

Homeopatía y análisis de polaridad

Enfermedades complejas

Módulo 10

Mente

Heiner Frei



Copyright del autor
2016

Peculiaridades de la determinación de remedios en las afecciones mentales

El tratamiento homeopático de las afecciones psíquicas es complicado, porque los síntomas mentales siempre ofrecen mucho espacio para la interpretación. Su formulación depende del contexto individual, familiar y cultural del paciente. ¿Qué quería decir el paciente con sus palabras?, y ¿qué quería decir el experimentador cuando introdujo los síntomas mentales en la materia médica? Dado que la probabilidad de una coincidencia exacta es considerablemente menor que en los síntomas no interpretables, estos síntomas son más bien poco fiables para la determinación del remedio.

Hahnemann incluía los trastornos mentales en las enfermedades unilaterales [con falta de síntomas] (ORG § 215). No obstante, también era de la opinión que la ausencia de síntomas a menudo es atribuible a la falta de atención del observador (ORG § 175). Por ello, aconsejaba incluir en la toma del caso "[...] *todos los fenómenos de la enfermedad corporal anterior que, en la actualidad, solo pueden ser reconocidos por el médico pertinaz y buen observador [...]* " (ORG §§ 216 y 218).¹ Esta indicación se corresponde con el objetivo del análisis de polaridad de basarse únicamente en los síntomas fiables.

Hemos realizado una verificación detenida de las indicaciones de Hahnemann. La conclusión de la misma es que, en las enfermedades mentales, para evitar las especulaciones sobre la psique, efectuamos la repertorización únicamente con los síntomas corporales polares concomitantes, siempre que sea posible. Los síntomas mentales se considerarán una vez delimitados los correspondientes remedios en la repertorización y al repasar la Materia médica comparada.

En este contexto, cabe recordar que los síntomas mentales son *las alteraciones del estado de ánimo en la enfermedad*, y no las propiedades del carácter del paciente.

En este módulo, se comentarán las siguientes afecciones: *trastornos de ansiedad, depresiones, tics y tartamudez, trastornos alimentarios, trastornos de estrés postraumático y Burnout*. A partir de los resultados obtenidos en los casos clínicos, se puede demostrar que a menudo el "desvío" por los síntomas corporales polares puede llevar al éxito.

1. Trastornos de ansiedad

El miedo de por sí es un sentimiento normal y necesario. (Según Volker Faust) pasa a ser patológico cuando

- La reacción de miedo es desmesurada en comparación con la fuente del peligro,
- es persistente,
- solo se puede superar de forma anormal, y
- afecta subjetivamente al paciente.

Fobias

En las *fobias* se sobrevalora la peligrosidad de una amenaza. La *agorafobia* se presenta sobre todo en muchedumbres, lugares públicos y en viajes. Las *fobias sociales* residen en el miedo a ser el centro de la atención. Las fobias también pueden referirse a *animales* (arañas, perros, serpientes, ratones) o a *situaciones* (túnel, aviones, oscuridad, tormenta), así como a la vista de sangre, jeringuillas, lesiones, etc.

Trastornos de pánico

En los trastornos de pánico, el miedo se presenta sin ninguna amenaza concreta. *Los ataques de pánico* empiezan bruscamente, alcanzan en poco tiempo su clímax y duran algunos minutos (p. ej., pánico a posibles enfermedades). A menudo, se acompañan de palpitaciones, dolor torácico, sensación de ahogo, temblores y sudoración.

Trastorno de ansiedad generalizado

En el trastorno de ansiedad generalizado, se trata de una sensación de miedo difusa con tensión, preocupación y temores por acontecimientos y problemas cotidianos que duran al menos seis meses y se acompañan de otros síntomas psíquicos y corporales.

Tratamiento de los trastornos de ansiedad

El tratamiento de los trastornos por ansiedad suele ser prolongado. A nivel convencional, se dispone sobre todo de la psicoterapia y de los ansiolíticos. A

menudo, la homeopatía es muy eficaz y procura una ayuda más rápida que con otros tratamientos^{2,3}.

Caso clínico 1: Sr. Beat L, trastorno de ansiedad generalizado ^{*1}

El Sr. L., 49 años, es un paciente delgado que destaca por su tez morena ya con algunas arrugas, su cara siempre en movimiento y sus ojos muy abiertos. Siempre había sido algo miedoso. Desde que su hermano se quitó la vida hace tres años, sus miedos han tomado un cariz que hace sufrir a toda la familia. Sus miedos se centran sobre todo en sus extrasístoles que han sido examinadas por el cardiólogo que las considera inocuas. Pese a ello, el paciente se toca constantemente la región del corazón, se toma el pulso y se queja de un latido irregular. La valoración del cardiólogo no le ha tranquilizado en absoluto. También tiene dolores punzantes al inspirar, ardor de estómago con eructos ácidos (se pone la mano en el estómago) y trastornos para dormir seguido. Una y otra vez habla de temores difusos sobre que algo malo le podría pasar a él o a sus seres queridos. Una y otra vez consulta a su médico de cabecera, el cual inicialmente le dio ansiolíticos, pero como no surtieron el efecto deseado, le remitió al psiquiatra. Como el psiquiatra tampoco le pudo ayudar, la familia le fuerza a someterse a un tratamiento homeopático.

Para prepararse para la toma del caso, cumplimenta las *listas de control de enfermedades cardiocirculatorias* y de *Síntomas secundarios*, pero no la Lista de control de enfermedades mentales, ya que, en este caso, no cabe esperar obtener síntomas fiables. Marca lo siguiente:

Lista de control cardiocirculatorio

- Pulso irregular, intermitente
- Dolor opresivo y convulsivo en la zona cardíaca
- Pinchazos de dentro a fuera -P
- < comer-P
- < acostado en el lado izquierdo-P
- < inspirar-P
- > aire libre-P, deseo de aire libre-P
- < sentado-P, < sentado encorvado-P

¹ En este documento, se han cambiado todos los nombres

- > de pie-P
- > movimiento-P, deseo de movimiento-P, > caminar-P
- < esfuerzo físico -P
- < presión externa-P
- > frotar-P
- > reposo-P
- < Ir en coche-P
- Irritabilidad-P
- Tristeza-P

Síntomas secundarios

- Migraña, rinitis, acúfenos
- Pirosis y eructos
- Trastornos de dormir seguido
- Alteraciones ungueales
- Manos y pies fríos
- < esfuerzo físico-P
- < sacudir la cabeza-P
- < agacharse-P
- > al aire libre-P
- > envolverse gral.-P, > envolverse la cabeza-P
- > acostado-P
- > caminar-P
- > contacto-P
- < presión externa-P

Ante tal cantidad de síntomas, hay que intentar extraer los más esenciales a partir de los síntomas corporales. Seguramente es esencial que este paciente es muy *hipocondríaco*. Entonces, en cada síntoma preguntamos si *realmente* tiene una influencia en las extrasístoles. Estas se corresponden con el síntoma de *Pulso intermitente*. Empeoran *al comer y al estar acostado en el lado izquierdo*. Después intentamos determinar con precisión las modalidades de la migraña, con lo que

averiguamos que *deseo de aire libre*, < *esfuerzo físico*, < *sacudir la cabeza*, < *agacharse*, > *envolverse* y > *acostado*.

