Médica Homeopática Argentina. Correo: annasz@fibertel.com.ar

Introducción

Los médicos homeópatas unicistas estamos habituados a que nuestros pacientes respondan a un único remedio por vez, el cual, en muchas ocasiones, sigue siendo correcto a largo plazo sin necesidad de cambiarlo por otro. Es frecuente que se necesite indicar un remedio específico para determinado cuadro agudo, y normalmente se vuelve al remedio constitucional una vez superado el episodio. En el caso de niños con severo compromiso neurológico, a su patología neurológica propiamente dicha se le suman otras complicaciones que hacen de estos niños pacientes difíciles de ser manejados con un único medicamento.

Objetivos

Es la intención de este trabajo facilitar la comprensión de este tipo de pacientes en su totalidad como personas, y en el detalle de los aspectos muy particulares que los identifican debido a su patología compleja. Es bueno destacar que este tipo de niños requiere de un tratamiento no sólo multidisciplinario sino también de una Homeopatía variable y múltiple enfocando cada uno de los problemas del niño según la realidad lo requiera, momento a momento.

Todo el desarrollo de este trabajo es puramente clínico y nace de las observaciones y la experiencia de la autora con sus pacientes. Se presentan dos casos como muestra: dos niños que han respondido positivamente al tratamiento homeopático y que han sido seleccionados entre otros debido al seguimiento continuado y prolongado y a la claridad de sus necesidades de prescripción.

Desarrollo

Este tipo de pacientes complejos requiere de un **trabajo en equipo** con profesionales de distintas especialidades y el trazado de ciertos objetivos para nuestra terapéutica homeopática, los cuales nos servirán de guía y autoevaluación a lo largo del seguimiento de estos niños.

1) Trabajo en equipo multidisciplinario. Habitualmente estos niños llegan a nuestro consultorio cuando el daño neurológico ya tiene un tiempo largo de

existencia, por lo tanto habrán sido atendidos al menos por un neurólogo y/o neurocirujano y terapeutas psicofísicos varios (psicólogo, psicomotricista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicopedagogo, músico terapeuta, kinesiólogo, etcétera). En caso de que no esté atendido correctamente se hace imprescindible su derivación al profesional que se considere más adecuado según el problema a tratar, toda vez que la Homeopatía, sola, no alcanza, sólo es un facilitador de la rehabilitación psíquica y neurológica.

Hay que señalar que es fundamental la comunicación fluida con el equipo terapéutico, ya que:

- a) Nos darán orientación precisa acerca de cuáles son las prioridades a tratar en el niño a cada momento, lo que facilita la prescripción homeopática y nos hace saber qué es lo digno de ser curado.
- b) Serán evaluadores objetivos del resultado de nuestra prescripción.

2) Objetivos del tratamiento homeopático:

1. Mejorar la calidad de vida del paciente y la de sus padres.
2. Reducir las enfermedades intercurrentes y las internaciones.
3. Reducir la cantidad de medicación alopática.
4. Mejorar la enfermedad crónica.
5. Estimular las capacidades neurológicas.
6. Estimular el desarrollo de la inteligencia.

Estos objetivos están enumerados en un orden que va desde lo más básico y posible a lo más difícil, aunque no imposible. Hay que decir que no se puede pretender mejorar el daño neurológico y desarrollar la inteligencia si antes no mantenemos a nuestros pacientes libres de enfermedades recurrentes. Cada vez que estos niños enferman pierden la posibilidad de ser estimulados en su desarrollo, ya que no están en condiciones de concurrir a sus terapias varias.

Por lo tanto, antes de la primera prescripción es de buena práctica preguntar a los padres y evaluar qué es lo que más interfiere actualmente con la armonía en la vida del niño y trabajar homeopáticamente desde este punto de partida.

Hay que conocer los efectos adversos de la medicación alopática que el niño recibe en forma crónica ya que muchos síntomas pueden ser efectos adversos de la misma, en cuyo caso serán más difíciles de revertir con la medicación homeopática. Sin embargo, es frecuente que la Homeopatía pueda aliviar y disminuir estos efectos a pesar de que el paciente

continúe recibiendo la medicación alopática que los genera. Una vez que el niño ha dejado de presentar síntomas que lo alteran (infecciones recurrentes, convulsiones, manifestaciones alérgicas, etcétera) se puede enfocar el tratamiento hacia la recuperación del daño neurológico propiamente dicho.

Historia de Valentín

Edad actual: 11 años —una hermana sana de 10 meses. **Primera consulta:** 30/08/11 (6 años).

Motivo de consulta: BOR (bronquitis obstructiva recidivante) desde los 2 años, corticoide dependiente. CVAS (catarro de vías aéreas superiores) crónico desde los 3 meses. Aftas recurrentes.

Enfermedad neurológica de base: parálisis cerebral causada por infección intrauterina a citomegalovirus diagnosticada al cuarto mes de vida.

Secuelas: hipoacusia severa diagnosticada a los 8 meses (usa audífono bilateral; no habla). Convulsiones epilépticas desde el año. Parálisis espástica. Retardo mental.

Hallazgo: déficit metabólico del ácido acetilmalónico que mejoró con dieta.

Tratamiento actual: recibe oxcarbazepina (Trileptal) como anticonvulsivante y budesonide en *puff* (aerosol) 250 mg por día para prevenir las BOR. Concorre a escuela de sordomudos, fonoaudiología cognitiva, kinesioterapia, equinoterapia y *Floortime*.

Antecedentes personales: embarazo deseado, parto normal con depresión al nacer. Apgar 5/7. Se cansaba al mamar y al tercer mes no sostenía la cabeza y comenzó con convulsiones tónico-clónicas. Trastorno neurológico de la deglución. Recibió muchas dosis de todo tipo de vacunas. Constipación habitual, defeca cada 3 a 4 días (lo que podría ser un efecto adverso de la oxcarbazepina).

