

CONTENIDO

SEGUNDA PARTE

| | |
|--|-----|
| EL BIOMAGNETISMO Y LA BIONERGIA LA PRIMERA OPCIÓN DE LA MEDICINA DEL FUTURO Y NO UNA ALTERNATIVA..... | 403 |
| Francisco Mena Flores | |
| AFECCIONES DE LA PIEL..... | 419 |
| Elma Nydia Duarte Castillo | |
| DUPLICACIÓN DEL PAR BIOMAGNÉTICO..... | 432 |
| María dolores Landeros Márquez | |
| BIOMAGNETISMO MEDICO EN PACIENTES CON ALERGIAS..... | 458 |
| Dra. Maria Del Carmen López Villarón | |
| CASO CLÍNICO: PSORIASIS | 474 |
| María Teresa Torreblanca Huerta | |
| CÁNCER CERVICOUTERINO..... | 502 |
| Marco Antonio Magdalena del Mazo | |
| PROBLEMAS EMOCIONALES Y SU CURACIÓN A TRAVÉS DEL PAR BIOMAGNÉTICO Y LA MEDICINA BIONERGÉTICA | 528 |
| Dr. Enrique Zenil Robles | |
| ENERGÍA MAGNÉTICA EN EL CUERPO HUMANO | 551 |
| Ariadna Gabriela Luce Gómez | |
| HELICOBACTER PYLORI..... | 572 |
| Patricia Escobosa Villagrán | |
| EL PALUDISMO Y LA LEPRO EN EL BIOMAGNETISMO | 589 |
| Dra. Angélica Lorenia Martínez Pica | |
| BREVE HISTORIA DEL USO DE LOS MAGNETOS COMO MEDIO DE CURACIÓN | 623 |
| María del Pilar Roldán Tapia | |
| CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE CERO POSITIVO | 653 |
| María del Roble Treviño Escamilla | |
| LA FIEBRE TIFOIDEA Y EL PAR BIOMAGNÉTICO | 686 |
| Antonia López Hernández | |
| EPILEPSIA Y FIBROMIALGIA | 703 |
| Armando Manuel Martínez Garay | |

| | |
|---|-----|
| ¿SON REALMENTE LAS VACUNAS UNA GARANTIA PREVENIBLE CONTRA LAS ENFERMEDADES? | 725 |
| Luz Elena Delgado Amaya | |
| CAMPOS MAGNÉTICOS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMOS DESAHUCIADOS POR LA MEDICINA TRADICIONAL | 749 |
| Ma. Olimpia Pérez González | |
| SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE | 761 |
| Martha Herlinda Cantú Patiño | |

EL BIOMAGNETISMO Y LA BIONERGIA LA PRIMERA OPCIÓN DE LA MEDICINA DEL FUTURO Y NO UNA ALTERNATIVA

Francisco Mena Flores

Presentación

“La verdad jamás daña a una causa justa “

Gandhi

Es digno de respeto que una institución científica de gran prestigio como es “La Universidad Autónoma Chapingo de México “, haya acogido, valorado y respaldado una de las tesis más innovadoras de todas las épocas como es el Biomagnetismo y Bionergía Médica, no como una alternativa, sino como la primera opción de la medicina del futuro.

El Dr. Isaac Goiz Durán, “ Tesoro viviente de México“, descubridor de esta Técnica, Hombre de gran tenacidad, perseverancia y SABIDURÍA., es categórico al afirmar que el SIDA y el Cancer son curables, marcando así un hito fundamental en la Historia de la Medicina

La Tesina está basada en el sustento científico y la aplicación del Método Biomagnético y Bioenergético en pacientes incurables con la Medicina Alopática, en Ecuador, Chile y Suiza.

Introducción

“Cuando se trata de defender una gran causa, no es el numero de partidarios lo que cuenta, sino la cualidad de su ser. Los hombres más ilustres de la historia se ha encontrado siempre solos en el momento del combate. Por ejemplo, así sucedió con los grandes profetas: Zoroastro, Buda, Jesús, Mahoma y muchos otros cuyos nombres podría citar. Tenía fe en sí mismos y en Dios, en un Dios vivo. Y convencidos de que Dios estaba a su lado nunca se sintieron abandonados “

Gandhi

Desde tiempos inmemoriales, el ser humano trató de comprender el mundo que le rodeaba, equilibrando la empírico y lo mágico; el curandero era el amo de la vida y de la muerte. De esta forma, la causa y el origen de las enfermedades, el milagro de la procreación la iniciación sexual, el climaterio, la menopausia o la muerte fueron considerados fenómenos mágicos que manejaban los espíritus, cuyos representantes en la tierra fueron los shamanes, los curanderos, magos y los hechiceros, quienes actúan como intermediarios de lo desconocido y, por tanto, como dominadores de la naturaleza mágica del mundo.

La Herbolaria fue de gran importancia, convirtiéndose en una tradición milenaria basada en el conocimiento de infinidad de plantas medicinales clasificadas y aplicadas con gran acierto en distintas enfermedades.

La Medicina era asociada con tres factores: **religión** en virtud de que se atribuía a los dioses ciertas enfermedades, así como su remedio; con la **magia**, porque creían que algunas enfermedades eran provocadas por los hechiceros y con la **ciencia**, porque conocían las propiedades curativas de las plantas y de algunos minerales.

La invasión a América, el más grande Genocidio de la historia, donde todo el desarrollo alcanzado por las culturas Americanas: Aztecas, Mayas, Incas, etc., fueron destruidas. Noventa millones de indígenas fueron diezmados y entre ellos médicos tradicionales (shamanes) que a la vez fueron líderes espirituales. Sus religiones fueron reducidas a supersticiones, sus lenguas a dialectos y su Arte a artesanía.

Los calificativos despectivos que hasta hace poco tiempo daban a las “hierbas diabólicas” que fueron y son plantas sagradas para los pueblos ancestrales, ahora (01-05) en occidente se llama Fitoterapia o Etnomedicina. Todo lo que fue considerado salvaje y demoníaco desde hace cinco siglos, en la actualidad los antropólogos lo denominan sabiduría ancestral. Estos conocimientos a pesar del genocidio se mantienen vigentes hasta nuestros días y no por reivindicación de occidente o de ciertos grupos intelectuales, sino por la lucha tenaz y anónima de los mismos pueblos nativos del mundo que han reivindicado su identidad como culturas vivas y no como materia prima de estudio.

El Eurocentrismo ha querido marcar su epicentro del conocimiento, y el resto (tercer mundo) reducido a un simple exotismo tribal en el mejor de los casos, sino simplemente salvaje y primitivo. Así se ha ido escribiendo la historia de la Humanidad, reducidos a parámetros o estereotipos de un minúsculo grupo occidental que se han tomado los medios de comunicación hablados, escritos y televisivos mercantilistas para imponer y no proponer su “ desarrollo “ en las ciencias el arte y la religión.

Por otra parte, la historia de la humanidad está llena de ejemplos de cómo las grandes innovaciones fueron objeto de persecución, de incredulidad y de sojuzgamiento.

Así, Jesús fue perseguido junto con sus apóstoles por tener creencias diferentes a las de la época y por difundir la palabra de Dios, hasta el punto de haber sido asesinado por hablar de los principios bíblicos que en ese entonces eran conocidos como herejías y ahora son aceptados por todos los cristianos.

Galileo, Galilei (1564-1642), quien, sustentando sus conocimientos por medio de la observación y la experimentación, publicó en Florencia (1636) un manuscrito que afirmaba ...”que la Tierra gira en torno al Sol”, fue procesado por el Santo Oficio, y, tras 17 años de causa, fue condenado y confinado, luego de ser forzado a "abdicar" de sus "errores".

Solamente 350 años después de su muerte, el Vaticano, a través del Papa Juan Pablo II, rehabilitó en 1992 el científicismo de Galileo Galilei, y criticó los errores de los teólogos de la época que dieron pié a tal condena.

Dalai Lama, Su Santidad, un joven de apenas 16 años que tuvo que asumir el pleno poder político cuando la China invadió al Tíbet. Fue ultrajado y expulsado de su país natal a causa de la guerra en marzo de 1959, durante el levantamiento nacional del pueblo tibetano en contra de la ocupación militar china, por lo que tuvo que pedir el exilio.

El profeta Mahatma Gandhi fue permanentemente encarcelado y finalmente asesinado por profesar “ la No Violencia, la verdad y el Amor Incondicional” que constituyeron sus únicas armas para la liberación de su pueblo del colonialismo inglés.

Todo cambio paradigmático encierra una contradicción con lo establecido, así el Biomagnetismo una nueva visión de la Medicina que para su práctica no se requiere de sofisticados instrumentos y equipos de diagnóstico y para el tratamiento de enfermedades igualmente no se requiere de todo el vademecum de la Medicina Alopática, esto implica una verdadera revolución médica y filosófica en beneficio de la salud de nuestros pueblos y por lo mismo es sensurada y perseguida.

Todas las culturas ancestrales desarrollaron una visión de dualidad, desde el origen del universo. Por ejemplo las culturas andinas conciben al “ tayta Inti” como Padre sol y “quilla mama “ como madre luna, a los cerros macho y hembra (Tayta Imabura, mama Cotacachi), de la misma manera a las plantas como la ortiga macho y hembra, piedras macho y hembra, etc.

Como expresa en su texto GOIZ DURAN Isaac “ El Par Biomagnético “ Medicinas Alternativas Y rehabilitación S.A.De C.V. México 1995 “ Filosóficamente siempre nos encontramos con la dualidad materia-energía, día y noche, positivo y negativo, bueno y malo, etc. Teogénicamente algunas culturas antiguas como la Azteca consideraban la dualidad como (Ometeolt y Omoeacatl): es decir, el dios dual de su manifestación dual. Así mismo, culturas como la oriental conceptúan la dualidad energética como Yin - Yan.; y sin embargo la medicina ortodoxa de nuestros días solo conceptúa los fenómenos patógenos como unipolares y aislados; pero el descubrimiento y la demostración práctica del Par Biomagnético viene a confirmar la dualidad física, biológica y energética de los organismos vivos y de sus manifestaciones tanto de salud como de enfermedad. “

El descubrimiento del Dr. Goiz del par biomagnético y bioenergético con una propuesta bipolar no tiene antecedentes científicos sino fundamentalmente filosóficos, esto hace que nuestra única fuente de investigación bibliográfica sean sus libros: “ El SIDA Es Curable “, “ El Par Biomagnético” , y “ El Fenómeno Tumoral”. Lo existente en Bibliografía en Magnetoterapia o Imanoterapia, carece de fundamentos por que trata en un enfoque unipolar, sin embargo serán mencionados.

Marco conceptual/ revisión bibliográfica

Antecedentes del Biomagnetismo en Ecuador y Chile

Gustavo Guayasamín fue el gestor del Biomagnetismo en Ecuador, por cuanto fue partícipe del curso dado por el Dr. Goiz sobre esta innovadora Técnica en la ciudad de México. Anteriormente Guayasamín conoció al Dr. Isaac Goiz en Guatemala y lo invitó por primera vez al Ecuador a dar conferencias y consulta en la ciudad de Quito en el año 2000,

La conferencia del Dr. Goiz y los resultados con los pacientes fueron realmente sorprendentes, rompió con todos los paradigmas médicos conocidos hasta la época y fue tajante al afirmar que “ El SIDA, el Cáncer entre otras enfermedades supuestamente incurables, son curables “. Su crítica a la Medicina Ortodoxa “intocable e incuestionable”, perdía piso, y empezaba un nuevo sueño de esperanza para la salud de nuestro pueblo. También dio a conocer sobre la técnica Bioenergética aplicada en curaciones a distancia. Esto sobrepasó todas las expectativas conocidas en el área de la Medicina.

Al poco tiempo fui invitado por el Dr. Goiz para tomar un curso en México y la visa me fue negada debido a la falta recursos suficientes y garantías económicas. Al comunicar esto al Dr. Goiz, él tuvo una reacción de sorpresa e indignación y siendo así que mis deseos de aprender el método se esfumaron.

Gracias a la intervención de Gustavo Guayasamín se hizo posible que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador a través de la Maestría de Enfermedades Tropicales organizado por la Dirección Provincial de Salud del Guayas y la Facultad de Medicina de la Universidad de Loja se realice el Primer Curso del “ Par Biomagnético” en enero del 2001 en la ciudad de Guayaquil, curso al que tuve el privilegio de formar parte del grupo de estudiantes de esta nueva Técnica.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Loja acogió no solo la propuesta de la novedosa Técnica del Dr. Isaac Goiz, sino también lo nombró como parte del personal docente, incluyendo el descubrimiento del “ Par Biomagnético “ dentro del pènsu de estudios de la Facultad de Medicina, quienes además avalaron y respaldaron la publicación del libro “ El Fenómeno Tumoral “

El Dr. Goiz por su parte puntualizó que todos sus descubrimientos y reconocimiento serán entregados a esta Universidad.

Es de fundamental importancia dar a conocer como precedente el caso de la paciente Alejandra Gabriel ciudadana argentina residente en Chile, que llegó a mi consulta en Quito, en enero del 2003 con diagnóstico certificado de SIDA y que afortunadamente fue sanada gracias a la Técnica del Biomagnetismo, permaneció diez días en Quito y a su regreso a Chile difundió su experiencia al centro de Salud Ohani de Santiago de

Chile y esto abrió las puertas al Biomagnetismo en ese país en el que actualmente el Dr. Goiz ha dictado tres cursos y tiene ochenta y cinco discípulos que están trabajando en esta nueva propuesta

En el año 2004, la Universidad Autónoma Chapingo crea el Programa Universitario de Medicina Tradicional y Terapéutica Naturista ampliando sus actividades al Área de salud... **"con el propósito de atender, mediante la investigación, la docencia y el servicio, los problemas de salud de la población de escasos recursos"**.

El Programa Universitario de Medicina Tradicional y Terapéutica Naturista, entre "sus siete líneas de investigación y diversos diplomados y cursos selectos", destaca el **"Par Biomagnético."**

*La Historia Del Iman*¹⁴¹

Los chinos designan al imán con el nombre tsu chy, es decir, quien ama. Los griegos que fueron los primeros en descubrir la piedra imán en los alrededores de la villa de Magnesia, en Asia Menor, le dieron el nombre del lugar de donde procedía, magnes, que en latín llegó a ser magneticus. Casi todos los etimologistas están acordes en referir a la raíz magnes al origen de nuestra palabra magnetismo. La tierra ejerce sobre el imán acción análoga a la de otro imán, y esta propiedad se llama magnetismo terrestre.

Siempre se ha reconocido en el cuerpo humano propiedades semejantes a las del imán y se ha dado también al conjunto de ellas el nombre de magnetismo. Desde la más remota antigüedad el imán era muy estimado en la medicina de los chinos, egipcios, caldeos, hebreos, árabes, griegos y romanos. Aristóteles, quien vivió en el siglo III antes de Jesucristo, hablaba ya de numerosas propiedades medicamentosas de una especie de piedra magnética que llamaba imán blanco. Paracelso expuso su método poseyendo algunas nociones de la polaridad del cuerpo humano, empleó los dos polos del imán, según el efecto que trataba de obtener.

Admitía igualmente que sobre una misma parte del cuerpo, el imán atrae por un polo y repele por el otro. También se servía del que repele para separar la parte demasiado viva de los humores, y del que atrae para hacerlos retroceder hacia su origen.

Por el año 1770, Mesmer comenzó a llamar la tensión. Aplicaba el imán en virtud de una teoría que le era peculiar. Admitía la existencia "de una influencia mutua entre los cuerpos celestes, la tierra y los cuerpos animados.

Mesmer empleaba ordinariamente pequeños imanes que tenían la forma de las partes del cuerpo a que se aplicaban. Los colocaba en los costados, en medio del cuerpo y en la espina dorsal. En algunos casos usaba de forma elíptica para la planta del pie o bajo las rodillas. En los vómitos y en los calambres de estómago los aplicaba al corazón; en los cólicos los colocaba en el ombligo. A los sujetos irritables, es decir, sensitivos, no se los ponía sobre la cabeza sino en la nuca. Todos estos imanes eran llevados durante el día y la noche en contacto con la piel.

En Francia, los doctores de la Condamine en Romans; Razoux, en Nimes; Sigaud de la Fond, Descesmet y Missa, en París, y varios otros aplicaron el imán con éxito. Pero es sobre todo el abate Le Noble, canónigo de Vernon-sur Seine, quien se dedicó con más asiduidad al estudio de las aplicaciones del imán al tratamiento de las enfermedades. Desde 1763 sus imanes para los dientes eran muy apreciados. En septiembre de 1777 leyó a la Sociedad Real de Medicina una memoria sobre sus trabajos; y esta sabia corporación, que algunos años más tarde se alzó con tanta violencia contra el magnetismo animal, nombró una comisión compuesta de Mauduyt y Andry para comprobar la eficacia del imán en el tratamiento de algunas enfermedades. Mauduyt, no habiendo podido seguir las experiencias con constancia, fue reemplazado por Thouret. Los dos comisionados llevaron a cabo su cometido con la más escrupulosa atención, e hicieron un informe que fue posteriormente leído y discutido.

¹⁴¹ www.amayantli.com.mx/artibiom.htm

Este informe, del cual he tomado muchos de los datos mencionados, está redactado, ensalzando el nuevo método terapéutico. Constituye ante todo, bajo el aspecto histórico, la obra más completa e interesante que hay acerca de este asunto. Contiene además varias láminas de grabado y cuarenta y ocho observaciones de los casos más diversos y más rebeldes, que fueron, casi todos curados o aliviados por las aplicaciones magnéticas, con exclusión de todo medicamento.

He aquí las conclusiones de este informe, que fue leído a la Sociedad el 29 de Agosto de 1780:

1. No se puede desconocer en el imán aplicado como amuleto una acción real y salutífera.
2. Esta acción es independiente, en el imán, de las cualidades o propiedades que le son comunes en los otros cuerpos, y por las cuales la aplicación de las piezas imantadas puede tener una acción general o común en la economía animal; tales con la impresión de frío, presión, contacto, rozamiento, cuando las placas son aplicadas y atadas fuertemente en contacto con la piel.
3. La acción del imán es también distinta de la que puede ejercer sobre el cuerpo humano con sustancia ferruginosa y atractiva, aunque parezca dimanar del mismo principio. Da señales de debilitarse con el tiempo y se restablece en la misma proporción que las placas imantadas adquieren o pierden su virtud atractiva o su acción sobre el hierro.
4. Esta acción del Imán debe ser inmediata y directa de la del fluido magnético en nuestros nervios, sobre los cuales parece tener una influencia no menos real que sobre el hierro; pero no da señales de tener ninguna directa y particular sobre las fibras, humores y vísceras.
5. Por esta acción el imán no parece convenir en el tratamiento de las afecciones decididamente humorales u orgánicas y materiales, sino en las afecciones puramente o más particularmente nerviosas.
6. Las afecciones de este género a las cuales el imán conviene preferentemente, no son las afecciones motivadas por la falta de acción de los nervios, sino las que reconocen por causa principal la excesiva actividad de éstos: tales son los espasmos, las convulsiones y los vivos dolores.
7. Por lo dicho, el imán figura naturalmente entre los antiespasmódicos, clase que enriquece, como la electricidad ha enriquecido la de sustancias irritantes, aperitivas o estimulantes.
8. La acción antiespasmódica y nerviosa del imán parece que es solo paliativa; pero nada anuncia que no pueda llegar a ser curativa. La eficacia misma que se reconoce en el imán no debe ser puramente nerviosa y solo antiespasmódica, porque no está demostrada la nulidad de toda otra acción humoral y material en esta sustancia, ni la carencia de propiedades estimulantes y aperitivas, deduciendo de lo expuesto que es importante continuar las investigaciones y multiplicar las pruebas.
9. Como el método magnético es susceptible de perfeccionamiento, debe procurarse modificarlo observándolo en todos sus detalles.
10. Al menos limitándose al método actual las ventajas del magnetismo no pueden ser desconocidas ni disputadas.
11. El imán, tiene, pues, sobre el cuerpo humano otro principio de acción que el que resulta de su naturaleza ferruginosa y de su acción atractiva sobre el hierro, así como otras propiedades numerosas que el empirismo le ha atribuido; y vendrá día en que llegue a ser en medicina de utilidad, si no tan grande, al menos tan real como lo es ahora en física, aunque no se debe admitir todas las maravillas que de él se cuenta, porque hay que cercenar muchos elogios que se le prodigan.

A partir de 1785 las observaciones empezaron a escasear. **En medicinas los sistemas pasan velozmente y fácilmente se olvidan.**

Cuando se demuestre en su maravillosa sencillez el prodigioso poder de la medicina magnética, el hombre será el médico de su mujer, esta el médico de su marido y de sus hijos; y si esta acción del magnetismo humano no es suficiente, se sacará la energía de que se tenga necesidad, del magnetismo de los vegetales: se vitalizará el magnetismo de la tierra, de la electricidad, del calor y de la luz. Esta será la medicina del pobre así como del rico, pues todos podrán aplicarla sin gasto en sí y en los suyos.

No habrá enfermos incurables, y la intervención de una mano extra no será necesaria más que en los casos bastante raros en que la invasión de la enfermedad sea tan rápida como inesperada. No se verá a más de la mitad de la humanidad arrastrar una vida lánguida, sin que el arte pueda aliviarla, y el empleo de medicinas que siempre hacen mal; hasta curando, quedará relegado al olvido?

Tabla cronológica de las principales etapas y autores del magnetismo

| Autor | Formulación teórica |
|--|--|
| <i>La Cultura China</i> Año 300 | La aplicación práctica del magnetismo, más antigua, se debe a la cultura china donde se inventó la brújula, la cual se empezó a utilizar en Occidente como instrumento de navegación. Hace nos 700 años. (China) |
| <i>Petrus Peregrinus</i> Siglo XIII | Francés realizó importantes investigaciones sobre los imanes y sus descubrimientos no se superaron en casi 300 años. (Francia) |
| <i>Mesmer</i> 1770 | Estaba convencido de que el ser humano posee una clase de magnetismo específico, que él denominó "magnetismo animal" para distinguirlo de la limaduras de hierro captar y utilizar ese tipo de energía con el objeto de curar a sus pacientes. (Alemania) |
| <i>John Michell</i> británico 1750 | Geólogo, demostró que la atracción o repulsión entre dos polos magnéticos disminuye a medida que aumenta el cuadrado de la distancia entre ellos. (Inglaterra) |
| Siglo XVIII- XIX | A finales del siglo XVIII y principios del XIX se investigaron simultáneamente las teorías de la electricidad y el magnetismo. |
| <i>André Marie</i> <i>Ampère,</i> | Estudió las fuerzas entre cables por los que hizo circular corrientes eléctricas. (Francia) |
| <i>Dominique Francois</i> <i>Arago,</i> | Físico, magnetizó un pedazo de hierro colocándolo cerca de un cable recorrido por una corriente. (Francia) |
| <i>Michael Faraday</i> 1831 | Descubrió que el movimiento de un imán en las proximidades de un cable induce en éste una corriente eléctrica; este efecto era inverso al hallado por Oersted. Así, se demostró que una corriente eléctrica crea un campo magnético, mientras que Faraday demostró que puede emplearse un campo magnético para crear una corriente eléctrica. (Francia) |
| <i>James Cler Maxwell</i> <i>Británico</i> | La unificación de las teorías de la electricidad y el magnetismo físico quien predijo la existencia de ondas electromagnéticas e identificó la luz como un fenómeno electromagnético. (Inglaterra) |
| 1905 | Posteriormente, los estudios sobre el magnetismo se centraron en el origen atómico y molecular de las propiedades magnéticas de la materia. |
| <i>Samuel Abraham</i> <i>Goudsmit y George</i> <i>Eugene Uhlenbeck</i> 1925 | Físicos, demostraron que los electrones tienen espín y se comportan como pequeños imanes con un «momento magnético» definido. El momento magnético de un objeto es una magnitud vectorial que expresa la intensidad y orientación del campo magnético del objeto. (Estados Unidos) |
| <i>Werner Heisenberg</i> 1927 | Físico basado en la mecánica, cuántica dio una explicación detallada del campo molecular de Weiss. Más tarde, otros científicos predijeron muchas estructuras atómicas del momento magnético más complejas, con diferentes propiedades magnéticas. (Alemania) |
| <i>Esther del Río</i> 1968 | Realiza dos descubrimientos 1ª Nuestros cuerpos están formados por una intrincada red de magnetitas que, en forma de imanes, conforman microcampos magnéticos. 2ª El agua que hay dentro del cuerpo no es "agua normal", sino que tiene características de cristal óptico Toda nuestra sangre está llena de pirámides, tiene resonancia, vibración y energía electromagnética. (México) |
| <i>Dr. Richard</i> <i>Broeringmeyer</i> | El pensó en forma unipolar y afirmó que podría existir una disfunción en el órgano que soportase el desnivel energético y que dicha disfunción podría normalizarse si se aplicara un campo magnético con polaridad contraria. (EEUU) |
| <i>Dr. Isaac Goiz Durán</i> 1988 | Descubre el Par Biomagnético y se fundamenta en la concepción dual y en resonancia vibracional y energética de dos campos biomagnéticos siempre iguales para cada microorganismo patógeno o disfunción orgánica. (México) |

Conceptos físicos fundamentales

La ciencia moderna admite que la materia está formada por pequeñísimas partículas llamadas átomos. Cada uno de estos átomos puede ser comparado a un sistema planetario, puesto que está formado de un núcleo, cargado positivamente y un enjambre de electrones negativos que giran a su alrededor, siempre que cada uno de los átomos individuales no experimente intercambios con otros átomos o no sufra la acción de fuerzas extrañas que alteren su estado normal. Esta condición se transforma en una ley física: “El número de electrones que rodean al núcleo es igual a la cantidad de cargas positivas que éste posea. En este caso, el átomo se comporta eléctricamente como neutro”.

Estos átomos, que han adquirido cargas positivas o negativas, han recibido el nombre de **iones**, denominándose **cationes** cuando la carga es positiva y **aniones** cuando es negativa.

En el agua se disuelven las sustancias reaccionantes, es decir, se disgregan en sus moléculas individuales, las cuales se reparten homogéneamente por todo el disolvente. Esta repartición de las moléculas por todo el disolvente es el primer estadio del proceso de la disolución, pero el fenómeno no siempre va más allá de este primer grado. Cuando se trata de sustancias constituidas por átomos cargados positiva y negativamente, es decir, constituida por iones, prosigue el fenómeno de la disociación hasta un segundo grado, consiste en el desdoblamiento de las moléculas individuales, o sea, como se dice corrientemente en su disociación.

Por su comportamiento químico se diferencian profundamente los iones que existen en una disolución de los átomos o moléculas eléctricamente neutras.

Externamente, una disolución iónica se comporta como si fuera eléctricamente neutra, pues la suma de las cargas positivas que contiene es siempre igual a la de las negativas. En cambio, internamente suceden las cosas de manera muy distinta.

Los iones individuales que existen en una disolución se combinan instantáneamente con los iones contenidos en otra disolución añadida a la primera, influenciando incluso las sustancias no disueltas.

Una especie de Ion especial es el hidrogenion. Es originado por la disolución de moléculas que, cuando menos, contienen un átomo de hidrógeno, es lo que ocurre, entre otros casos, en el de los compuestos llamados ácidos.

El Ion hidrógeno representa un núcleo positivo con una carga elemental que ha perdido el electrón negativo que le pertenecía para formar el átomo de hidrógeno. El Ion hidrógeno es, pues, la partícula material más pequeña que tiene existencia real. Es su tamaño, precisamente el que determina las propiedades especiales que caracterizan al Ion hidrógeno y que le diferencian de todos los demás iones conocidos; a su pequeñez se deben muchas de sus propiedades, entre ellas su extraordinaria movilidad y, en general, a ella cabe atribuir la sorprendente importancia del Ion hidrógeno en muchas reacciones.

Conceptos químicos fundamentales

En la célula hay moléculas de alta energía que organizan el agua para que pueda conducir energía electromagnética. La organizan y le dan estructura. De tal forma que el agua cristal líquido es un clatrato, esto es, un dodecaedro con caras pentagonales y hexagonales (H₂O₂N₃7) y tiene la facultad de guardar una memoria por su estado mesomórfico de cristal líquido.¹⁴²

Todos los elementos químicos están caracterizados por su peso atómico, así como los compuestos químicos que forman lo están por su peso molecular, por ejemplo: la molécula del agua (H₂O) está constituida por dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno, cuyos pesos atómicos son 1 y 16 respectivamente, por lo tanto el peso molecular del agua es 18.

¹⁴² Del Rio, Esther; Revista Ciencia “Por las venas corre luz”, Pág 6-7 Berlín - Alemania

Se denomina mol, el número de gramos de una sustancia igual a su peso molecular. Simbólicamente se representa la concentración en moles de una sustancia por litro, encerrando su fórmula molecular entre corchetes rectangulares.

Cuando la disolución contiene 1 mol por litro, se dice que se trata de una disolución normal. De la misma manera se llaman disoluciones normales todas aquellas que contienen, en un litro, una cantidad de sustancia correspondiente a un H^+ ; a menudo se denomina a esta cantidad de sustancia 1 equivalente. En el agua pura, neutra, la concentración de los iones de hidrógeno está siempre perfectamente determinada, es decir, que en un litro de agua purísima, sea cual fuere su origen, existe siempre una cantidad de iones de hidrógeno fija y determinada. Poseen una capacidad especial para producir iones de hidrógeno

Por tanto, ácido es cualquier sustancia susceptible de ceder protones a otra sustancia capaz de aceptarlos, que se denomina base, cuanto más fuerte es un ácido más débil resulta su base conjugada y cuanto más débil sea su ácido más fuerte era su base conjugada.

Estudio iónico de ácidos y bases

Como se sabe, los electrolitos hacen conductora de la electricidad a una disolución porque la disocian en iones. La disociación iónica tiene lugar de modo que se alcanza un equilibrio (equilibrio iónico) entre los moles no disociados y los disociados.

Composición Química de la Materia Viva

La materia viva es una entidad compleja, cuyo principal componente es el agua, factor esencial de la vida, acompañada de numerosas sustancias como son: los glúcidos o azúcares., los lípidos o grasas., prótidos o proteínas, ácidos nucleolós (ADN y ARN).

Alteración del pH provocado por microorganismos

La Salud está determinada por el equilibrio del pH7 (potencial de hidrógeno neutro) en las células, órganos y organismos, la alteración del mismo hacia la Acidez y Alcalinidad determinan la enfermedad dada por su desequilibrio debido a la presencia de microorganismos virus, hongos, bacterias y parásitos.

La presencia de virus y hongos que poseen carga positiva y llevan al pH a 0 o acidótico. Las bacterias y parásitos que tienen carga negativa alteran al pH a -14 ó Alcalinidad extrema. La acidez lleva a la degeneración de tejidos y provoca disfunciones y acortamiento de la materia, en tanto que la Alcalinidad a más de degenerar los tejidos llevan a la distensión y disfunción de la materia. La aplicación del “ Par Biomagnético “ usando imanes de más de un mil Gaus corrigen esta alteración ácido básica devolviendo al pH su neutralidad y por tanto la salud del paciente.

Manifiesta el Dr. Goiz en “ El Sida Es Curable “ Edit. “ Los virus deben tener un órgano específico polarizado hacia la acidez que lo soporte y que esté en resonancia energética y vibracional con otro foco biomagnético de polaridad contraria, aunque de la misma intensidad, en donde se establece una bacteria que le fabrica una mucoproteína específica que lo hace patógeno, de ahí que si la persona infectada no posee dicha bacteria pues simplemente no puede desarrollarse la enfermedad “

Corriente eléctrica y electromagnética en el cuerpo humano

La Dra. Esther del Río en la revista Ciencia Editada por los Talleres Litográficos de impresos El Trébol S.A. 2001 en su artículo “ Por Las Venas Corre Luz” manifiesta que:

... "Estamos formados de un sistema de macromoléculas que forman una red **exterior** a las células. Se trata de una red ferroso-férrica que tiene corriente eléctrica y electromagnética. Calculamos que el cuerpo tiene cerca de 100 millones de estas partículas".

A toda esta intrincada relación de eventos y correspondencias en el tejido celular, la doctora lo ha llamado el Sistema de Cofactor Ex-tracelular de Oxido-reducción o ECOR (por sus iniciales en inglés). Se trata de todo un

sistema que indica que existe una geografía especial dentro de nuestro cuerpo, en donde se ubican campos magnéticos. Este sistema muestra que no se trata de centros o zonas con fenómenos aislados de electromagnetismo, sino que hay una organización y funcionalidad perfectamente correspondida.

Metodología y técnicas

“Por medio de la ciencia se está llegando a conocimientos semejantes a los de la tradición oral.”¹⁴³ Para la realización de esta Tesina, se ha recurrido a la revisión bibliográfica del Uso del Imán en la Medicina Tradicional de los diferentes pueblos del mundo y sus aportes del mismo en el transcurso de la historia, desde una visión mágico-religiosa hasta la científica en nuestro días con el aporte del descubrimiento del “Par Biomagnético y Bioenergético” que es el tema de este trabajo, siendo los libros del Dr. Goiz la única fuente bibliográfica que nos concierne.

Debido a que el “ Par BioMagnético” y “Bioenergético” rebasa toda especialidad Médica ortodoxa y recupera la integridad del ser humano en comunicación con el universo y en perfecta armonía: cuerpo, alma y espíritu, como creación a imagen y semejanza de Dios.

Esto hace que la aplicación del método en el diagnóstico y tratamiento no se reduzca a pacientes con enfermedades similares, a determinados grupos sociales, o a regiones geográficas específicas.

Por lo que en este trabajo se describen los casos de pacientes en Ecuador, Chile, Nepal y Suiza, tratados de manera fidedigna y exclusiva con la Técnica del “ Par Biomagnético “ sin intervención terapias alternativas, ni de la Medicina Alopática.