Todo lo demás son peculiaridades del paciente, es decir, también están en estado de salud, o son síntomas poco fiables y demasiado inespecíficos para la determinación del remedio, que tienen el significado de *distracción mejora*.

Repertorización B.L.⁴

B.L.

Trastorno de ansiedad generalizado

			Nat-m.	Bry.	Sep.	Arn.	Hep.	Phos.	Acon.	Thuj.	Rhus.
Número de aciertos			10	10	10	9	9	9	9	9	9
Sums			27	26	24	23	22	18	17	13	17
Diferencias de polaridad			16	16	7	17	12	9	8	5	4
91	< Comer, al	P	3	2	3	2	3	3		1	1
33	< Acostado del lado izquierdo	P	3	3	3	1		4	3	3	
70	< Esfuerzo físico	P	3	4	2	4	2	2	3	1	4
71	< Sacudir la cabeza	P	2	3	2	3	3	2	1	1	1
108	< Agacharse, al	P	2	4	4	3	3	1	3	3	2
56	> Envolverse	P	2	1	2	2	4	1	1	1	4
106	> Acostarse	P	3	4	1	3	2	1	1	1	1
76	Deseo de aire libre	P	2	1	1	3	1	1	1	1	1
35	Pulso intermitente extrasístoles		4	3	3		3		3	1	2
84	Hipocondría, histeria		3	1	3	2	1	3	1		1
54	> Comer, al					1		1			1
30	> Acostarse sobre el lado izquierdo			1					1	1	
6	> Esfuerzo físico		1		4/CI						
3	> Sacudir la cabeza										
44	> Agacharse, al		1			1		1			1
37	< Envolverse			1	1			2	3/CI	2	1
125	< Acostado		1	1	3/CI	1	3/CI	1	1	2	4/CI
86	Aversión al aire libre		1	3/CI	3/CI	1	3/CI	1		2	3/CI

Interpretación

Solo tres remedios cubren todos los síntomas, y únicamente *Natrium muriaticum* carece de contraindicaciones.

Materia médica comparada de *Natrium muriaticum* (GS)⁵

Hipocondría hasta el hastío de vida. Miedo y asustadizo. Abatimiento melancólico y aprensión con tristeza y descorazonamiento todo el día sin una causa definida con palpitaciones. Latido cardíaco y pulso irregular, sobre todo al estar acostado sobre el lado izquierdo. Golpes y martilleo en la cabeza, sobre todo con el movimiento corporal.

Administración del remedio y evolución

El Sr. L. recibe una dosis de *Natrium muriaticum* 200C.

En los primeros días, sus síntomas empeoran, pero después se produce una mejoría sustancial. Al cabo de tres semanas, su cara está más relajada, ya no en constante movimiento y los ojos más calmados. Ha desaparecido el pánico en las extrasístoles, está más calmado. La pirosis ha remitido. Solo sigue sintiendo la presión en el estómago y la migraña ya no es tan fuerte. Su mujer afirma que se encuentra “muchísimo” mejor, lo cual también me parece a mí.

Recibe otras tres dosis de *Natrium muriaticum* (M, XM, LM) a intervalos de tres semanas. Al cabo de nueve semanas, apenas siente miedos, ya no está obsesionado con las extrasístoles y vuelve a dormir bien. Califica su mejoría en un 80 a 90%.

Continuamos con *Natrium muriaticum* (CM, C200, M, XM), ahora a intervalos mensuales. Poco después muere su padre (muerte natural), por lo que el Sr. L. vuelve a sentir inmediatamente pinchazos en el hipocondrio izquierdo (síntoma antiguo). Su mejoría baja a un 70%. Dado que no hay nuevas modalidades, le doy *Arnica* 200C, el segundo remedio de nuestra repertorización. Sin embargo, no le hace nada, por lo que al cabo de cuatro semanas pasamos a *Natrium muriaticum*. Con ello, se estabiliza en el nivel anteriormente alcanzado. *Periodo de observación: dos años.*

¿Qué nos enseña este caso?

- En caso de una sintomatología poco clara y difusa (lo cual es frecuente en afecciones físicas), puede hacerse el intento de hablar con el paciente para averiguar aquellas modalidades que han tenido una influencia segura en los síntomas corporales. Si esto se consigue, generalmente es suficiente disponer de relativamente pocos síntomas (como en nuestro caso) para la determinación del remedio.
- El cambio de remedio tras el fallecimiento fue erróneo. Cuando la sintomatología empeora por influencias externas, generalmente puede mantenerse el remedio existente.

2. Depresiones

Las depresiones se caracterizan por un estado de ánimo y pensamientos negativos, así como por la pérdida de la alegría, el placer, el interés, el ímpetu, la autoestima, la capacidad de rendimiento y la empatía. En psiquiatría se diferencia entre *episodios depresivos* y *trastornos depresivos repetitivos*. En los países con un elevado estándar de vida, la prevalencia de vida de la depresión se sitúa en el 14,6%, y la frecuencia en mujeres es el doble que en los hombres.

Síntomas principales

- Estado de ánimo depresivo que llega hasta la sensación de un vacío interno permanente.
- Pérdida del interés, falta de alegría, pérdida de la resonancia afectiva (resistencia al consuelo).
- Apatía y aumento de la fatiga.

Síntomas adicionales

- Reducción de la capacidad de concentración
- Baja autoestima
- Sentimientos de culpa
- Pensamientos de suicidio
- Bajón matutino

Síntomas somáticos

- Trastornos del sueño, despertar demasiado pronto
- Inquietud interna
- Falta de apetito
- Pérdida o aumento del peso corporal
- Pérdida de la libido
- Dolores difusos (depresión oculta)

A nivel de *diagnóstico diferencial* hay que distinguir distimias, trastornos bipolares, síndrome *borderline* y síndrome de agotamiento crónico, así como los efectos secundarios de sustancias psicotrópicas (p. ej., cannabis) y de medicamentos. El *estándar terapéutico* convencional consiste en antidepresivos y psicoterapia, fototerapia, corrección de la falta de ejercicio y ácido grasos omega 3.

Caso clínico 2: Marianne G, 17 años, trastorno depresivo recidivante

Marianne presenta una historia familiar complicada. Es la primera hija de sus padres, tiene dos hermanas gemelas y un hermano menor. Cuando tiene cinco años, sus padres se divorcian (divorcio traumático) y la madre se va a vivir con sus hijos a casa de su novio. A la edad de trece años, muere una de sus hermanas gemelas por un tumor cerebral. La paciente, en ese momento en plena adolescencia, parece recuperarse rápidamente de esta pena. Sin embargo, los traumas siguen ahí. Cada invierno durante meses, cae en una depresión con melancolía, abatimiento, fuertes cambios de humor, sin esperanza y con falta total de motivación. A los 17 años, ya no rinde en el colegio, tiene falta de concentración y empieza a no cumplir con los deberes. La madre la trae alarmada a la consulta.