Antecedentes familiares: varios primos asmáticos, un tío materno epiléptico. Sus bisabuelos maternos eran primos entre sí y tuvieron una hija con retardo mental.

Cómo es Valentín: simpático, expresivo, disfruta la escuela. Pide que le den de comer en la boca pese

a poder hacerlo solo. Caprichoso: si no le dan lo que quiere, revolea algo. Desafiante, opositorista: por ejemplo, se niega a pararse en la sesión de kinesiología. Se enoja si no logra hacer algo. Muy determinado para lo que quiere.

Datos físicos y generales: vomita con facilidad al toser. Aversión a bebidas calientes y helados. Piel sensible al contacto: se irrita por su saliva o con el pelo del caballo. Prurito ocular. Lloro y ríe dormido. Despierta frecuentemente. Transpira muy profusamente cabeza y torso durmiendo en verano.

Examen físico: niño con muy poca movilidad propia que permanece acostado sobre el piso y se entretiene con los juguetes durante toda la consulta, con un manejo muy limitado y torpe de sus manos. Babea constantemente. Balbucea. Hipertelorismo. Hipertonía de miembros inferiores y superiores. Hipotonía de tronco; no puede mantenerse sentado. Mirada aguda. Señala todo el tiempo a la madre lo que quiere que ella haga.

Repertorización general:

- Llanto durante el sueño.
- Reír durmiendo.
- Desobediencia.
- Aversión a las bebidas calientes.
- Trastornos después de vacunación.
- Agrava en otoño y primavera.
- Transpiración profusa durante el sueño.

Repertorización del cuadro neurológico:

- Convulsiones durante el sueño.
- Convulsiones epileptiformes.
- Convulsiones con tos.
- Cabeza girada hacia la izquierda durante la convulsión.
- Parálisis con atrofia.
- Parálisis espástica espinal.

En la **repertorización del cuadro general aparecen:** Silicea, Belladonna, Lachesis, Sulphur, Mercurius y Veratrum album.

En la **repertorización neurológica** aparecen: Cuprum, Plumbum, Secale y Arsenicum album.

Análisis: ¿qué es lo digno de ser curado?

1. Trastornos respiratorios alérgicos que dificultan su vida cotidiana e interfieren con la rehabilitación.
2. Mejorar sus síntomas neurológicos dentro de lo posible.

Primera prescripción: Lachesis 3 LM, 2 gotas por día con 10 succusiones cada vez. Se indica suspender el consumo de lácteos para disminuir las secreciones de la mucosa respiratoria. Suspender lenta y progresivamente los corticoides.

Evolución: no enfermó, disminuyó el moco crónico, mejoró mucho la piel, no más prurito en ojos. Despierta de buen humor. Sólo tuvo una breve crisis de ausencia después de un enojo. Con la primer toma de Lachesis tuvo un amague de convulsión breve. Mucho más receptivo y atento, intenta comunicarse con gestos precisos. Ya no grita al despertar. No transpira más de noche. No revolea las cosas sino que trata de conseguirlas por sí mismo. Él mismo pide dar las succusiones a su remedio.

Se aumenta progresivamente a Lachesis 4 LM, luego 5 LM y 6 LM, 2 gotas por día con 10 succusiones, dos meses cada una. Desaparecieron las ausencias. Se sienta con apoyo, camina alzado con valvas (instrumento en forma de lámina curva doblada que se emplea para separar las partes blandas en una exploración o intervención quirúrgica). Duerme toda la noche.

Septiembre de 2012: dos convulsiones durmiendo. No más diarreas ni trastorno respiratorio. Se indica feroterapia por anemia microcítica. Dice su madre que “nació para jefe”; se hace entender perfectamente en lo que quiere. Es audaz en lo físico, anda en bicicleta adaptada. Desde entonces se siguen aumentando las dinamizaciones de Lachesis pero cada tanto tiene crisis de mucosidad que responde a Mercurius 200 que se da como intercurrente.

Septiembre de 2014: con el inicio de la pubertad volvieron las ausencias, aunque esporádicas, y está recibiendo el límite máximo de la dosis de oxcarbazepina. Se agrega al tratamiento Cuprum 30 CH, 5 gotas diarias, ya que dicho medicamento figura en “convulsiones en la pubertad”.

Diciembre de 2014: con el inicio de la primavera presentó cuadros bronquiales leves: se agrega TM de Sticta pulmonaria (5 gotas dos veces al día) debido a su indicación en “catarro bronquial con trastorno neurológico”. Otros síntomas: apetito voraz pese a estar delgado y concienzudo por bagatelitas: cierra puertas, apaga luces, necesita poner la tapa a las birromes (pluma, lapicero), quiere que todo esté en su lugar. Tuvo dos crisis convulsivas leves durmiendo.

Marzo de 2015: mamá embarazada de 2 meses. Vocaliza y se comunica muy bien por señas,

aprende a leer y contar, mucho mejor en lo cognitivo. Menos hiperquinético. No enfermó más. Lachesis 6 y 7 LM. TM Sticta pulmonaria. Cuprum 30 CH.

Noviembre de 2015: mucho mejor. Feliz con su hermana recién nacida. Puede erguirse con ayuda y valvas en ambas piernas. Mercurius 200 en plus por CVAS, Lachesis 8 y 9 LM y Cuprum 30 CH.

Comentario

Este niño ha evolucionado muy bien. En cuanto a su patología respiratoria, ya no enferma. Por otro lado se ha ido conectando en la consulta cada vez más. Gracias a la rehabilitación y cirugía actualmente está intentando pararse, un enorme avance considerando que en la primera consulta estaba tirado en el piso con sólo leve movilidad de sus manos.

Historia de Franco

Edad actual: 10 años. Hijo único. **Primera Consulta:** 03/05/13.