La aplicación de esta Técnica en mi experiencia terapéutica tiene un 90% de efectividad en tres mil quinientos pacientes, los que han sido tratados en un promedio de tres sesiones.

La ubicación geográfica donde se realiza la aplicación de la Técnica es variable en el tiempo requerido para el tratamiento de las diversas patologías, por ejemplo en Ecuador 10 minutos, en Chile (Isla de Pascua y Valle del Elki), Nepal (Kardmandú) y Suiza (Zürich y Berna) 3 segundos.

Desarrollo del trabajo

El Par Biomagnético

El descubrimiento del par biomagnético en 1988, marcó un criterio totalmente nuevo dentro de la Magnetoterapia Unipolar y de la medicina en general, al comprobar que las cargas biomagnéticas presentan una resonancia vibracional energética bipolar.

El primer par biomagnético conocido fue el del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se genera en el timo y recto, desde las primeras horas en que se instala el virus, produciendo en los organismos dos fenómenos simultáneos: inmunodeficiencia y cero positividad. En 1994 el Dr. Goiz descubrió que existe un sida "falso positivo" a VIH. En 1996, que existe un VIH potencial, y en 1998, que existen mutaciones del virus.

Dentro de los procesos físico químicos de la materia orgánica, el átomo de hidrógeno se encarga de asociar a otros átomos y de mantener dicha asociación estable, con un equilibrio de cargas positivas y negativas, definiendo con ello, las propiedades ácido-básicas, toda vez que el elemento hidrogeno actúa en los dos sentidos, electronegativo y cuando actúa como ion, electropositivo.

Este equilibrio cinético de cargas nos permite entender el concepto fundamental de neutralidad energética, y que aunque poseen diferente polaridad no interfiere con los procesos vitales de la Homeostasis celular u orgánica, mientras esté en resonancia bioenergética.

¹⁴³ Del Rio, Esther; Revista Ciencia; “Por las venas corre luz”, Pág. 9 Berlín Alemania.

Las disfunciones en los órganos que soportan las distorsiones del pH, se curan mediante el fenómeno de despolarización, el cual se consigue aplicando un campo magnético de polaridad contraria a la del campo bioenergético producido por el organismo, para atraer los iones de hidrógeno, los radicales libres de polaridad contraria.

En el polo positivo se establece una acidosis del órgano afectado, también se acorta la materia y por lo mismo el órgano decrece en sus dimensiones, y posteriormente ocurren los fenómenos degenerativos, todo ello en presencia o no de virus patógenos.

En el polo negativo, ocurren fenómenos semejantes pero de polaridad contraria. Se establece una alcalosis del órgano, la distensión de su materia que condiciona un estadio de flogosis y de edema. Posteriormente ocurre la disfunción del órgano, y finalmente procesos degenerativos, y todo ello en presencia o no de bacterias patógenas.

Aun cuando las dos consecuencias finales de ambos polos son las mismas, en el caso de los polos biomagnéticos con polaridad positiva la degeneración es de tipo retráctil cicatricial y en el segundo, es de lisis y dispersión del tejido.

El proceso curativo consigue el equilibrio energético en donde el pH es óptimo para la Salud y cuya alteración se debe a la presencia de microorganismos patógenos que distorsionan el pH normal del órgano que sustenta el fenómeno bioenergético.

A la fecha de la edición del libro El Par Biomagnético se han descubierto e identificado plenamente 115 pares biomagnéticos regulares, veinte especiales y once disfuncionales; que a su vez identifican energéticamente al mismo número de patologías de los organismos humanos.

En la actualidad (2004), se proponen siete grupos de pares biomagnéticos:

1. Pares regulares: que agrupan a las patologías comunes soportada por una sola entidad microbiológica; llámense virus, bacterias, hongo o parásito.
2. Pares especiales: disfunciones de órganos o sistemas sin la presencia de microorganismos patógenos.
3. Pares disfuncionales: específicamente de glándulas de secreción interna
4. Pares complejos: que definen algunas patologías disfuncionales pero que abarcan otros sistemas o tejidos.
5. Reservorios: en donde pueden estar alojados microorganismos patógenos por tiempo indefinido.
6. Pares temporales que se forman por un trauma principalmente y que ceden espontáneamente al curar el paciente.
7. Asociados que son infinitos en número pero que definen las patologías crónico degenerativas, sindromáticas, tumorales y en general, toda la patología que no se ajusta a un solo microorganismo patógeno

Técnica de diagnóstico y tratamiento

Rastreo de la patología

Para el Diagnóstico se usa un imán de más de 1000 mil Gauss de carga negativa, el hemicuerpo izquierdo se mantiene fijo, en tanto que la respuesta va a determinar el acortamiento o elongamiento del hemicuerpo derecho.

Goiz Durán Isaac. “ El Par Biomagnético “Edit. Intertipos Arias S.A. de C.V. 2001 Ver páginas 109-111. “ Están claramente determinados ciento catorce puntos de rastreo, desde la glándula pineal (1) hasta el cuádriceps (114).

La mejor posición de rastreo es con el paciente en **decúbito dorsal** tomando como referencia los tacos de los zapatos del paciente que facilita medir la igualdad o desigualdad de los dos miembros inferiores.

Una vez detectada la patología con el imán de carga negativa, se procede a impactar el imán positivo en la estructura anatómica que le hace resonancia, despolarizando y devolviendo el pH 7 o neutro, anulando el medio óptimo ácido y alcalino propicio para los microorganismos y por tanto restableciendo la salud de los pacientes.

Este procedimiento puede también realizarse a distancia, a través de otra persona que actúa como medio o antena, siguiendo los pasos descritos anteriormente y obteniendo los mismos o mejores resultados.

El Par Bioenergético, que implica nada más que el uso de la mente del terapeuta para el diagnóstico y tratamiento reemplazando el uso de imanes, viene a constituir el más grande descubrimiento del Dr. Isaac Goiz. Método que no tiene precedentes en el mundo científico y que está cambiando los conceptos tradicionales de la Medicina.

Experiencias y resultados

La eficacia del Método Biomagnético y Bioenergético ha permitido no solo tratar pacientes en Ecuador, sino también en otros países (Chile, Suiza y Nepal) por varias ocasiones.

Los casos que a continuación se describen corresponden a diferentes patologías certificadas en su diagnóstico por la Alopátia y que luego del tratamiento Biomagnético se ha demostrado con los resultados de laboratorio en unos casos y en otros los testimonios de los mismos pacientes.

Pacientes tratados en Ecuador

Verónica Espinoza

Paciente: 39 años

Diagnóstico Alopático: Mioma Uterino de 4 x 5 cm diagnosticado en Julio del 2003

Síntomas: sangrados vaginales permanentes, cólicos menstruales.

Pronóstico: Cirugía inmediata

Tratamiento Biomagnético:

Carina –Carina

Aftosa virus

Duodeno – riñón izq

Chlamidia Trachomatis

Trompa –trompa

Parvo virus

Pronóstico: A los pocos minutos, se redujo el sangrado y al siguiente día desapareció por completo, al igual que los cólicos.

A los 15 días, se confirmó con eco pélvico la desaparición total del mioma.¹⁴⁴

Edison Méndez

Paciente: 25 años

Diagnóstico Alopático: Leishmaniasis detectado el 3 de Junio del 2001

Síntomas: paciente inválido, sin motricidad (dependiente de otros incluso para alimentarse), con dolor generalizado, heridas expuestas en miembros superiores e inferiores.

Pronóstico: reservado

Tratamiento biomagnético

Deltoides der. –riñón

Leshmaniasis

Deltoides izq –riñón

Leshmaniasis

Riñón –riñón

Chlostridium Tetanie

Cuello –cuello

Blastosistitis homminis

¹⁴⁴ Los miomas y cánceres diagnosticados por Alopátia fueron falsos.

Pronóstico: Paciente sufre crisis curativa, aumentando los síntomas las primeras 24 horas. A los 15 días, desaparecieron todos los síntomas, cicatrizaron las heridas y los exámenes de laboratorio certificaron su completa curación.

Gloria Delgado

Paciente: 52 años

Diagnóstico Alopático: Cáncer de mama derecha detectado en Febrero 2001

Síntomas:

Tratamiento: paciente sometida a Mamectomía derecha

Pronóstico: candidata a Quimioterapia

Tratamiento Biomagnético:

Carina – carina Aftosa virus

Pleura der –apéndice Estaphylococo aureus cuag (+)

Riñon –riñon Chlostridium Tetanie

Pronóstico: Paciente decidió no someterse a Quimioterapia y fue completamente curada con certificación de laboratorio.

Elisa Quimbiulco

Paciente: 32 años

Diagnóstico Alopático: Mioma uterino de 5 cm

Síntomas: dolores abdominales, cólicos permanentes

Pronóstico: Cirugía inmediata

Tratamiento Biomagnético:

Hiato esofágico – vagina Helicobacter pilori

Trompa – Trompa Parvo virus

Cadera – cadera Chlamydia neumoniae

Pronóstico: Los síntomas desaparecieron a las 24 horas y el eco realizado 8 días mas tarde certificó la ausencia del mioma.

Guadalupe Tello

Paciente: 43 años

Diagnóstico Alopático: Cáncer de mama derecha (tumor de 3cm) y Metástasis

Síntomas: dolor agudo del hemicuerpo derecho

Tratamiento: Sometida a Mamectomía el 1ro. de septiembre del 2003

Pronóstico: candidata a Quimioterapia

Tratamiento Biomagnético:

Mediastino – mediastino Proteus mirabilis

Axila – axila Rabia

Pleura der –apéndice Estaphylococo aureus cuag (+)

Perihépatico – perihépatico Morganella Tifo

Pronóstico: Paciente que decidió no tomar la Quimioterapia y recuperación total con el Biomagnetismo.

Paulina Hernández

Paciente: 25 años

Diagnóstico Alopático: Fibrosis Quística diagnosticada a los 23 años

Síntomas: paciente postrada

Pronóstico: reservado a mediano plazo

Tratamiento Biomagnético:

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Axila – axila | Rabia |
| Pleura der- pleura der | Pseudomona auroginosa |
| Poplitio –poplitio | Neumococo |
| Dorso lumbar | Meningococo |

Pronostico: Paciente a las 24 horas bajo de 5lts de oxígeno a 2 litros y a las 72 horas pudo movilizarse por sí sola, recuperando sus fuerzas y su estado anímico. A los 8 días, volvió a su vida normal anterior (estudiante de 7mo. Año de Medicina).

Alejandra Gabriel (Argentina)

Paciente: 34 años

Diagnóstico Alopático: VIH Sida Positivo

Síntomas: paciente de bajo peso, diarrea, debilidad general, fiebre, somnolencia permanente.

Pronóstico: reservado a mediano plazo

Tratamiento Biomagnético:

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Timo – recto | VIH (1) |
| Hiato esofagico –testiculo der. | Helicobacter pilori |
| Deltoides – deltoides | Treponema pálido |
| Uretra – uretra | Corona virus |
| Ciatico – ciatico | Poliomelitis |
| Diafragma – diafragma | Candida albicans |

Pronostico: Paciente que tuvo crisis curativas y a los 8 días comenzó su mejoría y a los 10 días regresó recuperada a Chile, lugar de residencia.

Pacientes tratados en Suiza

Septiembre – 2003

Oliver Kurt

Paciente: 23 años

Diagnóstico Alopático: Esclerosis Múltiple (desde el 2001)

Síntomas: pérdida de sensibilidad, dificultad de movilidad en miembros superiores e inferiores, diplopia.

Pronóstico: Incurable

Tratamiento Biomagnético:

| | |
|--------------------------|----------------------|
| Ojo – ojo | Citomegalovirus |
| Pómulo izq. – riñon der. | Paludismo |
| Riñon –riñon | Clostridium Tetanie |
| Escápula – escápula | Mycobacterium leprae |

Pronostico: Paciente recupera su salud, su movilidad, la visibilidad.

Diagnóstico Alopático posterior: Su médico en Zurich constata la “estabilidad de la enfermedad”, asumiendo que la Esclerosis Múltiple es incurable; a pesar de que actualmente el paciente realiza sus actividades normalmente.

Bettina Hofer

Paciente: 37 años

Diagnóstico Alopático: Morbus Crohn

Síntomas: cólicos gástricos, diarrea (desde Diciembre del 2002)

Pronóstico: Incurable

Tratamiento Biomagnético:

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Malar – malar | Enterovirus |
| Lengua - lengua | Escabiasis |
| Colon transverso- vejiga | Vibrio cholerae |
| Cabeza de páncreas – suprarenales | Estaphylococo Aureus Coagul (+) |

Suprarenales – recto

Leptospira

Pronóstico: La paciente tuvo mejoría al siguiente día, no tuvo más cólicos y tampoco diarrea. Recuperó todas sus funciones.

Liliane Hasler

Paciente: 33 años

Diagnóstico Alopático: Mioma Uterino (crecimiento progresivo desde hacer 10 años)

Síntomas: sangrado vaginal desde hace 3 años

Pronóstico: Cirugía

Tratamiento Biomagnético:

Uretra – uretra

Corona virus

Cadera – cadera

Chlamydia neomoniae

Pronóstico: Desaparecieron los síntomas y a los 15 días, con examen ecográfico pélvico se confirmó la desaparición del mioma. Solo presencia de cicatriz disminuida.

Irene Clausen

Paciente: 47 años

Diagnóstico Alopático: Litiacis renal derecha de 5 mm diagnosticado el 20 de Noviembre del 2001

Síntomas: cólico renal

Pronóstico: Cirugía

Tratamiento Bioenergético: (Curación a distancia)

Timo – recto

VIH (1)

Ureter – ureter

Varicela

Riñón der. – uretero der.

Par especial Machin

Escápula – escápula

Mycobacterium Leprae

Pronóstico: A los 30 minutos desaparecen los cólicos y a las 24 horas la paciente confirma la expulsión de cálculos. Hasta la fecha no se han vuelto a repetir los síntomas.

Pacientes tratados en Chile

Esperanza Pacarati (*Isla de Pascua – Chile*)

Paciente: 90 años

Diagnóstico Alopático: Ca. Pulmonar

Síntomas: paciente postrada (que no se vale por sí sola)

Pronóstico: reservado a mediano plazo

Tratamiento Biomagnético:

Pomulo izq –riñon

Paludismo

Carina – carina

Aftosa virus

Pleura der – pleura izq

Pleuritis Viral

Uretero - uretero

Varicela

Popliteo –popliteo

Neumococo

Escápula -escápula

Mycobacterium leprae

Pronóstico: Paciente que a las 24 horas recuperó su movilidad, a las 48 horas retomó sus actividades domésticas y a los 2 meses se certificó por laboratorio su total recuperación.

Emilia Martinez (*Santiago – Chile*)

Paciente: 5 años

Diagnóstico Alopático: Infección Viral Idiopática

Síntomas: paciente postrada, con dolores agudos en miembros inferiores, pérdida de apetito total, constipación

Pronóstico: Posible Cirugía de cadera en 48 horas

Tratamiento Biomagnético:

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Colon transverso – vejiga | Vibrio Cholerae |
| Trocante mayor – trocante mayor | Salmonella tifo |
| Ciático – ciático | Poliomielitis |

Pronóstico: Paciente que a las 2 horas recuperó su movilidad y a las 12 horas desaparecen los síntomas completamente.

Conclusiones

La aplicación del “Par Biomagnético” y de la “Bioenergética” permite:

- Conocer la etiología de las enfermedades y no basarse en síntomas o signos.
- Abaratar los costos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.
- Crear conciencia y llegar a sectores sociales carentes de recursos económicos.
- La Medicina Biomagnética y Bioenergética NO produce efectos secundarios.
- El tiempo de curación es inmediato en la mayoría de los casos.
- Eficacia en un 90% de pacientes que no han tenido resultado con la medicina Alopática, la misma que los ha desahuciado en su mayoría o con pronósticos de cirugía o agresivas terapias químicas.
- Los diagnósticos alopáticos de miomas uterinos y cánceres de mama expuestos anteriormente, para el criterio Biomagnético, fueron falsos

Recomendaciones

- Se propone que la Medicina Biomagnética y Bioenergética sea la primera opción para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento.
- Que la Medicina Alopática sea una alternativa para solucionar problemas de salud que no son posibles con el Biomagnetismo o la Bioenergía.
- Es necesario difundir a nivel nacional el respeto a la práctica de las medicinas tradicionales y alternativas, conforme lo establece la Constitución de la República del Ecuador, en su Artículo 41:

“El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.”

Bibliografía

- Goiz Durán, Isaac. 1993. *El SIDA es curable*, Isaac Goiz Duran. Organización Izcalli, S.A. de C.V. México.
- _____. 2000. *El Par Biomagnético*, Medicinas Alternativas y Rehabilitación, S.A. de C.V. México.
- _____. 2001. *El Fenómeno tumoral*.
- _____. 2004. *El Fenómeno tumoral*, Impreso en México. Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Loja, Segunda Impresión México.

- Del Río, Esther Dra. 2000. "Por las venas corre luz". En: *Revista Ciencia*. Talleres litográficos de Impresos El Trébol, S. A., México.
- Caudet, F. 2000. *Magneto y Metaloterapia*. Editorial Text-grafic, España.
- Andrews, Ted. 1995. *Guía Práctica de Curación Energética*. Editorial Robin book, Bogotá.
- Candhlm. 2003. *Cultivar el Corazón*. Editorial Devas, Buenos Aires.
- www.amayantli.com.mx/artibiom.htm

Anexos

El descubridor del fenómeno energético a confesión del propio Dr. Goiz Duran Isaac. "El Sida Es Curable Edit. Intertipos Arias S.A. de C.V. México D.F. pag 15. No me cansaré de decir que fue el Dr. Broeringmeyer el descubridor del fenómeno energético de acortamiento del hemicuerpo derecho (veáse el libro El Par Biomagnético),pero él pensó en forma unipolar.

Principios del magnetismo

El objetivo de esta Tesina **NO** es desarrollar un estudio exhaustivo sobre el fenómeno del magnetismo, sin embargo manteniendo – el toque mágico que tiene el fenómeno – en lo que estamos denominando elementos Teórico-Cognitivos revisaremos algunos conocimientos básicos, elementales y fundamentales de disciplinas científicas como la Física, la Química, entre otras, sobre **Biomagnetismo como aplicación en el campo de la salud**,

El Dr. Isaac Goiz Duran **formula la tesis** que " *el desequilibrio energético, causante de la enfermedad, puede restablecerse mediante la aplicación de novedosas técnicas de diagnóstico y de terapias vanguardistas donde la ENERGÍA es el principal o único medicamento.*

Los imanes naturales, y los fabricados artificialmente, están **«polarizados»**; es decir, que cada uno de ellos tiene dos partes o extremos llamados polos norte y sur. Una ley física fácilmente comprobable establece que **“los polos iguales se repelen, y los polos opuestos se atraen”**; esta propiedad fue considerada mágica, por los pueblos primitivos que se utilizaron en la fabricación de amuletos para repeler la mala suerte y como talismán para atraer la fortuna.

AFECCIONES DE LA PIEL

Elma Nydia Duarte Castillo

Presentación

Con el presente trabajo, intitulado “Afecciones de la piel”, se pretende desarrollar un tema que cada vez cobra mayor importancia: la gran cantidad de personas con diferentes problemas de enfermedades en la piel, principalmente la cara. Se pretende atender eficazmente a los pacientes que han adquirido este padecimiento.

Para desarrollar este trabajo se hizo una exhaustiva investigación bibliográfica, se recopiló material acorde al tema, siguiendo la metodología y los conocimientos adquiridos en el curso diplomado “Biomagnetismo y Bioenergética”.

Este trabajo se llevó a cabo con la conciencia y la responsabilidad de abordar esta problemática desde la perspectiva de la medicina alternativa, específicamente el Biomagnetismo, entendido éste como el arte antiguo de sanar a través del uso de imanes (Goiz, 1995), o como la ciencia que estudia el efecto de los imanes en los organismos vivos, es decir, en las plantas, los animales y los seres humanos.

El trabajo se desarrolló en la ciudad de Hermosillo, Sonora, con ayuda de libros sobre el tema, consultas en Internet y la observación de un paciente en tratamiento.

Se aprovecha este espacio y oportunidad para expresar un reconocimiento y felicitación a la Universidad Autónoma de Chapingo, por distinguir y aceptar entre sus docentes al Dr. Isaac Goiz Durán, hombre de ciencia que coincide con los pensadores de vanguardia en el sentido de que el hombre es un ser multidimensional, atento y abierto a todas las manifestaciones del conocimiento. Con su sensibilidad aplica el postulado de Claude Bernard (1813-1878), “la salud depende del equilibrio interno de los organismos vivos”.

Introducción

Las características de este estudio parten de la premisa y el compromiso que tenemos, de entender los principios básicos que dan origen a las manifestaciones patológicas, es decir, comprendiendo las causas y los factores de las enfermedades (su etiología) es más fácil aplicar los conocimientos adquiridos en el diplomado Biomagnetismo y Bioenergética y en otros cursos con el objetivo de lograr que el paciente recupere el equilibrio perdido.

Las características de este estudio, relacionado con Afecciones de la Piel”, son las siguientes: se presenta una revisión bibliográfica que incluye generalidades sobre la piel para tener una idea clara de la importancia que reviste este órgano en la conservación de la salud, se incluyen los temas sobre el ambiente microbiano y parasitario de la piel. El tema sobre el cáncer de piel se presenta un poco más ampliado poniendo énfasis en los diferentes tipos de tumores. El tema sobre biomagnetismo y cáncer se aborda aparte, puesto que el objetivo específico de este trabajo es aplicar la terapia de Biomagnetismo a una paciente con tal padecimiento. Se parte de la hipótesis de que la acción del par Biomagnético es capaz de detener y revertir los efectos del desequilibrio orgánico en esta manifestación.

Como puede observarse, la revisión bibliográfica está orientada a conocer generalidades sobre el tema, también a cubrir la hipótesis, el objetivo y los alcances del presente trabajo, es decir, ha sido orientada hacia la búsqueda de información que pueda proporcionar conocimientos y práctica que permitan contribuir a

mejorar y/o recuperar la salud de la paciente en tratamiento y buena parte de la revisión se enfocó a reconocer visualmente el problema, así como el entorno que lo provoca, como cofactor muy importante.

Revisión bibliográfica

Generalidades sobre la piel

Con 2 metros cuadrados de superficie y unos 3 kilos de peso, la piel es el órgano más voluminoso, palpable y visible del cuerpo humano. Tiene aproximadamente 2 milímetros de grosor casi en todas sus partes, alrededor de 50,000 partículas muertas se desprenden de la piel cada minuto, millones de ácaros viven en ella devorando esas minúsculas partículas y en un pedacito de piel hay entre 100 y 600 glándulas sudoríparas (Bingham, 2004).

A pesar de su aparente simpleza, nuestro abrigo cutáneo constituye la pieza más enigmática de la anatomía, después del cerebro. Se presenta, por un lado, como un envoltorio que regula la temperatura corporal, percibe los estímulos del placer y del dolor, segrega sebo y actúa a modo de barrera mecánica frente a microbios, venenos, radiaciones y otros elementos potencialmente dañinos. Y por otro lado, es uno de los medios básicos de comunicación ya que, entre otras cosas, contribuye a identificar a los individuos a través de su exorbitante gama de colores, texturas y pliegues .

Con el paso del tiempo, la piel experimenta cambios en diferente grado, porque la elastina y el colágeno, ingredientes principales del tejido conectivo, que confieren firmeza y elasticidad, se van modificando (Coperías y López Belman, 2004).

La piel como barrera protectora

El cuerpo tiene tres líneas de defensa contra la invasión microbiana:

- 1) Barreras externas que mantienen a los microbios fuera del cuerpo.
- 2) Barreras internas no específicas que combaten todos los microbios invasores.
- 3) El sistema inmune, que se dirige a protegernos contra microbios específicos.

La primera y obviamente la mejor defensa es mantener a los microbios fuera del organismo. El cuerpo humano tiene dos superficies expuestas al medio: la piel y las mucosas de los tractos digestivo y respiratorio. Estas superficies son barreras contra la invasión microbiana.

La piel intacta es tanto una barrera para la entrada como un medio hostil para el crecimiento microbiano. La superficie externa de la piel consiste en células muertas, secas, llenas de proteínas, córneas parecidas a las del cabello y las uñas. Como consecuencia, la mayor parte de los microbios que se establecen en la piel no puede obtener el agua y nutrimentos que requiere. Las secreciones de las glándulas sudoríparas y sebáceas también cubren la piel. Estas secreciones contienen ácidos y antibióticos naturales (como el ácido láctico) que inhiben el crecimiento de hongos y bacterias. Estas defensas múltiples hacen que la piel intacta sea una barrera muy eficaz contra la invasión bacteriana (Audesirk y Audesirk, 1997).

Ambiente microbiano de la piel

El principal factor ambiental limitante del crecimiento microbiano de la piel es la sequedad. Existen micrográficas electrónicas que, junto a células estafilocócidas en la superficie de la piel, aparecen cristales que demuestran que la piel es un ambiente inhóspitamente salado y seco. Los microorganismos se encuentran en toda la piel, aunque el número más elevado está presente sólo en áreas relativamente húmedas. La mayor parte de la humedad de la piel procede de sus propias secreciones normales, que incluyen la grasa y el sudor. La piel también se humedece en aquellas zonas donde se une a la superficie de membranas mucosas, cerca de la nariz, de la boca, de la uretra y del ano. Sin embargo, las secreciones de la piel pueden tener efectos tanto letales como beneficiosos para los microorganismos. Así, por ejemplo, la grasa de la piel de los seres humanos contiene ácidos grasos microbicidas. El sudor contiene lisozima, una enzima que destruye las bacterias al romper el armazón de peptidoglicano de sus paredes celulares. El sudor

también contiene altas concentraciones de sal que aumentan la presión osmótica, una limitación ambiental tolerada sólo por determinados microorganismos.

La importancia de la piel como una defensa impermeable continua contra las infecciones se pone de manifiesto cuando se pierden grandes áreas debido a una quemadura. Si una víctima de quemaduras sobrevive a la crisis inicial, la causa más corriente de muerte es una infección, frecuentemente debida al patógeno oportunista **Pseudomonas aeruginosa**. Incluso los cuidados intensivos en una unidad de quemados de un hospital con terapia antibiótica y una limpieza escrupulosa, no pueden proteger contra infecciones mortales.

Aunque la piel es un ambiente inhóspito para los microorganismos, muchos son capaces de sobrevivir en ella. Mediante la higiene se disminuye el número de bacterias de la piel hasta en un 90% . Sin embargo, al cabo de unos 8 horas, vuelve a existir un número de microorganismos casi normal, porque los que persisten en las capas más profundas de la piel continúan multiplicándose (Ingraham e Ingraham, 1998)

La biota de la piel

Al igual que el resto de la biota normal del organismo, la gran mayoría de los constituyentes de la biota de la piel son comensales. Por tanto , ninguna especie beneficia al hospedador, pero colectivamente constituyen una compleja constelación que mantiene la piel en un equilibrio de salud y evita, generalmente, el crecimiento de los microorganismos patógenos. Además, muchos de los ácidos grasos producidos por la biota normal de la piel ayudan a bajar el pH de la misma, disminuyendo, por tanto, el crecimiento de las especies patógenas,

Los microorganismos que crecen en la piel se encuadran en 3 grupos principales: Los estafilococos, los difteroides y los hongos.

Los cocos Gram positivos pertenecientes al género **Staphylococcus** crecen aeróbicamente en la superficie de la piel y anaeróbicamente en los poros exentos de aire. Pueden soportar las condiciones severas de la piel, incluidas la baja humedad, la alta salinidad y las temperaturas extremas. De cualquier forma, se encuentran más abundantemente en áreas con una relativa humedad, como por ejemplo, alrededor de la nariz.

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de las especies de estafilococos que habitan normalmente en la piel eran consideradas comensales inocuos. Sin embargo, en la actualidad, los científicos clínicos han observado que cualquier especie de estafilococo puede ser causa potencial de una enfermedad, aunque en distintos grados. **Staphylococcus aureus**, reconocido como un patógeno muy peligroso, causa una amplia variedad de infecciones graves. Bajo la denominación de **S. epidermidis** se incluye a todas las cepas de estafilococos patógenos o débilmente patógenos.

Las bacterias conocidas como difteroides constituyen el segundo grupo principal de la biota de la piel. Son bacilos Gram positivos relacionados con **Corynebacterium diphtheriae**, la especie que produce la enfermedad respiratoria denominada difteria. Algunos difteroides anaeróbicos crecen sólo en las regiones profundas sin aire de los folículos pilosos. En dichas regiones metabolizan las secreciones sebáceas. Una especie anaeróbia, **Propionibacterium acnes**, convierte las secreciones sebáceas en los ácidos grasos irritantes que inician la enfermedad denominada acné.

Los estafilococos y los difteroides se encuentran en la piel de todos los seres humanos, pero su abundancia relativa varía de unos individuos a otros.

El tercer grupo de microorganismos que habitan la piel normalmente son los hongos. La mayoría son levaduras que pertenecen al género **Pityrosporum**. Éstos organismos utilizan las grasas como substrato para su crecimiento y, en consecuencia, se encuentran en zonas ricas en secreciones sebáceas. **P. Ovale** predomina en la cara y en el cuero cabelludo.

Otro habitante microscópico de la piel humana es el ácaro **Demodex folliculorum**, el único arácnido que se encuentra normalmente en el cuerpo humano. Vive en la cara, dentro de los folículos pilosos y en las aberturas de las glándulas sebáceas (Ingraham e Ingraham, 1998).

Ambiente parasitario de la piel

El parasitismo consiste en la interacción entre dos poblaciones, en las que una funciona como huésped y la otra como parásito, es decir, una se beneficia y la otra se ve afectada. En este caso el hombre forma parte de la población afectada. Se da el nombre de parásito a cualquier organismo que afecte el cuerpo humano (Félix y Sevilla, 2003).

Las enfermedades causadas por parásitos que habitan en la piel y que pueden causarle lesiones se pueden dividir en tres grupos:

1. **Ectoparasitosis.** Presencia del parásito por encima de la piel o se introduce en las capas más superficiales con o sin sensibilización del huésped. Se considera aquí a la escabiosis, las pediculosis, la larva migrans, las miasis, la trombidiasis y la tungiasis.
2. **Parasitosis subcutáneas y profundas.** Presencia del parásito en las capas más profundas de la piel o en los órganos. Aquí se tiene a la leishmaniasis, la amibiasis, la oncocercosis, gnatostomiasis o larva migrans profunda, larva migrans visceral, tripanosomiasis, filariasis, biliarziasis, etc.
3. **Parasitosis reaccionales.** Hipersensibilidad a parásitos no presentes en la piel.

Las parasitosis más frecuentes se encuentran ampliamente reportadas en la bibliografía, por ejemplo, en la obra del Dr. Amado Saúl (14).

Cáncer de piel

Se dice que el cáncer no es una enfermedad sino un gran grupo de cerca de 100 enfermedades (Krapp y Long, 2003, y Ávalos Chávez, 2002). Se trata de una enfermedad cuyas dos principales características son un crecimiento incontrolado de determinadas células del cuerpo humano y la capacidad de estas células de emigrar a partir de su localización original y diseminarse a distancia.

Como ya se mencionó, la excesiva exposición al sol puede provocar cáncer de piel y todas las personas, sea cual sea la pigmentación de su piel, son víctimas potenciales de cáncer cutáneo si su exposición a la luz solar es suficientemente intensa y prolongada. Este se debe a que los rayos UV de la luz solar destruyen las células de la capa externa de la piel y dañan los finos vasos sanguíneos que existen debajo de la misma. Cuando la piel se quema, los vasos sanguíneos se dilatan y pierden líquidos, las células dejan de fabricar proteínas y su ADN queda lesionado por los rayos UV. La lesión repetida del ADN puede producir cáncer (Krapp y Longe, 2003).

El pigmento natural de la piel nunca puede proporcionar una protección completa. La queratosis solar (*Kera=cuerno*) es una lesión cutánea precancerosa inducida por la luz solar. Estas lesiones aparecen habitualmente en áreas de piel expuestas al sol y pueden ser de forma redondeada o irregular, con una superficie áspera y descamativa (Tortora y Grabowski, 1996).

Las tres formas más frecuentes de cáncer de piel, todas ellas causadas en parte por la exposición crónica al sol, son las siguientes:

1. **Epitelioma basocelular.** Representa el 75% de todos los cánceres cutáneos. Estos tumores se originan a partir de la epidermis y raramente metastatizan (o sea, que no se propagan a otros tejidos).
2. **Carcinoma epidermoide.** También se origina en la epidermis y cuya tendencia a la deseminación es variable. Casi todos surgen sobre lesiones preexistentes en piel expuesta al sol.
3. **Melanoma** (*melano=oscuro; oma=tumor*). Se origina en los melanocitos y son los cánceres potencialmente mortales de mayor prevalencia en las mujeres jóvenes. Los melanomas metastatizan rápidamente y pueden matar al paciente en los meses siguientes al diagnóstico. A menudo, aunque no siempre, existe un período de 10 a 20 años entre la lesión lumínica y la detección del cáncer.

Una buena costumbre consiste en examinar periódicamente la propia piel vigilando los lunares que aumenten de tamaño o que desarrollen bordes muy irregulares, superficies desiguales o una mezcla de colores. Estos signos de cambio de aspecto o de hemorragia indican el desarrollo de un melanoma.

Entre los factores de riesgo para el cáncer de piel se encuentran:

1. **Tipo de piel.** Las personas con una piel pálida o de pelo rubio o rojizo que nunca se queman tienen un alto riesgo.
2. **Exposición al sol.** Las personas que viven en áreas con muchos días de sol al año (cerca del Ecuador) o en altitudes elevadas tienen una alta incidencia de cáncer de piel. De la misma forma, las personas que trabajan al aire libre y las que han sufrido quemaduras solares graves tienen un alto riesgo.
3. **Historia familiar.** La frecuencia de cáncer de piel es mayor en algunas familias que en otras.
4. **Edad.** Las personas inmunodeprimidas tienen mayor incidencia de cáncer de piel.