Las molestias secundarias consisten en trastornos del sueño (dormirse y dormir seguido), frecuentes cefaleas, inflamaciones de garganta, diarreas y menstruación retrasada.

La exploración física y la analítica (hemograma, ferritina, enzimas hepáticas, creatinina, TSH, vitamina B12 y ácido fólico) son normales.

Marianne prepara las listas de control de *Mente* y *Síntomas secundarios* para la toma del caso. Marca lo siguiente:

Mente

- Melancolía, desesperanza, cambios de humor, seriedad, dispersión, falta de memoria
- < pensar en molestias -P
- < emociones (enfado, preocupación, ofensa, ira)
- < hablar-P
- < oscuridad-P
- < esfuerzo mental-P
- > respirar profundo-P

Síntomas corporales

- Menstruación tarde-P
- sed-P
- < frío-P
- < enfriarse-P
- < levantarse, después de -P

- < esfuerzo físico -P
- > acostado-P
- > involucrase-P
- > Comida caliente -P
- < dormirse al -P
- < despertar al-P
- > reposo-P

En la repertorización, utilizamos primero solo los síntomas corporales y no consideramos las alteraciones mentales hasta pasar a la Materia médica comparada.

Repertorización M.G.

M.G.

trastorno depresivo recidivante

		Graph.	Nux-v.	Nat-m.	Ars.	Rhus.	Bry.	Sil.	Con.	Nat-c.	Ign.	Sep.	Hep.	
Número de aciertos		12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	
Sums		32	39	31	37	39	34	31	24	21	24	28	31	
Diferencias de polaridad		25	22	22	20	18	18	17	11	8	6	-1	22	
69	Menstruación demasiado tarde, demasiac	P	4	1	4	1	1	2	4	4	1	1	4	1
99	Sed	P	1	3	3	4	3	4	3	1	2	2	2	3
90	< Frío en geral.	P	2	4	1	4	4	2	3	3	2	3	2	4
78	< Enfriarse	P	3	4	1	4	4	3	2	2	2	3	3	3
80	< Levantarse de la cama, después de	P	3	3	3	2	4	2	2	1	1	3	2	2
70	< Esfuerzo físico	P	1	3	3	4	4	4	3	1	2	1	2	2
106	> Acostarse	P	2	4	3	1	1	4	1	1	1	1	1	2
56	> Involucrase	P	2	3	2	3	4	1	4	3	2	1	2	4
42	> Comida y bebidas, Caliente	P	3	4	2	4	4	1	2	3	1	2	1	
99	< Dormirse, antes de / al	P	3	2	2	4	5	5	3	1	2	3	4	3
111	< Despertarse, al	P	5	4	4	5	4	2	3	3	4	4	4	4
117	> Reposo (> sin movimiento)	P	3	4	3	1	1	4	1	1	1	1	1	3
84	Menstruación demasiado pronto, demasiado fr		1	4/Cl	1	1	4/Cl	2	2	1	2	3/Cl	3	2
86	Sed, falta de			2		3	2	1		3/Cl	1	1	3/Cl	1
73	> Frío en geral.		1	1	2		1	1	1		1	1	1	1
74	> Enfriarse		2	1	1		1	3	1		1	1	1	
124	> Levantarse de la cama, después		2	3	1	3/Cl	3	1	2	1	2	3	4/Cl	1
6	> Esfuerzo físico				1				2			3/Cl	4/Cl	
125	< Acostado		1	1	1	4/Cl	4/Cl	1	4/Cl	4/Cl	3/Cl	2	3/Cl	3/Cl
37	< Involucrase			1			1	1				2	1	
52	< Comida y bebida, Alimentos calientes			1	1	1	1	4/Cl	1				2	
1	> Dormirse, antes de / al													
28	> Despertar, al			3		3		1			1	1	4	
102	< Reposo, en				1	2	4/Cl	1	1	4/Cl	2	1	3/Cl	1

Interpretación

Once remedios cubren todos los síntomas, pero solo *Graphites* y *Natrium muriaticum* carecen de contraindicaciones.

Materia médica comparada de Graphites (GS)

Humor cambiante, desesperanza, abatimiento, tristeza. Tendencia a sentirse mal e infeliz. Enfado, malhumor, irritabilidad. Muy malhumorado. Muy afectado por esfuerzo mental. Por las noches, muchos pensamientos, por lo que solo puede dormir poco durante la noches. Trastornos por preocupación (o susto). Olvido constante. Falta de ganas de trabajar

Materia médica comparada de Natrium muriaticum (GS)

Ánimo quebrado. Abatimiento melancólico y aprensión con tristeza y descorazonamiento todo el día sin una causa definida con palpitaciones. Enfado y accesos rápidos de ira violenta. Cualquier nimiedad despierta su ira. Indiferencia, taciturno, sin alegría. Falta de pensamientos y dispersión. Apatía y aversión al trabajo.

Administración del remedio y evolución

Debido a la elevada diferencia de polaridad y de la mayor coincidencia en la Materia médica comparada, *Graphites* es el remedio de primera elección. Marianne recibe una dosis de 200C.

Al cabo de un mes, ha mejorado la tristeza, pero todavía se siente cansada. Cifra la mejoría en más de un 50 %. Continuamos con *Graphites* (M, XM, LM CM) a intervalos mensuales, y la paciente va mejorando de forma continuada. Seis meses después de iniciarse el tratamiento, valora la mejoría en un 100%. Los bajones psíquicos han desaparecido completamente y ya no se da cuenta de que quizá debería tomar otra dosis. Ahora prolongamos el intervalo de las dosis a seis y después a ocho semanas. El estado estable se mantiene. Un año después de iniciar el tratamiento podemos interrumpirlo. *Periodo de observación: Dos años.*

¿Qué nos enseña este caso?

- Según la repertorización, *Graphites* y *Natrium muriaticum* cubren casi al igual los síntomas de Marianne. Sin embargo, si se comparan ambos remedios en la Materia medica, se aprecia que el paciente de *Graphites* es más bien

pasivo (igual que nuestra paciente), mientras que en *Natrium muricaticum*, se constata claramente el rebote y la irritabilidad.

- ¿Cuándo ha concluido un tratamiento? A menudo, optamos por prolongar el intervalo de las dosis a seis y luego a ocho semanas para ver si el paciente todavía necesita el remedio o no.

3. Tics y tartamudez

Los tics y la tartamudez son fenómenos motores, en parte extrapiramidales muy sometidos a influencias psíquicas. El tratamiento convencional resulta complicado y, en el caso de la tartamudez no lleva a la curación completa. La homeopatía acorta considerablemente el periodo de curación.

Tics

Definición: Los tics son trastornos motores con contracciones breves, involuntarias y repetitivas de determinados grupos musculares, o también manifestaciones sonoras. Hasta la fecha su causa es desconocida. Se subdividen del siguiente modo:

Tics motores simples: fruncir la frente, guiñar los ojos, movimientos bruscos de la cabeza, subir las cejas, movimiento de hombros o hacer muecas. *Tics vocales simples:* carraspear, chasquear con la lengua, toser, masticar sonoramente, gruñir, aspirar la nariz.