Motivo de consulta: cuadros febriles respiratorios frecuentes, BOR, sinusitis severa. Catarro bronquial constante que lo agota con jadeo de tipo asmático.

Enfermedad de base: parálisis cerebral con cuadriplejía secundaria a daño por prematuridad extrema. Encefalopatía crónica no progresiva. Convulsiones.

Ceguera casi total; sólo percibe sombras. Hidrocefalia compensada con válvula ventricular. TC cerebral set. 2012: ausencia de hemisferios cerebelosos, agenesia de cuerpo calloso. Polisomnografía: EEG desorganizado con paroxismos de poliespiga y espiga-onda.

Tratamiento actual: ácido valpróico, topiramato, clonazepam, fluticasona, omeprazol y azitromicina preventiva 3 veces por semana. *Spray* nasal con corticoides. Kinesioterapia respiratoria diaria. Concorre jardín terapéutico y centro de rehabilitación multidisciplinario.

Antecedentes personales: el embarazo fue buscado y transcurrió en Bolivia. Pérdidas hasta el segundo mes. A las 26 semanas de gestación, dolor agudo, hemorragia y rotura de membranas. Nace en Bolivia

por parto con PN 930 g. Permanece allí con poca infraestructura en ARM. Al mes se traslada a Argentina donde le colocan válvula ventricular por hidrocefalia post hemorragia ventricular. Internado hasta el cuarto mes de vida.

A los 7 meses se realiza vitrectomía en Estados Unidos por retinopatía grave. Al año convulsiones tónico-clónicas generalizadas resistentes a monoterapia. A los 2 años volvieron de Bolivia a Argentina y comenzó con trastornos respiratorios recurrentes. El catarro mejora fuera de Buenos Aires. Hernioplastia inguinal bilateral a los 2 años y medio.

A los 3 años y medio: internado con ARM por bronconeumonía severa resistente a los antibióticos.

Situación física actual: cuadriplejía, se moviliza en silla de ruedas.

No sostiene la cabeza. Sólo emite sonidos inespecíficos, ríe o llora.

Cuadros febriles respiratorios frecuentes con fiebre (hasta 38°). Cursa con manos heladas y frente caliente. Constante catarro bronquial. Quejido como lamento.

Cómo es Franco: muy afectuoso, le encanta que lo abracen, que lo hagan mover. Lloro si mamá se va. Se adapta a las personas que lo cuidan. No le gusta estar solo; llora. Le encanta la música y protesta si la apagan. Viajar siempre lo mejora física y anímicamente. Viviría en la calle. Si los padres están en casa, no quiere dormir de día. Suele enfermar cada vez que mamá viaja.

Examen físico: niño en silla de ruedas con buen ánimo, presta atención al hablarle y sonrío al acariciarlo. Rales subcrepitantes generalizados (estaba tomando amoxicilina). Rigidez espástica de miembros inferiores y superiores. Poca capacidad de movimiento voluntario. No sostiene la cabeza.

Repertorización:

- Deseo de compañía.
- Quejido durante la fiebre.
- Frialidad de manos durante la fiebre.
- Historia personal de bronquitis recurrente.

Surgen Phosphorus, Pulsatilla, Nux vomica, Veratrum album y Rhus tox.

¿Qué es lo digno de ser curado?

1. Trastornos respiratorios.

2. Equilibrar su extrema necesidad de afecto y compañía que lo lleva a enfermar cada vez que se separa de sus padres.
3. Síntomas neurológicos.

Primera Prescripción: Phosphorus 3 LM, 1 gota dos veces al día. Antimonium tartaricum 200 en cuadros agudos con mucha secreción bronquial.

Evolución: Con Phosphorus, hace picos febriles semanales con mucho moco nasal. Por la periodicidad + trastorno respiratorio crónico + polivacunación: TK 200 en plus con excelente respuesta. La madre suspende por su cuenta la fluticasona. Continúa con Phosphorus 4 LM.

Octubre de 2013: enferma al irse mamá de viaje. Niño febril, 38°, pálido, quejoso, con tos. Reclama compañía constante. Cianosis de uñas y labios. Extremidades frías. Sediento. Sat. de oxígeno: 94. MNP y FNP con edema de mucosas de todos los senos paranasales. Sin respuesta a Phosphorus 30.

Repertorización:

- Quejidos durante la fiebre.
- Piel azulada durante el escalofrío.
- Cara pálida durante la fiebre.
- Coloración azulada de manos durante la fiebre.
- Frialidad de manos y pies durante la fiebre.
- Sed durante la fiebre.

Prescripción: Veratrum album 30 en plus. Buena respuesta en pocas horas.

En noviembre 2013: videodeglución: microaspiraciones y parálisis de la deglución. Franco consume sólo papillas con gran dificultad para tragar.

Repertorización de la disfagia:

- Parálisis de faringe.
- Tragar difícil.
- Líquidos se introducen en la nariz.
- Tragar imposible por parálisis.
- Líquidos pasan por la laringe.

Prescripción: Lachesis 30. 2 gotas, 2 veces al día.

A los 20 días hace un cuadro febril que sale nuevamente con Veratrum album, y debido a secreciones bronquiales recurrentes se indica Antimonium tartaricum 200, diariamente.

Reevaluación del tratamiento con los padres (marzo 2014): mucho mejor apetito y el semblante. Enferma menos, sale más rápido. Cambio cognitivo,

está más presente, responde más. Se orienta espacialmente en casa. Mejoró motrizmente (menos espasticidad). Por momentos alinea los ojos. Persiste moco bronquial con expectoración blanca. Algunas micoclonías en piernas.

Prescripción: Antimonium tartaricum 3 y 4 LM, 3 gotas diarias dos meses cada una.