En los últimos años se han popularizado las salas de bronceamiento, que se han convertido en un motivo de preocupación para los estudiosos del tema. Muchos establecimientos aseguran que utilizan longitudes de onda de luz UV “seguras”, es decir, las proporciones de mayor longitud de onda (A) del espectro (UVA). Sin embargo, según la mayoría de los médicos, las ondas UVA son tan peligrosas como las de longitud de onda más corta (UVB). Entre sus nocivos efectos se encuentran el cáncer de piel, el envejecimiento prematuro de la piel, la inhibición del sistema inmunitario (cambios y disminución del número de células de Langerhans) y la lesión del cristalino y de la retina del ojo. Otro problema que puede desarrollarse es la fotosensibilidad química, es decir, reacciones cutáneas adversas a determinadas sustancias químicas, incluidos algunos fármacos, que se aplican de forma tópica (externa) o que se ingieren por vía oral al mismo tiempo que la persona está expuesta a la radiación UV (Tortora y Grabowski, 1996).

Según las estadísticas, una de cada cuatro muertes en los países desarrollados se debe al cáncer. Es la segunda causa de muerte después de las enfermedades coronarias. Los cánceres más frecuentes son el cáncer de piel, el cáncer de pulmón, el cáncer de colon, el cáncer de mama (en mujeres) y el cáncer de próstata (en hombres) (Krapp y Longe, 2003).

Localmente, de acuerdo a información aparecida en el periódico *EL Imparcial* (28-12-04), el director del Hospital Oncológico informó que, aunque el cáncer de piel no es un padecimiento común entre los sonorenses, en el año murieron 17 personas por esta enfermedad producida por el desarrollo de células cancerosas en las capas exteriores de la piel. Informó también que su incidencia sigue creciendo por factores climatológicos.

Explicó que aunque puede encontrarse en cualquier parte del cuerpo, el tumor aparece sobre el 80% de la cara, cabeza o cuello, donde pueden no sólo desfigurarse esas zonas, sino que pueden expandirse. El especialista comentó que la causa primaria del cáncer es la radiación ultravioleta, generalmente del sol, pero también puede provenir de fuentes artificiales como lámparas solares. Indicó que cualquiera puede sufrir esta enfermedad, pero el riesgo es mayor para aquellos de piel blanca y si se quema fácilmente, si tienen un gran número de manchas y si éstas son de forma irregular o su tamaño es grande. Además, si tiene historia familiar de cáncer de piel o historia personal de quemaduras solares de importancia o si su trabajo o actividad se desarrolla durante mucho tiempo al exterior, aseguro.

Como ya se mencionó, el tumor es una masa anormal de tejido que crece en forma autónoma, sin relación con los estímulos que rigen el crecimiento normal de los tejidos. Los tumores de la piel son tan comunes que sería muy raro encontrar un individuo que en el transcurso de su vida no hubiera presentado uno o varios de ellos.

La línea divisoria entre un tumor benigno y uno maligno no es una frontera definida. Redondeando lo dicho anteriormente, en general, se consideran como características de un tumor maligno el crecimiento ilimitado y generalmente rápido, la infiltración y destrucción de tejidos vecinos, la atipia celular y el aumento de la mitosis y la capacidad de originar metástasis. Por el contrario, el tumor benigno es de

crecimiento lento y limitado, no infiltra ni destruye el tejido vecino, las células que lo constituyen son uniformes en apariencia y tamaño y no da metástasis. Sin embargo, estas características que diferencian un tumor benigno de uno maligno no son definitivas, ya que es posible observar algunos tumores de rápido crecimiento y de atipias celulares que no son malignos biológicamente. La única característica definitiva de malignidad es la capacidad de originar metástasis (Saúl, 2001).

Tumores benignos (NEVOS). El término NEVO ha sido utilizado en 2 sentidos en la literatura dermatológica:

- 1) En una acepción amplia. Para referirse a malformaciones caracterizadas por exceso de un tejido maduro, normalmente presente en la piel, es decir, hematomas cutáneos, entre los cuales los más conocidos son el nevo epidérmico verrugoso y el nevo sebáceo.
- 2) En un sentido específico. Para designar tumores constituidos por la proliferación benigna de células derivadas de los melanocitos, a los cuales se les conoce como nevos pigmentados o melanocíticos.

Nevo epidérmico verrugoso. El nevo epidérmico verrugoso es una lesión caracterizada por hiperplasia de la epidermis. Clínicamente se manifiesta como una placa verrugosa de color café de 2 a 5 cm.. Pero también se observan lesiones lineales extensas, a las cuales se les ha llamado “*nevus unius lateris*”. En ocasiones, el nevo verrugoso se extiende en forma unilateral por la mitad del cuerpo.

La lesión se observa con frecuencia similar en la cara y el cuello, el tronco y las extremidades; en cambio, es rara en la piel cabelluda, a diferencia del nevo sebáceo que es muy común en esa localización. Generalmente es congénita y crece lentamente en relación con el desarrollo corporal del niño, haciéndose más notable su carácter verrugoso en el transcurso de la infancia. Después de la pubertad permanece estacionaria.

Nevo sebáceo. El nevo sebáceo es una lesión caracterizada por exceso de glándulas sebáceas, al que frecuentemente se asocia hiperplasia de la epidermis y malformaciones de los folículos pilosos y las glándulas apocrinas. Debido a su mayor complejidad, ha sido designado también con el término de nevo organoide.

Nevos pigmentados o melanocíticos. Los nevos pigmentados son tumores benignos constituidos por proliferación de células derivadas de los melanocitos, a las cuales se les denomina células névicas. Estos tumores son los más frecuentes del ser humano. El promedio de nevos por individuo es mayor en la raza blanca, donde se han señalado cifras entre 15 y 30 nevos por individuo, mientras que las estadísticas de raza negra muestran un promedio de 7 nevos por adulto. En nuestra población, en un muestreo de 500 individuos de diferentes edades observamos un promedio de 11 nevos por persona.

Nevos displásicos. En el año de 1978, Clark y cols. ,en el estudio de pacientes con melanoma familiar, describieron con el “término de lunares BK” la existencia de numerosos nevos en los pacientes con melanoma familiar y en sus pacientes directos; posteriormente, a este cuadro se le dio en nombre de *síndrome de nevos displásicos*.

Nevos melanocíticos congénitos. Son lesiones constituidas por colecciones de melanocitos y células névicas presentes al nacimiento. Constituyen el 1% de los nevos melanocíticos.

Queratosis seborréica. La queratosis seborreica, también conocida como verruga seborreica o verruga senil es uno de los tumores más comunes del adulto; su frecuencia aumenta con la edad y pueden ser muy numerosas en algunos individuos de edad avanzada. El término de seborreica es engañoso, ya que no es una lesión relacionada con las glándulas sebáceas. Es un tumor benigno de la epidermis constituido por la proliferación de células de aspecto basaloide.

Quistes. Son dos los quistes más frecuentes de la piel; el quiste epidermoide y el quiste pilar. Existe una gran confusión en la nomenclatura de estas lesiones y a ambas se les ha designado impropriamente como quistes sebáceos. Ninguno de los dos esta relacionado con la glándula sebácea; ambos son quistes foliculares queratinizados y su contenido, aunque de apariencia “sebácea”, está constituido principalmente por queratina.

Quiste epidermoide. Es el quiste más frecuente de la piel. Se desarrolla a nivel del infundíbulo del folículo piloso y, en la mayoría de los casos, es de origen obstructivo.

Quiste pilar. El quiste pilar constituye aproximadamente el 10 a 20% de los quistes queratinizados comunes. La mayoría de los quistes pilares están localizados en la piel cabelluda, región en la que es muy raro el desarrollo de quistes epidermoides. El quiste es más frecuente en las mujeres. Pueden observarse formas múltiples, especialmente en los casos con tendencia familiar.

Hemangiomas cutáneos. El término hemangioma agrupa a diversas lesiones constituidas por vasos sanguíneos de la dermis o hipodermis. Algunas de ellas no son verdaderas neoplasias sino malformaciones.

Hemangiomas maduros. Los hemangiomas maduros pueden estar constituidos por lesiones hamartomatosas capilares, manifestándose clínicamente como manchas vasculares, o bien malformaciones de vasos de mayor calibre presentándose como tumoraciones subcutáneas (hemangiomas cavernosos).

Malformaciones capilares. Son manchas vasculares congénitas. Dependiendo de su localización, su color y su curso evolutivo se distinguen dos tipos clínicos: mancha salmón y mancha de vino de oporto (nevo flameo).

Tumores vasculares (hemangiomas inmaduros). Los hemangiomas inmaduros del lactante están caracterizados por una evolución particular: un periodo inicial de proliferación de las células angiosblásticas y crecimiento de la lesión, seguida de una fase de regresión espontánea. Son muy frecuentes, presentándose en el 5-10% de los lactantes, con el predominio en el sexo femenino. Se manifiestan en tres tipos clínicos: hemangiomas tuberosos o “enfresa”, hemangiomas subcutáneos y hemangiomas mixtos.

Granuloma piógeno. El granuloma piógeno, granuloma telangiectásico o botriomicoma es un tumor vascular muy común constituido por la proliferación de capilares en la dermis. Su aspecto histológico es similar al del hemangioma capilar. No obstante el término de piógeno, no hay evidencia de que la proliferación vascular sea debida a la acción de microorganismos y más bien se considera como una reacción a traumatismos menores.

Fibromas cutáneos. Son tumores benignos constituidos por proliferaciones de tejido fibroso y fibroblastos en proporción variable. El término fibroma se aplica a 2 tipos de lesiones de diferente aspecto clínico: fibromas duros y fibromas blandos.

El fibroma duro más común es conocido como *dermatofibroma* o *histiocitoma*, dependiendo de la proporción de fibroblastos o histiocitos en la lesión. El dermatofibroma es un tumor de 1 a 2 cm, habitualmente, de consistencia dura, apenas saliente sobre la superficie cutánea, o elevado y de aspecto nodular; su color es rosado, amarillento, café claro o café oscuro y su superficie lisa o escamosa.

Los fibromas blandos se observan en 2 tipos clínicos:

- 1) *Papilomas fibroepiteliales o acrocordon.* Son pequeñas lesiones pediculadas de 2 a 3 milímetros, de color café, que se localizan en las caras laterales del cuello y en la vecindad de las axilas. Son lesiones múltiples que se observan en número variable en pacientes adultos, algunos de los cuales pueden presentar docenas de ellas.
- 2) *Fibroma péndulo.* Generalmente es una lesión única de mayor tamaño que las anteriores, de 1 a 3 centímetros o a veces mayor. El tumor es del color normal de la piel o más oscuro, de superficie lisa, consistencia blanda y está unido al tegumento por un pedículo más estrecho. Se localiza con mayor frecuencia en el tronco o en los grandes pliegues.

Queloides. El queloides es un área de proliferación fibrosa excesiva, generalmente secundaria a un trauma. La lesión se desarrolla habitualmente sobre una cicatriz traumática, quirúrgica o de quemadura térmica o química; en algunos casos el queloides es secundario a un trauma mínimo o a un proceso inflamatorio como el acné (queloides espontáneo).

Angiofibromas (Enfermedad de Bourneville-Pringle). En algunos fibromas existe participación vascular, constituyendo lesiones denominadas angiofibromas. Estos tumores pueden observarse en forma aislada en la piel, pero es más característica la forma múltiple de angiofibromas de la cara, conocida como tumores de Pringle, los cuales son uno de los componentes de la enfermedad multisistémica denominada *esclerosis tuberosa, epiloga o enfermedad de Bourneville-Pringle*, que es una enfermedad genética, transmitida en forma autosómica dominante y caracterizada por la tríada sintomática de epilepsia, retraso mental y los pequeños tumores faciales de color rojizo, conocidos como tumores del Pringle. Estas tumoraciones descritas inicialmente en forma errónea como adenomas sebáceos, son pequeñas elevaciones de color rojizo y superficie lisa, de 1 a 3 milímetros de tamaño, que tienen predilección por las áreas centrales de la cara. Se desarrollan durante la infancia y el 80 a 90% de los pacientes con esclerosis tuberosa los presentan, por lo que constituyen uno de los signos más importantes del diagnóstico.

Neurofibromas (Enfermedad del Von Recklinghausen). Los neurofibromas son tumores constituidos por la proliferación de las células de Schwann. Son los tumores cutáneos de origen neural más frecuentes. Pueden presentarse en forma aislada, pero más a menudo son múltiples, formando parte del cuadro de *neurofibromatosis o enfermedad de Von Recklinghausen*.

Cáncer y precáncer de la piel. La denominación de cáncer cutáneo incluye varias neoplasias que tienen en común un comportamiento considerado como maligno; pero que individualmente presentan grados muy diversos de agresividad local, tendencia a la metástasis y mortalidad. Estas diferencias de malignidad constituyen una de las características más especiales del cáncer cutáneo. En la piel se desarrolla el cáncer de menor malignidad: el carcinoma basocelular y es también la piel el sitio de origen de una de las neoplasias más malignas: el melanoma. Pueden observarse en la piel, desde carcinomas superficiales de crecimiento lento, hasta tumores muy invasores, destructivos, capaces de originar metástasis.

Dermatosis precancerosas. La accesibilidad de la piel al diagnóstico precoz, influye en forma importante en los índices de curación del cáncer cutáneo. Sabemos también que en muchas ocasiones las lesiones malignas se desarrollan en una piel previamente alterada y el conocimiento de estas lesiones, a las cuales se les denomina dermatosis precancerosas y su tratamiento adecuado, es un aspecto muy importante en la profilaxis del cáncer de la piel.

Queratosis actínicas o solares. Es la dermatosis precancerosa más importante por su frecuencia, ocasionada por los efectos acumulativos de la radiación ultravioleta. Se observa en las áreas de mayor exposición solar, como la cara y el dorso de las manos principalmente, en forma de lesiones eritematosas circunscritas de superficie ligeramente escamosa de 1 a 2 cm.

Queratosis arsenicales. Son lesiones queratósicas múltiples de color amarillento, de unos cuantos milímetros a 1 cm. de tamaño; algunas de ellas son hiperqueratósicas y salientes. Afectan manos y pies, predominando en las regiones palmares y plantares, aun cuando también se observan en las caras externas de antebrazos y piernas. Su histología varía de queratosis benignas a lesiones con cambios celulares de un carcinoma *in situ*.

Enfermedad de Bowen. Se manifiesta por lesiones eritematosas, circulares u ovaladas, ligeramente salientes, bien limitadas, que pueden alcanzar un tamaño de varios centímetros; están cubiertas por escamas y costras, que al desprenderse, muestran una superficie húmeda y granular. Se observan habitualmente en pacientes por arriba de los 50 años; únicas o múltiples, predominan en el tronco, pero también se presentan en la cara y las extremidades.

El arsenicismo es un factor importante en la producción de esta enfermedad, pero puede también presentarse independientemente de la etiología arsenical. Coincide frecuentemente con otras lesiones premalignas y malignas de la piel, como queratosis arsenicales y actínicas, carcinomas espinocelulares y superficial. Ha sido también reportada su asociación con cáncer visceral, la cual alcanzó en una serie el 25% de los casos.

Úlceras y cicatrices. La piel alterada por infecciones crónicas, úlceras y cicatrices puede presentar cierta tendencia al desarrollo de cáncer. Se han observado carcinomas en úlceras o cicatrices de osteomielitis, tuberculosis luposa, lepra lepromatosa, traumatismos, quemaduras, etc. No obstante su abundancia, las úlceras de estasis rara vez dan lugar a carcinomas. En ciertos casos de cáncer desarrollado sobre úlceras o cicatrices hay que considerar la posibilidad de la acción conjunta de dos o más carcinógenos, como sucede en lesiones localizadas en zonas expuestas que están también recibiendo la acción carcinogénica de la luz solar, o como acontecía anteriormente en pacientes con tuberculosis luposa que reciben rayos X como tratamiento.

Leucoplasia. Es la condición precancerosa más frecuente de las mucosas. Se caracteriza clínicamente por lesiones blanquecinas bien limitadas de unos cuantos milímetros o placas difusas, extensas, de varios centímetros, a veces engrosadas y queratóticas. Afectan las mucosas bucal y genital, siendo más frecuentes en la mucosa yugal, la lengua, el labio y el paladar. Se observan generalmente en pacientes mayores a 40 años y las lesiones orales predominan en los hombres.

Cáncer cutáneo. El término de cáncer cutáneo incluye tumores de diversa estirpe y diferente agresividad y pronóstico: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular o epidermoide, melanoma maligno, adenocarcinomas de glándulas sebácea o sudorípara, sarcomas y manifestaciones cutáneas de linfomas malignos.

Carcinoma basocelular. El carcinoma o epiteloma basocelular, también denominado basalioma, es la variedad más frecuente del cáncer cutáneo; constituye alrededor del 70% de los tumores malignos que observamos en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México. Por lo general, es un tumor de baja malignidad, de crecimiento lento y muy raras veces origina metástasis. Sin embargo, algunas formas clínicas pueden ser muy infiltrantes, dando lugar a destrucciones extensas de la cara con invasión ósea, provocando la muerte por hemorragia o septicemia.

Melanoma maligno. El melanoma maligno es una neoplasia de las células productoras del pigmento cutáneo, los melanocitos. Constituye el 2% de todos los cánceres. Es 6 o 7 veces más frecuente en la raza blanca que en negros y orientales. En nuestra consulta lo observamos con una frecuencia del 9% en relación a otros tipos de cáncer cutáneo. En las últimas décadas su incidencia anual ha aumentado en las poblaciones de raza blanca; sin embargo, los porcentajes de supervivencia a 5 y 10 años han mejorado en los países de medicina desarrollada, gracias al mejor conocimiento de las etapas iniciales de esta neoplasia, y por consiguiente, a una mayor oportunidad de un tratamiento quirúrgico precoz y oportuno (Saúl, 2001).

Contexto Teórico. La terapia del biomagnetismo fue creada por el Dr. Isaac Goiz (7) y (8) y constituye una de las herramientas terapéuticas más eficaces en el tratamiento del cáncer.

El biomagnetismo es el estudio del efecto de los campos magnéticos en sistemas biológicos. La energía biomagnética es nuestra fuerza de vida, tanto como lo es el aire, el agua y la luz del sol.

De acuerdo con lo investigado algunos de los efectos que producen los campos magnéticos en los organismos vivos son los siguientes:

- 1) Incremento del flujo sanguíneo y mejora en la capacidad para transportar oxígeno, facilitando la recuperación de la salud.
- 2) Cambio en la migración de los iones calcio, que proporciona este elemento a los huesos deteriorados.
- 3) Se modifica el pH de los líquidos.
- 4) Se incrementa la actividad de las glándulas endocrinas con una mayor producción de hormonas.

Es del dominio público que los campos magnéticos influyen en los organismos vivos. Bien empleados y modulados de manera adecuada por manos expertas esas energías se convierten en vehículos de sanación de múltiples dolencias, incluido el cáncer. Sin efectos secundarios o colaterales, ni contraindicaciones graves,

la terapia de campos magnéticos es hoy una alternativa avalada por un número creciente de estudios que recogen sus sorprendentes y beneficiosos efectos sobre la salud.

Los asombrosos descubrimientos del Dr. Goiz (7) y (8) involucran conceptos tan profundos que sientan las bases para una renovada forma de hacer la medicina del futuro.

La importancia que tiene el Biomagnetismo y la Bioenergética es que detecta, entiende, clasifica y trata a las enfermedades en su etiología, por la alteración fundamental del pH, que se deteriora por la presencia de los microorganismos patógenos en sitios específicos del cuerpo humano, este fenómeno va más lejos, cuando cura por la restitución del pH normal del tejido o de la célula y previene la patología cuando conserva la entropía de los organismos superiores dentro del nivel energético normal, en donde la naturaleza no acepta la presencia de microorganismos patógenos, ni las disfunciones celulares, inmunológicas o metabólicas.

Estos descubrimientos descritos en su libro “El fenómeno tumoral” (7) nos revelan que tras el cáncer ciertamente hay presencia de virus en sincronía o resonancia Bioenergética con determinadas bacterias estructurados en lo que se denomina “Pares Biomagnéticos”. Pero también pueden intervenir hongos y parásitos en múltiples combinaciones para producir los distintos tipos de cáncer, con diferentes grados de malignidad, el Dr. Goiz (7) y (8) lo afirma categóricamente y luego demuestra que eliminando los virus involucrados por el impacto de la fuerza magnética de los imanes, entonces empieza a revertir el fenómeno canceroso.

Uno de los puntos sorprendentes de esta terapia radica en la forma de rastrear y descubrir los puntos que están polarizados.

El terapeuta va enumerando verbalmente todos los puntos que pueden formar pares en el cuerpo. Cuando se llega a aquel donde hay conflicto, la inteligencia del cuerpo, o más bien aquella contraparte sutil más elevada dentro de nuestra estructura multidimensional se encarga de acusar este desequilibrio produciendo el acortamiento del miembro inferior derecho del paciente. Esto ocurre debido a la presencia de un campo bioenergético en resonancia con un campo magnético.

Esta técnica permite descubrir otras necesidades del cuerpo en relación a nutrientes, vitaminas, minerales u otras sustancias que el cuerpo está necesitando.

Prevención. Evitar la exposición al sol reduce la incidencia de cáncer de piel. Las cremas llamadas pantallas solares con factor de protección 15 o superior son útiles para la prevención, así como llevar un sombrero y ropa adecuada para proteger la piel de la lesión solar. Las personas físicamente activas, mientras están expuestas al sol, deben plantearse la utilización de cremas solares resistentes al agua.

Cuando las personas emplean cremas solares y disminuyen la exposición al sol, deben asegurarse de recibir una adecuada ingesta dietética o suplementaria de vitamina D, puesto que las cremas solares y la falta de exposición al sol impiden la síntesis de esta vitamina..

Metodología Técnica. Se hace la clasificación de los pares por medio del rastreo , valorando todos los puntos.

Este concepto permite la identificación de microorganismos patógenos, llámense virus, hongos, bacterias y parásitos. Además permite entender e identificar las principales disfunciones hormonales.

Se utilizo el método de rastreo de acuerdo a la teoría del Par Biomagnético, aplicando imanes de mediana intensidad aplicado en los órganos polarizados por microorganismos patógenos.

En la práctica de la terapia del Biomagnetismo y Bioenergética se han aplicado los conceptos que permiten detectar y tratar los fenómenos patológicos de acuerdo a su etiología o causas que los provocan y no únicamente a su manifestación clínica. Se pueden detectar a tiempo los siguientes factores:

Factores determinantes:

Asociación de dos o más virus.

Factores agravantes:

- Bacterias patógenas.
- Parásitos patógenos.
- Hongos patógenos.
- Toxinas.
- Alteración del reologismo.

Factores coadyuvantes:

- Edad
- Inestabilidad orgánica o funcional
- Alteración mental o psicológica.
- Yatrogenia médico-quirúrgica.
- Contaminación ambiental.

Exposición del caso

Paciente femenino de 60 años, color de piel blanca, complexión delgada, refiere un estado general de agotamiento, dolor de brazo izquierdo, además, manifiesta sentirse incómoda por su aspecto, su estilo de vida está expuesto a factores ambientales negativos, pues convive con animales domésticos en un medio rural; con antecedentes familiares con la misma problemática; acudió al dermatólogo quien diagnosticó visualmente que la paciente padece cáncer de piel; no se le practicó examen clínico; el médico recetó pomadas y vitaminas; al aplicarlos le preocupa más la reacción obtenida y deja los medicamentos, y pasa el tiempo expuesta a un medio adverso.

Esta paciente acudió a mi consultorio, presentando excoriaciones, herida viva y necrosis ubicada en el lado izquierdo de la cara a la altura de mandíbula inferior, entre ángulo y comisura; presentando absceso en nariz y coloraciones rojizas y de formas irregulares, principalmente en la frente y la cara.

Tratamiento

De acuerdo a la teoría del par Biomagnético se hace el rastreo valorando todos los puntos: En la primera sesión se le impacta:

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Parietal Riñón Contra | Gioz |
| Escápula- Escápula | Mycobacterium leprae |
| Ojo-ojo | Citomegalovirus |
| Cuello- cuello | Blastocsis homminis |
| Diafragma-Diafragma | Candida albicarius |

Fue notorio su cambio en manos de 5 días la herida deja de supurar y el paciente refiere que se siente mejor de sus dolencias.

2da

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| Parietal Riñón Contra | Goiz |
| Lengua- lengua | Escabiosis o sarna |
| Supraespinoso _supraespinoso | Mycobacterium tuberculosis |
| Axila _ axila | Rabia Virus |
| Quiasma Quiasma | E. Lucina |

Presenta fístula en nariz de coloración rojiza; se le administra la terapia.

3ra

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Costo hepático-Costo hepático | Borreliia |
|-------------------------------|-----------|

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Timo parietal | Rubéola Virus |
| Ojo- ojo | Citomegalovirus |
| Supraespinoso- Suipraespinoso | Mycobacterium tuberculosa |

La fistula de la nariz cicatriza en la tercera sesión, se sigue valorando al paciente cuyo tratamiento con la terapia de biomagnetismo y bioenergética esta en curso. De acuerdo a la metodología y de acuerdo con los conceptos del factor tumoral se encuentran:

Factores determinantes o desencadenantes:

| | |
|---------------|-----------------|
| Timo-parietal | Virus rubeola |
| Ojo-ojo | Citomegalovirus |
| Axila-axila | Virus rabia |

Factores agravantes:

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Bacterias patógenas: | |
| Escápula-escápula | Micobacteria leprae |
| Costo hepático-costo hepático | Borrelia |
| Supraespinoso-supraespinoso | Mycobacterium tuberculoso |
| Parásitos patógenos: | |
| Deltoides-riñón | Leismania |
| Cuello-cuello | Blastocistis homminis |
| Hongos patógenos: | |
| Canto-canto | Aspergillus |
| Diafragma-Diafragma | Candida albicans |

Factores coadyuvantes:

- Edad
- Inestabilidad orgánica o funcional
- Piel blanca
- Exposición al sol y al calor, frío
- Contaminación ambiental.

Conclusión

Del análisis efectuado se puede concluir que el cambio es satisfactorio en relación al primer tratamiento, en menos de cinco días dejó de supurar la herida y hasta la fecha no se ha abierto otra vez, presenta un proceso de cicatrización y piel ligeramente más rosa; en el proceso de la nariz la fistula tardó más en desaparecer, no llegando a reventar, a la fecha presenta cicatriz. Se sigue valorando y ahora se han tomado fotografías para fines de comparación.

De este proceso queda claro que el tratamiento es integral, pues todos los factores son importantes y sus modificaciones en el sentido positivo coadyuvan a que el paciente recupere el equilibrio.

Recomendación

La terapia de Biomagnetismo esta siendo reconocida en todo el mundo, por sus resultados favorables, en el tratamiento de diversas enfermedades, tales como cáncer, artritis, sida, entre otras que afectan a las personas, esto se basa principalmente en proporcionar el equilibrio energético de todos los seres vivos por lo que es de suma importancia entender la teoría y técnica de esta terapia alternativa que ya esta siendo aceptada por un amplio sector de la sociedad.

Bibliografía

- Ang, G. Director. *Los por qué del cuerpo humano*. Selecciones del Reader's Digest. (1992). México.
- Audesirk, T. y Audesirk, G. *Biología: la vida en la tierra*. Prentice Hall, 4ª edición. (1997). México.
- Ávalos Chávez, B.E. et.al. Editores. *Poder curativo de vitaminas, minerales y hierbas*. Reader's Digest. (2000). México.
- Bardasano, R. J. L. y Pérez de Diego, J. I. E. *Bioelectromagnetismo*. Ciencia y salud. McGraw-Hill. (2000). México.
- Bingham, C. *El cuerpo humano*. SN Ediciones. (2004). México.
- Félix, B.G. y Sevilla, R.L. *Ecología y salud*. McGraw-Hill. 2ª edición. (2003). México.
- Goiz Durán I. *El par biomagnético*. Medicinas alternativas y rehabilitación, S.A. de C.V. (1995). México.
- Goiz Durán, I. *El fenómeno tumoral*. Universidad Nacional de Loja. (2004). Impreso en México.
- Ingraham, J.L. e Ingraham, C. A. *Introducción a la microbiología*. Editorial Reverté, S.A. (1998). Barcelona.
- Krapp, K. y Longe, J. Directores editoriales. *Enciclopedia de las medicinas alternativas*. Océano. (2003). España.
- Pelczar, M. J. et.al. *Microbiología*. McGraw-Hill. (1982). México.
- Piatkin, K. y Krivosheim, Yu. *Microbiología*. Editorial MIR. (1981). URSS.
- Richardson, H. *Enfermedades que matan*. Planeta. (2004). México.
- Saúl, A. *Lecciones de dermatología*. Méndez editores S.A de C.V. 14ª edición. (2001). México.
- Tortora, G. J. y Grobowsky, S. R. *Principios de anatomía y fisiología*. Harcourt Brace. (1996). Madrid.

DUPLICACIÓN DEL PAR BIOMAGNÉTICO

María dolores Landeros Márquez

Presentación

Gracias a la generosidad que nos dispuso el doctor Isaac Goiz Durán al compartir con nosotros su valioso descubrimiento, tuvimos la oportunidad de acceder al conocimiento del Par Biomagnético, el que sin duda es uno de los más importantes aportes a la medicina del último siglo.

El trabajo que aquí se expone trata sobre una de las formas de asociación de pares biomagnéticos, la cual fue encontrada en algunos pacientes tratados durante nuestra práctica del Par Biomagnético, a la que hemos llamado duplicación del par biomagnético.

Dado que nuestras actividades se han realizan tanto en la Ciudad de México, como en el Municipio de Dolores Hidalgo Guanajuato, tanto los lugares como las condiciones en que se encontró la presencia de este fenómeno son distintos.

Introducción

Desde que iniciamos la práctica del par biomagnético, (finales de 1997) enfrentamos ciertas dificultades, algunas de las cuales se debían, sin duda, a la falta de experiencia y de pericia tanto en el rastreo de los pacientes, como en el manejo de los imanes, sin embargo, hubo un problema que nos llevó a pensar en la posibilidad de estar ante una forma de asociación de los pares biomagnéticos.

Luego de rastrear a una paciente de 79 años que manifestaba dolor intenso en el brazo derecho a la altura del deltoides medio, se encontró el par de Deltoides-Riñón y un acortamiento del hemicuerpo derecho, por lo que se procedió a impactar; el dolor desapareció en minutos, sin embargo al tercer día volvió a manifestarse, por lo que nuevamente se realizó el rastreo, esta vez el hemicuerpo derecho se alargó, volvió a impactarse el mismo par aunque con la polaridad inversa. Al cabo de una semana nuevamente se presentó el mismo fenómeno, por lo que recurrimos al doctor Isaac Goiz quien recomendó que se impactara el par de manera bilateral, así se realizó, no obstante a la semana se presentó la paciente manifestando el mismo dolor.

Ante este problema, al efectuar un nuevo rastreo se encontró que el mencionado par aún se encontraba en la paciente, por ello se decidió "preguntar" al organismo si era necesario colocar imanes con ambas polaridades en cada punto; se observó un acortamiento en el hemicuerpo derecho por lo que se colocaron de manera vertical y bilateralmente, un magneto con polo negativo y el otro con el polo positivo en el deltoides medio, así como uno con polaridad positiva y el otro con polaridad negativa en el riñón, de manera inmediata el hemicuerpo derecho se alargó y se impactaron los pares. A partir de entonces la paciente, (que continúa siendo tratada con el par biomagnético) no ha manifestado dolor alguno en el deltoides.

Cabe mencionar que dada nuestra formación profesional los conocimientos respecto a la Física y Química son limitados, por lo cual nos fue necesario estudiar ambas ciencias, así que acudimos a solicitar la aprobación al maestro en Física y Química Antonio Lee, catedrático de ambas materias en la Universidad Nacional Autónoma de México, quien amablemente nos acepto en sus clases. En virtud de ello y para aclarar más nuestras dudas respecto a los fundamentos básicos que ambas ciencias han proporcionado al estudio del magnetismo, electromagnetismo, teorías atómicas y otros tantos temas, los hemos incluido en el marco histórico y conceptual del presente trabajo.

Justificación

El haber enfrentado este problema despertó nuestro interés por esta forma de asociación de pares biomagnéticos, no obstante que durante los siguientes cuatro años no se presentó ningún caso similar. No fue sino hasta febrero de 1999 que se detectó nuevamente. Posteriormente encontramos en otros pacientes algunos otros pares asociados de esta manera, pero es precisamente de lo que hablaremos más adelante.

Consideramos que aunque de manera esporádica se presentan casos como los descritos arriba, vale la pena verificar en cada paciente si se trata de esta asociación biomagnética.

Hipótesis

Gracias al descubrimiento de diversas asociaciones de pares biomagnéticos realizado tanto por el doctor Isaac Goiz,¹⁴⁵ como por otros eminentes personajes que se dedican a la práctica médica del par biomagnético y más recientemente del par bioenergético, entre quienes se destaca el doctor Humberto Lucio Castañeda, se ha podido abrir una nueva gama de posibilidades tendientes a desarrollar aún más esta práctica médica.

Partiendo del descubrimiento de estas asociaciones podemos afirmar que son infinitas las posibles formas de asociación, en virtud de ello, proponemos que otra manera de asociarse de los pares es la que hemos llamado duplicación del par biomagnético.

Objetivos, límites y alcances

El objetivo principal que se persigue con la presentación de este trabajo es dar a conocer a quienes practican el par biomagnético, esta variedad de asociación, con el ánimo de que pueda serles de utilidad en el desarrollo de sus actividades, en beneficio de sus pacientes y de esta noble disciplina.

Dadas las características propias de la práctica del Par Biomagnético no es posible determinar de antemano los límites y alcances, únicamente podemos decir que en cuanto al tiempo que abarca la presente investigación, esta comprende desde el mes de diciembre de 1997 en que se presentó el primer caso, hasta enero del 2004 en que se presentó al último.