Tics motores complejos: Saltar, tocar a gente o cosas, retorcer el cuerpo, gestos obscenos, conducta autolesiva. *Tics vocales complejos:* Exabruptos de palabras inconexas y frases cortas, coprolalia, ecolalia, etc.

Mientras que los tics sencillos pueden considerarse como hiperkinesias extrapiramidales, los tics complejos motores y vocales también poseen un aspecto psiquiátrico, obsesivo. El *tratamiento convencional* es complicado e insatisfactorio. Además del asesoramiento y de la terapia de conducta, en parte también se utilizan neurolépticos.

Tartamudez

La tartamudez es un trastorno del flujo del habla, dependiente de la situación, que se acompaña de frecuentes interrupciones del discurso. Se diferencia entre *tartamudez*

idiopática (persistent developmental stuttering), cuya causa se desconoce, y tartamudez con causas psíquicas o físicas conocidas.

Síntomas primarios

- Repeticiones rápidas de sonidos, sílabas, palabras (tartamudeo clónico)
- Prolongación de sonidos (extensiones)
- Bloqueos mudos o sonoros (tartamudeo tónico)
- Sonidos intermedios repetidos (interjecciones)

Síntomas secundarios

- Conducta de evitación
- Conducta de huida

Diagnóstico: Los síntomas típicos deben existir en una medida considerable y durante al menos tres meses.

Frecuencia: La prevalencia de vida es alrededor del 5%. A nivel convencional, la tartamudez se puede aliviar, pero no curar.

Diagnóstico diferencial

- Disfemia fisiológica (transitoria en niños pequeños)
- Taquifemia (habla poco inteligible y excesivamente rápida)
- Tartamudez adquirida (debida a traumas psíquicos o físicos y a afecciones neurológicas)

Tratamiento

Terapia conductual con énfasis en la aceptación, logopedia para mejorar la técnica de fonación, y autosugestión. La medicina convencional parte de la base de que el tartamudeo solo puede mejorarse, pero no curarse. La homeopatía acorta 'considerablemente la duración del tratamiento.

Caso clínico 3: Niklaus T., 4 años, tics vocales simples, TDAH, Pavor

Niklaus es un niño guapo con rizos rubios que no para quieto. Pero los padres no vienen por eso (la madre es igual de inquieta y lo encuentra normal), sino porque desde hace cuatro meses carraspea constantemente, ronca al dormir y hace apneas. Con frecuencia, se “despierta” gritando de miedo, ve cosas en la habitación que otras personas no ven y, durante 30 minutos, no se le puede calmar hasta que se le pasa el episodio. Al día siguiente, no se acuerda de nada de lo ocurrido. En el interrogatorio detallado, se descubren los síntomas típicos del TDAH. Desde su época de lactante, siempre ha sido inquieto; al jugar cambia constantemente de objeto sin ocuparse realmente del juguete. Todo el tiempo, exige la atención de los padres o de la maestra.- La madre es homeópata y, para el carraspeo, ya le ha dado *Calcium carbonicum*, *Tuberculinum* y *Lycopodium*, todo ello sin éxito. – En la exploración, aparte de lo ya explicado, solo se observa una hiperplasia amigdalal.

La madre prepara las *Lista de control de ORL y afecciones oculares, trastornos de la percepción y síntomas secundarios* para la toma del caso. Comentario de la madre: *¿Cómo? Si mi hijo no tiene un TDAH; ¡es normal que los niños se muevan mucho!*... Ha marcado lo siguiente:

Lista de control de ORL

Carraspeo constante, ronquera, ronquidos, apnea durante el sueño, lagrimeo en viento

- < acostarse, después de -P
- < acostado sobre la espalda-P
- > acostado de lado-P
- < Ir en coche-P
- > esfuerzo físico-P (= > distracción)²
- > esfuerzo mental-P (= > distracción)²

Lista de control de los trastornos de percepción, TDA/TDAH

- Tristeza (llanto)

² Síntomas poco fiables, ver: Heiner Frei, *Homeopathy and ADHD, a new treatment concept with polarity analysis*. Narayana-Verlag, Kandern, 2015

- < Ir en coche-P (náuseas)
- Tartamudeo (síntoma pasado)³
- Deseo de dulces ³
- < hambre (se queja)³
- > esfuerzo físico-P³

Síntomas secundarios

- Pavor nocturno

La escasa cantidad de síntomas es reflejo del disimulo de los padres que no quieren ver los problemas. Para la repertorización solo utilizamos los síntomas polares fiables, así como el pavor nocturno que cumple todos los criterios de un delirio.

Repertorización N.T.

N.T.

tics, TDAH, pavor nocturno

		Rhus.	Sulph.	Plat.	Ign.	Phos.	Bry.	Kali-c.	Ars.	
Número de aciertos		6	6	6	6	6	6	6	5	
Sums		16	13	12	13	15	13	9	16	
Diferencias de polaridad		14	5	5	4	1	-1	-1	10	
112	< Acostarse, después de	P	4	3	4	2	3	3	3	4
48	< Acostado de espaldas	P	3	2	1	2	4	1	1	3
46	> Acostarse de lado	P	2	1	1	1	3	2	1	2
61	Tristeza, abatimiento, llanto fácil	P	3	2	3	4	1	2	1	
32	< Coche, ir en	P	3	3	1	3	2	3	2	4
52	Delirio, alucinaciones		1	2	2	1	2	2	1	3
100	> Acostarse, después de		1	1		1	1	4(CI)	1	
50	> Acostarse en decúbito supino (sobre la espalda)			2	1	2	1	4/CI	3/CI	
50	< Acostado de lado			3/CI	1	3/CI	4(CI)	4/CI	5/CI	
42	Alegría (inhabitual)				3	2	3/CI			
6	> Coche, ir en						3/CI			3

Interpretación

Siete remedios cubren todos los síntomas. De ellos, solo *Rhus toxicodendron* y *Platina* carecen de contraindicaciones.

³ Síntomas poco fiables, ver: Heiner Frei, *Homeopathy and ADHD, a new treatment concept with polarity analysis*. Narayana-Verlag, Kandern, 2015

Materia médica comparada de Rhus toxicodendron (GS)

Sensación de sequedad en la garganta. Por las noches, mucho miedo; no puede quedarse en la cama, quiere ir de una cama a otra. Tristeza, llanto. Gran inquietud, incapacidad de estar sentado quieto, ha de cambiar constantemente de posición en el sillón y mover las extremidades.

Materia médica comparada de Platina (GS)

Mucosidad en la garganta con irritación para carraspear. Sensación de úvula elongada. Por las noches, se despierta como atontada, tiene dificultades para reobrar el sentido. Tendencia a llorar y llanto involuntario. Triste y malhumorado. Inquietud generalizada y en las extremidades, en reposo <.

Administración del remedio y evolución

Niklaus recibe una dosis de *Rhus toxicodendron* 200C. La madre opina: "¿¡Rhus-tox!?, ¿cómo es que le da Rhus-tox'? - ¡no es posible!" – Sí, es posible.