Considerando: ante inflamación crónica de bronquios + expectoración copiosa y blanca, se prescribe Stan-num metallicum 200, 5 gotas 3 veces por semana.

Tiene cada tanto episodios breves convulsivos con contracción de miembros superiores, aprieta puños y llora. Se agrega Cuprum 30, 2 gotas 2 veces por día.

Febrero de 2015: se cambia la válvula ventricular 2 veces por obstrucción. Debido a la gran cantidad de tomografías realizadas: se agrega Radium bromatum.

Abril de 2016: Cuprum 30 CH, Phosphorus 200, 10 gotas 3 veces por semana y Echinacea 7 CH ya que no presenta ningún síntoma catarral. Sigue demandante y grita si mamá se aleja de él o si le da la espalda. Siempre responde mucho al contacto físico afectivo.

Comentario

Franco aún enferma, pero no hace cuadros graves; recibió sólo 2 veces antibiótico en 16 meses (antes lo necesitaba cada 15 a 20 días). Sale mucho más rápido de sus cuadros respiratorios y recupera rápidamente el apetito. Suspendió fluticasona y omeprazol. No se puede reducir la medicación anticonvulsivante. Reevaluar Veratrum album como posible medicamento de base considerando el abandono al viajar la mamá, que se interpretó como nostalgia o desvalimiento al indicar Phosphorus.

Conclusiones

El manejo de estos niños es siempre **interdisciplinario**. Evitar preconcepciones acerca de lo que se puede lograr. Mediar en el aquí y ahora paso a paso. Intentar identificar el medicamento constitucional. Evaluar la respuesta terapéutica en el tiempo. Preguntar a los padres cómo evalúan el resultado del tratamiento. Aceptar la frustración de una respuesta nula o parcial y seguir buscando opciones de medicamento. Evitar las elevadas expectativas de nuestra vocación de curar y registrar las expectativas de los padres que suelen ser mucho más bajas. Acompañar a la familia con contención aunque no encontremos por momentos una ayuda homeopática concreta.

REFERENCIAS

- Schoyens F, editor. Repertorio Synthesis 10.1.
- Szabó L, Yahbes EA, Ambrós JJ. Semiología Homeopática Infanto-Juvenil. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2014.
- Clarke JH. A dictionary of practical Materia Medica. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 1992.

Artículo de revisión

*Tuberculinum: Relato de su Viaje

**Rocío Actis Danna,
 **Alejandra Alzate,
 **Susana Ortiz,
 **Trinidad Mariano,
 ***Ivana Farías.

PALABRAS CLAVE:

Tuberculinum, Origen,
 Materia médica,
 Complejidad.

KEYWORDS:

Tuberculinum, Origin,
 Materia medica, Complexity.

Resumen

Tuberculinum ha sido un medicamento homeopático extensamente estudiado desde sus primeras aplicaciones bajo la ley de similitud hace más de un siglo atrás. En el presente trabajo se pretende profundizar en el estudio del mismo, avanzando sobre los niveles crecientes de complejidad en el estudio de la Materia médica. Partiendo del estudio metodológico de la Materia médica desarrollado por el doctor Eugenio Candegabe, se agrupan los síntomas mentales en núcleos sintomáticos correlacionándolos con la evolución de la sustancia desde su origen. Nuestro objetivo es integrar la información disponible actualmente sobre el medicamento y la sustancia que le da origen, integrándolo en un todo coherente, con el fin de ampliar nuestra capacidad de conocer los matices más sutiles del medicamento, así como también la aplicabilidad del mismo a las patologías del hombre.

Abstract

Tuberculinum has been a homeopathic medicine extensively studied since its first applications under the law of similarity for more than a century ago. In this paper we aim to deepen the study of it, advancing on increasing levels of complexity in the study of Materia medica. Based on the methodological study of Materia medica developed by Dr. Eugenio Candegabe, mental symptoms are grouped in symptomatic nuclei correlating with the development of the substance from its origin. Our goal is to integrate the information currently available on the drug and the substance that gives origin, integrating it into a coherent whole, in order to expand our capacity to know the subtle nuances of the drug as well as the applicability thereof to the pathologies of man.

*Trabajo presentado en el 71 Congreso de la Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (LMHI), celebrado del 24 al 27 de agosto de 2016 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

**Estudiantes de segundo año del curso regular del Centro de Estudios Médicos Homeopáticos Hahnemannianos de Córdoba.

***Docente del Centro de Estudios Médicos Homeopáticos Hahnemannianos de Córdoba.

Introducción

En el siglo XXI, considerado como la era de la nanotecnología, asistimos aún hoy a un fenómeno patológico que no sólo persiste sino que, además, deja sus secuelas generación tras generación, ya que se cree que fue la causa de muerte de la séptima parte de toda la población que ha vivido sobre la Tierra.

La tuberculosis acecha y flagela a la humanidad desde el comienzo de la era del hombre y retorna hoy ante las modificaciones inmunológicas que sufre el ser humano. Así, el estudio del medicamento que deriva de ella es digno de ser reestudiado bajo numerosas perspectivas que nos amplíen su conocimiento y comprensión, especialmente en esta época actual donde los desequilibrios acumulados estallan frente a nosotros como eventos que no pueden cancelarse ni negarse.

Basándonos en el estudio de los niveles crecientes de complejidad de los doctores Candegabe y Cataldi, al estudiar las manifestaciones del desorden vital del enfermo intentamos ahondar en terrenos que permiten comprender al individuo en la profundidad de su vivencia. Al estudiar un nosode, un medicamento del reino humano (considerado por numerosos filósofos como independiente del reino animal), nos enfrentamos al mayor grado de complejidad dentro de los reinos, con características propias y particulares del mismo, donde encontramos elementos que no hallamos en los otros, tales como la conciencia de la propia finitud, la capacidad de abstracción, las dicotomías entre los instintos primitivos y las conductas sociales, el libre albedrío, la búsqueda del sentido de la vida y los altos fines de la existencia.