Por otra parte cabe aclarar que dadas las características propias de la técnica de la medicina biomagnética, de que en muchas ocasiones los pacientes recuperan la salud luego de la primera sesión, por lo que generalmente cuando vuelven a presentarse a la consulta, es por algún otro problema, distinto al de la primera vez

Capítulo I. Contexto histórico

Ya que el Par Biomagnético se fundamenta en algunos postulados teóricos metodológicos de la Física, la Química y la Biología, el marco teórico de la presente tesina se sustenta en algunas leyes fundamentales de estas ciencias, de manera particular en aquellas que describen el fenómeno del magnetismo, electromagnetismo, electroquímica, concepto iónico, concepto del pH. Y sobre todo en el concepto del Par Biomagnético, así como las principales teorías atómicas.

Magnetismo

Desde hace al menos 3 500 años, el hombre se ha visto asombrado por el fenómeno de la atracción magnética; dicho fenómeno ha llamado la atención de grandes filósofos, científicos y pensadores como Tales de Mileto, matemático, astrónomo y filósofo griego, (624- 546 a.C.) quien según algunos

¹⁴⁵ Goiz Duran, Isaac. *El fenómeno tumoral*. Universidad de Loja. 2003. pp. 256-270

investigadores descubrió la propiedad del magnetismo; observó que al frotar el ámbar con un paño de seda se producían chispas y el ámbar atraía partículas de pelusa y de paja.¹⁴⁶ Noto la fuerza de atracción entre trozos de una roca magnética natural llamada magnetita,¹⁴⁷ que a decir de diversos estudiosos de la física, se encontró en un lugar llamado magnesia, de cuyo nombre se derivan las palabras magneto y magnetismo.¹⁴⁸

Sin embargo, a decir de otros, no es posible asignarse a un solo lugar o pueblo el origen del descubrimiento del fenómeno magnético. No es nuestra intención escribir sobre su historia, sino tratar, de manera general, tanto los momentos como los descubrimientos más significativos de su desarrollo en el tiempo.

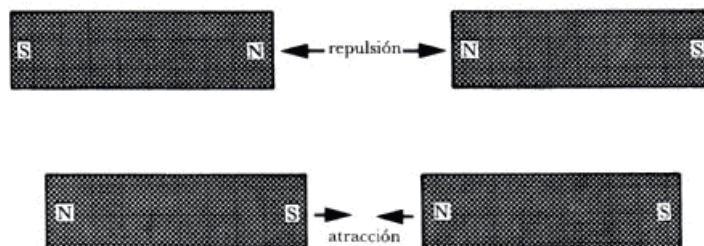
A pesar de que se ha atribuido a los chinos el descubrimiento de la brújula, se tienen datos de que únicamente la utilizaban en la tierra. Así lo hace ver el escritor chino Chu Yu, quien elaboró el primer reporte escrito del uso del compás para la navegación. Este autor afirma que "navegantes extranjeros", la utilizaban en los barcos que realizaban la ruta Canton-Sumatra.¹⁴⁹ Sin embargo la referencia más temprana de la utilización de la brújula en Europa, es aquella que dio el monje inglés Alexander Neckman (1157-1217), en su obra *De Utensilibus*, donde muestra dibujos de agujas pivotadas marcando la ruta, no obstante, no hace ninguna mención respecto a que éste artefacto sea un invento nuevo, lo que a decir de Rafael Zamorano, implica una cierta familiaridad con la brújula, no sólo del autor, sino de sus contemporáneos.¹⁵⁰

A finales del siglo xiii, el erudito francés Petrus Peregrinus de Maricourt, realizó importantes investigaciones referentes al magnetismo: proporcionó la primera descripción detallada de la brújula, en 1269 en su epístola a Sygerius de Foucaucort relata de manera lúcida y breve los experimentos que llevó a cabo y sus resultados; con detalle, describe la completa analogía que descubrió entre las líneas de los meridianos de la tierra con las de una esfera de magnetita que barrió punto a punto por una brújula: observó que esas líneas sobre la esfera se juntaban en sólo dos puntos, a los que por analogía llamó polos norte y sur de la esfera.

Observó además que la manera en que los objetos de hierro eran atraídos por la esfera de magnetita dependía únicamente de los polos norte y sur de aquélla; a partir de aquí, observó que el polo norte y el polo sur se atraían, que polos iguales se repelen y que al fragmentar un trozo de magnetita, siguen apareciendo dos polos magnéticos en cada uno de los fragmentos. Además afirmó que los polos del imán reciben su virtud de los polos magnéticos de la Tierra.

Figura 1

Ley de los imanes o Ley de cargas. Polos iguales se rechazan, polos opuestos se atraen



¹⁴⁶ En griego la palabra ámbar significa el electrón, de ella se derivan las palabras electricidad, electrón y electrónica.

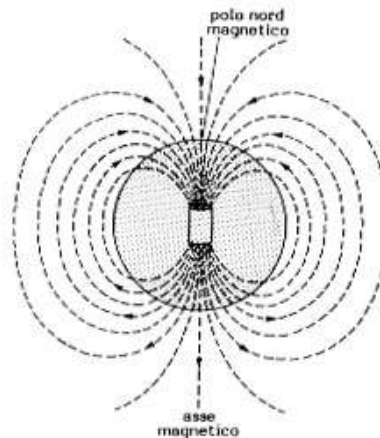
¹⁴⁷ Magnetita, Fe₃O₄, material sólido natural no metálico, que tiene la propiedad de atraer el hierro.

¹⁴⁸ Navarro Veguillas L. Fuerzas y campos en la Historia de la Física: de Aristóteles a Faraday. Mundo Científico. V-3., n° 29, 1983, pp. 1012-1018.

¹⁴⁹ Zamorano Ulloa, Rafael. "Magnetismo". IPN. Ciencia, Arte: Cultura. Mayo-junio de 1996. en Hemeroteca Virtual ANUIES, <http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/>

¹⁵⁰ *Idem.*

Pasaron tres siglos después de los descubrimientos de Peregrinus y en 1600, el médico inglés William Gilbert (1544-1603), descubrió porqué la aguja de una brújula se orienta en una dirección definida; concluyó que la tierra es en sí misma un gran imán, dado que el polo norte de la brújula es atraído al polo norte geográfico del planeta; por lo tanto el polo norte geográfico es en realidad al polo sur magnético.¹⁵¹ Considerado por muchos como el fundador de la ciencia del magnetismo, realizó un estudio bastante completo sobre las propiedades de los imanes.



Electricidad y magnetismo

El desarrollo de las ciencias en general y particularmente del magnetismo, cobro mayor fuerza cuando empezaron a cuantificarse las observaciones de los fenómenos naturales, cuando se tomó a las matemáticas como el lenguaje científico: ya desde finales del siglo xvi Galileo Galilei (1564-1642), considerado por muchos como el padre de la física, demostró el valor de lograr la expresión de teorías y resultados experimentales en el lenguaje de las matemáticas, además estableció la supremacía de los resultados experimentales sobre los planteamientos teóricos al afirmar que: "La Filosofía está escrita en un gran libro siempre abierto ante nuestros ojos, pero uno no puede entenderlo sin entender su lenguaje y conocer los caracteres en que está escrito, esto es, el lenguaje matemático".¹⁵²

Entre 1600 y 1609 Galileo se dedicó al estudio del magnetismo inspirado por la obra *De Magnete*, de William Gilbert; intentó incrementar la fuerza de las "piedras cargadas" mediante armaduras especiales o casquetes metálicos colocados en los polos.

A mediados del siglo XVIII John Michell inventó la balanza de torsión,¹⁵³ se percató que la atracción o repulsión de los imanes disminuye cuando el cuadrado de la distancia entre los polos aumenta, lo cual expresa matemáticamente la fuerza magnética.

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² Galilei, Galileo. *Apud*. Esteban Martina, Julia Tagüena. *De la brújula al Espin. El magnetismo*.

¹⁵³ "Es un dispositivo que mide fuerzas eléctricas, magnéticas o gravitatorias muy pequeñas a partir del ángulo que forma un brazo al girar, antes de que la resistencia ejercida por la fuerza de torsión detenga su movimiento. Fue diseñada originalmente por el geólogo británico John Michell, y mejorada por el químico y físico de la misma nacionalidad Henry Cavendish. El instrumento fue inventado de forma independiente por el físico francés Charles de Coulomb, que lo empleó para medir la atracción eléctrica y magnética. Una balanza de torsión está formada por dos esferas pequeñas, que suelen tener una masa del orden de 1 g y van unidas a los extremos de una varilla horizontal suspendida por su centro de un alambre fino o, en los experimentos más recientes, de una fibra de cuarzo. Si, por ejemplo, se colocan dos esferas grandes de plomo junto a las esferas de la balanza, pero en lados opuestos, las esferas de la balanza se verán atraídas por las esferas grandes y el alambre o la fibra experimentará una torsión. El grado de torsión se mide a través del movimiento de un rayo de luz reflejado por la varilla sobre una escala. Esto permite hallar la fuerza gravitacional entre las dos masas. En los experimentos eléctricos, las masas se sustituyen por conductores cargados, mientras que para estudiar los efectos magnéticos se emplean dos imanes".

km_1m_2

$$F = \frac{km_1m_2}{s^2}$$

Donde m_1 m_2 son las intensidades de los polos magnéticos y s es la distancia entre ellos. Las conclusiones de Mitchell dieron origen a nuevas teorías sobre el magnetismo, a partir de las que nació el concepto de campo magnético, del cual trataremos más adelante.

El representante por excelencia de la teoría en ese tiempo fue el francés Charles Coulomb, (1736-1806) quien de manera independiente realizó diversos experimentos con la balanza de torsión, los cuales le llevaron a probar la ley de interacciones entre cargas, así como a modificar la teoría de los fluidos.¹⁵⁴ Éste personaje distinguió de manera precisa las cargas eléctricas de las cargas magnéticas, pues las últimas a diferencia de las eléctricas, jamás aparecen desligadas, es decir se presentan siempre en pares de polos magnéticos.

Hasta ese tiempo, los científicos empezaron a estudiar las relaciones entre la electricidad y el magnetismo.

En 1819 el danés Hans Christian Oersted (1777-1851), descubrió el electromagnetismo, el cual vino a modificar de manera significativa el concepto del mundo físico. Mediante un breve pero conciso escrito, dio a conocer el resultado de sus investigaciones, que consistían en demostrar como el paso de una corriente eléctrica por un hilo produce la desviación de una aguja imantada que se encuentra cerca.¹⁵⁵ Oersted demostró que una corriente eléctrica (cargas eléctricas en movimiento), produce efectos magnéticos. Experiencias de investigadores y físicos posteriores, vinieron a demostrar que, como lo había afirmado Oersted, una corriente crea un campo magnético, y un campo magnético puede crear una corriente, de tal manera que existe una interacción entre campo magnético y campo eléctrico.¹⁵⁶

Años después Michel Faraday (1791-1867), descubrió el efecto inverso al descrito por Oersted; es decir, que el movimiento de un imán en las proximidades de un cable inducía en el mismo una corriente eléctrica. Posteriormente el escocés James Clerk Maxwell, (1831-1879) demostró la relación recíproca ente magnetismo y electricidad; es decir que "la electricidad produce un campo eléctrico y el magnetismo produce electricidad".¹⁵⁷

El campo magnético

Se refiere a que el efecto de un imán se extiende infinitamente en el espacio y a la región de influencia que rodea al magneto se le llama precisamente campo magnético, que es más intenso cerca del imán y disminuye con la distancia. Dado que un imán tiene dos polos un campo magnético ejerce una fuerza en ambos extremos, con lo que se crea un momento que tiende a hacer girar el imán.¹⁵⁸

A partir del estudio del campo magnético se hicieron nuevos descubrimientos que desarrollarían aún más el conocimiento del magnetismo; uno de ellos partió de los estudios que a diferentes materiales hicieron diversos investigadores, con la finalidad de determinar su grado de magnetismo. Faraday encontró que la mayoría de los compuestos químicos del hierro son casi completamente no magnéticos. Sin embargo, un compuesto importante del hierro y del oxígeno, (la magnetita Fe_3O_4) es claramente magnético.

En el mismo orden de ideas, aunque el hierro es la sustancia magnética más común, no es la única, el níquel y el cobalto son también magnéticos, se dice que realmente "todos los materiales muestran algún efecto magnético", aunque generalmente es tan diminuto que se requieren instrumentos especiales para

http://www.salonhogar.com/ciencias/fisica/fisicainfo/balanza_cavendish.htm

¹⁵⁴ En 1733 el físico Du Fay descubrió que había dos tipos de electricidad, esta afirmación llevó al sueco Wilche y al holandés Brugmans a proponer, en 1778 una teoría de dos fluidos para el magnetismo.

¹⁵⁵ Rutiaga, Luis H. *Los magnetos recuperan tu armonía y restablecen tu salud*. México. Editorial Tomo. 1990. p. 28.

¹⁵⁶ <http://www.ifent.org/lecciones/Cap07/cap0701.htm>

¹⁵⁷ Rutiaga, *op. cit.*, p. 28

¹⁵⁸ Stollberg, Robert y Fitch Hill, Faith. *Física Fundamentos y fronteras*. México. Publicaciones Cultural. 1970. p. 376.

detectar la magnitud del efecto. Por otro lado, existen algunas sustancias que son rechazadas por un imán, aunque la fuerza de repulsión es tan pequeña que también requiere de instrumentos especiales para ser detectada.

Existen tres términos para describir los distintos tipos de materiales de acuerdo a sus propiedades magnéticas: Ferromagnéticos.- Materiales que son fuertemente atraídos por un imán, como el hierro, el níquel y el cobalto. Paramagnéticos.- Son todos los materiales incluyendo los ferromagnéticos, que pueden ser atraídos por un imán. Diamagnéticos.- Materiales que son rechazados por un imán.

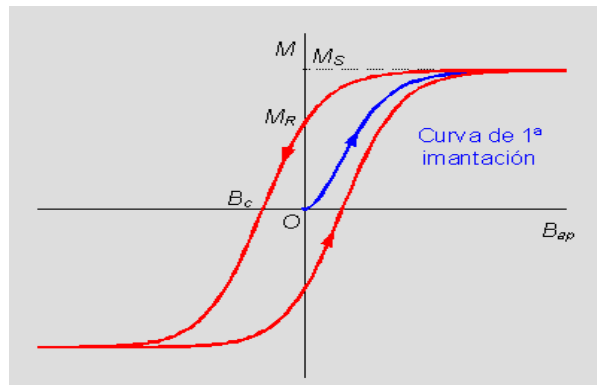
La distinción entre materiales paramagnéticos, diamagnéticos y ferromagnéticos tuvo una importancia fundamental desde el punto de vista teórico, pues a partir de la misma Ampère en una carta que dirigió a Fresnel en 1821, sugirió que el origen de las corrientes ferromagnéticas se encontraba en las moléculas que actuaban como pequeños imanes que se orientan cuando se aplica un campo. Después de él W. Weber retomó esta teoría y diseñó un modelo de corrientes moleculares magnéticas que producen el magnetismo y con él explicó el diamagnetismo, el paramagnetismo y el ferromagnetismo.

Por otro lado se encontró que lo que distingue a un material magnético es el ciclo de histéresis magnética.¹⁵⁹

Ciclo de histéresis

Cuando a un material ferromagnético se le aplica un campo magnético creciente B_{ap} su imantación crece desde 0 hasta la saturación M_s , ya que todos los dominios magnéticos están alineados.¹⁶⁰ Así se obtiene la curva de primera imantación. Posteriormente si B_{ap} se hace decrecer gradualmente hasta anularlo, la imantación no decrece del mismo modo, ya que la reorientación de los dominios no es completamente reversible, quedando una imantación remanente M_R : el material se ha convertido en un imán permanente. Si invertimos B_{ap} , conseguiremos anular la imantación con un campo magnético coercitivo B_c . El resto del ciclo se consigue aumentando de nuevo el campo magnético aplicado. Este efecto de no reversibilidad se denomina **ciclo de histéresis**.

Figura 3



Fuente: Tomada de <http://www.lasalle.es> Tema: electromagnetismo, histéresis.

¹⁵⁹ Histéresis magnética es la propiedad que presentan los cuerpos ferromagnéticos de mantener el magnetismo adquirido aunque tiendan a modificarse las especiales condiciones que lo establecieron.

<http://www.lasalle.es/vina/contenidos/temasfisica/electromagnetismo/>

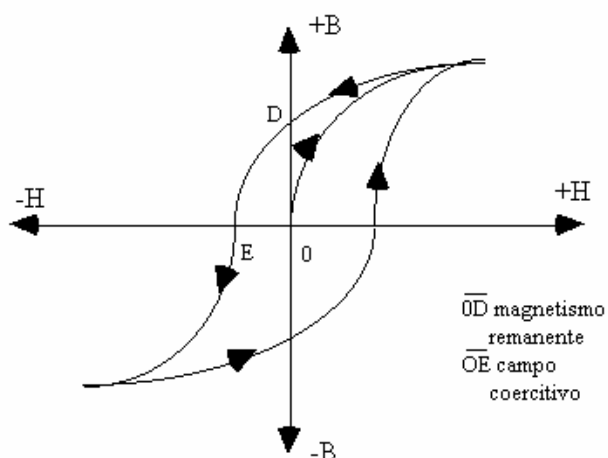
¹⁶⁰ Los materiales ferromagnéticos están formados por átomos que son por sí mismos pequeños imanes, cada uno con sus dos polos. Cada átomo al ser un imán está rodeado de un campo magnético y está influido por los campos magnéticos de otros átomos. Por ello, muchos pequeños imanes atómicos se alinean paralelamente entre sí formando un dominio magnético. Stollberg y Fitch, *op.cit.*, p. 378.

Magnetismo remanente

La razón por la que la reorientación de los dominios no es completamente reversible, se debe a que los rozamientos moleculares conservan en mayor o menor grado parte de su orientación forzada, haciendo que persista un magnetismo remanente que obligue a cierto retraso de la inducción respecto de la intensidad de campo.

Las pérdidas por histéresis representan una pérdida de energía que se manifiesta en forma de calor en los núcleos magnéticos. Con el fin de reducir al máximo estas pérdidas, los núcleos se construyen de materiales magnéticos de características especiales. La pérdida de potencia es directamente proporcional al área de la curva de histéresis. Se llama magnetismo remanente a la parte de la inducción magnética que queda en el núcleo cuando el campo que realizó dicha inducción es nulo. Se llama campo coercitivo al campo de sentido contrario necesario para anular el magnetismo remanente.

Figura 4



Fuente: <http://www.lasalle.es> Tema: electromagnetismo, histéresis.

Existen dos unidades para medir un campo magnético: el Gauss, unidad cgs de la inducción y la intensidad de dicho campo. Un Gauss equivale a 01 micro Teslas. Tesla, unidad del Sistema Internacional de la inducción magnética.

El magnetismo y la mecánica cuántica

Modelos atómicos

Para hablar de mecánica cuántica o teoría cuántica es necesario remontarse, al menos de manera general, al inicio del concepto de átomo y referirse a los principales modelos atómicos propuestos por los distintos científicos que se ocuparon del tema.

En la antigua Grecia los filósofos empleaban la palabra átomo para hacer referencia a la parte de materia más pequeña que podía concebirse, la palabra átomo significa no divisible; pues creían que la partícula última de la materia era prácticamente indestructible. A partir de los descubrimientos realizados por una pléyade de físicos notables, durante los siglos xvi y xvii, los avances, tanto en la teoría atómica como en otras ciencias, particularmente la Química, fueron más significativos. Los investigadores se dieron a la tarea de analizar la descomposición de diversos tipos de materia en sus tres estados, en sus constituyentes últimos, conocidos como elementos.

A principios de siglo xix el británico John Dalton, basándose en las observaciones de Lavoisier y Gay-Lussac estableció lo siguiente: 1) Que toda materia se compone de unidades últimas llamadas átomos; 2) Cada elemento se compone de un tipo particular de átomo; 3) Todos los átomos de un elemento tienen propiedades idénticas, y 4) La combinación química es la unión de átomos en determinada proporción numérica.¹⁶¹ Con su teoría Dalton explicó la conservación de la masa y la ley de composición definida, además de que predijo la ley de proporciones múltiples, que Berzelius descubriría más tarde, en 1812. La cual establece que si un par de elementos forma más de un compuesto, el peso de uno de ellos se puede considerar como fijo y el peso del segundo estará en la relación de enteros en los compuestos.¹⁶²

Dalton suponía que cuando se mezclaban dos elementos el compuesto resultante contenía un átomo de cada uno, por lo que su teoría no distinguía entre átomos y moléculas, sin embargo, su aporte es de suma importancia pues podía asignar un valor cuantitativo preciso a la masa de cada átomo.

Aunque como vimos anteriormente, desde la antigüedad diversos filósofos y científicos habían afirmado que las unidades más pequeñas de las sustancias eran los átomos, no fue sino hasta principios del siglo xix, que se empezó a demostrar que los compuestos simples contenían cantidades fijas e invariables de sus elementos constituyentes. No obstante, en ciertos casos se podía formar más de un compuesto a partir de los mismos elementos.

Por ese tiempo el físico francés Joseph Louis Gay-Lussac, (1778-1850) formuló la ley según la cual el volumen de un gas se expande proporcionalmente a su temperatura (absoluta), si se mantiene constante la presión. Esta ley es conocida en la actualidad como Ley de Charles.¹⁶³

$$\frac{P_1}{T_1} = \frac{P_2}{T_2}$$

Las cantidades de materia de un elemento que se combinan con una cantidad fija de otro elemento, para formar compuestos diferentes, están en una relación sencilla de números enteros.

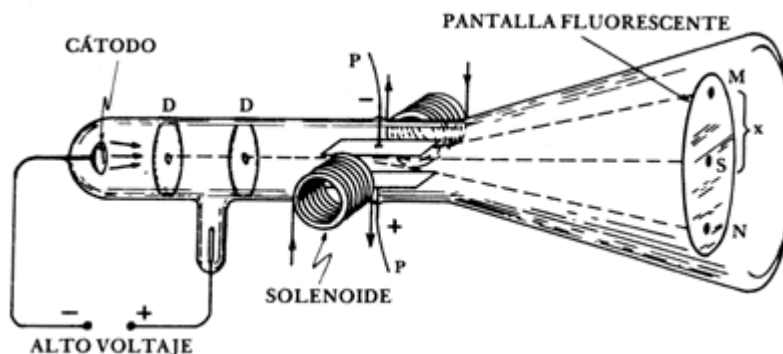
Modelo de Thomson

Volviendo al tema de las teorías atómicas, en 1897, el físico británico Joseph John Thomson (1856-1940), descubrió el electrón; su experimento consistió en hacer pasar un haz de rayos catódicos por un campo eléctrico y uno magnético. Cada uno de ellos actuando aisladamente, desviaba el haz de rayos en sentidos opuestos. Si se dejaba el campo eléctrico fijo, el campo magnético podía variarse hasta conseguir que el haz de rayos siguiera la trayectoria horizontal original; en ese momento tanto las fuerzas eléctricas, como las magnéticas eran iguales, y por ser de sentido opuesto se anulaban. En seguida eliminó el campo magnético y midió la desviación sufrida por el haz debida al campo eléctrico. Observó que los rayos catódicos tienen una relación carga a masa más de 1,000 veces superior a la de cualquier otro ión.

¹⁶¹ Ander Paul y Anthony J. Sonnessa. *Principios de Química. Introducción a los conceptos teóricos*. México. Limusa 1977. p. 69.

¹⁶² *Ibidem*.

¹⁶³ Se llama Ley de Charles porque el primer estudio experimental de la variación isobárica del volumen con la temperatura lo realizó J. Charles (1787). Gay-Lussac lo verificó en 1802. Ander y Sonnessa. *Op., cit.* p. 347.



Esto llevó a Thomson a afirmar que las partículas que forman los rayos catódicos no eran átomos cargados, sino fragmentos de los mismos, es decir partículas subatómicas a las que llamó electrones. Sugirió un modelo del átomo que consistía en una esfera uniforme de carga eléctrica positiva, en la cual estaban incrustados los electrones en número suficiente para neutralizar la carga positiva.

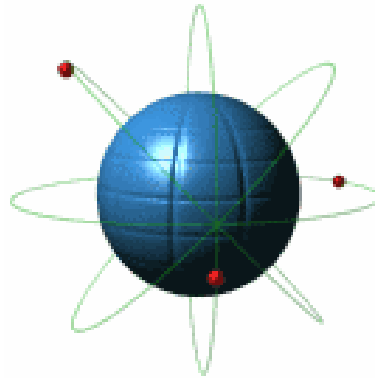
Modelo atómico de Rutherford

Posteriormente Ernest Rutherford (1871-1937), bombardeó con partículas alfa una lámina muy fina de oro; las partículas atravesaron la lámina y eran recogidas sobre una pantalla de sulfuro de zinc, en el choque observó tres comportamientos distintos: a) la mayoría de partículas atravesaban la lámina sin desviarse, b) algunas se desviaban en pequeños ángulos, c) algunas pocas retrocedían. Esto le hizo suponer que la mayoría de las partículas atravesaban la hoja metálica, porque gran parte del átomo está vacío y que la desviación de las partículas alfa, indica que el deflector y las partículas poseen una carga igualmente positiva, pues la desviación siempre es dispersa. El rebote de las partículas indica un encuentro directo con una zona fuertemente positiva del átomo y a la vez muy densa de la masa.

En 1911 presentó un nuevo modelo atómico en el que se afirmaba que los átomos estaban constituidos por 2 zonas bien diferenciadas: Una de carga positiva con el 99,9% de la masa muy concentrada y por tanto de gran densidad a la que llamó núcleo. Otra rodeando al núcleo a la que llamó corteza donde estaban los electrones con carga negativa girando alrededor del núcleo, igual que los planetas alrededor del Sol. Sin embargo, su modelo presentó serias inconsistencias; explicó que los electrones no caían al núcleo debido a que la fuerza de atracción electrostática era contrarrestada por la tendencia del electrón a continuar su movimiento en línea recta.¹⁶⁴ Esta posición contradecía la teoría clásica del electromagnetismo, que de acuerdo a uno de sus postulados nos dice que: "un electrón o cualquier objeto eléctricamente cargado que es acelerado o cuya dirección lineal es modificada, emite o absorbe radiación electromagnética"; dado que el átomo de Rutherford modificaba su dirección lineal continuamente, pues seguía una trayectoria circular, debería en consecuencia emitir radiación electromagnética y dicha radiación causaría la disminución de la energía del electrón, lo que llevaría a este a describir una trayectoria en espiral hasta caer en el núcleo.

¹⁶⁴ Modelos atómicos., en: http://www.edulab.com/diversificado/quimica/4to/temas_consulta/4.htm.- Constitución del átomo: incidencia de los modelos atómicos en el avance de la Química., en : <http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd99/ed99-0280-01/ejem3-parte1.html#Rutherford>

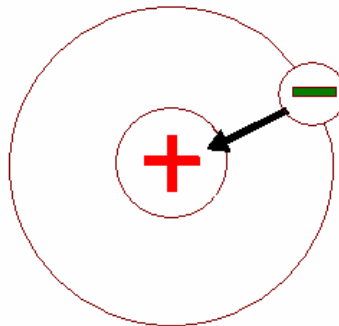
Figura 5



Fuente: Tomada de Estructura interna de la materia. Modelo atómico de Rutherford., en <http://www.monlau.es/btecnologico/quimica/estruc.htm>

Modelo atómico de Bohr

El físico danés Niels Bohr (1855-1962), a quien se le concedió el premio Nobel de Física en 1922, fue quien propuso por primera vez la hipótesis cuántica de la estructura atómica.¹⁶⁵ Utilizó el átomo de hidrógeno para realizar su modelo atómico, describió el átomo con un protón en el núcleo y girando a su alrededor, en órbitas circulares, un electrón, el cual ocupa la órbita de menor energía posible, es decir aquella que está más cercana al núcleo.



Modelo Atómico de Niels Bohr

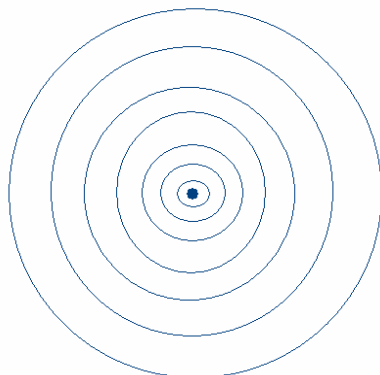
Descubrió que los electrones giran a grandes velocidades alrededor del núcleo atómico. En ese caso, los electrones se disponen en diversas órbitas circulares, las cuales determinan diferentes niveles de energía.

A partir de estas observaciones Bohr concluyó en 1913 que: a) El núcleo es una parte muy pequeña del átomo, donde se encuentra la carga positiva y casi toda la masa. b) Los electrones, sin emitir ni absorber energía, giran en órbitas alrededor del núcleo como centro, debido a la fuerza de atracción eléctrica entre las cargas del núcleo, que es positivo y los electrones, que tienen carga negativa. c) El electrón ocupa un nivel estacionario, se le llama estado fundamental. Cuando absorbe energía pasa a un nivel superior y sólo emite energía cuando pasa de un nivel superior a uno inferior. Es decir que, para que un electrón se mantenga en

¹⁶⁵ Basándose en la teoría cuántica del físico alemán Max Planck, en 1900 propuso que la energía radiante, como la luz y el calor, no es emitida continuamente, sino en cantidades definidas de energía llamados cuantos o fotones; a esta teoría se le denominó teoría cuántica.

una órbita dada, debe conservar durante su movimiento una energía constante, explicaba además que un electrón no disipa energía continuamente, sino que la emite por pausas o paquetes de energía (cuantos).

Los orbitales son niveles de energía y se numeran del núcleo hacia fuera, también se designan con las letras K, L, M, N, O, P. Mientras un electrón gira alrededor del núcleo en una órbita fija, no emite ni absorbe energía. Pero cuando salta o baja de una órbita a otra, se absorbe o se emite un cuanto de energía. Esta radiación produce un espectro visible en caso de elementos ligeros, y en forma de radiación con rayos X, si el elemento es pesado.¹⁶⁶



Se le llamó número cuántico principal (n) al estado de energía que posee cada electrón; como están distribuidos en niveles energéticos el número cuántico puede tener cualquier valor entre 1 y 7. Para la órbita menor es $n=1$ y sucesivamente hasta $n=7$.

| N | Distancia |
|---|-----------|
| 1 | 0,53 Å |
| 2 | 2,12 Å |
| 3 | 4,76 Å |
| 4 | 8,46 Å |
| 5 | 13,22 Å |
| 6 | 19,05 Å |
| 7 | 25,93 Å |

Gracias a la cuantización del átomo de hidrógeno, Bohr explicó las líneas espectrales del mismo. Cabe aclarar que antes que Bohr lograra explicar las líneas espectrales del hidrógeno, Johann Jacob Balmer, maestro de dibujo en Basilea, logró establecer, en 1885, una relación numérica que ligaba las longitudes de onda de las rayas espectrales del átomo de hidrógeno.

$$\nu = R \left(\frac{1}{m^2} - \frac{1}{n^2} \right)$$

Donde ν es la frecuencia de la línea, m y n son pequeños números enteros, y R es un número fundamental. El número máximo de electrones sobre un nivel de energía, caracterizado por su número cuántico, es igual a $2n$.

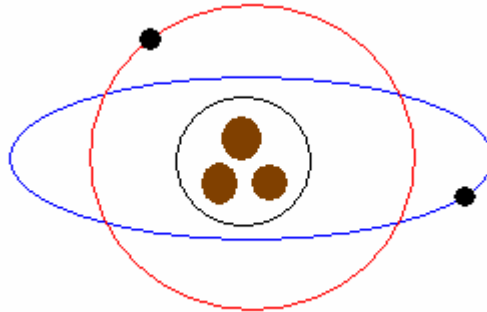
Modelo Atómico actual

El éxito logrado por Bohr con el espectro del Hidrógeno y con la determinación del número cuántico principal ' n ', no se pudo aplicar a átomos complicados que tuvieran más de un electrón. En los espectros

¹⁶⁶ Arquitectura atómica. www.astrosen.unam.mx/~museo_en/boletines/1999/notici99/atomo.htm

realizados para otros átomos se pudo observar que electrones de un mismo nivel energético tenían distinta energía.

Algunos físicos llegaron a plantear como respuesta a este problema que dentro de un mismo nivel energético existían subniveles. La contribución más destacada de estos subniveles fue dada por Sommerfeld, quien propuso que además de circular en orbitas circulares, los electrones también circulaban en órbitas elípticas. Para ello introdujo un nuevo número cuántico l , llamado número *azimutal*, el cual determina la forma de los orbitales y toma valores que pueden valer desde 0 hasta $n-1$. $l=0,1,\dots,(n-1)$ Este número nombra a cada uno de los niveles de energía posibles para cada valor de n . Según Sommerfeld, para determinar la posición del electrón en el átomo de hidrógeno hay que dar 2 números cuánticos l y m .¹⁶⁷



Schrodinger, ideó el modelo atómico actual, llamado "*Ecuación de Onda*". La solución de esta ecuación, es la función de onda (PSI), y es una medida de la probabilidad de encontrar al electrón en el espacio. En este modelo, el área donde hay mayor probabilidad de encontrar al electrón se denomina orbital. El valor de la función de onda asociada con una partícula en movimiento esta relacionada con la probabilidad de encontrar a la partícula en el punto (x,y,z) en el instante de tiempo t .

En general una onda puede tomar valores positivos y negativos, puede representarse por medio de una cantidad *compleja*. La función de onda depende de los valores de tres variables que reciben la denominación de *números cuánticos*. Cada conjunto de números cuánticos, definen una función específica para un electrón.