Durante cinco días empeoran extremadamente los tics. Después desaparecen, al igual que el ronquido y el pavor. Niklaus pasa a ser más tranquilo y calmado; deja de llorar y quejarse. También mejoran considerablemente la atención y la concentración. La madre continúa independientemente el tratamiento.- Un año después, se vuelve a visitar debido a una otitis media. Desde entonces ha tomado otras tres dosis de *Rhus-tox* (M, XM, LM), con lo que se estabilizó su estado. *Periodo de observación: 2 años.*

¿Qué nos enseña este caso?

- La patogénesis del presente tic se entiende a partir de la Materia medica: La hiperplasia amigdalara da lugar a la respiración oral, con lo que se resecan las mucosas y se provoca el carraspeo. Para que esto se convierta en un tic, debe haber otra causa, dado que los niños con amígdalas grandes no suelen carraspear. Probablemente se tratara de los trastornos de la percepción que también llevaron a una hiperactividad.
- Con frecuencia, el intento de disimular de los padres es un problema grave, sobre todo en diagnósticos que se consideran como socialmente negativos

(trastornos psíquicos, tics y TDAH). Esta postura puede llegar a dificultar enormemente la observación objetiva de los síntomas.

- Debemos evitar las imágenes de los medicamentos, ya que pueden obnubilar la visión terapéutica. El camino correcto para llegar al remedio ha de pasar por síntomas fiables, una repertorización y la Materia médica comparada.

4. Trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son afecciones graves que pueden dar lugar a daños crónicos de la salud. *El problema central es la obsesión constante por el tema de la comida*“. Se refiere a la ingesta o al rechazo de la comida y está relacionado con problemas psicosociales y la postura frente al propio cuerpo. En general, dan lugar a un trastorno del equilibrio energético o de las necesidades de componentes esenciales:

- aporte energético demasiado elevado con poco gasto → Obesidad
- aporte energético deficitario con gasto elevado → malnutrición
- Alimentación unilateral → Déficit de vitaminas o minerales

Principales formas de trastornos alimentarios

Adicción a la comida

Las personas con adicción a la comida comen compulsivamente y piensan constantemente en la comida, con las consiguientes consecuencias para el organismo. En la mayoría de los casos, comen demasiado e intentan controlar su peso corporal con dietas inadecuadas. En general, lleva a la obesidad.

Anorexia nerviosa

En la anorexia, se trata de una pérdida de peso intencionada. Con ayunos y recuento de calorías, los pacientes intentan, por un lado, tomar el menor alimento posible y, por otro, aumentar el consumo energético con actividades físicas. Se sienten muy gordos, incluso con un bajo peso extremo. Las consecuencias de la anorexia son la malnutrición y las atrofas musculares; a largo plazo, se añaden, la osteoporosis y la esterilidad. El 5-15% de los afectados muere, generalmente no por desnutrición, sino por infecciones o suicidios.

Bulimia nerviosa

Los pacientes con bulimia suelen tener un peso normal, pero tienen mucho miedo a que aumente. Por ello, toman contramedidas como deporte excesivo, ayunos, abuso de laxantes, vómitos o enemas. El atracón con el posterior vómito se siente a menudo como “relajante”. Debido a este comportamiento erróneo, se producen estados carenciales y *ataques de engullir*, en los que se ingieren grandes cantidades de alimentos. Las secuelas son esofagitis y lesiones dentales; en casos extremos, incluso trastornos del equilibrio electrolítico que pueden dar lugar a un fallo cardíaco.

Trastorno por atracón o Binge Eating Disorder (BED)

Los atracones se presentan en conexión con una sensación adictiva de hambre voraz. Se puede hablar de un BED cuando durante al menos 6 meses, se producen dos episodios de atracones a la semana, en los que el paciente pierde el control sobre la ingesta de comida. Además, han de cumplirse al menos tres de los siguientes seis criterios:

- Comer sin hambre
- Comer demasiado rápido
- Comer hasta que se presenta una sensación desagradable
- Comer en soledad para evitar los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Los atracones se sienten como una carga
- Asco, vergüenza o depresión después de un episodio

El BED puede dar lugar a obesidad porque, a diferencia de la bulimia, el paciente no toma medidas para evitar el aumento de peso.

Tratamiento de los trastornos alimentarios

En primer lugar, los pacientes precisan una psicoterapia con métodos cognitivos o psicodinámicos. En personas jóvenes, también hay que realizar una psicoeducación de los padres. Las medidas de apoyo más importantes residen en el asesoramiento dietético, el llevar protocolos de alimentación y pesarse regularmente. En raras ocasiones, también se administran antidepresivos. Cuando se llega a un peso crítico o se presentan secuelas físicas, es necesario ingresar al

paciente. En estos casos, la homeopatía también puede reducir claramente la duración del tratamiento.

Caso clínico 4: Theresa T, 17 años, *Binge Eating Disorder*

Theresa, 17 años, recibió durante su época escolar *Sepia* y *Chamomilla* debido a su pronunciado TDAH. Gracias a ello, su *Conners Global Index* desciende de 24 a 3 puntos.

Cuando inicia su formación profesional, vuelve a estar irritable, agresiva y casi todos los días tiene ataques de hambre voraz, en los que ingiere descontrolada y rápidamente ingentes cantidades de alimentos, por lo que después sufre de una sensación de plenitud. Está muy avergonzada de ello, por lo que cada vez se va retirando más. Hasta ese momento, su estatura y peso corporal se situaban en el percentil 50. Desde que empezaron los ataques de hambre voraz ha aumentado 13 kg de peso, con lo que se sitúa justo por debajo del percentil 90. El problema persiste desde hace 8 meses, de forma que se cumplen todos los criterios para un diagnóstico de *Binge-Eating-Disorder*.

Se prepara para la toma del caso con ayuda de las listas de control *Mente*, *Trastornos de la percepción* y *Síntomas secundarios*.

Mente

- Apetito voraz-P
- Sed-P
- Tristeza-P
- Irritabilidad-P
- < comer, después de-P
- < esfuerzo mental-P
- < emociones (enfado, preocupación, ofensa, miedo, etc.)
- > al aire libre-P
- > en soledad
- < consuelo (aversión a)

Trastornos de la percepción (síntomas fiables)

- < contacto-P
- < calor-P
- > descubrirse-P

- < dormirse antes de
- Tristeza-P
- Irritabilidad-P

Trastornos de la percepción (fiabilidad reducida)

- < ruido
- > movimiento-P

Síntomas secundarios

- Dormirse tarde
- Tos con expectoración
- Expectoración amarilla
- Audición reducida
- Menstruación tarde-P
- Sangre menstrual oscura -P
- Erupción cutánea seca

Selección de los síntomas para la repertorización

Utilizamos únicamente los „datos sólidos“, apetito voraz, sed, < después de comer, < esfuerzo mental, < contacto-P, < calor-P, > descubrirse-P, < antes de dormirse, > al aire libre, menstruación tarde, sangre menstrual oscura.

Repertorización T.T.

T.T.