Origen histórico de la sustancia

Desde el año 460 a.C., la tuberculosis recibió numerosas denominaciones: “la capitana de la muerte”, “tisis”, “la plaga blanca” y “consunción”, entre otras, haciendo referencia al desgaste y caquexia que produce la enfermedad. Hipócrates la identificó como la causa más frecuente de enfermedad en su tiempo y Aristóteles ya la consideraba una enfermedad contagiosa. Las primeras evidencias de la enfermedad en humanos se encontraron en restos óseos que datan del Neolítico (5000 años antes de nuestra era, aproximadamente) y se cree que fue la primera enfermedad conocida de la humanidad.

Se postula que el bacilo de la tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, sería una mutación de bóvidos salvajes, con un ancestro en común con *Mycobacterium bovis*, y que ambos aparecieron con bastante anterioridad a la aparición de otra gran patógena del grupo: *Mycobacterium leprae*. En 1882, el médico prusiano Robert Koch reveló por primera vez el causante de la enfermedad, lo que llevó a una revolución en su significado y la manera en que se la vivía hasta ese momento, ya que pasó de un concepto asociado a la belleza de la palidez y el romanticismo del siglo XIX, al estigma de portar una enfermedad infecto-contagiosa mortal.

Los investigadores que siguieron a Koch encontraron que las micobacterias son bacilos aerobios estrictos, que se alojan en sitios del organismo bien irrigados, ricos en oxígeno, en zonas bien aireadas del pulmón; desde allí pueden viajar a todo el organismo y, a su vez, de un individuo a otro a través de las partículas de Flügge.

El nosode

Unos ocho años antes del descubrimiento del bacilo, el homeópata Samuel Swan, pionero en el uso de nosodes, realizó en 1874 un preparado de Tuberculinum a partir de la trituración con lactosa del esputo de un paciente tuberculoso. En 1890, el médico inglés Burnett investigó un preparado de tuberculina triturando una parte de pulmón infectado que incluía la pared de la caverna tuberculosa con sus tejidos adyacentes, conocido como Tuberculinum Burnett o Bacillinum. Posteriormente, Hering, Clarke, Schmidt, Kent y Allen, entre otros, revalidaron este nosode en sus materias médicas.

Es destacable que a lo largo de la historia los primeros estudios acerca del bacilo estaban encaminados a encontrar una cura para esta enfermedad infecciosa; sin embargo, sabemos que la isopatía no está relacionada con la verdadera práctica homeopática, y por lo tanto no puede considerarse como una cura para esta patología, a menos que a través de la aplicación del principio de semejanza se determine que el *simillimum* del paciente concuerde realmente con la forma como está viviendo su proceso mórbido.

La farmacéutica Sabine Klein, en el año 2000, recopiló las diferentes formas de preparación de Tuberculinum a partir de sus posibles orígenes: desde el esputo de un tuberculoso, pasando por ganglios tuberculosos de ganado bovino y cultivos de

micobacterias, hasta un derivado proteico purificado (PPD), con el que actualmente se realiza la prueba de Mantoux. Boericke y Clarke señalan que no encuentran diferencia apreciable entre la acción de Bacillinum y Tuberculinum, que su impresión es prácticamente idéntica y una responde a la indicación de la otra, aunque el doctor F. Master señala en su libro las indicaciones específicas de cada una de las variedades según las diversas presentaciones clínicas.

Análisis dinámico de los síntomas mentales. Niveles crecientes de complejidad

Tuberculinum ha sido ampliamente estudiado por muchos autores. Tanto el doctor Paschero en su descripción tan precisa como el doctor Eugenio Candegabe en su estudio metodológico establecen con claridad que la característica fundamental de Tuberculinum es el cambio constante, tanto a nivel psíquico como somático, variando entre polos opuestos. Pareciera reflejar de manera potenciada el dicho atribuido a Heráclito acerca de que lo único permanente es el cambio. Esta necesidad de cambio se refleja a lo largo de los núcleos sintomáticos ya descritos por el doctor Candegabe, relacionados a la ansiedad, los temores, la sensibilidad, la afectividad, la agresividad, el intelecto, el trabajo y la actitud.

Son llamativos los numerosos **temores** que tiene Tuberculinum, lo que reflejan a nuestro entender la vivencia fundamental que moviliza el complejo sintomático que acompaña a su **ansiedad**, a su inquietud y a su **necesidad constante de cambio**. Tiene “miedo de la muerte” y “a las enfermedades”, especialmente estando solo (M. Tyler), así como “miedo al despertar”.

La actitud vital de Tuberculinum pareciera reflejar que tiene presente en todo momento la posibilidad de una muerte próxima. Vithoukas agrega al repertorio *Complete* con valor 4 el síntoma “ilusión de la que la vida es demasiado corta” (único remedio en esa rúbrica). Tiene “miedo a que le sucederá algo” (Allen), “miedo de los médicos y las exploraciones médicas” (Kent, Roberts, Schmidt) y también “miedo de un desastre o calamidad”.

Dice Baudrillard: “hay algo escondido dentro de nosotros: nuestra propia muerte. Pero algo más está oculto, al acecho, dentro de nosotros, dentro de cada una de nuestras células: el olvido de la propia muerte”.

El simple hecho de nacer lleva implícita la idea de la muerte, pero no somos conscientes de ello en todo momento, con la posibilidad de proyectar nuestra vida pensando que disponemos de un tiempo por delante para vivir. Teniendo en cuenta que el medicamento procede de una enfermedad con un índice de mortalidad tan alto durante tantos siglos, y que se elabora con la pared de la caverna tuberculosa o un ganglio patológico obtenido de un cadáver, no es extraño que la idea de la muerte este tan presente en los pacientes que necesitan Tuberculinum. Así, vemos también “miedo por la noche durante la meningitis tuberculosa”, “miedo de la consunción” e, incluso, “de la tuberculosis incipiente”.