Números Cuánticos

Son los números encargados de definir la función de onda (PSI) asociada a cada electrón de un átomo: el número cuántico principal, representado por la letra n , indica el nivel de energía y la medida del orbital, de tal manera que cuanto más grande sea n , más voluminoso será el orbital, sus valores pueden ser del 1 hasta el infinito; el número cuántico secundario se representa por la letra l , determina la forma del orbital. Su valor depende del número cuántico principal n , y, para cada valor de n , adquiere los valores enteros des de 0 a $n-1$.

| |
|---------------------|
| $l = 0$ - orbital s |
| $l = 1$ - orbital p |
| $l = 2$ - orbital d |
| $l = 3$ - orbital f |

El número cuántico magnético m_l , determina las orientaciones que pueden asumir los diferentes orbitales en el espacio según un eje arbitrario de referencia. La dirección de este eje viene dada por un campo

¹⁶⁷ *Ibidem*.

magnético externo y, por eso, recibe el nombre de número cuántico magnético. Su valor depende del número cuántico secundario l , para cada valor de l , toma todos los valores desde $-l$ hasta $+l$

El número cuántico magnético representa las orientaciones que pueden asumir los diferentes orbitales frente a un campo magnético; el símbolo que se utiliza para representarlo es " m_l "; y los valores que tienen son los números orbitales enteros que van desde $-l$ hasta $+l$; el número cuántico de Spin m_s , Tiene dos valores permitidos $+1/2$ y $-1/2$, dichos valores representan el movimiento del electrón, Va asociado a las propiedades magnéticas del electrón. Nos indica el sentido del giro. Puede coger dos valores: $1/2$ y $-1/2$. Cada uno de los orbitales puede contener dos electrones, uno con cada spin.

En 1923 Louis De Broglie, fue quien sugirió que los electrones tenían tanto propiedades de ondas, como de partículas. Esta propuesta constituyó la base de la Mecánica cuántica. Como consecuencia del comportamiento dual de los electrones (como onda y como partícula), adoptó además el principio enunciado por Werner Heisenberg, conocido también como "Principio de incertidumbre", que dice: "es imposible determinar simultáneamente y con exactitud, la posición y la velocidad del electrón", ya que si se quiere observar la posición de un electrón se debe usar una luz que posea mucha energía, sin embargo dicha luz haría que la velocidad del electrón cambiaría mucho. Y si por el contrario la luz utilizada no poseyera la energía citada en el caso anterior, la velocidad del electrón no cambiaría mucho, y podría medirse, pero no se podría observar la posición del electrón. A partir de todo esto surgió el concepto de Orbital atómico, que es precisamente la región del espacio en la cual existe mayor probabilidad de encontrar al electrón.

El mayor conocimiento de la física cuántica permitió el desarrollo de disciplinas afines a esta ciencia, de las cuales, dada su relación con el magnetismo, conviene destacar la electroquímica.

Electroquímica

Es el estudio de las reacciones químicas que producen efectos eléctricos y de los fenómenos químicos causados por la acción de las corrientes o voltajes. Cualquier material que ofrezca poca resistencia al flujo de electricidad se denomina conductor eléctrico; las disoluciones de la mayoría de los ácidos inorgánicos, bases y sales son buenos conductores de la electricidad. Contrariamente, cualquier material que impide el paso de la corriente eléctrica es denominado mal conductor o aislador eléctrico; las disoluciones de azúcar, alcohol, glicerina y muchas otras sustancias orgánicas son malos conductores.

La diferencia entre un conductor y un aislante, es de grado más que de tipo, puesto que en mayor o menor medida todas las sustancias conducen electricidad. Un buen conductor, como la plata o el cobre, puede tener una conductividad mil millones de veces superior a la de un buen aislante. En los conductores sólidos la corriente eléctrica es transportada por el movimiento de los electrones; y en disoluciones y gases, lo hace por los iones.¹⁶⁸

Los conductores se clasifican en:

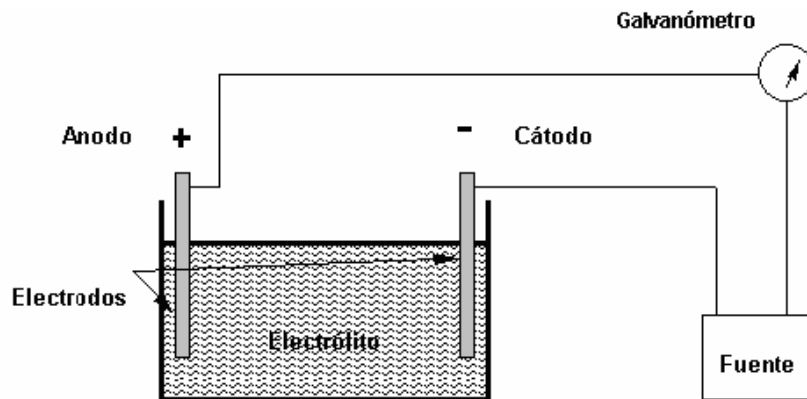
- a) Conductores de 1° clase: son aquellos que dejan fluir la electricidad sin sufrir alteración, como los metales.
- b) Conductores de 2° clase o electrólitos: son aquellos que se ionizan y entonces conducen la corriente eléctrica, como las soluciones acuosas de ácidos, bases y sales, así también las sales fundidas. Los electrólitos a su vez se clasifican en: I) Fuertes: Los electrólitos que proporcionan disoluciones altamente conductoras se llaman electrólitos fuertes (como el ácido nítrico o el cloruro de sodio). II) Débiles: Los que producen disoluciones de baja conductividad reciben el nombre de electrólitos débiles como el cloruro mercurioso ($HgCl_2$) o el ácido etanoico (CH_3-COOH).¹⁶⁹

¹⁶⁸ ELECTROQUÍMICA., EN: [HTTP://WWW.FISICANET.COM.AR/QUIMICA/QU_1_ELECTROLISIS.HTML](http://www.fisicanet.com.ar/quimica/qu_1_electrolisis.html).

¹⁶⁹ ELECTROQUÍMICA., EN: [HTTP://WWW.FISICANET.COM.AR/QUIMICA/QU_1_ELECTROLISIS.HTML](http://www.fisicanet.com.ar/quimica/qu_1_electrolisis.html)

Electrólisis

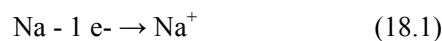
La electrólisis es un proceso mediante el cual la energía eléctrica es cambiada a energía química;¹⁷⁰ el proceso sucede en un electrolito, una solución acuosa o sales disueltas que permitan a los iones ser transferidos entre dos electrodos; se coloca un par de electrodos en recipiente con una disolución de un electrolito y se conecta una fuente de corriente continua y un galvanómetro entre ellos, se observará en el galvanómetro la circulación de la corriente eléctrica.



Electrólitos

Como mencionamos arriba los ácidos, sales las bases y las sales sólidas son malos conductores de la electricidad, pero cuando cualquiera de estas sustancias se disuelve en agua, la solución resultante es conductora; cuando una de estas sustancias se disuelve en agua (o se funde) se disocian en partículas con carga eléctrica (positiva o negativa) llamadas iones y a la disociación en iones se la denomina ionización. Así un ion se define como un átomo o grupo de átomos cargado eléctricamente. Un ion positivo es un catión y un ion negativo es un anión.

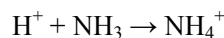
La formación de los iones a partir de los átomos es, en esencia, un proceso de pérdida o ganancia de electrones. Así, cuando un átomo como el de sodio (Na) pierde un electrón (e^-) se convierte (\rightarrow) en el catión Na^+ :



Si un átomo de oxígeno gana dos electrones se convierte en el anión O^{2-} :



Cuando un ion sencillo se une con moléculas neutras o con otro ion de signo opuesto que no compensa totalmente su carga, se forma un ion complejo. Tal es el caso del ión amonio NH_4^+ producido por la unión del ión hidrógeno con la molécula de amoníaco NH_3 :

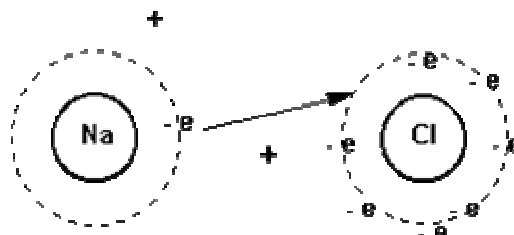


Cualquier sustancia que produce iones en solución es un electrolito. Las sales son iónicas aún en estado sólido, pero cuando se disuelven o se funden, los iones se separan y adquieren libertad de movimiento. La conducción electrolítica se debe a la movilidad iónica en estado líquido.

¹⁷⁰ En 1807 el químico inglés Humphry Davy hizo pasar corriente a través de una solución de sosa cáustica y potasa consiguiendo aislarlos, con ello el principio de la electrólisis, que actualmente se emplea ampliamente en la refinación y extracción de numerosos metales activos.

Ionización

Al combinarse sodio con cloro, para formar cloruro de sodio, cada átomo de sodio cede un electrón a un átomo de cloro, dando como resultado un ion sodio con carga positiva y un ion cloro con carga negativa.¹⁷¹



Enlace iónico

La formación de cualquier compuesto a partir de los correspondientes elementos está íntimamente relacionada con la estructura interna de los átomos que han de enlazarse y, de manera particular con la configuración adoptada por sus electrones más externos. En este sentido cabe hacer distinción entre los elementos metálicos y los no metálicos. Un análisis de las configuraciones electrónicas de los diferentes elementos de la tabla periódica indica que la mayor parte de los metales tienen muy pocos electrones en su última capa, mientras que en los no metales sucede todo lo contrario.

Los metales pueden deshacerse con cierta facilidad de sus electrones más externos, dando lugar a iones de signo positivo o cationes; se dice por ello que son electropositivos; en tanto que los no metales tienden a incorporar electrones en su última capa convirtiéndose en iones de signo negativo o aniones, razón por la que son considerados como elementos electronegativos. Ambos hechos son debidos a que las configuraciones electrónicas formadas por capas completas son más estables, es decir, implican una menor energía potencial, por lo que los átomos de los diferentes elementos presentan cierta tendencia a alcanzar tal situación, que es característica de los gases nobles.

Movimiento de iones

Los iones positivos de la disolución se mueven hacia el electrodo negativo (cátodo) y los iones negativos hacia el positivo (ánodo). Al llegar a los electrodos, los iones pueden ganar o perder electrones y transformarse en átomos neutros o moléculas.

Potencial de Hidrógeno

El pH es una medida química de la acidez o alcalinidad (basicidad) de la materia. El pH o potencial hidrógeno se define matemáticamente como el logaritmo negativo de la concentración de iones hidrógeno [H⁺]:

$$\text{pH} = -\log [\text{H}^+]$$

La escala para medir el nivel de pH se construye en función de la constante de equilibrio de disociación ácida (K_a) del agua, cuyo valor es de 0.0000001; cuando el agua tiene una proporción de 2 hidrógenos por cada oxígeno, el **pH es igual a 7**, no es ni ácida, ni alcalina, es decir es neutra. Esto refleja la misma cantidad de iones oxidrilos o hidrogeniones (H⁺) que de iones hidroxilos (OH⁻).y se puede expresar de forma abreviada por medio de su logaritmo decimal o base 10:

$$\log 0.0000001 = -7 \text{ (esto es por los siete ceros).}$$

¹⁷¹ Electroquímica., en: http://www.fisicanet.com.ar/quimica/qu_1_electrolisis.html

Al multiplicar esta función por -1, se obtiene un valor positivo:

$$-\log 0.0000001 = 7.$$

Por lo tanto, el pH o potencial de hidrógeno del agua tiene dicho valor, 7.

Cuando existe mayor cantidad de H⁺ que de OH⁻ el agua es ácida. Si ocurre lo contrario será alcalina.

Los pH van de 0 a 14.0, con un punto medio de 7.0 que es neutro. Una solución con un pH menor que 7.0 será considerada dentro de las soluciones ácidas; una solución con un pH mayor que 7.0 será considerada una solución base, o sea, de características alcalinas. Observando el cuadro anterior, concluimos que el agua alcalina tiene menos H⁺ que OH⁻, por tanto, tiene más oxígeno. Mientras que el agua ácida tiene más H⁺ que OH⁻, por tanto, tiene menos oxígeno.¹⁷²

Capítulo II. Biomagnetismo

Desarrollo histórico del biomagnetismo

Partiendo de los fundamentos físicos, químicos y biológicos descritos arriba empezó a acuñarse el término de biomagnetismo; el biomagnetismo es una de las ramas de la Biofísica, que estudia los efectos de los campos magnéticos en los organismos vivos. Aunque no se utilizaba dicho término para designarlo, se sabe que desde la antigüedad, algunas culturas como la china, la griega, la egipcia y la hindú empleaban las propiedades de los imanes en el tratamiento de diversos padecimientos; los griegos la conocían y la utilizaban ocho siglos antes de Cristo. Por ese tiempo en la India se aconsejaba llevar un imán sobre el cuerpo para conservar la salud; los egipcios por su parte poseían un preciso conocimiento de las diferentes maneras de utilizar el poder del magnetismo en la vida cotidiana. Así mismo se tiene conocimiento de que los chinos desde el siglo ii antes de Cristo dejaron constancia por escrito de que los metales magnetizados poseen un enorme valor curativo, especialmente en los casos de reumatismo e inflamación de las articulaciones.¹⁷³

Para el siglo xvi, Paracelso, el padre de la medicina moderna, los utilizó en el tratamiento de enfermedades intestinales, epilepsia, ulceraciones, flujos.

No obstante, siglos después, con el desarrollo del periodo conocido como la ilustración, que se basaba tanto en el racionalismo como en el positivismo, los científicos en el intento de supeditar todo conocimiento a la razón, rechazaron todo conocimiento "empírico", así como las prácticas médicas derivadas de aquél, entre ellas el uso de magnetos en el tratamiento de padecimientos. Aunque hubo algunos estudiosos como Frederik Antón Mesmer (1734-1815), quien afirmó que las propiedades de los imanes eran benéficas en el tratamiento de enfermedades, pues consideró que todos los seres animados estaban dotados de una fuerza magnética semejante a la que llamó "magnetismo animal", la cual emanada de los organismos, era capaz de originar la curación de aquellos órganos a los que se les aplicara.¹⁷⁴

¹⁷² Alva Raúl. Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana., en :

<http://scienceeducation.galeon.com/tareacol.html>; El cuerpo humano contiene aproximadamente 40 litros de agua ligeramente alcalina. Un vaso de cola con un pH de 2.5 agregado a 40 litros de agua con un pH de 7.4 bajara este hasta 4.6 de pH. La capacidad del cuerpo humano para mantener la homeostasis de la sangre, impide que un vaso de cola nos acidifique la sangre a 4.6 sería fatal. Véase Víctor Hugo Rivadeneyra A en:

<http://www.elsucre.net/article562.html>: <http://www.nuclecu.unam.mx/~vieyra/node42.html>

¹⁷³ Discovery DSALUD No. 42. Madrid. Ediciones MK3., en: http://www.dsalud.com/numero44_2.htm

¹⁷⁴ Rutiaga. L. H. *Los magnetos recuperan tu armonía y restablecen tu salud*. México. Grupo editorial Tomo. 1998. pp. 23-27. Este médico inventó en 1766 un aparato denominado la cubeta magnética; con su uso trataba todo tipo de padecimientos, sin embargo, en 1784 el gobierno francés emanado de la Revolución prohibió su práctica.

Por ese mismo tiempo, el abate Bartholon, investigador de las ciencias biológicas, publicó los resultados de su investigación referente a los efectos que los campos magnéticos de un imán, producían en el crecimiento de las plantas y los animales.¹⁷⁵

Un siglo después el prestigiado biólogo Luis Pasteur, quien descubriera la vacuna contra la rabia, demostró en 1862 que los campos magnéticos estimulaban la fermentación de las frutas.¹⁷⁶

Poco se sabe de la utilización de campos magnéticos en el tratamiento de enfermedades durante el siglo XIX, no es sino hasta mediados del siglo XX, que se tiene conocimiento de la aplicación de los mismos en seres humanos.¹⁷⁷ Se sabe que en Rusia los médicos del Ejército Rojo, empleaban imanes para mitigar el dolor en los miembros de los soldados que se someterían a una amputación. En este país se le designaba como magnetobiología.¹⁷⁸

Por otro lado, en Canadá se están realizando investigaciones en el campo de la agricultura; las cuales consisten en la exposición de campos de cultivo a campos magnéticos, para mejorar la producción de granos, al parecer con esta técnica han logrado aumentar en un 10% las cosechas de aquellos productos con los que se está trabajando.¹⁷⁹

Sin embargo es en Japón donde se ha extendido de manera importante la utilización de magnetos, en terapias con humanos. El doctor Nakagawa, desde 1976 ha empleado imanes para tratar diversas dolencias y padecimientos; de un universo de 11 648 pacientes que utilizan un pequeño imán del tamaño de una lenteja, cuyo campo magnético al contacto con la piel alcanza los 590 Gauss, más del 90% han juzgado el procedimiento como eficaz, cabe aclarar que principalmente fueron utilizados en tratamiento de diversos dolores musculares, así como en neuralgias, rigidez de hombros y nuca, reumatismos y lumbagos entre otros.¹⁸⁰

Investigadores de casi todas las áreas de las ciencias experimentales, se ocuparon durante el último cuarto del siglo pasado y lo que va del presente, en el estudio y desarrollo de aplicaciones de campos magnéticos para tratar distintos padecimientos.

De entre ellos destaca el prestigiado doctor mexicano Demetrio Sodi Pallares, quien luego de años de práctica médica e investigación científica propone un tratamiento al que llamó Tratamiento Metabólico, el cual consiste en producir ATP a la que, por su importancia, el propio Sodi llama "*la molécula de la vida*".¹⁸¹

Dicho tratamiento consta de tres fases; la primera consiste en seguir una dieta baja en sodio y rica en potasio, pues a decir del doctor Sodi Pallares, únicamente así se elimina el sodio intracelular, con lo que aumentará el potasio, elemento imprescindible para que la célula pueda sintetizar el ATP: "en toda lesión,

¹⁷⁵ *Ibidem.*, p. 27

¹⁷⁶ *Ibidem.*, p. 29

¹⁷⁷ Fue hasta 1970 que los científicos empezaron a considerar la posibilidad terapéutica de los campos magnéticos. Un descubrimiento fundamental a este respecto tuvo lugar a raíz de los viajes de los astronautas. Estas personas tenían que vivir ciertos periodos de tiempo en el espacio, es decir, en ausencia de campo magnético y cuando volvieron a la Tierra se comprobó que habían empezado a desarrollar determinadas enfermedades, entre ellas la osteoporosis. Sería tras dicho descubrimiento que se iniciaron investigaciones más exhaustivas respecto a la importancia de los campos magnéticos y su relación con nuestra salud. Discovery DSALUD No. 42. Madrid. Ediciones MK3., en: http://www.dsalud.com/numero44_2.htm.

¹⁷⁸ Holzapfel, Evelyne, *et. al. Magneto-terapia*. Madrid. EDAF. 1999., p. 21. En la actualidad estos estudios continúan realizándose en el Instituto Médico de Rostov y en la Academia Militar de Leningrado.

¹⁷⁹ *Ibidem.*

¹⁸⁰ *Ibidem.* p.p. 22-23.

¹⁸¹ Cabe recordar que el ATP es el transportador universal de energía de nuestro cuerpo, que es una sustancia que se está creando y destruyendo constantemente en el organismo, la cual se produce en las mitocondrias durante la respiración celular y no sólo es necesaria para la mayoría de las funciones de los seres vivos sino imprescindible para todo proceso de curación. Discovery DSALUD No. 42. Madrid. Ediciones MK3., en http://www.dsalud.com/numero20_6.htm.

sea del tipo que sea, se altera la función de la membrana celular, se introduce el sodio en las células, se pierde el potasio, aumenta el ácido láctico y, como consecuencia, disminuye la formación de ATP".¹⁸²

En segundo lugar, durante el tratamiento se suministra al paciente -por vía intravenosa- soluciones polarizantes de insulina, glucosa y potasio. La tercera fase consiste en someter al paciente a la acción de campos magnéticos pulsantes. Dichos campos llegan a las membranas celulares donde los iones sodio y potasio mantienen el equilibrio de la membrana. El potasio permanece en alta concentración en el interior de la célula mientras el sodio se encuentra en la parte exterior de la membrana celular lo que genera una diferencia de potencial eléctrico que permite que la célula emita y reciba información y lo que la convierte en una verdadera pila. El campo magnético pulsante (sale de la corriente, es constante y está en permanente movimiento y oscilación, no es estático como el campo generado por imanes) atraviesa el cuerpo llevando energía a cada célula y logrando el aumento de la permeabilidad de la membrana lo que facilita el intercambio de potasio y sodio y mejora la absorción del oxígeno y los nutrientes.

El doctor José Luis Bardasano, director del Departamento de Especialidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá (Madrid) y miembro de la Fundación Europea de Bioelectromagnetismo y Ciencias de la Salud explicaba, en entrevista que hizo para la revista Discovery D SALUD, que los humanos somos seres bioquímicos y biomagnéticos porque nuestras células están desarrolladas a base de bioelectricidad y, por tanto, de biomagnetismo. Afirma que existe un campo magnético externo con respecto a los nuestros, es fácil comprobar -por unas simples leyes físicas- que puede haber una influencia de lo externo hacia lo interno: *"La consecuencia -dice- es que la fuerza electromagnética comunica energía y la energía se puede manifestar de dos maneras: como efectos térmicos o como inducción electromagnética atérmica en el cuerpo humano. De los efectos térmicos se sabe prácticamente todo pero en cuanto a la inducción electromagnética, hasta hace relativamente poco había problemas para su estudio"*.¹⁸³

Bardasano se refiere a que hasta hace muy poco tiempo, no se contaba con aparatos lo suficientemente sensibles como para detectar el campo magnético de un ser vivo. Pero hoy en día sí se dispone de ellos. *"Lo que se ha inventado son los interferómetros de superconductividad cuántica o magnetómetros (SQUID, en sus siglas en inglés). Estos magnetómetros de vanguardia permiten el estudio de campos magnéticos de los seres vivos a todos los niveles"*.¹⁸⁴

Con ello se pudo saber que toda célula viva que está en un estado de equilibrio dinámico estacionario entre el citoplasma y el exterior, manifiesta una diferencia de potencial eléctrico que se ha calculado entre -70 y -90 milivoltios. Y que cuando la célula está enferma esos potenciales bajan y -de acuerdo con Sodi Pallares- nos encontramos con valores de entre -70 y -30 milivoltios. *"Esto es -explica Bardasano- lo que se llama 'síndrome del tejido lesionado', que es común a todas las células. Lo que ocurre es que está estropeada la bomba sodio-potasio que es la que regula todo el sistema para que haya un buen potencial. Tener esas bajadas crónicas indica que la célula está enferma. Y si el potencial sigue bajando y llega a cero se produce la muerte celular"*.¹⁸⁵

El polo biomagnético

Gracias al concepto cuántico de la materia, sabemos que en la composición íntima del átomo existen tres elementos inseparables: el electrón, como elemento cinético en perpetuo movimiento, prácticamente sin materia mensurable, que le proporciona al átomo su capacidad de asociación; la masa del átomo,

¹⁸² *Ibidem.*

¹⁸³ Discovery DSALUD No. 42. Madrid. Ediciones MK3., en: http://www.dsalud.com/numero20_6.htm.

¹⁸⁴ *Ibidem.*

¹⁸⁵ *Ibidem.*

representada por el protón y por los neutrones de su núcleo estable; y un espacio de proporciones tales que da estabilidad al fenómeno cinético del electrón, aún cuando su polaridad sea contraria a la del núcleo.¹⁸⁶

Tanto la asociación como la disociación de átomos, obedece a leyes estrictas que nos permiten explicar en forma comprensible su comportamiento. De acuerdo con las leyes físicas y químicas descritas en páginas anteriores, se sabe que tanto lo infinitamente pequeño, como lo infinitamente grande, presentan comportamientos semejantes de atracción y repulsión magnética y de cinética de sus partículas o elementos y obedecen a las mismas leyes fundamentales de cargas y resonancias, las que en última instancia son responsables de mantener el equilibrio universal.

En este orden de ideas, tenemos que el átomo de hidrógeno, pese a su estructura tan elemental, juega sin duda el papel más relevante en los procesos bioquímicos, ya que es el encargado de asociar a otros átomos y de mantener dicha asociación estable, con un equilibrio de cargas tanto positivas como negativas, definiendo con ello las propiedades ácido-básicas, toda vez que el mismo elemento (hidrógeno) actúa tanto como elemento electronegativo y como ion electropositivo.¹⁸⁷

De acuerdo con el doctor Goiz, el equilibrio cinético de cargas permite entender el concepto fundamental de neutralidad energética en donde tanto las cargas positivas como las negativas persisten en un nivel energético final de igual magnitud, aunque de diferente polaridad que no interfiere con los procesos vitales de la homeostasis celular u orgánica, mientras están en resonancia bioenergética. Se sabe que los fenómenos magnéticos pueden existir sin la presencia de los fenómenos eléctricos, por lo tanto, a decir de éste investigador, se puede entender que tanto las cargas positivas como las negativas subsisten en estadios energéticos puros como consecuencia de campos en resonancia magnética, ya sean generados por la cinética de los electrones de los elementos, o como consecuencia de las concentraciones de hidrogeniones en los compuestos orgánicos. Las concentraciones de hidrogeniones son mensurables por medio de reactivos que determinan el pH de la substancia que soporta la concentración, pero hasta ahora no es posible hacerlo en forma directa, en órganos internos de los seres vivos.¹⁸⁸

Capítulo III. El par Biomagnético

Se trata más que de un concepto, del descubrimiento de mayor importancia en el terreno de la medicina. El doctor Isaac Goiz Durán responsable de tan importante hallazgo lo define como:

El conjunto de cargas que identifican una patología; y que está constituido por dos cargas principales de polaridad opuesta que se forman a expensas de la alteración fundamental del pH de los órganos que lo soportan.¹⁸⁹

Luego de diversas investigaciones realizadas durante más de 20 años de práctica médica alopática, así como de un profundo conocimiento de diversas terapias alternativas, como la acupuntura tradicional, la reflexología, la probiótica etcétera, el doctor Isaac Goiz, asistió al primer curso de Biomagnetismo, que en 1988 organizó la Sociedad de Medicinas alternativas, en donde el Dr. Broeringhmeyer expuso las bases de lo que denominó como Energy Therapy , tratando los conceptos de hombre biomagnético, de la terapia polar del potencial de hidrógeno, de la interferencia del flujo energético, y de la presencia del hidrogenion en salud y enfermedad.

Sabemos que el Dr. Broeringhmeyer logró la medición de los polos biomagnéticos generados por la concentración anormal de hidrogeniones en forma externa, cualitativa e indirecta, por medio de la resonancia energética de campos magnéticos de mediana intensidad, lo cual a decir del doctor Goiz, permite saber de inmediato la presencia de los polos biomagnéticos, así como su polaridad específica.

¹⁸⁶ Goiz Duran, Isaac. *El par Biomagnético*. México. Medicinas Alternativas y Rehabilitación. S. A., 1999. p. 79.

¹⁸⁷ *Ibidem*.

¹⁸⁸ *Ibidem*. p. 80.

¹⁸⁹ *Ibidem*. p. 83.

Como resultado de sus investigaciones Broeringhmeyer afirmó que sólo se generan disfunciones en los órganos que soportan las distorsiones del pH, sin embargo Broeringhmeyer, a pesar de proponer la posibilidad de la despolarización aplicando un campo magnético de polaridad contraria a la del campo bioenergético producido por el organismo, para atraer los iones de hidrógeno o los radicales libres de polaridad contraria hacia el exterior del organismo, no concedió valor terapéutico al fenómeno de despolarización.

Al regresar a su consulta el doctor Goiz se dio a la tarea de practicar los principios de la Terapia Energética, junto con el conocimiento de las diversas disciplinas que ya practicaba y haciendo uso de sus vastos conocimientos en las ciencias experimentales.

Según la teoría del doctor Isaac Goiz, solamente por medio del Biomagnetismo Médico es posible medir la energía bioenergética producida por la concentración alterada de los hidrogeniones o de los radicales libres, los cuales a su vez se generan por la presencia de microorganismos o de toxinas en los órganos que los soportan; mediante campos magnéticos de mediana intensidad se pueden medir de forma indirecta y cualitativa las distorsiones energéticas de un órgano, provocando el acortamiento o la elongación del hemicuerpo derecho.¹⁹⁰

En 1988 llegó a su consultorio un paciente al que mediante las técnicas terapéuticas de la alopatía, se le había diagnosticado el Síndrome de inmunodeficiencia humana. En él practicó todos los conocimientos que poseía, empezando por revisarlo con los principios del biomagnetismo médico; llegó a la conclusión de que el paciente presentaba un par bien definido de polos de carga contraria, realizando el rastreo con un imán de carga negativa, encontró que los polos en resonancia se ubicaban en la parte media del esternón y en la parte distal del coxis, a lo que llamó desde entonces como par TIMO-RECTO, y con el cual hasta la fecha se identifica el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por VIH.

Atendiendo a la teoría del Dr. Broeringhmeyer, debería enfrentar las cargas, venciendo el dieléctrico para anularlas por medio de campos magnéticos de mediana intensidad de carga contraria a la formada en el par biomagnético, sin embargo, el doctor Goiz enfrentó las cargas aplicando el mismo signo en cada uno de los polos del PAR BIOMAGNÉTICO, con lo que, según intuyó, se rompería el dieléctrico y se anularían las cargas entre ambas.

Después de un tiempo relativamente corto, pudo comprobar que el estudio biomagnético ya no demostraba la presencia de las cargas del PAR, posteriormente atendió con frecuencia al paciente, quien mejoró radicalmente; cedieron sus síntomas hasta a llegar a curarse clínicamente.

Ahora bien, de la dualidad bioenergética descubierta el doctor Goiz desprendió otro principio fundamental al que llamó **Nivel Energético Normal (NEN)**, el cual define los límites bioenergéticos en donde se llevan a cabo todos los procesos metabólicos celulares de los organismos humanos y que en razón de temperatura no pueden salirse del límite de apenas un grado centígrado (36 a 37). Mientras que en razón de absorción electromagnética, se encuentra en el orden de los 400 Amstrongs y en razón del pH está muy próximo al valor neutro de la escala convencional, con tolerancia de apenas tres décimas en ambos sentidos.

A decir del doctor Goiz todas las consideraciones fisiológicas, bioquímicas, biológicas, inmunológicas, psicológicas, de los organismos humanos se efectúan en condiciones de normalidad dentro de este nivel de energía, de ahí que la patología se lleva a cabo cuando se alteran dichos niveles energéticos. Según los principios del nivel energético normal, existen fenómenos naturales que sacan todo un órgano de su NEN en un cierto límite, después del cual el fenómeno persiste independientemente de que el fenómeno que lo causó exista o no, y parece ser que dicho límite energético está en el orden de los 1000 Gauss o sus equivalentes energéticos, ya que la despolarización bioenergética por medio de imanes naturales también obedece a cargas superiores a los 1000 Gauss, y no tienen efectos potenciales magnéticos inferiores, pero en ambos

¹⁹⁰ *Ibidem.* p. 81. A partir de esta nota todas las referencias fueron tomadas tanto del libro que estoy citando, como de las cátedras del doctor Goiz.

casos, tanto de polarización como de despolarización, el efecto es similar; es decir, que por arriba de los 1000 Gauss la despolarización es efectiva y definitiva.

Las investigaciones del Dr. Goiz han determinado que un órgano se polariza hacia el lado positivo por exceso de hidrogeniones, con lo que en su totalidad cae a un estado de acidez en su totalidad y como consecuencia necesariamente lógica, provoca la polarización de otro órgano en sentido opuesto, es decir, hacia la alcalinidad, por déficit de hidrogeniones y presencia de radicales libres complejos con polaridad negativa. Así pues, en el polo positivo empiezan a suceder una serie de fenómenos como consecuencia inevitable de la carga biomagnética: en primer lugar, se establece una acidosis del órgano afectado, enseguida se acorta la materia y por lo mismo el órgano decrece en sus dimensiones, posteriormente ocurre la disfunción del órgano y finalmente ocurren fenómenos degenerativos; todo ello en presencia de virus.

En el polo negativo se desarrollan fenómenos semejantes, pero de polaridad contraria, es decir, negativa. En primer lugar se establece una alcalosis del órgano que soporta el polo negativo, inmediatamente después ocurre la distensión de su materia, que condiciona a su vez un estadio de flogosis y de edema, posteriormente ocurre la disfunción del órgano y finalmente procesos degenerativos, todo ello en presencia de bacterias.

Lo sorprendente de los hallazgos del doctor Isaac Goiz, es el descubrimiento de que cuando estos pares se desequilibran, en el polo sur de ellos se concentran focos de determinados virus (ya identificados por sus nombres) en un ambiente de pH ligeramente más ácido, mientras que en el polo norte se ubican ciertas bacterias también previamente identificadas, pero en un medio de pH algo más alcalino que en el resto de los tejidos.

Las investigaciones realizadas por el doctor Goiz, han propiciado la identificación de más de 250 pares biomagnéticos entre regulares, especiales, relacionados con disfunciones glandulares, pares relacionados con la presencia de virus, bacterias, hongos y /o parásitos, así como algunos que refieren problemas psico emocionales.¹⁹¹

Partiendo del descubrimiento del Par Biomagnético y de la aplicación tanto de este como del Par Bioenergético, el Dr. Goiz ha dedicado los últimos años a la investigación de la etiología del cáncer. En julio de 2004 salió de la imprenta el resultado de dicha investigación: *El fenómeno tumoral*, editado por la Universidad de Loja, Ecuador, mismo que fue revisado en la Escuela de Medicina de la misma institución. El doctor Goiz plantea que al igual que en otros padecimientos, en el origen del crecimiento caótico de las células cancerígenas, también está presente la influencia de determinados virus, bacterias, hongos y parásitos que según sea el tipo de cáncer, se combinan de distintas formas para agredir y finalmente desquiciar el orden genético del núcleo de las células y provocar la multiplicación descontrolada de ellas. Cabe hacer hincapié, por el tema de la presente tesina, en la referencia que hace el doctor a la combinación de pares, pues en esta obra proporciona un buen número de asociaciones de pares y plantea que las posibles combinaciones de ellos son prácticamente infinitas.