Atracón, binge eating disorder

		Lyc.	Puls.	Sulph.	Verat.	Calc.	Sep.	Lach.	Staph.	Nux-v.	Aur.	Phos.	Ign.	Nat-m.
Número de aciertos		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9
Sums		35	32	30	24	29	26	21	19	27	14	22	17	26
Diferencias de polaridad		26	19	18	12	11	11	8	8	5	5	3	2	17
99	Sed	P	1	2	4	3	4	2	1	3	1	1	2	3
121	< Comer, después de	P	4	4	4	3	4	4	3	1	5	1	4	1
65	< Esfuerzo mental	P	5	2	3	2	4	4	5	4	5	2	1	4
121	< Contacto (tocar)	P	4	3	4	3	1	4	2	4	4	1	1	2
73	< Calor en gal.	P	2	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
37	> Descubrirse (destaparse, desvestirse)	P	4	2	2	3	3	1	1	2	1	1	2	2
99	< Dormirse, antes de / al	P	5	4	3	1	5	4	2	2	2	4	3	2
93	> Aire libre, al	P	2	4	2	2	1	1	3	1	1	2	3	1
69	Menstruación demasiado tarde, demasiad	P	4	4	4	2	2	4	2	2	1	2	2	1
59	Apetito voraz		4	3	2	4	4	1	1	1	4	1	3	1
86	Sed, falta de		1	4/CI	2	2	1	3/CI	1	3/CI	2	1	2	1
52	> Comer, después de			2		2	2	2		1		3	3/CI	
3	> Esfuerzo mental													
42	> Contacto		1		2		4/CI	1				3/CI		1
90	> Calor en gal.		1	1	3/CI	1	1	2	2	2	4/CI	3/CI	2	3/CI
56	< Descubrirse (destaparse, desvestirse)			1				2	1	2	3/CI	3/CI	1	1
1	> Dormirse, antes de / al													
110	< Aire libre, al		1	1	1	1	2	1	4(CI)	2	4/CI	1	1	3/CI
84	Menstruación demasiado pronto, demasiado fre		1	1	2	2	4/CI	3	2	1	4/CI		4/CI	3/CI

Interpretación

Doce remedios cubren todos los síntomas, pero solo *Lycopodium* y *Veratrum album* carecen de contraindicaciones. Debido a la elevada diferencia de polaridad, *Lycopodium* es el de primera elección.

Materia médica comparada de Lycopodium (GS)

Hambre voraz, cuanto más come, más pide el estómago y mientras está comiendo se siente bien. Peso en el estómago después de comer. Constante sed con labios secos y boca seca. Falta de ganas de hablar. Quiere estar solo. Miedo a la gente. Irritabilidad con llanto y sensibilidad. Obstinación, tiránico, ganas de pelea, falta de autoconfianza.

Administración del remedio y evolución

Theresa recibe una dosis de *Lycopodium 200C*.

Un mes después, los ataques de hambre voraz son menos frecuentes y menos intensos. Ella también está más motivada en su formación profesional. Con *Lycopodium M* desaparece completamente la adicción a la comida, así como la irritabilidad y el comportamiento agresivo. Su rendimiento en los estudios mejora y Theresa quiere subir de grado, un paso para el que antes no sentía ninguna motivación. Califica su mejoría en un 98%.

Continuamos con *Lycopodium* a intervalos mensuales (*XM, LM, CM, C200, etc.*) durante la época de su formación. El BED ya no es un tema para ella y, después de años, su peso corporal se ha normalizado en gran medida. Termina con éxito su formación profesional.

Periodo de observación: 3 años

¿Qué nos enseña este caso?

- Al igual que en otras afecciones, para la determinación del remedio nos basamos en “datos sólidos”.
- La curación fue asombrosamente rápida. Con una psicoterapia, el tratamiento habría sido mucho más prolongado y el efecto no habría sido tan integral.

5. Trastornos de estrés postraumático (TEPT)

Por definición, un trastorno de estrés postraumático (TEPT) se precede de acontecimientos de una gran amenaza o de dimensiones catastróficas. Estos acontecimientos no han de afectar forzosamente a la propia persona, sino que también pueden pasarles a otras personas. En general, el trastorno se presenta en el plazo de medio año y se acompaña de diferentes síntomas psíquicos y físicos.

Criterios diagnósticos

- Acontecimiento extraordinariamente traumático en la historia previa.
- Recuerdo persistente del acontecimiento.
- La persona afectada evita circunstancias que se asemejan al acontecimiento.
- Además, han de cumplirse al menos uno de los siguientes dos criterios:
 1. Amnesia total o parcial del acontecimiento.
 2. Dos síntomas persistentes con una elevada sensibilidad y emoción (p. ej., trastornos del sueño, muy asustadizo, hipervigilancia, falta de concentración, irritabilidad y accesos de ira).
- El cuadro patológico dura más de un mes.
- Afecta de forma considerable al desarrollo social o profesional del paciente.

Frecuencia

La prevalencia de vida de los TEPT se sitúa en alrededor de un 8%, aunque puede incrementar en hasta más un 50 % en personas expuestas, como el personal de salvamento, los médicos y los policías. En un estudio aleatorio en Alemania, los abusos dieron lugar a un TEPT en el 30 % de los casos, las violaciones en un 50%. En los soldados que han participado en batallas se produjo un TEPT en el 38,8%, mientras que se observó en un 50-70% de los presos políticos.

Tratamiento

A nivel de psicoterapia, se dispone de diferentes métodos terapéuticos que tienen por objetivo elaborar el trauma o reforzar al paciente en el manejo de los recuerdos traumático. También se utilizan terapias conductuales cognitivas. De forma

coadyuvante se pueden administrar psicofármacos. La homeopatía puede resultar muy útil, tal y como demuestran los siguientes ejemplos.

Caso clínico 5: TEPT tras varios traumas infantiles

Bea C., 19 años, ya tiene una historia dramática. Con cinco años, asiste a como su padre intenta rescatar inútilmente a su hermano mayor de una casa en llamas. El niño muere quemado. Un par de años después, sus padres se divorcian y, a la edad de 10 años, un vecino abusa sexualmente de ella. Recibe un tratamiento psicológico, pero sorprendentemente parece superar todos los traumas sin que se le note nada. Pasa los años de adolescente sin nada destacable.

Ahora, a los 19 años, se queja de depresiones, conflictos internos, miedos y obsesiones, que giran constantemente en torno al abuso sexual. Frente a otras mujeres se siente insegura y evita los contactos más cercanos. Además, tiene problemas para dormirse, está irritable y tiene falta de concentración y memoria. A menudo, intenta olvidar sus preocupaciones con el alcohol. Ha retomado la psicoterapia, supuestamente para recibir ayuda externa en una situación de pareja complicada.

Criterios diagnósticos que confirman un TEPT:

- Varios traumas psíquicos graves en la anamnesis
- Pensamientos obsesivos en el abuso.
- Trastorno de contacto frente a otras mujeres (comportamiento de evitación).
- Aumento de la sensibilidad con trastornos del sueño e irritabilidad.
- Falta de concentración en el trabajo.
- Duración del trastorno durante varios meses.

Sus síntomas físicos residen en amigdalitis recidivantes, flatulencia y diarreas dolorosas, flujo vaginal excoriante y transpiración abundante cuando está nerviosa.