Se vuelve “supersticioso” y “ritualista” (Morrison) con “miedo del maleficio inminente a su familia” (Allen, F. Master), miedo a los animales de pelo, como gatos y perros, especialmente a los negros. El pelaje, elemento real y simbólico de protección y conexión con el espíritu animal, es también un disfraz, un camuflaje para integrarse a los alrededores.

Tuberculinum muestra aversión a los animales, ya que tiene la actitud opuesta a ésta y siempre está buscando moverse, irse, escapar en lugar de integrarse. A la vez, los pelos erizados indican la percepción de un peligro y una alerta, tal como lo percibe Tuberculinum en la “ilusión de que algo va a suceder”. En los sueños veremos que vuelve a aparecer la temática del perro negro. A su vez, el color negro se asocia a lo subterráneo y a la oscuridad. Es curioso que Tuberculinum tenga “temor de ser enterrado vivo” (Allen) y “miedo de caer”, símbolo de descender a la profundidad, perdiendo así la posibilidad de realizarse en la vida.

La ansiedad de Tuberculinum aparece entonces ligada a la “sensación de que la vida es demasiado corta” y debe vivirse de manera acelerada. Parecería que a partir de este punto nace el desequilibrio que lo obliga a vivir su vida intensamente dada la manera en que percibe el tiempo en su contra, mostrando gran **inquietud** y **ansiedad por el futuro** (Allen). Vithoukas lo refiere como “personas que queman la vela por ambos extremos, sienten que la vida es corta y debe ser vivida al máximo”.

Surge entonces la “necesidad de **cambio constante**” buscando experimentar la vida y sus distintos matices en un intento de aprovechar cada día al máximo, incluso en niños en quienes aparece el síntoma repertorial de “precocidad”. Se vuelve “aventurero”, “audaz”, “valiente” (F. Master), “optimista”, “alegre”, con “deseos de viajar y vagabundear”; es por eso que varias materias médicas lo describen

como cosmopolita (ambos síntomas con valor 3 en repertorio). En niños, suele verse como “inquietud” que los lleva a “moverse de un lugar a otro” (Morrisson), y se ven “impulsados a tocar todo”.

Parece que sus **ilusiones** atienden a su necesidad de estar conectado con el aire libre, donde vemos una vez más el vínculo que mantiene en su comportamiento con el bacilo aerobio estricto, pues su “ilusión de estar atrapado” y de “sofocarse” (F. Master), o de ser “aplastado por un tropel de gente” (Roberts), podrían compararse con el ambiente bien aireado que necesitan las micobacterias para diseminarse y viajar por el organismo, de la misma forma en que *Tuberculinum* necesita del aire y “siente como si pudiera volar” (Roberts). Nash dice: “ansía el aire libre, desea puertas y ventanas abiertas, o cabalgar en el viento fuerte”, a pesar de ser un gran friolento y resfriarse con facilidad.

El elemento aire es uno de los cuatro elementos de las cosmogonías tradicionales en Occidente y está presente en todas las religiones y sus rituales, en la filosofía esotérica, en la alquimia y en la astrología. Se vincula esencialmente con tres factores: el hálito vital creador (simbolizado en la palabra), el viento de la tempestad, que muchas mitologías vinculan a la idea de creación, y el espacio, como ámbito de movimiento y de producción de procesos vitales. Cirlot (*Diccionario de símbolos*), citando a Nietzsche, dice: “el aire es una especie de materia superada, adelgazada, como la materia misma de nuestra libertad”.

La característica permanente del cambio que busca *Tuberculinum* hace que no pueda permanecer mucho tiempo en un mismo lugar, y aparece entonces la “ilusión de sentir que todo es extraño”, “todo le parece inaudito” (Kent), su extrañeza la dirige hacia los alrededores, a las cosas familiares y los lugares en los que está. Aparece la “ilusión de estar confundido”, y al no poder enraizarse en ningún lugar, potencializa su ilusión de no reconocer como suyos los lugares en los que se encuentra.

Tiene “ilusión de caer hacia atrás” como una representación de un retroceso, y aunque siente que su vida se le agota desea vivir hacia adelante en el tiempo y no se ancla a situaciones del pasado. También la “ilusión de que tenga a alguien detrás” como si fuera perseguido por algo, aumenta su necesidad de estar en movimiento, incluso cuando está en su cama, donde siente que se hamaca. De igual forma, su esencia cambiante de buscar movimiento se refleja en la parte onírica, donde sueña que viaja.

Cirlot dice: “desde el punto de vista espiritual, el viaje no es nunca la mera traslación en el espacio, sino la tensión de búsqueda y cambio que determina el movimiento y la experiencia que se deriva del mismo. En consecuencia, estudiar, investigar, buscar, vivir lo nuevo y profundo son modalidades de viajar[...]. El viajar es un anhelo de la aspiración — dice Jung—, del anhelo nunca saciado que en parte alguna encuentra su objeto[...]. Volar, nadar, correr son también actividades — como el soñar, el ensoñar y el imaginar— equivalentes a viajar[...]. Viajar puede asimilarse a recorrer el ciclo anual, o a pretender evadirse de él según determinantes secundarias del viaje”.

Para comprender el significado de los arquetipos en los sueños y las ilusiones, es importante resaltar que la simbología representa el cuerpo vivo de una idea, en la que el símbolo es la vestidura, y a través de ellos tenemos acceso al lenguaje de la naturaleza. Cabe recordar que hay quien ha afirmado que el símbolo posee varios matices relacionados con hechos históricos, metafísicos, psicológicos, astronómicos, etcétera, y por ello el simbolismo compendia toda la filosofía del universo.