Metodología y técnicas

La identificación de los polos biomagnéticos obedece a la resonancia energética del polo del imán con el del organismo en tratamiento.

El Dr. Goiz recomienda iniciar el rastreo de los órganos con el polo norte o negativo del imán rastreador, pero también puede realizarse con el polo positivo, sólo que al parecer, los focos biomagnéticos con polaridad positiva son más enérgicos y únicos; en cambio los polos negativos son más suaves y pueden ocasionalmente múltiples; es decir, que un polo biomagnético positivo, puede hacer resonancia con dos o más polos negativos.

Para iniciar el rastreo de polos biomagnéticos, se coloca al paciente en decúbito supino, sobre una mesa de madera o de cualquier otro material aislante, con lo que se evitan interferencias con los imanes. El paciente debe conservar puestos los zapatos, ya que los tacones de los mismos nos proporcionan la referencia para percibir la elongación o acortamiento del hemicuerpo derecho.

Posteriormente se realiza el rastreo completo de los pares identificados hasta la fecha, así como la colocación de los magnetos en los pares encontrados para impactarlos. En lo personal dejamos los magnetos por un tiempo de 10 minutos en cada par encontrado.

Desarrollo del trabajo

Como comentamos en la introducción del presente trabajo, al inicio de nuestra práctica con el par Biomagnético, al rastrear a una paciente con dolor en el brazo a la altura del Deltoides se le encontró el par Deltoides-Riñón, y luego de diferentes visitas la presencia del par persistía en la misma, hasta que se decidió colocar dos imanes con polaridad distinta en cada punto, con lo que el dolor desapareció, así como la presencia del mencionado par.

A partir de esta experiencia, y aún cuando resulta más tardado el rastreo, en nuestra práctica invariablemente “preguntamos” al paciente si se trata de una combinación, o requiere únicamente se le aplique un imán en cada punto. Los casos que a continuación expongo son el resultado de algunos casos en los que se encontró la duplicación del par biomagnético.

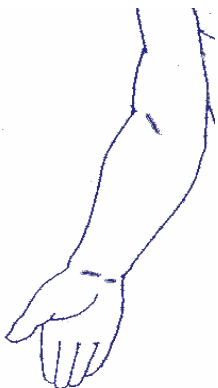
La muestra que tome para realizar la presente tesina consta de 125 pacientes, . cabe aclarar que muchos pacientes únicamente acuden una sola vez a la consulta, por lo que resulta difícil constatar cual fue el avance, y los resultados de su tratamiento, no obstante consideramos que la muestra aquí presentada puede considerarse como significativa, (125 pacientes) pues son éstos quienes han sido constantes, y siguen visitando nuestra consulta, algunos incluso desde 1998.

En febrero de 1999, llegó a consulta una paciente de 40 años de edad, la que manifestaba, fiebre recurrente durante una semana, astenia, dolor articular, distensión abdominal, flatulencia, malestar general y temperatura de 39°, al momento del rastreo. Al realizarse el rastreo se le encontraron los pares de Hipófisis-Vejiga así como Bazo–Duodeno; se le colocaron los imanes correspondientes y luego de escasos 8 minutos, comentó que los síntomas habían desaparecido, al tomarse la temperatura el termómetro marcaba 37°. Tres meses después regresó a la consulta presentando nuevos síntomas: tos e inflamación de garganta, así como flujo vaginal; se realizó el rastreo, encontrándose los pares de Vagina-Vagina y nuevamente Bazo–Duodeno, se impactó el primer par y se colocaron de manera vertical dos imanes, (negativo abajo y positivo arriba) en el punto de bazo, se verifico en los pies si había acortamiento o alargamiento y se observó que el hemicuerpo derecho se había acortado ante esto, se colocaron también de manera vertical dos imanes en el punto de duodeno (positivo abajo y negativo arriba), observándose que el pie derecho volvía a su posición original.



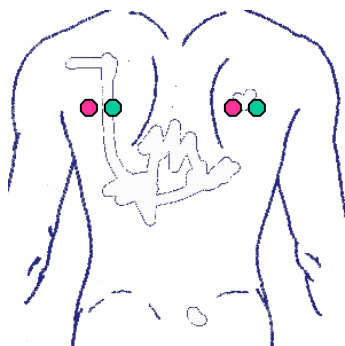
En la actualidad la paciente continúa tratándose con biomagnetismo médico, nos visita por lo menos una vez cada seis meses y hasta ahora no ha manifestado la presencia del par Bazo-Duodeno. Por lo que consideramos que el problema ya fue controlado.

En abril del 2003 se presentó un paciente masculino de 32 años; luego del rastreo normal con el par biomagnético, se encontró los pares de Pineal-Pineal, Ojo-Ojo, y Mano-Mano, con alargamiento del hemicuerpo derecho en todos los pares. En el caso de los dos primeros pares se colocaron los magnetos de la manera tradicional, sin embargo en el tercero, al colocar los imanes se pudo observar que continuaba dicho alargamiento, por lo que se colocaron de manera vertical dos imanes en cada mano, en la derecha negativo abajo y positivo arriba y en la izquierda positivo arriba negativo abajo, luego de lo cual el hemicuerpo volvió a su tamaño normal.



En noviembre del año de 2003, volvió a la consulta con cuadro gripal, al rastreo se le localizaron los pares de Tráquea-Tráquea, y Vesícula-Riñón derecho. Posteriormente en junio de 2004 acudió a consulta con problemas gastrointestinales; luego del rastreo se le encontraron los pares de Hipófisis-Vejiga y Colon ascendente-Colon descendente, pero en ninguno de los últimos casos volvió a mostrar el par de Mano-Mano.

En noviembre del 2004 llegó a nuestra consulta una paciente de 45 años de edad, la cual manifestaba, un fuerte cuadro gripal, con temperaturas de hasta 40°, así como cansancio, irritabilidad, y malestar general; Al rastreo se le detectaron los pares de Traquea-Traquea, Escápula- Escápula y Apéndice-Pleura; el primer y tercer pares requirieron de la aplicación tradicional, es decir un solo imán por cada punto, mientras que en caso del par de Escápula-Escápula fue necesario colocar dos imanes en cada punto, esta vez de forma horizontal, el orden fue negativo a la derecha y positivo a la izquierda en ambas escápulas, como se muestra en la siguiente figura.



En diciembre del mismo 2004, rastreamos a un paciente que manifestaba fiebre de 38.5°, así como problemas gastrointestinales; al rastrearlo se le encontraron los pares de Pómulo-Pómulo y Mano-Mano, en el caso del primer par se colocó un imán en cada punto, mientras que en caso de Mano-Mano, hubo la necesidad de poner dos en cada mano, al igual que en caso anterior que presentó el mismo par, se colocaron de manera vertical dos imanes en cada mano, en la derecha negativo abajo y positivo arriba y en la izquierda positivo arriba negativo abajo.

Durante el mismo mes se localizó un caso similar con otra persona de 35 años del sexo masculino, cabe mencionar que en este caso el paciente manifestaba además de la fiebre, escalofríos muy fuertes, y se procedió de la misma manera que con el paciente anterior.

El 11 de enero del presente año, tuvimos la oportunidad de encontrar nuevamente, esta forma de asociación; atendí a una paciente de 32 años quien manifestaba que constantemente presentaba tos, flujo vaginal y comezón persistente en el pubis, que ya había recurrido en incontables ocasiones a tratarse con el ginecólogo y que sin embargo luego de varios tratamientos tanto con óvulos, como con medicamento administrado por vía oral, luego de terminar el tratamiento pasaban algunos días y volvía a tener los mismos problemas. Luego de rastrearla se le localizaron los pares de Vagina-Vagina, Ciego-Contraciego y

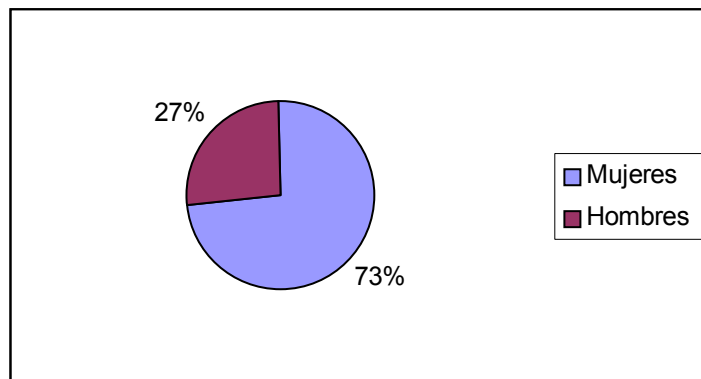
Escápula-Escápula, luego de “preguntar” a su organismo sobre si necesitaba en algún par que se colocaran dos imanes en cada punto, se le colocaron en los dos primeros pares los magnetos de manera tradicional, mientras que en las escápulas fue necesario colocar dos imanes en cada una de ellas. Se pidió a la paciente que regresara en quince días para verificar si aún presentaba algún par, y afortunadamente no se le encontró ninguno de ellos.

Ahora bien, de manera personal durante el mes de diciembre, presenté los siguientes síntomas, cansancio y fuerte debilidad, así como fuerte prurito a la altura de las escápulas y en las piernas, en principio consideré que el cansancio se debía al exceso de trabajo a que sometí a mi organismo, luego de rastrear, con la ayuda de una compañera, se localizaron los pares de Escápula-Escápula, Vejiga-Vejiga y Timo-Recto. En los últimos pares mencionados se me colocaron los imanes de manera tradicional, mientras que en el caso de la escápula fue necesario colocar dos en cada punto, hasta el momento no he manifestado ninguno de dichos síntomas, me rastreo cada semana y tampoco he localizado ninguno de dichos pares.

Análisis de resultados

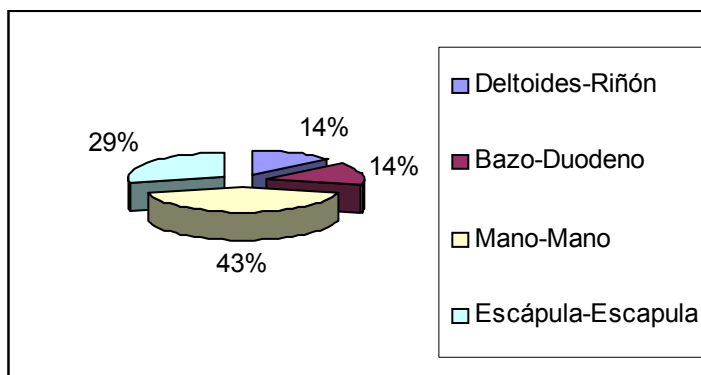
Partiendo de la teoría del doctor Isaac Goiz respecto a las múltiples posibilidades de combinaciones de pares biomagnéticos, y tras haber encontrado que en 6 de 125 pacientes se manifestó la necesidad de impactar dichos pares colocando los dos polos magnéticos en cada punto.

Muestra por sexo de 125 pacientes tratados con el Par biomagnético



Consideramos que la hipótesis que nos planteamos, respecto a encontrarnos ante una nueva variedad de asociación de pares, resultó verdadera, a pesar de que del total de la muestra sólo el 5.6% manifestó esta variedad.

Los valores respecto al total de casos en que se encontró la duplicación del Par Biomagnético se muestran en la siguiente gráfica.



Cabe mencionar que luego de que comentamos esta posible combinación de pares con nuestra compañera, la doctora Guadalupe Contreras Hernández, nos comentó pasados algunos días, que había encontrado dicha variante, pues al rastrearlo localizo los pares de Riñón-Cápsula y Mano-Mano, sin embargo, dado que no fue en un paciente nuestro no lo incluí en el análisis de resultados. Lo menciono únicamente porque me parece de suma importancia, que alguien más haya encontrado en alguno de sus pacientes esta variedad de asociación.

Conclusiones

De la muestra de 125 pacientes tratados con Biomagnetismo Médico, en siete se encontró lo que hemos llamado duplicación del Par Biomagnético, en este sentido consideramos que dicho fenómeno cumple con los objetivos de este trabajo los cuales ante todo, se plantean la finalidad de dar a conocer los compañeros que emplean el Par Biomagnético o el Par Bioenergético en beneficio de sus pacientes. Así como un humilde aporte en el desarrollo de tan noble práctica.

Recomendaciones

Sólo nos resta sugerir, a quienes tengan el problema de que con frecuencia se presentan pacientes que al rastrearlos se les encuentra nuevamente algún par que con anterioridad habían impactado, “pregunten” si requiere que se les impacte colocando dos polaridades en cada punto, pues en nuestro caso particular, hemos obtenido buenos resultados. A pesar de solamente hemos encontrado esta variante de asociación en un número reducido de pacientes.

Bibliografía

- Alva Raúl. *El agua.*, en : <http://scienceeducation.galeon.com/tareacol.html>;
- Ander Paul y Anthony J. Sonnessa. 1977. *Principios de Química. Introducción a los conceptos teóricos.* México. Limusa.
- Discovery DSALUD No. 42. Madrid. Ediciones MK3.
- Esteban Martina, Julia Tagüeña. *De la brújula al Espin. El magnetismo.*
- Goiz Duran, Isaac.2003. *El fenómeno tumoral.* Universidad de Loja.
- _____. 1999. *El par Biomagnético.* México. Medicinas Alternativas y Rehabilitación. S. A.
- Holzapfel. Evelyne, et., al.1999. *Magneto-terapia.* Madrid. EDAF.
- Navarro Veguillas L. 1983. *Fuerzas y campos en la Historia de la Física: de Aristóteles a Faraday.* Mundo Científico. V-3., nº 29, 1983.
- Otras fuentes electrónicas:
- Rivadeneira A Víctor Hugo en:
<http://www.elsucre.net/article562.html>: <http://www.nuclecu.unam.mx/~vieyra/node42.html>
- Rutiaga, Luis H. 1990. *Los magnetos recuperan tu armonía y restablecen tu salud.* México. Editorial Tomo.

Stollberg, Robert y Fitch Hill, Faith. 1970. *Física Fundamentos y fronteras*. México. Publicaciones Cultural.

Zamorano Ulloa, Rafael. 1996. "Magnetismo". IPN. Ciencia, Arte: Cultura. Mayo-junio.

<http://www.lasalle.es/vina/contenidos/temasfisica/electromagnetismo/>

<http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/>

http://www.salohogar.com/ciencias/fisica/fisicainfo/balanza_cavendish.htm

<http://www.ifent.org/lecciones/Cap07/cap0701.htm>

http://www.edulat.com/diversificado/quimica/4to/temas_consulta/4.htm

<http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd99/ed99-0280-01/ejem3-parte1.html#Rutherford>

http://www.astrosen.unam.mx/~museo_en/boletines/1999/notici99/atomo.htm

http://www.fisicanet.com.ar/quimica/qu_1_electrolisis.html

http://www.dsalud.com/numero44_2.htm

BIOMAGNETISMO MEDICO EN PACIENTES CON ALERGIAS

Dra. Maria Del Carmen López Villarón

Presentación

El objetivo de este trabajo, es proporcionar al paciente alérgico una curación a base de Biomagnetismo Médico y/o Bioenergética Médica eficaz y a bajo costo, sin utilización de medicamentos que trascienda en una disminución de la frecuencia e intensidad de la expresión sintomática de la enfermedad y se refleje positivamente en la calidad de vida del paciente alérgico.

Posterior mente se mencionarán las características e indicaciones de los diferentes medicamentos empleados actualmente en el manejo terapéutico de las crisis e intercrisis de éstos pacientes, los cuales en la mayoría de los casos no son curativos, únicamente paliativos y a muy largo plazo.

Introducción

Las alergias son consideradas un azote de niños y adultos y son la causa del 40 por ciento de la demanda de servicios médicos en México. Esta epidemia de alergias y los padecimientos inmunológicos va aumentando cada día, convirtiéndose en un serio problema de salud pública ya que en tan solo dos décadas, el porcentaje de la población afectada por esos males se ha multiplicado hasta seis veces.

Aunado en sus fases de emergencia a las crisis ambientales, el desgaste de las comúnmente llamadas “defensas” merma la calidad de vida de millones de mexicanos y rebasa la capacidad de consultorios, clínicas y hospitales, donde diagnósticos fallidos y sobredosis de medicamentos empeoran las condiciones de los enfermos.

La inasistencia a clases y los problemas de aprendizaje a causa de las afecciones crónicas en vías respiratorias de los menores de edad se ha transformado en México en una situación común. Aumentan los casos de niños con trastornos de oído, producto de alergias, consecuencias que con regularidad se confunden por maestros y padres de familia con problemas de conducta o hiperactividad, cuando en realidad sucede que no escuchan bien.

Revisión bibliográfica (conceptual-histórica)

El principio de la Alergología como una Especialidad, se remonta al primer siglo A.C. cuando Lucrecio relacionó la Alergia a la comida como causa de enfermedad, describiéndola de la siguiente manera “La carne del hombre es otro veneno del hombre”.

Hipócrates describió por primera vez las alergias en el siglo V a.C., aunque no fue hasta el principio del siglo XX que se empleó por primera vez el término “alergia”. Hipócrates reconoció al asma y registró la naturaleza espasmódica de la enfermedad. Sugirió que el frío precipita la enfermedad. Hipócrates también reconoció alergias al alimento y observó que mientras que el queso era un alimento excelente para la mayor parte de la gente, en algunas, incluso el pedazo más pequeño podía causar una reacción grave. Los términos “eczema y asma” estaban en uso más o menos en esa época.

Desde entonces, se han descrito muchas alergias, aunque a menudo se desconocía la causa. John Bostock, médico de Londres, fue la primera persona en describir los síntomas clínicos de la fiebre de heno en un artículo para la Sociedad Médica Quirúrgica Real a principios del siglo XIX. Sin embargo, no fue

hasta 1872 que Charles Blackely demostraría que el polen era causa de la fiebre del heno, que es una de las alergias más comunes.

Rous, el más cercano socio de Pasteur, mostró que la toxina diftérica es similar al veneno de víbora. Von Behring manufacturó la antitoxina diftérica.

El siguiente paso importante fue tomado por Richet, quien demostró dos conceptos, que todavía son válidos en la actualidad.

1. Una sustancia extraña inyectada por primera vez puede ser inofensiva, y en la reinyección causar una reacción severa o fatal.
2. El intervalo podía ser de diez o más días entre la primera y segunda inyección.

En 1906 Von Pirquet y Shick propusieron el termino ALERGIA, que significa en el sentido Etimológico literal “otra reacción”. Según esta etimología la alergia en medicina viene a significar cualquier estado biológico de reactividad y sensibilidad orgánica alterada hacia una determinada sustancia, llamada alérgeno.

La alergia por alimentos largamente reconocida por los mismos pacientes como urticaria provenientes de comidas ocasionales, fueron observadas primeramente por Rowe, Vaughan y Coca entre otros... Rowe originó diversos tipos de dietas de eliminación para tratar de descubrir el factor dañino de la comida. Vaughan notó que la cuenta leucocitaria disminuía después de la ingestión de una prueba de comida dañina y originó el índice leucopénico como prueba y Coca observó la aceleración del pulso después de conocerse el índice de leucopenia.

En 1930 French K. Hansel de San Luis Missouri inició una escuela que años más tarde viene a ser la más importante.

Rinkel y dos de sus estudiantes, Randolph y Zeller escribieron un extraordinario texto sobre alergia por alimentos, publicado en 1950.

Posteriormente Bryans describió las pruebas citotóxicas.

Etiología

La mayoría de los médicos están de acuerdo en que hay una tendencia familiar, o sea que hay una predisposición genética. Sin embargo, hay ocasiones en que las alergias se presentan aún a pesar de no haber antecedentes familiares positivos. En estos casos, muy probablemente lo que sucede es debido a una baja de defensas del organismo; como puede ocurrir luego de infecciones virales o durante el embarazo.

Las personas que presentan alergias, usualmente la tienen a más de una sustancia, o refieren manifestaciones alérgicas en más de un órgano. Esto es debido a que todo el organismo es alérgico y no solamente una parte de él.

Las sustancias capaces de provocar una reacción alérgica se conocen como sustancias alergénicas o, simplemente, alérgenos. Los productos que con mayor frecuencia causan alergias son: alimentos, esporas de hongos, virus, látex, medicinas, partículas de polvo, polen y veneno para insectos.

La respuesta inmunitaria es de gran importancia aunque, en ocasiones, es causa de serios problemas ya que el sistema inmunitario confunde componentes de nuestro cuerpo con elementos extraños e inicia una reacción contra ellos dando lugar a las llamadas enfermedades autoinmunes. En otras ocasiones, se produce una respuesta inmunitaria ante la presencia de sustancias inocuas para el organismo, que habitualmente son toleradas por éste.

Fisiopatología

Normalmente, el sistema inmunológico se moviliza cuando nos exponemos a un agente que es capaz de causar daño al organismo. En las alergias, el sistema inmunológico se moviliza cuando el organismo se pone en contacto con sustancias que no causan daño, es decir, ocurre una falsa alarma inmunológica. Esta reacción involucra la producción de grandes cantidades de uno de los principales anticuerpos de defensa, la inmunoglobulina E (IgE).

Cada IgE tendrá una sustancia específica en contra de la cual actuar. Por ejemplo, en caso de de una alergia al polen, habrá una IgE para todos y cada uno de los diferentes tipos de polen a los que nos exponemos. La IgE es especial ya que tiene la capacidad de adherirse a los mastocitos (células de tejido) y a los basófilos (células sanguíneas). Cuando la IgE encuentra a su alérgeno específico (la sustancia en contra de la cual va a reaccionar), se une a él como una llave abre una cerradura e indica a la célula, que clase de sustancia va a liberar. Estas sustancias liberadas, son potentes químicos que causan reacciones inflamatorias y son: la histamina, las citocinas y los leucotrienos. Las personas alérgicas tienen tanto como diez veces más IgE circulando en sangre, comparados con las personas no alérgicas. Es la acción de estos químicos en el organismo, la que determinará los síntomas de la alergia. Se sabe que los Leucotrienos (íntimamente involucrados en las reacciones alérgicas) son de 5,000 a 10,000 veces más potentes que la histamina, por lo tanto los antihistamínicos raramente serán la solución total al padecimiento.

La respuesta inmune

Los componentes celulares del sistema inmune, incluyendo a los linfocitos, que son responsables de crear anticuerpos, se producen en la médula ósea. De allí se liberan al torrente sanguíneo y vagan por los tejidos del cuerpo.

Millones de esos glóbulos blancos y linfocitos se encuentran en los tejidos del cuerpo. En la sucesión normal de su actividad, esas células al final entran al sistema linfático y de allí regresan al torrente sanguíneo para repetir el ciclo (Figura 1).

En cualquier momento dado, existe un enorme número de glóbulos blancos que patrullan continuamente los tejidos del cuerpo buscando el material extraño.

Cuando un antígeno entra al cuerpo en la superficie de una bacteria, por ejemplo, uno de estos linfocitos reconoce el antígeno e inicia la respuesta inmune.

Los linfocitos responden dividiéndose y formando muchas células hijas activadas. Las células hijas de los linfocitos B producen grandes cantidades del anticuerpo específico para el antígeno particular. Los liberan a la sangre, a los fluidos de los tejidos y a la secreción del cuerpo, y estos se unen a los antígenos que estimularon su producción. La unión del anticuerpo tiene varias consecuencias que elimina o ayudan a eliminar el material extraño. En primer lugar, el anticuerpo hace que se unan los antígenos, lo que hace que sean más fáciles de eliminar; también aumenta en gran medida la velocidad a que los glóbulos blancos pueden ingerir el antígeno. También pueden matar a la materia extraña directamente y, por último, puede recubrir y neutralizar sustancias venenosas.

Las células hijas de los linfocitos T estimulados no forman anticuerpos pero eliminan a los antígenos de otras maneras:

- Ataca y matan a las bacterias directamente.
- Matan a células que se han infectado con ciertos gérmenes, como los virus.
- Matan algunas células anormales y externas.

La respuesta combinada de los sistemas inmunes, la acción de los linfocitos T junto con la producción de anticuerpos por parte de los linfocitos B, produce la muerte de microbios invasores.

Respuesta alérgica

La reacción alérgica, es un tipo particular de reacción inmune que en lugar de proteger al cuerpo, le causa daño al producir síntomas innecesarios. Como en la respuesta inmune normal que se describió anteriormente, el reconocimiento de un antígeno particular estimula a los linfocitos para que se dividan con rapidez, formando células que producen anticuerpos contra esa sustancia. Luego el anticuerpo se une al antígeno. Sin embargo en el caso de una alergia, hace falta la capacidad para diferenciar entre sustancias potencialmente dañinas e inofensivas. En una reacción alérgica, se llama alérgeno al antígeno.

Las reacciones alérgicas siempre se dirigen hacia sustancias que son inofensivas en sí mismas, a diferencia de la respuesta inmune más común, que se dirige a agentes dañinos que causan enfermedades. En la alergia es la respuesta alérgica la que es dañina, por ejemplo en personas que no tienen alergias, los ácaros del polvo, los granos de polen y los mariscos de ninguna manera causan problemas, pero en individuos con alergias pueden causar síntomas graves, enfermedades y en algunos casos la muerte.

Se presentan dos fases en el desarrollo de una reacción alérgica, la primera es el establecimiento o sensibilización de la respuesta alérgica, lo que hace que esa persona sea alérgica a una sustancia particular. La segunda fase es la activación que produce un ataque cuando la persona encuentra de nuevo el alérgeno. El primer encuentro con el alérgeno no provoca una reacción, pero si el individuo se sensibiliza, cada encuentro posterior provoca una respuesta alérgica mayor.

En la década de los 60, dos inmunólogos británicos P.G.H. Gel y R.R.A

Coombs. Publicaron una clasificación de las reacciones hipersensitivas o alérgicas. A pesar de ciertas limitaciones, esta clasificación continúa siendo la más satisfactoria y aún se emplea extensivamente. En este esquema las reacciones alérgicas se clasifican en cuatro tipos diferentes. Sin embargo, muchas personas prefieren emplear la palabra “Alergia” para referirse solo a la hipersensibilidad Tipo I, que es inmediata.

Los cuatro tipos de reacción son:

- Las reacciones tipo I son inmediatas o anafilácticas, en las que los alérgenos se combinan con anticuerpos IgE específicos y se presenta la subsecuente liberación de poderosas sustancias químicas de la célula cebada y de otras células del cuerpo.
Los trastornos que se incluyen en este grupo son las enfermedades alérgicas bien conocidas, como Fiebre del Heno, el Asma y el Eczema.
Incluso antes de que se encuentre un alérgeno determinado por primera vez, un pequeño número de linfocitos B tiene la estructura molecular precisa que es capaz de unirse con ese tipo de sustancia.
En el encuentro inicial se estimula un linfocito para que se divida rápidamente, y las células hijas producen grandes cantidades de anticuerpos IgE para el alérgeno, no se presentan síntomas en esta ocasión ya que es pequeño el número de células que participan. Sin embargo, esta sensibilización o respuesta primaria prepara a los linfocitos para reconocer al alérgeno en encuentros posteriores y les permite hacer frente a l alérgeno con mayor ferocidad. Los encuentros posteriores con el mismo alérgeno producen síntomas que varían en gravedad según el individuo.
- Las reacciones Tipo II ocurren cuando los anticuerpos reaccionan con los antígenos de las células o los tejidos, o cuando los anticuerpos en la superficie de las células hacen que sean más probable que la destruyan los monocitos. En este grupo se encuentran muchas enfermedades autoinmunes y las reacciones a la transfusión sanguínea cuando no son iguales los tipos de sangre.
- Las reacciones Tipo III involucran a las reacciones de complejos inmunes que son producto de que los complejos antígenos anticuerpo se depositen en los tejidos del cuerpo o en los vasos sanguíneos. Los trastornos de este grupo son la enfermedad del suero, el pulmón de granjero y, quizá la artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmune.
- Las reacciones tipo IV abarcan las reacciones de sensibilidad retardada y la causan los linfocitos T sensibilizados después del contacto con un antígeno específico. Esta es una respuesta mediada por células y no participan los anticuerpos. En este tipo de reacción retardada se presenta la dermatitis por contacto, algunas formas de sensibilidad a los medicamentos y los rechazos a los trasplante. En

la dermatitis por contacto de llaman Haptenos a los alergenos y los ejemplos típicos son las hormonas y otros medicamentos. Los Haptenos se combinan con proteínas de la piel para formar un alergeno completo

Celulas cebadas

Se ha descubierto que en la respuesta alérgica tiene una función importante otro tipo de células, las Células cebadas en especial en las alergias respiratorias como en la fiebre el Heno. Las células cebadas se concentran en el recubrimiento de la nariz, los senos nasales, el tracto respiratorio bajo y en la piel. la superficie de las células cebadas está llena de sitios receptores especializados que atraen al anticuerpo IgE. Se estima que existen cerca de 300,000 sitios así en cada célula cebada. Cada uno contiene pequeños “paquetes” gránulos químicos, rodeados de su propia membrana. Cuando un alergeno se combina con el anticuerpo IgE que está unido a una célula cebada, se producen cambios en la membrana celular. Esto a su vez activa la liberación de sustancias químicas llamadas mediadoras en los gránulos dentro de la célula, proceso conocido como desgranulación.

Son esas sustancias químicas mediadoras al liberarse de las células cebadas, las que causan los síntomas que se asocian a las reacciones alérgicas, la más notable de las cuales es la inflamación alérgica. Uno de los mediadores más antiguos en ser identificados es la histamina. También se sabía que estaban presentes otras sustancias químicas más poderosas y de acción más prolongada, pero no fue hasta la década de 1980 que quedó clara su naturaleza. Se encontró que las membranas celulares de las células cebadas y de otras células de los tejidos cercanos liberan ácidos araquidómicos que a su vez conducen a la producción de compuestos más poderosos, como los leucotrieno y las prostaglandinas. Se sabe que los leucotrienos son miles de veces más poderosos que la histamina y tienen un efecto prolongado. Existen 20 tipos diferentes de prostaglandinas, con diversos efectos en el cuerpo. Las prostaglandinas participan en la regulación de la respuesta inmune, en particular de la inflamación; las que se producen como consecuencia de la reacción de una célula cebada son responsables de mantener el ataque contra el invasor.

La combinación de sustancias químicas que liberan las células cebadas es responsable de producir las tres reacciones que se manifiestan en las reacciones alérgicas:

- Dilatación de los vasos sanguíneos pequeños con aumento de la permeabilidad la base para la urticaria, el angioedema, el bloqueo nasal y el dolor de cabeza alérgico.
- Espasmos del músculo liso, lo que produce las contracciones de las vías respiratorias típico del asma y quizá también son responsables de los espasmos que acompañan a la alergia gastrointestinal.
- Aumento de las secreciones, que son evidentes en la conjuntivitis alérgica, los trastornos del oído, el asma y de la fiebre del heno.

Por ejemplo, se sabe que los tres tipos de reacción están activos en el asma.

La histamina contrae las ramas de los bronquios principales mientras que los leucotrienos son responsables principalmente de angostar las vías respiratorias periféricas. Las prostaglandinas, un grupo de ácidos grasos también contraen las vías respiratorias.

La reacción de la histamina produce el moco poco espeso y como agua que provoca la comezón y los estornudos típicos de la fiebre del heno.

La salida de líquido de los vasos sanguíneos pequeños es responsable de las ronchas típicas de la urticaria y la inflamación de las capas profundas de la piel y los tejidos cercanos que se presentan en el angioedema. Los glóbulos blancos llamados eosinófilos se congregan en el sitio de la reacción alérgica. Como las células cebadas, los eosinófilos contienen poderosas sustancias en gránulos. Cuando se liberan pueden causar la destrucción y la muerte del tejido.

La presencia de los eosinófilos es común en muchas enfermedades alérgicas y también están presentes en personas infestadas de gusanos. Su presencia en ambas, nos da la pista desde el punto de vista evolutivo, de la posible razón de que estén presentes las células cebadas en el cuerpo, aunque parecen no tener una función útil sino que al contrario, actúan en contra de los intereses de la persona.

Los gusanos parásitos en el cuerpo estimulan la producción de HgF, lo que causa que se desgranulen las células cebadas cercanas a los gusanos. Entre las sustancias que se liberan de los gránulos se encuentra un factor que atrae fuertemente a los eosinófilos hacia los gusanos. Los eosinófilos atacan a los gusanos y también atraen anticuerpos hacia ellos lo que ayuda a su destrucción. Los gusanos quedan cubiertos de mucosidad y se les elimina a través del intestino. El sistema de HgE y células cebadas está bien adaptado para ayudar a limpiar de gusanos y otros parásitos la superficie del sistema digestivo, los pulmones, la nariz y la piel.

La respuesta inflamatoria produce síntomas como toser, rascarse, estornudar, nariz que gotea y diarrea, todo lo que ayuda a limpiar esas superficies de los parásitos. En algunas partes del mundo donde esas infestaciones de gusanos aún son comunes, puede ser importante esta reacción de tipo “alérgico”. En las partes más avanzadas del mundo son menos frecuentes las infestaciones de parásitos y se pueden tratar con medicamentos, sin embargo aún continúan las células cebadas y causan reacciones alérgicas a una amplia variedad de sustancias inofensivas.

Síntomas principales

Los síntomas dependen de la vía de entrada del alérgeno al organismo. El alérgeno es toda aquella sustancia que tenga capacidad de despertar una reacción alérgica. Si la vía de entrada es respiratoria, los síntomas se manifestarán, en vías respiratorias altas y/o bajas. Altas: rinitis; Bajas: bronquitis o asma. Es muy frecuente que debido a las comunicaciones anatómicas de las vías aéreas superiores, la reacción alérgica inicie en la nariz, y de ahí se propague a los oídos (por medio de la trompa de Eustaquio), ojos (por medio del conducto lacrimonasal), garganta (por comunicación directa), provocando con esto, una gama de síntomas que deberán ser eliminados con el tratamiento adecuado.