Para la toma del caso, cumplimenta las listas de control *Mente* y *Síntomas secundarios*, marcando lo siguiente:

Mente

- Conflictos internos, inseguridad, miedos, falta de concentración, cambios de humor

- < emociones de cualquier tipo (enfado, preocupación, ofensa, desengaño amoroso)
- Tristeza-P
- Irritabilidad-P
- deseo de vino (Alcohol)-P
- < esfuerzo mental-P
- < reposo-P (= < pensar en las molestias)
- < pensar en las molestias-P

Síntomas secundarios

Amigdalitis recidivantes

- < Tragar-P
- > Comida fría-P
- Deseo de aire libre-P
- > al aire libre-P
- > enfriarse-P

Flatulencias, diarrea

- > descubrirse-P
- Falta de apetito-P
- Sed-P
- Micción escasa-P
- Micción rara-P

Flujo vaginal

- Flujo excoriante

Transpiración abundante

Trastornos del sueño

- Dormirse tarde

Procedimiento: Volvemos a no considerar los síntomas mentales e intentamos determinar el remedio a través de los síntomas polares corporales.

Repertorización B.C.

B.C:

Trastorno de estrés postraumático

			Acon.	Puls.	Bry.	Verat.	Sulph.	Phos.	Carb-v.	Calc.	Sep.	Iod.
Número de aciertos			10	10	10	10	10	10	10	10	10	9
Sums			22	32	26	22	24	21	17	19	17	20
Diferencias de polaridad			16	15	8	8	7	7	6	2	-3	14
93	< Tragar	P	2	3	4	2	4	3	1	2	3	2
53	> Comida y bebidas, Frías	P	1	4	4	1	1	4	3	2	2	
76	Deseo de aire libre	P	1	4	1	1	1	1	1	1	1	3
93	> Aire libre, al	P	3	4	2	2	2	3	1	1	1	2
74	> Enfriarse	P	1	4	3	3	3	1	2	1	1	4
37	> Descubrirse (destaparse, desvestirse)	P	3	2	1	3	2	2	1	3	1	3
115	Apetito, Falta de	P	1	3	3	2	3	2	1	3	4	1
99	Sed	P	4	2	4	3	4	1	3	4	2	2
91	Micción escasa	P	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2
68	Micción rara	P	3	3	1	2	1	1	2	1	1	1
47	> Tragar			3			1	1	1			1
47	< Comida y bebida, Alimentos fríos			1	1	3/CI	3/CI		1	1	3/CI	
86	Aversión al aire libre			1	3/CI	1	3/CI	1	1	4/CI	3/CI	
110	< Aire libre, al			1	1	1	1	1	3/CI	2	1	1
78	< Enfriarse		2		3	2	2	3/CI	1	2	3/CI	
56	< Descubrirse (destaparse, desvestirse)		1	1	1			1			2	
99	Hambre			4(CI)	3	2	1	2	2	4(CI)	3	2
86	Sed, falta de			4/CI	1	2	2	2	1	1	3/CI	
99	Micción abundante		2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
90	Micción frecuente		1	1	3/CI	1	2	2		2	1	1

Interpretación

Nueve remedios cubren todos los síntomas, pero solo *Aconitum* carece de contraindicaciones.

Materia médica comparada de Aconitum (GS)

Secuelas a largo plazo de sustos, trastornos por miedo o violencia. Miedo en la oscuridad. No puede pensar en nada, no sabe nada y no tiene idea de nada en la cabeza. Memoria deficiente. Deseo de estar solo; evita la gente. Cambios de humor, a veces contento, a veces triste. Inquietud, excitación, tristeza y miedo. Mucho miedo, sobre todo después de susto.

Administración del remedio y evolución

Bea recibe una dosis de *Aconitum 200C*.

Sin ninguna agravación primaria, se siente mejor después de poco tiempo. Está más feliz y satisfecha, y afirma que podría “mover montañas”. Califica la mejoría en un 70 %. Continuamos con *Aconitum M, XM, LM CM* a intervalos mensuales, con lo que, después de medio año, está libre de todas molestias. Esto sigue así en los siguientes años. *Periodo de observación: 3 años.*

¿Qué nos enseña este caso?

- La pregunta más importante en este caso es: ¿qué habría sido de la paciente, si hubiera tomado *Aconitum* inmediatamente después de los traumas? Después del abuso, se deprimió y debido a la sintomatología de entonces, recibió *Ignatia* lo que también le fue bien.
- Probablemente estaría justificado dar primero *Aconitum* tras shocks traumáticos y, después, en caso de síntomas persistentes, hacer una toma individualizada del caso.

6. *Burnout* o síndrome del estrés laboral o quemado

El síndrome de estrés laboral, quemado o *burnout* afecta a las personas con elevadas exigencias de rendimiento, estrés y sobrecarga, a las que no se les reconoce su labor. La consecuencia es un estado de agotamiento emocional con una fuerte reducción de la capacidad de rendimiento. Este síndrome se considera como *problema de enfrentarse a los retos de la vida* y no como un cuadro patológico, pese a incluirse en el ICD-10 (Z73.0) como “estado de agotamiento total”. Su importancia queda reflejada en las pérdidas económicas que, en el espacio de la UE, se estiman en 20.000 millones de euros al año.

Fases del *Burnout*

1. Necesidad de demostrarse a sí mismo y a otros, ambición extrema de rendimiento con sobrecarga de trabajo, descuido de las necesidades personales y pasar por alto los conflictos internos.
2. Falta de reconocimiento y valoración que dan lugar a dudar del propio sistema de valores y, en consecuencia, a un cambio en la conducta con retirada, sensación de falta de valor y miedo.

3. Después se llega a la pérdida de contacto con uno mismo y con otras personas. La vida transcurre cada vez más de forma mecánica. A menudo, se intenta superar el vacío interno con adicciones.
4. En el estadio terminal, se manifiestan sobre todo una depresión por agotamiento, indiferencia y desesperanza; existe el riesgo agudo de un colapso mental y físico.

Diagnóstico

Normalmente, un psiquiatra debe establecer el diagnóstico. Dispone de los siguientes instrumentos: *Maslach-Burnout-Inventory*, *Tedium Measure*, método Eucasa y *Copenhagen Burnout Inventory*.

Tratamiento

Actualmente, se da énfasis a la prevención del *burnout*. Esta gira en torno a establecer una *relación sana entre el esfuerzo y el reconocimiento* en el trabajo. A veces el problema reside en la ingente cantidad de trabajo, mientras que, en otras ocasiones, es la escasa carga mental del trabajo o la incapacidad del paciente a adaptarse a los cambios en las condiciones de trabajo.

Aparentemente el tratamiento es complicado. Se recomienda, entre otras medidas, un *entrenamiento conductual cognitivo*, *asesoramientos*, *apoyo social*, *ejercicios de relajación* y *musicoterapia*. Los casos clínicos presentados en este módulo muestran que, con homeopatía, también se pueden obtener resultados.