Allen describe que “sueña con serpientes”, figura asociada tanto a la vida como a la muerte, símbolo de lo terrenal y del mundo de los muertos; su capacidad de mudar de piel se relaciona con el cambio. Otro significado adquiere cuando la serpiente aparece mordiendo la cola. “El ouroboros” en donde encierra las ideas de eternidad, movimiento, continuidad y eterno retorno.

La serpiente también es símbolo del tiempo y sus ciclos, y según Chevallier, como símbolo sagrado tiene el poder de agitar la conciencia humana. *Tuberculinum* no sólo teme a los perros negros sino que también sueña con ellos. Para varias culturas el perro negro representa un símbolo de muerte y es de mal augurio; Chevallier describe que en la comunidad congoleña, la aparición de un perro negro en sueños es indicador de que un acto de hechicería se desarrolla en alguna parte.

En la Hungría medieval, un documento del siglo XII registró una explicación de la causa de la enfermedad: “los paganos decían que la tuberculosis se producía cuando un demonio con forma de perro ocupaba el cuerpo de la persona y empezaba a devorar sus pulmones. Cuando la persona poseída tosía, entonces el demonio estaba ladrando y se acercaba a su objetivo, que era matar a la víctima”.

Candegabe resalta que el **cambio** es la cualidad más sobresaliente del medicamento, que se refleja también en su **estado de ánimo** con una dinámica cronológica variable, en donde la persona experimenta una sintomatología que lo lleva desde un estado mental activo hacia uno pasivo. De esta forma, podría decirse que las cualidades de su energía vital se manifiestan con una actitud “aventurera”, “audaz”, “valiente”, “alegre”, “optimista” y “esperanzada”, como si durante su proceso mórbido esperara que todo puede mejorar. Y como es común en Tuberculinum, lo vive con una actitud de “alerta” dada su naturaleza “asustadiza” (valor 3; Allen, Boericke) por su porvenir.

Al analizar sus síntomas analógicamente con el comportamiento patogénico del bacilo, observamos que la modalidad tuberculínica posee, en una primera etapa, una aceleración del metabolismo celular con un aumento de las combustiones con destrucción celular, de la misma forma como sucede en Tuberculinum, pues en su deseo de vivir y experimentar rápidamente su vida consume su energía vital, alterándola, apareciendo así las manifestaciones de su desequilibrio.

En esta fase, las actitudes de Tuberculinum comienzan a cambiar de polaridad, su “alegría alterna con tristeza”, su “dulzura alterna con destructividad” (Kent) por “emociones contenidas”, el comportamiento en los niños se torna “alocado” y se caracterizan por comportarse mal en casa pero bien en la escuela o con extraños. El “temperamento tranquilo” comienza a manifestar su desequilibrio con una actitud “irritable” aún por bagatelas, al despertar en la mañana o inmediatamente al abrir los ojos; Krichesky describe al paciente como: “esa persona que hace bromas con un matiz sádico, o muy malicioso, como poner un pinche [una tachuela] a quien se va a sentar”.

Es así como sus cualidades comienzan a experimentarse de manera más densa, lo cual dirige su comportamiento hacia actitudes más “violentas”. Esto daría lugar a una fase en donde la **agresividad** llega al pico máximo, y su destructividad se muestra hacia los demás, al “arrojarles cosas durante su cólera”, como lo refiere Allen: “muy irritable, quiere pelear, no duda en arrojar cualquier cosa a cualquiera, sin causa”. También manifiesta actitudes “maliciosas” e hirientes a través de sus “insultos”, principalmente de niños hacia sus padres.

Al mismo tiempo, puede llegar a hacerse daño a sí mismo, intentando golpear su cabeza contra la pared y las cosas, como cita el doctor Detinis

en uno de sus casos de Tuberculinum: “si le ponen un límite golpea su cabeza contra la pared o se tira al suelo”; en otro caso, dice Kent en su libro de aforismos: “el niño se resistió y violentamente enojado trató de escupir la dosis, se volvió hacia su madre y le dijo: ‘te voy a matar, al volver a casa te voy a matar’”.

El “grito en niños” aparece con valor 4 en *Synthesis*, y en mujeres con valor 3 antes de la menstruación, y aparece incluso: “gritos durante el sueño”, síntoma reconfirmado por numerosos autores.

El grito es una expresión primitiva, una manifestación emocional explosiva y en Tuberculinum es una faceta más de su agresividad y su forma de expresar su miedo, angustia y/o ansiedad, tal como Edvard Munch, en su pintura *El Grito*, busca representar la angustia del hombre moderno en la frenética sociedad actual. Candegabe señala que la obstinación representa otra forma de agresividad pasiva y que los niños Tuberculinum son los más obstinados de la Materia médica. El doctor Klinkenberg cita el caso de una niña de nueve años, poseedora de un comportamiento dominante y terco que sólo desaparece cuando juega con niños mayores.

Al igual que en la etapa final de la tuberculosis, donde aparece una desmineralización celular, con desasimilación, descalcificación y pérdida de sustancia, aparece en Tuberculinum una fase pasiva de desgaste de su energía vital que lo lleva a una actitud de cansancio por la vida, y aquí lo vemos “descontento”, “indiferente”, “pesimista”; sus mañanas comienzan con pereza, “es un gran trabajo ir a desayunar” y alberga una profunda tristeza, incluso durante el puerperio, momento en el que el ciclo de la vida vuelve a comenzar, pero esta vez no para ella. Allen le describe así: “el paciente es incapaz de expresar la causa de su insatisfacción generalizada y puede sentir que es parte normal de la vida, frecuentemente esta frustración es expresada con malicia”.