Si es la piel el sitio de exposición al alérgeno, la dermatitis de contacto podrá ser la manifestación inicial. En algunas ocasiones, se presenta un fenómeno paradójico. Este consiste en que las manifestaciones alérgicas se presenten en otro órgano no relacionado al que se expuso por primera vez al alérgeno. Esto se observa de manera frecuente en las alergias a alimentos, ya que las manifestaciones involucran a la piel en muy alto porcentaje de los casos.

Tratamientos tradicionales

Evitación. El tratamiento preferido es eliminar el alérgeno. Esto puede exigir un cambio de dieta, trabajo o residencia: suspender un fármaco, o retirar una mascota de la casa. Cuando la evitación completa es imposible (como con el polvo doméstico), la exposición puede reducirse eliminando mobiliario, alfombras y objetos colgantes que acumulen polvo; utilizando cubiertas de plástico sobre el colchón y las almohadas; limpiando el polvo con bayetas húmedas con frecuencia; reduciendo el nivel de humedad; instalando filtros de aire de alta eficacia. No se ha demostrado que los acaricidas sean útiles a nivel clínico.

Inmunoterapia con el alérgeno. Cuando no puede evitarse un alérgeno o controlarse lo suficiente y el tratamiento farmacológico es inadecuado para aliviar los síntomas de la enfermedad atópica, puede intentarse la inmunoterapia con el alérgeno (también llamada hiposensibilización o desensibilización) inyectando un extracto de alérgeno por vía subcutánea en dosis crecientes. Pueden aparecer varios efectos, aunque ninguna prueba se correlaciona de forma absoluta con la mejoría clínica. El título de anticuerpos IgG bloqueantes (neutralizantes) aumenta de forma proporcional a la dosis administrada. A veces, especialmente cuando se pueden tolerar dosis elevadas de extracto de polen los anticuerpos IgE específicos del suero se reducen de una forma significativa. También puede disminuir la respuesta del linfocito (proliferación) al antígeno.

Los resultados son mejores cuando las inyecciones se realizan durante todo el año. Dependiendo del grado de sensibilidad, la dosis de comienzo es de 0,1-1,0 unidades biológicas activas (UBA) para los alérgenos estandarizados por la FDA. La dosis se aumenta cada semana o cada dos semanas mediante incrementos < 2 veces hasta que se consigue una concentración tolerada máxima (p. ej., la dosis de mantenimiento para los extractos de pólenes estandarizados es de 1,000-4,000 UBA). Una vez alcanzada la

dosificación máxima puede mantenerse a intervalos de 4-6 semanas durante todo el año; incluso en las alergias estacionales, el tratamiento perenne es superior al preestacional o coestacional.

La mayoría de los alérgenos utilizados para la desensibilización son aquellos que habitualmente no pueden evitarse de forma eficaz: los pólenes, los ácaros de polvo doméstico, los hongos y el veneno de insectos. Los venenos de insectos están estandarizados según el peso; una dosis de comienzo típica es 0,01 ug; la dosis habitual de mantenimiento es de 100-200 ug. La desensibilización con epitelio de animales suele limitarse habitualmente a los que no pueden evitar la exposición (por. ej., veterinarios y trabajadores de laboratorio), pero existen pocas pruebas de su utilidad. No está indicada la desensibilización con alimentos.

Antihistamínicos. Los antihistamínicos son útiles para tratar los síntomas de alergia, incluida la fiebre del heno estacional, la rinitis alérgica y la conjuntivitis. Son ligeramente eficaces en la rinitis vasomotora. La urticaria aguda y crónica y ciertas dermatosis alérgicas pruriginosas responden bien. También son útiles para tratar reacciones leves de incompatibilidad transfusional y reacciones sistémicas a medios de contraste radiológicos administrados i.v. Proporcionan escaso beneficio en el catarro común, pero debido a sus efectos anticolinérgicos pueden controlar la rinorrea.

La histamina se distribuye ampliamente en el tejido de los mamíferos. En los seres humanos, las mayores concentraciones se encuentran en la piel, los pulmones y la mucosa GI. Está presente principalmente en gránulos intracelulares de los mastocitos, pero tiene una reserva extramatocitaria importante en la mucosa gástrica con cantidades menores en el encéfalo, el corazón y otros órganos. La liberación de histamina de los gránulos de almacenamiento del mastocito puede desencadenarse por una ruptura física del tejido, diferentes sustancias químicas y sobre todo por las interacciones antígeno-anticuerpo.

La función homeostática específica de la histamina sigue sin conocerse. Sus acciones, que en los seres humanos se ejercen básicamente sobre el sistema vascular, el músculo liso extravascular y las glándulas exocrinas, parecen estar medidas por dos receptores distintos: H1 y H2.

En el sistema cardiovascular, la histamina es un potente dilatador arteriolar que puede provocar una acumulación extensa de sangre en la periferia e hipotensión. También aumenta la permeabilidad capilar al distorsionar el recubrimiento endotelial de las vénulas poscapilares, con ampliación del espacio existente entre las células endoteliales y exposición de la superficie de la membrana basal. Esta acción acelera la pérdida de plasma y proteínas plasmáticas del espacio vascular y, combinado con la dilatación arteriolar y capilar, puede producir shock circulatorio. La histamina también dilata los vasos cerebrales, lo que puede cooperar en la cefalea vascular.

Otros medicamentos. Muchos esteroides y medicamentos citotóxicos pueden debilitar gravemente el sistema inmune. Pueden tener un profundo efecto en la unidad medida por anticuerpos. Por lo tanto, los pacientes que emplean corticoesteroides a menudo padecen graves infecciones de varicela, herpes, mientras que los pacientes que emplean medicamentos citotóxicos corren el riesgo de infección con citomegalovirus lo cual, en los casos más graves, puede producir hepatitis y neumonitis.

Los efectos de inmunodeficiencia que causan los medicamentos son: por lo general, reversibles aunque se pueden necesitar hasta dos años para que se recupere la producción de anticuerpo.

Biomagnetismo médico como terapia para la curación de enfermedades alérgicas.

En estudios hasta ahora realizados con la utilización de **Biomagnetismo Médico** como terapia para la curación de diversas enfermedades alérgicas han sido muy satisfactorias. Nuestra experiencia clínica con dicha terapia va encaminada a demostrar que con el uso del **Biomagnetismo Médico** se puede obtener una curación rápida y efectiva.

En un estudio realizado en 93 pacientes que presentaban los siguientes tipos de alergia:

38 rinitis alérgica.

23 asma alérgica.

23 sinusitis
 9 urticarias y reacciones alimentarias.

De estos pacientes se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

Edad, sexo, nivel socio-económico, pacientes con diagnóstico de alergias, así como pacientes sin diagnóstico previo.

| No. de Pacientes | EDAD | SEXO | | Nivel Socioeconómico | Diagnóstico Clínico previo | Sin Diagnóstico |
|------------------|---------|------|---|----------------------|----------------------------|-----------------|
| | | M | F | | | |
| 6 | 1 a 10 | | | | | |
| 9 | 11 a 20 | | | | | |
| 15 | 21 a 30 | | | | | |
| 12 | 31 a 40 | | | | | |
| 18 | 41 a 50 | | | | | |
| 12 | 51 a 60 | | | | | |
| 9 | 61 a 70 | | | | | |
| 12 | 71 a 80 | | | | | |
| 27 | | • | | | | |
| 66 | | | • | | | |
| 15 | | | | ALTO | | |
| 72 | | | | MEDIO | | |
| 6 | | | | BAJO | | |
| 75 | | | | | • | |
| 18 | | | | | | • |

Se encontraron en todos ellos los siguientes puntos de rastreo:

- Oreja oreja ----- Disfunción de pares craneales
- Seno nasal seno nasal----- Sinusitis viral
- Seno frontal seno frontal----- Sinusitis viral
- Suprarrenal todo el frente ----- Asma Alérgica

Por lo que se procedió a la colocación de magnetos en estos puntos de rastreo durante 20 minutos en cuatro sesiones.

Llama la atención que en estos casos se reportó una gran mejoría en sus crisis desde la primera sesión, desapareciendo por completo al llegar a la cuarta sesión.

Diagnóstico biomagnético por identificación de los polos biomagnéticos

En nuestra práctica creemos conveniente iniciar el rastreo de los órganos estudiados con el polo norte o negativo del imán rastreador, pero también puede realizarse con el polo positivo, solo que al parecer, los focos biomagnéticos con polaridad positiva son más energéticos y únicos; en cambio, los polos negativos son más suaves y pueden ser ocasionalmente múltiples; es decir, que un polo biomagnético positivo puede hacer resonancia ocasionalmente con dos o más polos negativos.

Lo común es que un polo positivo solo haga resonancia biomagnética con un polo negativo y que ambos se estén retroalimentando energéticamente

En realidad, el hemisferio izquierdo se mantiene fijo en su dimensión en tanto que el derecho es el que nos da las manifestaciones de elongación o contracción con lo que podemos definir cualitativamente el órgano alterado, su polaridad, actualmente la presencia de más de 200 pares biomagnéticos, plenamente identificados, y el tratamiento efectivo de estos pares y de todos los que aún estén en estudio o desconocidos.

La mejor forma de rastrear los polos biomagnéticos es con el paciente en decúbito supino sobre una base firme y especialmente de madera o material aislante para evitar interferencias con los imanes. La ropa debe ser ligera y preferentemente de algodón aunque también puede hacerse sobre ropa ligera sintética.

En la práctica se recomienda no quitar los zapatos al paciente porque los tacones dan la referencia para valorar el acortamiento o la elongación del miembro inferior derecho, pero también puede hacerse sin zapatos, poniendo una marca en los talones que nos sirva de referencia para la medición. Los puntos principales que debemos valorar son:

| Id Puntos R | Ubicación |
|-----------------------|---|
| 1 Pineal | Punto más alto cráneo |
| 2 Parietal | Sobre el hueso parietal (bilateral) |
| 3 Hipófisis | En el centro de la frente |
| 4 Frontal | Arriba ceja frente (bilateral) |
| 5 Seno nasal | Entre nariz y pómulo |
| 6 Ojo | Sobre el ojo (bilateral) |
| 7 Sien | Al lado del ojo (bilateral) |
| 8 Oído | Sobre el canal auditivo |
| 9 Oreja | Sobre el cartílago auricular |
| 10 Mastoides | Atrás del oído |
| 11 Pómulo | Parte más gorda del cachete |
| 12 Lengua | Desde la comisura bucal, casi al oído |
| 13 Mandíbula | Debajo del mentón |
| 14 Parótida | Al lado del punto de la mandíbula |
| 15 Tiroides | A los lados de la manzana de Adán |
| 16 Paratiroides | Debajo del oído, a la altura de la tiroides |
| 17 Laringe | Arriba o abajo de la tiroides |
| 18 Timo | Sobre el inicio del esternón |
| 19 Mediastino | Debajo del timo |
| 20 Cardias | Debajo del mediastino |
| 21 Pericardio | Un poco a la izquierda del cardias |
| 22 Estómago | Debajo del cardias y un poco a la izq. |
| 23 Cabeza de Páncreas | Abajo a la izq. del estómago |
| 24 Cuerpo de páncreas | Más a la izquierda |
| 25 Páncreas | Más a la izquierda |
| 26 Bazo | Arriba de la cola del páncreas |
| 27 Axila | Bilateral |
| 28 Subclavia | Sobre el punto medioclavicular |
| 29 Supraespinoso | Sobre el trapecio (bilateral) |
| 30 Deltoides | En el primer músculo del brazo |
| 31 Húmero | Entre el codo y el hombro |
| 32 Braquial | En el pliegue del codo |
| 33 Cúbito | Entre codo y muñeca, lado meñique |
| 34 Radio | Entre codo y muñeca, lado dedo gordo |
| 35 Muñeca | |
| 36 Pleura | Lado derecho altura corazón |
| 37 Hígado | Abajo pleura |
| 38 Perihépatico | Borde inferior del hígado |
| 39 Ligamento hepático | Al lado de la vesícula biliar |
| 40 Vesícula | En el reborde costal del lado derecho |
| 41 Píloro | Debajo de la vesícula |
| 42 Duodeno | Debajo del píloro, altura del cinturón |

| | |
|----------------------|---|
| 43 Colon ascendente | Un poco más interno que el duodeno |
| 44 Colon transverso | Por el ombligo |
| 45 Colon descendente | Abajo del cinturón del lado izquierdo |
| 46 Uretero | Del ombligo a vejiga |
| 47 Útero | Arriba vejiga |
| 48 Ovarios | Bilateral |
| 49 Testículos | Bilateral |
| 50 Trompa | Entre útero y ovarios |
| 51 Vejiga | Abajo útero, abajo colon transverso |
| 52 Pudendo | En el pliegue inguinal |
| 53 Nervio Inguinal | Arriba de la ingle |
| 54 Epiplón | Al lado del ombligo |
| 55 Próstata | Separando las piernas |
| 56 Trocanter menor | Entre las piernas |
| 57 Vagina | Más abajo vejiga |
| 58 Aductor | En la entepierna cara interior |
| 59 Tibia | Debajo de la rodilla parte anterior |
| 60 Calcáneo | Tobillo |
| 61 Aquiles | Entre tobillo y rodilla parte posterior |
| 62 Poplíteo | Pliegue rodilla |
| 63 Ciático | Entre la rodilla y la pompa part. post. |
| 64 Trocanter Mayor | Hueso abajo de la cadera |
| 65 Cadera | |
| 66 Izquión | En el pliegue de la nalga |
| 67 Glúteo | En la pompa |
| 68 Iliaco | Sobre el hueso |
| 69 Sacro | |
| 70 Cuadrado | Arriba de las pompas |
| 71 Riñón | Arriba del cuadrado |
| 72 Cápsula Renal | Desde el riñón hasta la escápula |
| 73 Suprarrenal | En el punto del brassiere |
| 74 Escápula | Hueso atrás de la clavícula |
| 75 Cava | Entre las escápulas |
| 76 Bulbo Raquídeo | En la nuca |
| 77 Cerebelo | Arriba del Bulbo Raquídeo |
| 78 Occipital | Al lado del cerebelo |
| 79 Temporal | Arriba del oído |
| 80 Polos | En los cuernos |
| 81 Seno Frontal | Debajo de las cejas |
| 82 Nariz | Parte inferior de la nariz |
| 83 Craneal | A la mitad de la nariz, poco inclinado |
| 84 Lacrimal | Punto más alto de la nariz, inclinado |
| 85 Malar | |
| 86 Gonión | Angulo de la mandíbula |
| 87 Tráquea | Centro de la manzana de Adán |
| 88 Esófago | Al lado de la tráquea del lado derecho |
| 89 Hiato Esofágico | Más abajo del esófago |
| 90 Carina | A la altura del pezón |
| 91 Diafragma | |
| 92 Condral | Debajo de los pezones |

| | |
|------------------------|-------------------------------------|
| 93 Costal | A la altura de las costillas |
| 94 Sacro | Arriba cóccix al lado iliaco |
| 95 Recto | Abajo cóccix |
| 96 Ano | A los lados del pliegue interglúteo |
| 97 Contraciego | Arriba de la ingle |
| 98 Cava | Dorso altura corazón |
| 99 Costo diafragmático | Como perihepático lado izquierdo |
| 100 Plexo Cervical | Arriba de la clavícula |
| 101 Interciliar | Entre las cejas |
| 102 Supraciliar | Arriba del interciliar |
| 103 Atlas | A los lados del bulbo |
| 104 Cuadriceps | Parte anterior del muslo |

Principios del magnetismo

Hablar del magnetismo sería remontarnos a la antigua Grecia donde Tales de Mileto y otros personajes descubrieron las propiedades de un mineral llamado magnetita, con la característica principal de atraer piedras del mismo tipo y cuerpos de hierro.

¿Qué es el Biomagnetismo?

Biomagnetismo. En la década de los 70 el Dr. Richard Broehringmeyer descubre que un campo magnético puede detectar las alteraciones del pH de los órganos internos, en forma indirecta y cualitativa; es decir, un campo biomagnético “a priori” parecería que la tecnología de que gozamos en la actualidad no requería de semejantes conceptos, ya que la física ha avanzado junto con las demás ciencias, a tal grado que un simple campo magnético no tendría efecto alguno de interés sobre el organismo humano.

Al parecer no existe ningún estudio serio sobre imanes naturales, es decir de orden de 1,000 a 50,000 unidades de imantación (GAUS).

En el mercado han aparecido todo tipo de implementos como plantillas, asientos, almohadas, colchonetas y masajeadores con imanes del orden de los 700 GAUS, con propiedades supuestamente curativas pero en realidad sirven para relajar y prevenir la polarización de órganos internos y por lo mismo la producción de focos biomagnéticos y el impacto comercial de ellos ha sido extraordinario, pero no curativo

En México en el año de 1988 el Dr. Isaac Goiz Durán asiste a un curso de BIOMAGNETISMO, que la sociedad de Medicinas Alternativas de Guadalajara promovía por el Dr. Richard Broehringmeyer, donde se expuso las bases de lo que él llama ENERGY THERAPY, en dicho curso se habló del concepto de energía del hombre biomagnético, de la interferencia del flujo energético pH, y del ion de hidrógeno en salud y enfermedad y a partir de este curso es que se inicia el trabajo y la investigación del Dr. Goiz.

El Par Biomagnético

El Par Biomagnético confirma la dualidad física biológica y energética de todos los organismos vivos y de sus manifestaciones tanto de salud como de enfermedad; es decir que las manifestaciones patológicas y patogénicas se forman a partir de polos bien definidos –positivo y negativo-, o sur y norte respectivamente que se salen de los límites naturales de la entropía orgánica en donde se establece como ley natural de la salud. (Ver lámina 2) Es decir, que existe una resonancia biomagnética constante y equilibrada tanto en los límites de la salud, como en las desviaciones que se originan por las enfermedades, de tal suerte que la presencia de uno, condiciona la del opuesto, y la magnitud del uno, también es similar a la del otro, y la proporción de partículas elementales del primero es exacta de la del segundo; es decir, que existe una equivalencia estrictamente dual ya que energéticamente no importa el volumen del cuerpo sino su densidad y por lo mismo su grado de atracción o de repulsión respectivamente, en función de su carga; de ahí, que el

electrón sea al átomo lo que el ion es a la molécula y lo que la nucleoproteína es a la célula. Y el virus es una porción activa de nucleoproteína.

Actualmente se acepta la presencia de radicales libres y por lo mismo de polarización de tejidos o de órganos; pero dicho fenómeno se considera como aislado, como si cada foco polarizado fuese independiente y no tuviese relación con otra carga de signo contrario. El mismo Dr. Broehringmeyer alcanzó a intuir que existen dos cargas biomagnéticas en resonancia; es decir un par biomagnético que posteriormente se pudo constatar, y que identifica a cada patología de los organismos vivos.

Biomagnético

Si atendemos a la serie de cambios que se generan como consecuencia lógica del par biomagnético podemos comprender que hasta las comunicaciones del Dr. Broehringmeyer, solo se intuían las disfunciones, pero el concepto de PAR BIOMAGNETICO viene a revolucionar todas las teorías fisiopatológicas, al entender que las enfermedades virales y bacterianas están en estrecha relación y que las primeras condicionan recíprocamente a las segundas y son simultáneas tanto en su génesis como en su presencia morbosa como en sus consecuencias finales, es decir, los procesos degenerativos irreversibles.

Biomagnetismo médico

Por lo que la teoría de la Dra. Esther del Río viene a confirmar que “toda la sangre está llena de resonancias de vibración y de energía electromagnética”.

La Dra. Del Río encontró que la hemoglobina es una molécula con muchas dobles ligaduras y que tienen resonancia (los electrones son resortes, que brincan en una forma helicoidal), por lo que se deduce una nueva función de los glóbulos rojos: la de intervenir en fenómenos de electromagnetismo. Y se dice que “estamos formados de un sistema de macromoléculas que forman una red exterior a las células. Se trata de una red ferroso-férrica que tiene corriente eléctrica y electromagnética. Calculamos que el cuerpo tiene cerca de 100 millones de éstas partículas”. (Ver lámina 3)

La Magnetita es el primer magneto permanente descubierto en tejido humano; magnetitas que tienen propiedades físicas nuevas y novedosas (Publicación de la Dra. Esther del Río en Discover 1993). En este año, el Dr. Kirschviar, de origen ruso también encontró magnetitas en todo el cuerpo y en el cerebro señalando que “facilitan el cambio de iones a nivel de la célula”.

La Dra. Esther del Río hace hincapié en que debemos cuidar esa magnetita porque estamos formados de niveles de imanes de energía. “La enfermedad ocurre cuando esos imanes y óxido-férrico se desorientan y se produce una enfermedad. Así pues, se puede curar con el solo hecho de regresar la magnetita a su lugar. Esto se puede hacer sin agredir al cuerpo con medicamentos, sino simple y sencillamente, por medio de la aplicación de campos magnéticos regulados. (Ver lámina 4)

El Biomagnetismo médico

Se divide en dos grandes ramas de conocimientos; primero como elemento de diagnóstico y segundo como elemento terapéutico, ya que en ambos tiene una aplicación universal, toda vez que no depende de una patología en particular, sino del par que se forma a expensas de dicha patología y que la identifica como si se tratase de un código de barras o de cualquier otro sistema de identificación.

La curación de la patología también se consigue por medio del equilibrio de nivel energético en donde el pH es óptimo para la salud de los organismos vivos y cuya alteración se debe a la presencia de microorganismos patógenos que distorsionan el pH normal del órgano que sustenta el fenómeno bioenergético.

El descubrimiento del par biomagnético en 1988, marcó un criterio totalmente nuevo dentro del mismo Biomagnetismo y de la medicina general al comprobar que las cargas biomagnéticas tienen resonancia vibracional y energética.

De manera que se puede sintetizar el concepto del aspecto terapéutico del biomagnetismo médico: como “despolarización del o de los polos biomagnéticos”,

volviendo al concepto de par biomagnético, podríamos imaginar que la aplicación simultánea de sustancias que nos ayudarán a nivelar los desniveles ácido-básicos, de los órganos que soportan los desniveles de hidrogeniones y otras sustancias que finalmente le dan presencia a los polos biomagnéticos, serían los indicados para prevenir o inhibir la presencia de los mismos, pero después de que el Dr. Isaac Goiz Durán revisó más de 22,000 pacientes, no ha encontrado una justificación para disminuir y menor aún evitar los procesos acidóticos o alcalinos por medio de sustancias específicas; es decir, carbonatos o ácidos orgánicos; menos aún, alimentos balanceados.

Como es plenamente conocido, la producción de hidrogeniones libres obedece a la asociación del bióxido de carbono y el agua, que por efecto de la anhidrasa carbónico, produce ácido carbónico e hidrogeniones; así mismo, el ácido carbónico se desdobra en carbonato con producción también de hidrogeniones, de tal suerte que si disminuimos o anulamos el efecto de la anhidrasa carbónico, podríamos disminuir o inhibir la formación de hidrogeniones, pero la cantidad de ácido carbónico y carbonatos es tan grande que no es aconsejable intentar este procedimiento y toda vez que el biomagnetismo médico es inclusive de orden preventivo los medicamentos no son necesarios en las fases asintomáticas de las enfermedades y sólo basta la despolarización de los pares biomagnéticos para conseguir la neutralización de los polos biomagnéticos y la curación de los pacientes.

Tal vez sea muy arriesgado afirmar que no existen medicamentos específicos y eficaces para el tratamiento viral, además de que la sola despolarización del par biomagnético, es suficiente para inhibir la presencia de cualquier virus, siempre y cuando esté bien identificado y bien despolarizado el par que lo identifica; porque el virus es una porción de nucleoproteína en su fase inicial, cuando aún se encuentra en el polo positivo del par biomagnético, y por lo mismo su comportamiento es el de un ion complejo, que tiene polaridad específica, que se mueve en forma rectilíneas y a velocidades propias de un ion y que obedece fielmente a las leyes de cargas electromagnéticas de atracción o de repulsión selectiva; es decir, que en tanto los virus no se adhieran a la nucleoproteína específica o cápside que les confiere su propiedad patógena y de agresión selectiva, deben ser tratados y controlados como lo que son; iones complejos.

Conclusiones

Varios factores pueden modificar los mecanismos inmunes: características genéticas, edad y metabolismo, medio ambiente y condiciones anatómicas, fisiológicas y microbianas. Creo y ojalá que mi creencia no tenga el aspecto lamentable de una jactancia que con la ayuda del biomagnetismo médico se pueda resolver la mayoría de los casos de alergias y de tantos y tantos padecimientos que azotan a la humanidad.

Bibliografía

- Belanti. J.A. *Principios de inmunología y su aplicación a las nuevas técnicas de diagnóstico en alergias.*
Binaghi, R:A: And Benacerraf, B. J. *Immune.*, 92, 929, 1964.
Esther del Río. *Por las venas corre luz.* S. Pikin Th. D. Ciudad Universitaria Halle, Alemania 2, 5, 2001.
Geddes & Grosset. *Understanding Allergies.* 1998.
Goiz Durán Isaac Dr. *El par Biomagnético*, Medicinas Alternativas y Rehabilitación, S.A. de C.V. 15,19,26,31,90,162,1995.
Ishizaka, K. and Ishizaka. T:J *Allergy*, 37; a69, 1966.
Ishizaka, K. and Ishizaka T., Lee. E.H. and Fundenberg H., *Immun*, 95:197, 1965.
Lawlor G.J., T.J. Fischer. *Manual de alergia e inmunología* Edit. Salvat, Barcelona, España. 1985.
Middleton Elliot, Jr. n Reed Charles E., Ellis Elliot F. *Allergy principles and practice.* Edit the C:V: Mosby Company vol. Two Edition, Louis Toronto 1983.
Osserman, E.F., J. *Immun*, 84,93,1960.
Yagi, Y., Maier P. and Pressman D., *J Immune*, 89,736,1962

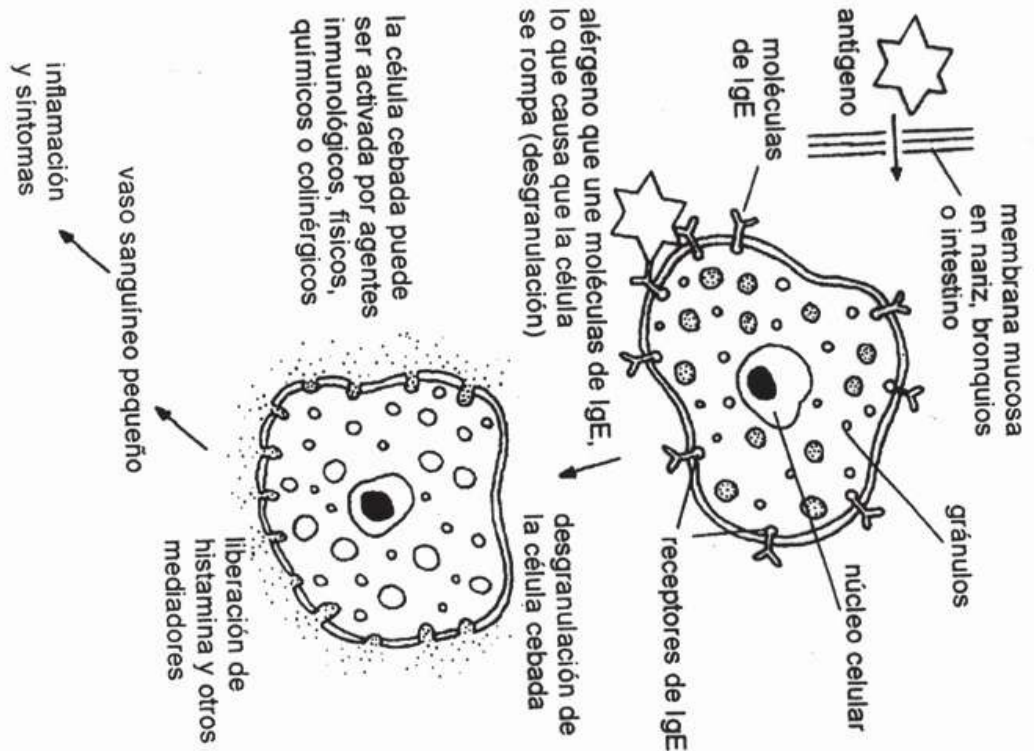
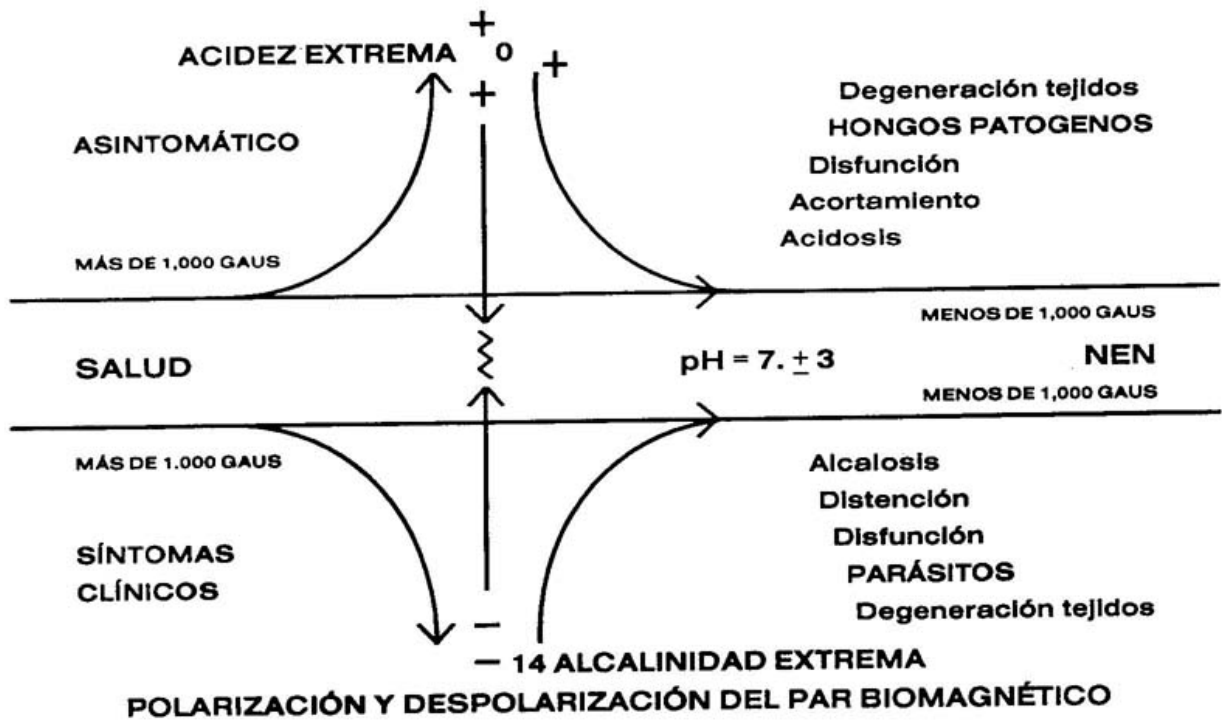
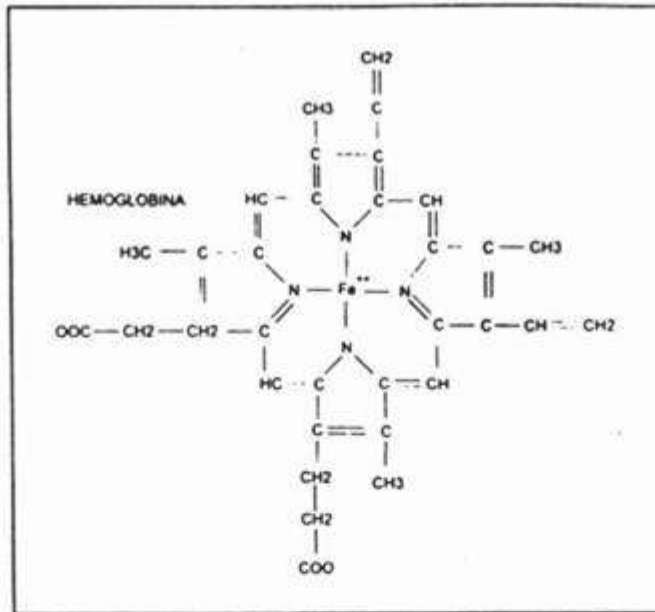
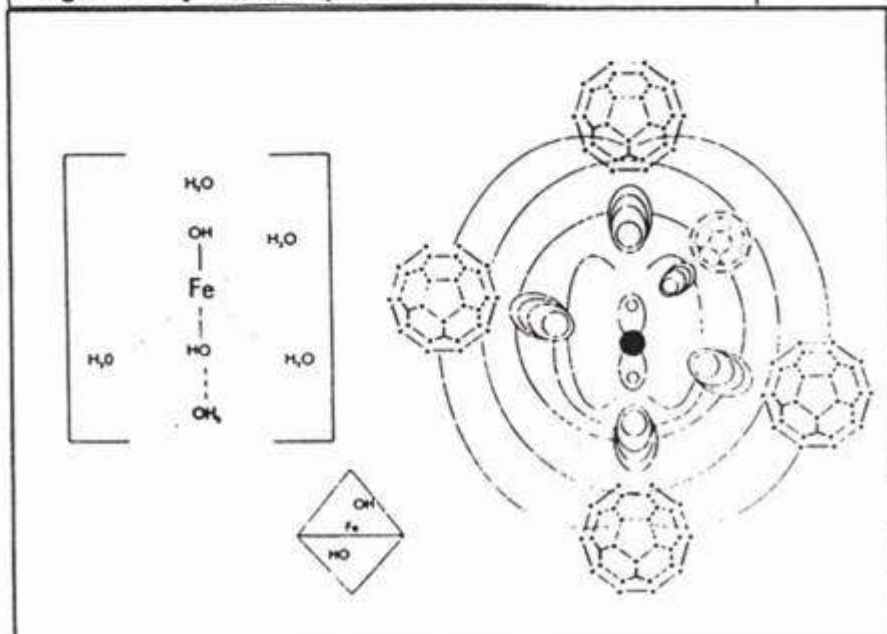


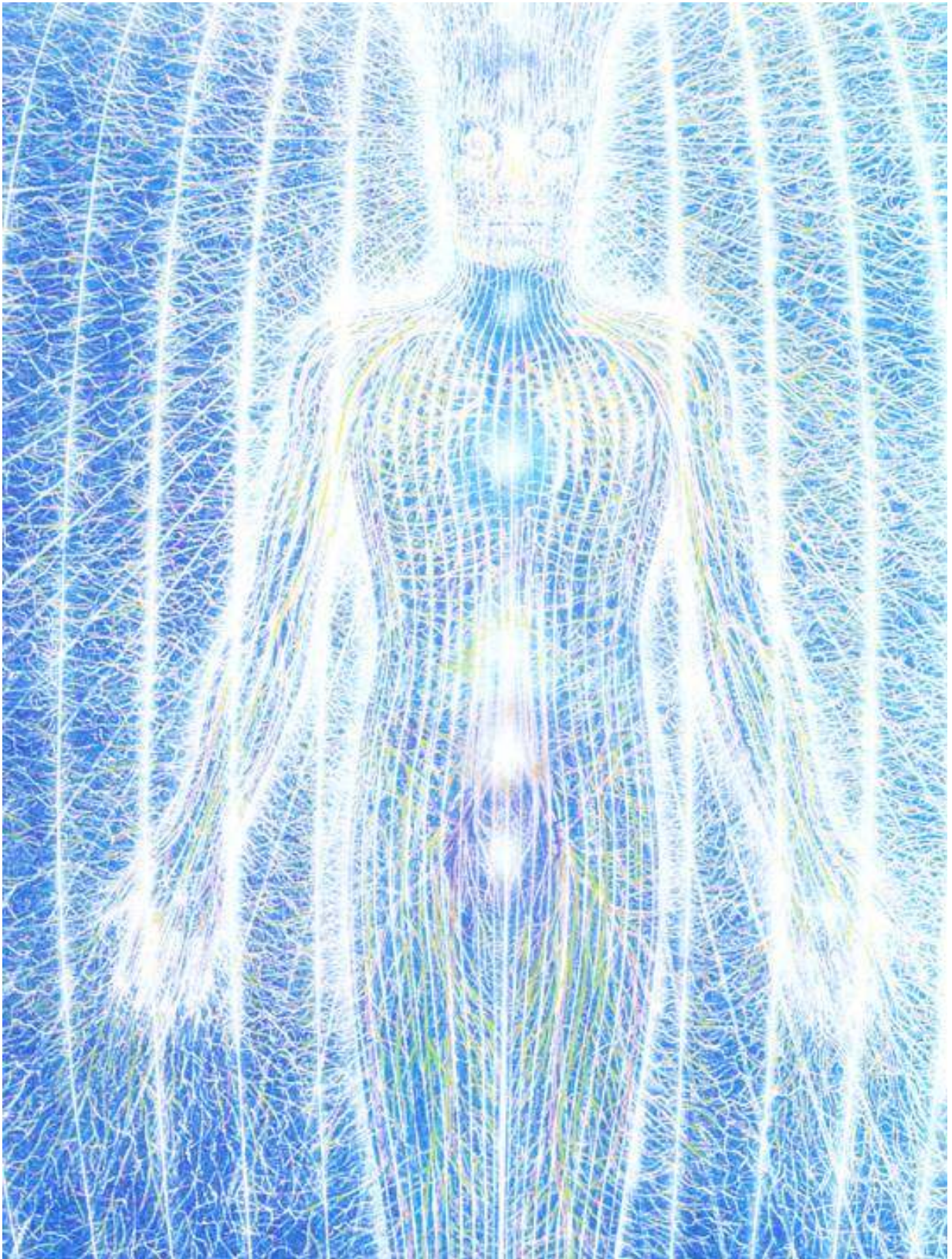
Figura 1.1. Activación de una célula cebada.