Caso clínico 6: Burnout

El Sr. O.S., 43 años, trabaja con su mujer como geógrafo autónomo. El matrimonio tiene tres hijos, de los que el más joven sufre una trisomía 21. Hace unos años, tras una intervención vesical, se le trataron con éxito los cólicos ureterales con *Rhus toxicodendron*. Desde hace unos meses, sufre de agotamiento, náuseas, falta de apetito, flatulencia, diarrea y depresión. Lo atribuye al estrés en el trabajo, porque los pedidos de trabajo no abundan y su familia pasa penurias. Pero también tiene estrés en la familia porque el cuidado de su hija discapacitada de 15 años es muy complicado, y genera frecuentes discusiones con su mujer, de las que sale

normalmente perdiendo. El Sr. S. es una persona muy afable, dulce y con necesidad de armonía que tiende a ceder antes de que una situación se escale. Su preocupación ahora es cómo va a continuar. Por las noches, se pasa largas horas desvelado y por las mañanas tiene dificultades de activarse porque el trabajo ya no le gusta. Se siente vacío y sin esperanza de que las cosas vayan a mejorar alguna vez. – en el fondo, relata todos los elementos de un *burnout* incipiente: compromiso y sacrificio, falta de reconocimiento, vacío interno, depresión y desesperanza.

Decidimos tomar el caso, para lo que el paciente prepara las listas de control de *Mente y aparato gastrointestinal*. Marca los siguientes síntomas:

Mente

- Tristeza-P
- Irritabilidad-P
- Desesperanza
- > compañía-P (> distracción)

Aparato gastrointestinal

- Náuseas
- Falta de apetito-P
- Pirosis
- Flatulencias
- Diarrea
- Heces verdes, no digeridas
- < despertar después de-P
- < café-P (?)
- < en la habitación-P
- < reposo-P
- > flato-P
- > movimiento-P
- Deseo de aire libre-P

La repertorización solo se realiza con los síntomas polares, sin los síntomas mentales de irritabilidad y tristeza.

Repertorización O.S.

O.S.

Burnout

			Puls.	Lyc.	Plat.	Rhus.	Mag-c.	Sulph.	Sep.	Carb-v.	Hep.	Aur.
Número de aciertos			7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
Sums			29	24	17	19	14	14	15	13	12	18
Diferencias de polaridad			20	14	12	11	10	6	4	3	0	12
111	< Despertarse, al	P	5	4	1	4	3	5	4	4	4	2
93	< Habitación (dentro de casa)	P	5	2	4	3	4	2	1	1	1	2
102	< Reposo, en	P	4	4	3	4	1	1	3	1	1	4
102	> Movimiento, durante el	P	4	4	3	4	1	1	3	1	1	4
76	Deseo de aire libre	P	4	3	3	1	3	1	1	1	1	4
27	< Comida y bebida, Café	P	3	3	2	2	1	3	2	2	3	
60	> Flato		4	4	1	1	1	1	1	3	1	2
28	> Despertar, al		2						4			
107	> Habitación (dentro de casa)		1	1	1	2	1	1	1	3/Cl	2	1
117	> Reposo (> sin movimiento)			1	1	1	1	1	1	2	3/Cl	1
126	< Movimiento, durante el		1	1	1	1	1	2	1	1	3/Cl	1
86	Aversión al aire libre		1	3	1	3/Cl		3/Cl	3/Cl	1	3/Cl	1
4	> Comida y bebidas, Café											

Interpretación

Nueve remedios cubren todos los síntomas. Seis remedios quedan descartados por las contraindicaciones. *Pulsatilla* presenta una elevada diferencia de polaridad, *Lycopodium* podría ser la segunda elección.

Dado que el paciente no es dictatorial ni arrogante, se plantea más bien *Pulsatilla*.

Materia médica comparada de *Pulsatilla* (GS)

Cansancio y sensación de agotamiento. Indiferencia, constantemente quiere estar echado o sentado. Abatimiento de todo el cuerpo, que obliga a acostarse. Frecuentes náuseas. Pirosis con borborismos en hipocondrio. Distensión tras cada comida. Diarrea con borborismos en el abdomen. Abatimiento pronto por la mañana, preocupación ansiosa por cuestiones domésticas. Huye de los negocios. No puede pensar sin preocupación por sus quehaceres, pronto por la mañana. Estado de ánimo melancólico, oscuro. Indiferencia y aversión a cualquier trabajo. Noches de insomnio...

Administración del remedio y evolución

El Sr. S. recibe una dosis de *Pulsatilla 200C*

No se vuelve a visitar hasta al cabo de 8 semanas. Dos días tras la toma del remedio, mejoraron las náuseas, las flatulencias y la diarrea, después fue mejorando lentamente a nivel psíquico. Aparte de los eructos ácidos ocasionales, en la visita de control han desaparecido todos los síntomas corporales y el paciente cifra la mejora de los síntomas mentales en un 80-90%.

Continuamos con *Pulsatilla M, XM, LM, CM* a intervalos mensuales. Ya no hay cambios en la mejoría alcanzada. Posteriormente sufre episodios cortos ocasionales que siempre puede atajar con *Pulsatilla*. Al cabo de seis años, califica su mejora pese al constante estrés como “fenomenal”, de forma que intentamos interrumpir la medicación. El paciente sigue bien. *Periodo de observación: 10 años.*

- ¿Qué nos enseña este caso?
- Este caso puede dar la impresión de que el tratamiento homeopático del *Burnout* sea sencillo. Sin embargo, esto solo suele ser así, si se inicia el tratamiento en un estadio muy precoz. Posteriormente, resulta muy complicado obtener éxito en este síndrome.

7. Resultados

Evaluación del análisis de polaridad en afecciones mentales

Para que a la vista de los casos presentados, no surja la impresión de que nosotros no tenemos dificultades de tratar a estos pacientes, vamos a presentar los resultados del estudio de dieciséis pacientes psíquicos con los siguientes diagnósticos:

<i>Trastornos de ansiedad</i>	<i>10 pacientes</i>
<i>Depresiones</i>	<i>2 pacientes</i>
<i>Trastornos de la conducta</i>	<i>4 pacientes</i>

Catorce pacientes respondieron al tratamiento, mientras que dos con trastornos de ansiedad no respondieron. La mejoría media en el colectivo general (incl. no respondedores) fue del 72 % al cabo de un mes. La mejoría en los catorce respondedores llegó a un promedio del 82,5%.

Conclusiones

Hahnemann aconseja que, *en la determinación del remedio en enfermedades mentales, nos orientemos en los síntomas corporales secundarios*. Esta es una de las recomendaciones más importantes del *Órganon* que facilita enormemente el tratamiento de estas enfermedades.

Bibliografía

1. Samuel Hahnemann, *Organon der Heilkunst. 6. Auflage*, Haug Verlag, Stuttgart, 2002.
2. Heiner Frei, *Die Polaritätsanalyse in der Homöopathie - Ein präziser Weg zum homöopathischen Arzneimittel*. Narayana-Verag, Kandern, 2014.
3. Heiner Frei, *Homeopathy and ADHD, a new treatment concept with polarity analysis*. Narayana Verlag, Kandern, 2015.
4. *Polaritätsanalyse-Software*, siehe <http://polarity-analysis.com>
5. Constantin Hering, *Leitsymptome der homöopathischen Materia medica*. Till Verlag Runkel, 2006.