Es como si la expresión de su sentir se convirtiera en una debilidad general que más allá de su cuerpo, alcanza su **intelecto**, por lo tanto el “esfuerzo mental lo agrava” y le produce trastornos; se siente “embotado” y “olvidadizo”. Este desorden en la conducta hace considerar con frecuencia a este medicamento en niños con diagnóstico de déficit de atención (TDAH, o ADHD, por sus siglas en inglés). Es así como Tuberculinum experimenta un proceso cambiante activo-pasivo que lo lleva poco a poco a un estado de consunción mental.

Debate

Tuberculinum desea experimentar la vida, viajando de un lado a otro, y en su desorden vital se vuelve errático y cambiante, buscando viajar y ansiando nuevos aires de libertad, como si quisiera escapar de un destino signado ominosamente por la impregnación en su memoria del destino tuberculoso de sus antepasados.

Sin embargo, como nos dice Cirlot: “el verdadero viaje no es nunca una huida ni un sometimiento, es evolución. Por ello dice Guenón que las pruebas iniciáticas toman con frecuencia la forma de ‘viaje simbólico’, representando una búsqueda que va de las tinieblas del mundo profano a la luz[...], a la salida del laberinto”.

Tuberculinum siente esa necesidad, pero se dispersa, se vuelve agresivo; luego se agota, se consume y se deprime cayendo en la melancolía y el embotamiento. Vivimos en un universo polar, donde la vida y la muerte representan el viaje de nuestro ciclo vital; pero cuando la secuencia de inter-transformación se ve alterada, es necesario un tercer factor equilibrante para poder aprovechar la experiencia de aprendizaje.

Al encontrar el *simillimum*, este tercer factor, el equilibrio llegará a través de comprender que el verdadero **cambio** que un ser humano puede hacer es trascender sus limitaciones y su naturaleza inferior, transformándose, encontrando el sentido de su vida y los más altos fines de la existencia.

REFERENCIAS

1. Allen TF. The Encyclopedia of Pure Materia Medica. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 1985.
2. Boericke W. Manual de Bolsillo de Materia Médica Homeopática. Nueva Delhi: Jain Publishers; 2001. Traducción: Medrano J.
3. Candegabe EF. Homeopatía. Estudio metodológico de la Materia Médica. Buenos Aires: Editorial Kier; 2003.
4. Cartes PJC. Breve Historia de la Tuberculosis. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013; 70 (605): 145-150.
5. Chevallier J. Diccionario de los Símbolos. Barcelona: Editorial Herder; 1986
6. Cirlot JE. Diccionario de Símbolos. Barcelona: Editorial Labor; 1991.
7. van Grinsven E, van Zandvoort R. Complete Dynamics Repertory – Master Edition. c2009.
8. Dewey WA. Biblioteca de la Homeopatía. Esencialidades de Materia Medica y Farmacia Homeopática, 3a ed. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 1990. Traducción: Arriaga L.

9. García Gual C, Lara Nava MD. Tratados Hipocráticos. Madrid: Editorial Gredos; 1983.
10. Hering C. The Guiding Symptoms of our Materia Medica. Filadelfia; 1879.
11. Kent JT. Materia Medica Homeopática. Buenos Aires: Albatros.
12. Kent JT. Homeopatía, Escritos Menores, Aforismos y Preceptos. Buenos Aires: Albatros; 1981
13. Klein S, Pernichi C. Diferenciación de las Distintas Tuberculinas para una Correcta Prescripción. CEMHH de Córdoba, A.C.Fa.H.; 2000.
14. Krichesky GE. Homeopatía, Estudio Comparativo de Medicamentos de la Materia Medica Homeopática. Buenos Aires: Editorial Kier; 2004.
15. Clark L. Transatlantic Consumptions: Disease, Fame, and Literary Nationalisms in the Davidson Sisters, Southey, and Poe. Studies in the Literary Imagination. 2003; 36(2): 109-126.
16. Master FJ. Tubercular Miasm Tuberculin. Explained and Simplified, 2a ed. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 2002.
17. Daniel TM. The History of Tuberculosis. Respiratory Medicine. Nov 2006; 100(11): 1862-1870. doi: 10.1016/j.rmed.2006.08.006. Pubmed PMID: 16949809.
18. Moorman LJ. Tuberculosis and Genius. Chicago: The University of Chicago Press; 1940.
19. Nash EB. Fundamentos de Terapéutica Homeopática. Ed. Hochstetter Ltda.; 1978.
20. Paschero TP. Homeopatía. Buenos Aires: Editorial Kier; 2006.
21. Sendrail M. Historia Cultural de la Enfermedad. Madrid: Espasa-Calpe; 1981.
22. Sankaran R. The Soul of Remedies. India; 1997.
23. Archibel Homeopathic Software. Radar 10.5 / Synthesis Repertory 9.2. Bélgica: Archibel S.A.; 2009.
24. Vannier L. Compendio de Materia Médica Homeopática. Ciudad de México: Editorial Porrúa; 1959
25. Vijnovsky B. Tratado de Materia Médica Homeopática, vol. 2. Buenos Aires; 1980.
26. Maillé Y. Tuberculinum aviare. Rev Med Homeopat. 2011; 4(3): 111-115.
27. Pagés MA. Similitud Según el Miasma en Actividad. En: Pagés MA. Enfoque Contemporáneo de los Diferentes Criterios de Similitud [tesis]. Disponible en: <http://www.portalhomeopatico.com.ar/articulos/pages/miasmas.htm>.
28. WholeHealthNow Bio. Samuel Swan MD [internet]. Estados Unidos: WholeHealthNow; c2013. Disponible: <http://www.wholehealthnow.com/bios/samuel-swam.html>.
29. Detinis L [internet]. Argentina: Detinis L; 26 May 2009. Casos Clínicos de Tuberculinum [aprox. 11 pantallas]. Disponible en: <https://detinis.wordpress.com/2009/05/26/casos-clinicos-tratados-con-tuberculinum/>