**La molécula
de Hierro y
el grupo HEM.**

Magnetitas y cristal liquido ferroso.





CASO CLÍNICO: PSORIASIS

María Teresa Torreblanca Huerta

Presentación del caso

El presente caso fue elegido en forma circunstancial, ya que el paciente me había comentado por teléfono que estaba con un problema de piel con diagnóstico: Dermatitis probable neurogena sin respuesta, al tratamiento. No fue posible revisar al paciente pues me iba a México DF al curso de Bioenergética. El día 11 de 12-04 se presentó el paciente con palidez extrema de tegumentos, deshidratado, ojos hundidos, pérdida de peso de 6kg. aproximadamente ya que el paciente refiere haber perdido el apetito, dificultad para caminar, me angustió el estado del pte. y pensé sugerirle que fuera al hospital, le pregunté si confiaba en mí y su respuesta me decidió a atenderlo, si confiaba en mí.

Lo maneje con el PBM y el paciente desde el primer día se sintió mejor, no sabía como empezar este caso; pues no podía establecer que tenía mi cliente, le tomaron una biopsia y esto me animo pues tendría un diagnóstico y este fue el de psoriasis, me desconcertó el diagnóstico pues de acuerdo a los pares encontrados ninguno coincidía con este DX y aunque no es común la enfermedad decidí investigar sobre ella.

Introducción

Es evidente que no se puede hablar de PBM sin antes a través de un análisis, comprender que es un concepto diferente dentro de la formación como enfermera y en esta práctica por 30 años se maneja el concepto de “salud-Enfermedad y que son etapas de un proceso individual. La enfermedad, con su alejamiento de la salud y acercamiento a la etapa de la muerte, presenta puntos de evolución característicos de cada procedimiento (historia natural) pero variables en cada individuo o paciente (caso de enfermedad)”.

Esto en la práctica determina, determina necesidades variables de atención médica, de acuerdo con las diferentes etapas de la enfermedad; así, en la población general, la mayoría de los individuos están sanos, solo un pequeño número están enfermos y corresponden generalmente a casos de alteración inicial en la salud por causas de padecimientos comunes no complicados y únicamente una proporción menor corresponde a enfermos graves, complicados o padecimientos raros; los primeros son de diagnóstico y tratamiento difícil y muy costoso. Recuerdo que asistí a una conferencia del Sector de Salud del IMSS, en el que se hizo énfasis en el Plan Estratégico para alcanzar “Salud para todos en el año 2000” esto fue en 1978 y que se había efectuado en Alma-Ata, URSS, y que en su momento me resulto muy optimista y lo aceptaba como algo real.

El conocimiento del PBM surgió posterior al Diagnóstico Médico de Lupus eritematoso y cuya enfermedad se inició en Noviembre del 2001 con una neumonía con afectación de la pleura, siendo asintomática en esa época fumaba y lo único es que no pude respirar al intentar inhalar el humo y presente disnea lo que motivo que fuera al hospital, me internaron en urgencias con tratamiento de antibióticos, el médico comentó que era problema respiratorio, pero al otro día me dan de alta sin ninguna molestia solamente me sentía sumamente cansada, esta noche empecé con tos y la expectoración con sangre, fiebre y disnea lo que me hizo utilizar un broncodilatador, pero al otro día todo desapareció acudí al médico y me dijo que no tenía nada. Recurrí al neumólogo me tomaron placas de RX de tórax encontrando una neumonía y cuyo foco estaba empezando a afectar pleura, me hospitalizaron por 15 días con tratamiento de antibióticos.

Al ingreso al hospital tenía 12mg. de HG. Al salir fue de 7gm. El medico comento que tenía una bacteria muy rara Legionella, fue la primera vez que yo escuche este nombre, me hicieron pruebas de TBP, salieron negativas.

Al egreso el pronostico era reservado ya que el medico comento que quedaba ya sensible y que los cambios bruscos de temperatura me podían afectar, andar siempre protegida, no tomar nada frío, no ir a lugares cálidos, pues el aire acondicionado me hacia daño, y la función pulmonar no era recuperable.

Este fue solo el inicio ya que tenia años con dolor en las articulaciones, me dolía la columna, padecía de migraña, el colesterol alto, lípidos e hipertensión que empezaron a acentuarse.

Se inicio un periodo de agotamiento el ginecólogo opino que era por la menopausia y que solo con hormonales podía tratarse, la aparición de ulceras en la mucosidad oral, lengua, faringe desde el inicio de la enfermedad pero en este momento ya no se quitaban, aumento del tamaño de la lengua que impedían la deglución, aumento de la saliva, palidez de tegumentos, anorexia, diarreas, caída del cabello por mechones, pérdida de 10 kilos. En mayo del 2002 incapacidad total, sin poder levantarse, me pesaba el cuerpo, y la idea de que iba a morir empezó a ser obsesiva.

En julio del 2002 por sugerencia de la familia acepte el tratamiento con los imanes como decían ellos, me dijeron que era Lupus, estaba incrédula ya que no era posible que sin estudios me dieran un Diagnostico de este tipo, acudí al Oncólogo se efectuaron estudios en un reconocido laboratorio de Puebla; anticuerpos antinucleares, anti DNA nativo, ENA anti SM, células LE. Factor reumatoide, cultivo, exudado faringeo, antibiograma y cuyos resultados salieron negativos, solo la formula blanca salió levada. El medico sugirió la tratamiento con Metrotexate que no acepte; pues en la practica laboral conocí dos casos de compañeras cuyo DX, fue inespecifico pero coincidía con mi caso, estas personas fueron tratadas con antineoplasicos y fallecieron algunos meses después del tratamiento. Estaba aterrada pues aceptaba el tratamiento alópata o creía en los imanes opte por el PBM que por el tipo de enfermedad ya había llegado a la etapa de crisis física, mental de paciente y familia. En ese primer acercamiento al P.B.M. hubo un impacto psicológico de incredulidad y asombro ante la recuperación que aunque fue lenta aproximadamente fueron 6 a 8 meses para la recuperación total, esto difería totalmente con INCURABLE desde el punto de vista de la medicina alópata, el lograr la curación, surgieron muchas presuntas sobre el tratamiento. El Ingeniero me comento sus experiencias en torno a la relación que existe entre el fenómeno patógeno y el PBM como una alternativa, lo que motivo mi presencia en el curso.

Revisión bibliografica

Fase de contención

Piel: La piel junto con su epitelio, constituye una barrera mecánica contra la penetración de los microorganismos: por tanto, la infección que se inicia en la piel, o a través de ella, solo se produce cuando se interrumpe la continuidad de la misma.

La piel posee su propia característica, que en la mayoría de los casos, no es patógena. Los microorganismos más comunes en la piel son los estafilococos y Propionibacterium acnes; posee, además un ph ácido que tiende a inhibir el crecimiento de muchas bacterias productoras de enfermedad. La flora residente de la piel no solo ayuda a mantener un nivel bajo de ph, probablemente también produce sustancias germicidas tales como ácidos grasos orgánicos.

Antimicrobianos de superficie

Las glándulas sebaceas secretan líquidos complejos, los cuales se pueden degradar parcialmente por acción de enzimas específicas secretadas por bacterias grampositivas. Estas bacterias pueden transformar los lípidos secretados en ácidos grasos insaturados, que tienen gran actividad antimicrobiana contra ciertos hongos y bacterias gramnegativas.

Inmunidad en infecciones virales

Mecanismos inespecíficos

La primera defensa contra la infección viral es la piel intacta, además de otros factores como sudor, secreción sebácea, lisosoma epitelio ciliado y secreción de moco que desempeñan una función significativa. El efecto protector de estos factores puede ser inespecífico, excepto para las propiedades específicas inactivadoras de los virus de las secreciones mucosas asociadas con la Iga secretora.

Epidermis trastornos inflamatorios persistentes cinética y diferenciación celulares

Dermatitis inflamatorias no infecciosas

Psoriasis: La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica en que tiene lugar la reproducción de células epidérmicas con un ritmo equivalente a seis o nueve veces lo normal, las células de la capa basal de la piel se dividen con rapidez excesiva, también tiene tal característica el paso de las mismas a la superficie de la piel, de modo que se vuelven evidentes como escamas o placas abundantes de tejido epidérmico.

Las células psoriasicas epidérmicas suelen migrar de la capa basal de la epidermis al estrato corneo. O superficie de la piel y desprenderse en tres o cuatro días, lapso que contrasta notablemente con los 26 o 28 días normales, las lesiones se clasifican como eritematoescamosas que indica el compromiso simultaneo de la vascularización (eritema) y la epidermis (formación excesiva de escamas).

Las lesiones cutáneas de la psoriasis muestran variaciones morfológicas considerables. El cuadro 43.1, enuncia los términos usados por lo general para describir los diferentes tipos morfológicos de la enfermedad. La psoriasis vulgar es la forma clínica más frecuente de psoriasis. Las placas circulares predominan en los codos, las rodillas, la parte baja de la espalda y las áreas retroauriculares del cuero cabelludo, mientras que las lesiones eruptivas (guttata) a menudo están confinados al tronco y la parte proximal de las extremidades. La eritrodermia psoriasica afecta todo el cuerpo, se presenta con eritema y grados variables de descamación. La psoriasis también puede presentar una forma pustulosa.

Hay una forma generalizada que se conoce con el nombre de psoriasis pustulosa (Von Zumbusch), y una variable localizada, por lo general limitada a las palmas de las manos y las plantas conocida como pustulosis palmo plantar. La forma de presentación clínica varía de acuerdo con una diversidad de factores.

Términos que describen las características morfológicas de la psoriasis

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Psoriasis anular | Psoriasis gyrata |
| Psoriasis circinada | Psoriasis inversa |
| Psoriasis folicular | Psoriasis numular |
| Psoriasis generalizada | Psoriasis pustulosa |
| Psoriasis geográfica | Psoriasis serpiginosa |
| Psoriasis guttata | |

La forma de presentación clínica varía de acuerdo con una diversidad de factores que pueden determinar que un paciente se presente con unas pocas placas localizadas con una inflamación generalizada de la piel asociada con el desarrollo de pústulas. La actividad de la enfermedad se manifiesta de modo predominante como una descamación de las placas estacionarias y una inflación en las lesiones eruptivas de la guttata.

La psoriasis es una enfermedad que puede ser discapacitante no sólo debido al compromiso cutáneo sino también debido a la enfermedad articular simultánea. La artropatía psoriásica es la única manifestación extracutánea reconocida de la psoriasis.

Aspectos historicos

Las descripciones más tempranas de una presunta psoriasis se encuentra en los albores de la medicina en el Corpus Hippocraticum. Esta publicación fue editada en Alejandría 100 años después de la muerte de Hipócrates (460- 377 a.c.) a quien se le atribuyo la autoría Hipócrates usó el termino psora y lepra para

designar patologías que pueden ser reconocidas como psoriasis. Mas tarde, Celsus (ca, 25 a. C.), quien tradujo al griego los textos de Tiberio Claudio Menekrates (el médico personal del emperador Tiberius), describió entre 40 tipos diferentes de dermatosis, una forma de impétigo que fue interpretado por R. William (1757 - 1812) como inicio de psoriasis. William diferenció dos enfermedades como entidades psoriasisiformes, una discoide lepra Graecorum y una policíclica concluyente psora leprosa, que más tarde fue denominada psoriasis. En 1841 el dermatólogo vienes Ferdinand Von Hebra (1816- 1881) demostró en forma irrefutable que las entidades denominadas por William como lepra Graecorum y psora leprosa era una sola enfermedad que había causado mucha confusión debido a diferencias en la dimensión, la distribución, el crecimiento y la involución de las lesiones.

Epidemiología

Incidencia

La psoriasis es universal. En los Estados Unidos afecta a cerca del 2 % de la población, alrededor 150,000 nuevos casos diagnosticados por año. La incidencia mundial varía de modo considerable. Las razones de las variaciones abarcan factores raciales, geografitos y del medio ambiente por ejemplo en las islas Faeroe, el 2,8% de la población está afectada si bien las uniones consanguíneas pueden contribuir a esta incidencia. El efecto de la luz solar sobre la psoriasis también puede desempeñar un papel importante dado que en las islas Faeroe están situadas a 61° de latitud norte, otros datos indican que la incidencia de psoriasis varía entre 0.97% en América del sur 1.3% en Alemania, 1.6% en Gran Bretaña, 1.7% en Dinamarca y 2.3% en Suecia. La psoriasis es excepcional en este de África y entre los negros de América del Norte, la incidencia de la enfermedad también es baja entre los japoneses y los esquimales. La psoriasis se encuentra casi ausente entre los aborígenes de América del norte y en un estudio de 26,000 aborígenes sudamericanos no se detecto ningún caso la psoriasis es igual de común entre hombres y mujeres.

Edad de inicio

La instalación de la psoriasis representa una amenaza de por vida la enfermedad fue documentada en los momentos del nacimiento y en época reciente se observó su instalación a los 108 años de edad como lo demostraron varios estudios, la mayoría de los pacientes desarrollan las lesiones iniciales de psoriasis durante la tercera década de la vida. En los hombres, los primeros signos aparecen en una edad media de 27 años. Un estudio reciente de la instalación de la psoriasis en 2400 pacientes demostró una incidencia pico a los 22.5 años se documento un segundo pico de incidencia alrededor de los 55 años en el 11.8% de los pacientes. En un estudio de 245 niños con psoriasis, la edad media de instalación fue de 8.1 años, y en un censo realizado en las islas Faeroe la edad media de instalación fue de 12.5 años. Una instalación temprana (antes de los 15 años) predice una enfermedad más severa en relación con los porcentajes de superficie corporal afectada y con la respuesta terapéutica. Además, cuanto más temprana es la instalación de la enfermedad mayor es la probabilidad de que exista una historia familiar positiva para la psoriasis.

Modalidad de herencia

Las principales evidencias que sustentan una predisposición genética para la psoriasis proviene de estudios que demuestran. 1) un aumento de la incidencia de la psoriasis entre familiares de casos de índice afectados, 2) una incidencia proporcionalmente mayor de psoriasis en la descendencia de parejas en las cuales uno de los miembros o ambos padecen la enfermedad, 3) índice elevados de concordancia para la psoriasis entre gemelos monocigóticos cuando uno de ellos esta afectado, 4) el desequilibrio de ciertos antígenos del complejo mayor de hiscompatibilidad con la expresión de la enfermedad.

Alrededor de un tercio de los pacientes con psoriasis comunican algún pariente que la padece. En un estudio de 39 000 personas analizadas desde una perspectiva diferente, Hellgren observo que el 6.4% de los familiares con psoriasis también la padecían; esta cifra es tres veces mayor que la incidencia documentada en la población general Watson y col, estudiaron la incidencia de psoriasis en hermanos, cuando la persona afectada no tenia ningún progenitor con psoriasis o sólo uno de ellos o ambos para el primer grupo (ningún pariente con psoriasis), el 7.5% de los otros hermanos padecían psoriasis; para el segundo grupo el porcentaje fue de 15% y para el tercer grupo, el 50%. En un estudio reciente en el cual fueron analizados más de 2 000 historias familiares, se

documentaron datos similares, se observó que cuando uno de los progenitores padecía psoriasis la enfermedad afectaba al 8.1% de la descendencia. Este porcentaje aumentó al 41% en el caso de ambos progenitores padeciesen psoriasis. Estos datos son compatibles con un rasgo poligénico de herencia, con más de un gen involucrado.

La incidencia de psoriasis fue documentada en 117 gemelos monocigóticos. De ellos el 65% son concordantes para la enfermedad. Este porcentaje contrasta con el 30% de concordancia para la psoriasis documentada entre 112 gemelos dicigóticos, en quienes por lo menos un gemelo de cada par padecía psoriasis. La evolución de los estudios basados en la población general y de los hermanos gemelos confirma que la psoriasis es una enfermedad hereditaria con un modelo multigénico de herencia. En resumen, esto sugiere que los factores ambientales podrían actuar como desencadenantes de la enfermedad.

Como ya lo mencionamos, existe un desequilibrio (una frecuencia mayor que la esperada) entre ciertos antígenos clase I del locus de histocompatibilidad en células humanas (HLA) y la psoriasis. Los tipos HLA documentados con más frecuencia en asociación con la psoriasis son HLA-B13, HLA-B17, HLA-Bw57 y HLA-Cw6.

El desequilibrio con respecto a la asociación aleatoria normal de estos antígenos no sólo sustenta la transmisión genética de la psoriasis sino que también sugiere que la anormalidad de la psoriasis puede encontrarse en el cromosoma debido al complejo HLA. La asociación más definida de esta enfermedad es la que existe con HLA-Cw6, en los pacientes con fenotipo HLA-Cw6, el riesgo relativo de desarrollar psoriasis aumenta 9 a 15 veces la relación con el riesgo normal tal como se mencionó, persisten las asociaciones con el HLA-B13 y el HLA-B17, no obstante, cada uno de estos antígenos aparecen vinculados con el gen Cw6.

El mapeo del fenotipo HLA en las familias con psoriasis sustentan un ligamiento genético para la psoriasis y un nexo entre esta y la artritis.

También se piensa que el HLA podría determinar, por lo menos en parte, el curso de la enfermedad. En un estudio no prospectivo, los pacientes con HLA-B17, mostraron una instalación más temprana de la enfermedad y una evolución más grave en relación con el porcentaje de superficie corporal afectada y la respuesta terapéutica.

En un estudio de 2 100 pacientes con psoriasis no postulosa, la evolución de la edad de instalación reveló dos picos, el primero a los 16 años en las mujeres y los 22 en los hombres; el segundo, cerca de los 60 años en hombres y mujeres. Entre los pacientes con instalación temprana de la psoriasis se observó que la enfermedad afectaba al 50% de los familiares en primer grado y que el 85% de los pacientes eran HLA-Cw6 positivos, mientras que en los casos de instalación tardía la positividad para la HLA-Cw6 sólo fue del 15%. En los pacientes con instalación temprana, la enfermedad tuvo un curso irregular, por lo general asociado con una expresión de la enfermedad más severa.

Se documentó un ligamiento específico de antígenos HLA con diversos patrones morfológicos de psoriasis. La psoriasis guttata (en gotas) presenta un desequilibrio con la HLA-Cw6 y HLA-B17. Es probable que este ligamiento represente la frecuente asociación del B17 con el Cw6. Aunque el antígeno HLA-B17 se asoció con infecciones estreptocócicas previas, no se cuentan datos uniformes que relacionen la infección estreptocócica con los antígenos HLA, en pacientes con ataques repetidos de psoriasis guttata. La psoriasis pustulosa generalizada en apariencia se asocia con un desequilibrio de HLA-B27. Estos hallazgos contrastan con observaciones de psoriasis pustulosa palmoplantar, en la cual no existe un desequilibrio entre la enfermedad y los antígenos HLA. Los pacientes con psoriasis que también padecen artritis periférica tienen un desequilibrio con HLA-B27. Este desequilibrio es más notorio si existe presencia de espondilitis, y este hallazgo podría reflejar un ligamiento entre la espondilitis anquilosante clásica, la enfermedad de Reiter y la psoriasis.

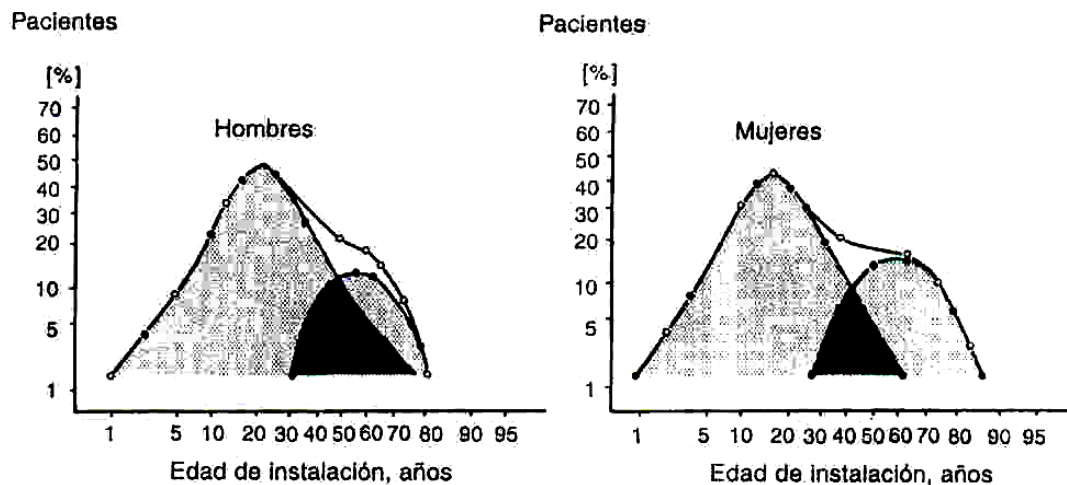
Manifestaciones clínicas

Consideraciones generales

Piel, Las lesiones cutáneas de la psoriasis son características de la enfermedad y posibilitan que un médico sin mayor experiencia lleve a cabo diagnóstico correcto. Se diferencian distintas variantes morfológicas de la

psoriasis y reciben nombres especiales. Las lesiones de la psoriasis presentan cuatro rasgos predominantes (1) poseen bordes netamente delimitados, (2) la superficie está compuesta por escamas plateadas, no cohesivas, (3) debajo de las escamas, la piel muestra un eritema brillante y homogéneo, (4) se observa el signo de Auspitz.

El tamaño de una lesión aislada oscila entre el de una cabeza de alfiler y placas que afectan extensas áreas del cuerpo. La forma de presentación se puede comprender mejor si se considera que la actividad de la enfermedad puede variar entre una fase estacionaria crónica, un proceso en vías de resolución o exacerbación asociada con la aparición de numerosas pústulas estériles. El signo de Auspitz es una manifestación específica de las lesiones eritematosas de la psoriasis. Este signo se observa cuando se quitan las escamas hiperqueratóticas desde una placa psoriasica mediante un raspado mecánico. En el curso de algunos segundos después de la escisión mecánica de la escamas se observa la aparición de pequeñas gotitas de sangre sobre la superficie eritematosa. El signo de Auspitz posee valor diagnóstico; no se presenta en la psoriasis invertida o pustulosa y puede ayudar a diferenciar la psoriasis de otras patologías cutáneas con similar morfología.



Presentación de la psoriasis en la infancia temprana

Además del signo de Auspitz, se puede avocar el fenómeno de Koebner en alrededor del 20% de los pacientes. Después de una irritación inespecífica se observa el desarrollo de lesiones psoriásicas en áreas en las que no se encontraban presentes.

Uñas. Las alteraciones angulares son frecuentes en la psoriasis. De acuerdo con un cuestionario presentado a 5600 pacientes, Faber y Nall observaron que las uñas de las manos se encuentran comprometidas en el 50% y las uñas de los pies en el 35% de los pacientes con psoriasis. Las alteraciones angulares varían entre defectos menores de las placas angular (hoyuelos) o pits, alteraciones severas (onicodistrofia) y pérdida de la placa angular cuando las formas pustulosas de la psoriasis afectan las uñas.

Estas alteraciones morfológicas reflejan el grado en que los procesos psoriásicos afectan las diversas porciones del órgano ungular, es decir, el pliegue ungular proximal, la matriz de la uña, el lecho y el hiponiquio. El grado de compromiso ungular depende de la localización de la lesión psoriasica en esa área y de la duración del proceso. Las tres alteraciones morfológicas principales de la estructura ungular son las siguientes.

1. La presencia de hoyuelos puntiformes en las placas ungular. Este patrón morfológico en apariencia se debe al defecto de la queratinización del lado dorsal del pliegue ungular proximal.

2. manchas amarillentas de bajo de la placa unguilar a menudo se extiende en forma distal, por debajo del hiponiquio. Este patrón morfológico parece ser producidos por procesos psoriasiformes localizados en el lecho de la uña.
3. La severa onicodistrofia trae como consecuencia el depósito de material queratinoso amarillento. Se piensa que este patrón morfológico podría ser secundario a un proceso psoriásico que afecta la matriz de la uña.

En la psoriasis pustulosa, las alteraciones, ungulares consisten en pústulas subungulares del lecho o la matriz de la uña. Si este proceso afecta una porción mayor de estas estructuras, puede ocurrir la destrucción de la placa unguilar, distrofia de la matriz (anoniquia)

En la psoriasis pustulosa palmoplantar los cambios ungulares son raros. Las alteraciones ungulares son más frecuentes en pacientes con artritis.

Patrones clínicos de presentación cutánea.

Psoriasis estacionaria crónica, psoriasis vulgar. Este patrón clínico es el más frecuente. Las lesiones eritematoescamosas, descritas antes, persisten durante meses hasta años. Se observa una producción constante de una gran cantidad de escamas con escasas modificaciones en la configuración o distribución de las placas individuales. Las áreas de predilección son los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y particularmente, el área lumbar y la región umbilical. Las lesiones pequeñas pueden confluir formando placas, en las que los bordes se asemejan a un mapa (psoriasis geográfica). Las lesiones pueden extenderse en forma lateral y adquirir una configuración circinada debido a la confluencia de varias placas, (psoriasis guttata). En ocasiones se observa un aclaramiento parcial en el centro de la lesión, lo que da lugar a lesiones anulares (psoriasis anular).

La psoriasis estacionaria puede localizarse en los principales pliegues cutáneos, como la axila, el pliegue genitocrural y el cuello (psoriasis invertida). En este caso no se observa descamación y las lesiones se presentan eritema tosas brillantes con bordes bien delineados.

Psoriasis eruptiva (guttata). Este patrón es típico presenta lesiones pequeñas (0.5 a 1.5cm de diámetro) en la parte superior del tronco y en la parte proximal de las extremidades. Esta forma es característica de la psoriasis de aparición a edad temprana, y en consecuencia se observa con frecuencia e los adultos jóvenes. Como se verá mas adelante. La infección estreptocócica de las fauces a menudo precede la instalación o la exacerbación de la psoriasis guttata. En ocasiones esta forma de psoriasis puede estar precedida por una erupción medicamentosa macular diseminada.

Las lesiones muy activas de cualquier tipo de psoriasis pueden asociarse con pústulas de 1 a 2 cm de diámetro, rodeadas de un borde intensamente eritematoso. Este proceso por lo general indica una exacerbación aguda de la enfermedad. Los factores predisponentes para estos episodios incluyen la infección bacteriana, el tratamiento agresivo local o la interrupción del tratamiento con corticoides sistémicos.

Eritrodermia psoriásica. La eritrodermia psoriasisica representa una forma generalizada de la enfermedad que afecta toda la superficie corporal, incluida la cara, las manos, los pies, las uñas, el tronco y las extremidades. Aunque todos los síntomas de la psoriasis están presentes en estas entidad, el eritema es la manifestación predominante y la descamación por lo general es menos severa que en la psoriasis estacionaria crónica. La eritrodermia psoriasisica puede asociarse con distintos grados de actividad y presentarse en forma brusca, como un eritema generalizado, o evolucionar en forma gradual desde una psoriasis en placas crónicas hacia una fase exfoliativa generalizada. En esta última fase por lo general se observan algunas áreas de la piel no comprometida.

La eritrodermia psoriasisica puede ser una respuesta a un tratamiento tópico mal tolerado (por el Antralina UVB), lo que refleja una reacción de Koebner generalizada. La psoriasis pustulosa generalizada puede revertir a una eritrodermia simple con una formación de pústulas mínima o nula. Esta forma se asocia

con todas las manifestaciones de la psoriasis pustulosa, como fiebre, malestar general, recidivas frecuentes y una tasa de mortalidad algo elevada después de evoluciones prolongadas. Puede producirse la pérdida completa de la placa ungueal debido a la destrucción de la matriz de la uña. Mas adelante se puede encontrar una descripción de los efectos de la eritrodermia exfoliativa sobre el cuerpo.

Psoriasis pustulosa generalizada (de von zumbusch). La psoriasis pustulosa de Von Zumbusch presenta como una variante aguda distintiva de la psoriasis. Es infrecuente observar de manera simultánea otras formas de psoriasis cutánea. Los ataques de psoriasis se acompañan con fiebre de varios días de duración. La instalación de la fiebre de varios días de duración. La instalación de la fiebre se asocia con una erupción brusca generalizada de pústulas estériles de 2 a 3 mm de diámetro. Las pústulas están diseminadas en el tronco y las extremidades, incluido el lecho de las uñas, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Por lo general las pústulas se originan en áreas de piel muy eritema tosa, en primer término en la forma de placas aisladas que luego confluyen a medida que aumenta la severidad de la enfermedad. Además de la formación de pústulas en la matriz ungueal y la pérdida de toda la uña, los pulpejos de los dedos pueden atrofiarse en pacientes con una enfermedad prolongada. Al igual que en otras formas de psoriasis, la cara por lo general permanece libre de lesiones. El eritema que rodea las pústulas a menudo se disemina, confluye y conduce a eritrodermia. De modo característico, esta forma de enfermedad se manifiesta con oleadas de fiebre y pústulas.

Psoriasis pustulosa anular. Una rara variante de la psoriasis pustulosa es la forma anular o circinada de la enfermedad, que tiene lugar durante episodios de psoriasis pustulosa, con tendencia a diseminarse y formar anillos extensos, o puede desarrollarse durante el curso de una psoriasis pustulosa generalizada. Las figuras principales consisten en la aparición de pústulas sobre un fondo de eritema anular que a veces se asemeja al eritema anular centrifugo, al examen histológico se observa acantosis leve y acumulación de neutrofilos con formación de microabcesos.

Es posible hallar lesiones idénticas en pacientes con impétigo herpetiforme, una forma pustulosa de psoriasis asociada con el embarazo.

Psoriasis pustulosa localizada. La psoriasis pustulosa localizada se presenta como dos condiciones diferentes que se deben considerar variantes separadas de la forma generalizada. Esta variante no presenta manifestaciones sistemáticas.

Las dos variantes son:

1. La psoriasis pustulosa palmoplantar.
2. La acrodermatitis continúa de Hallopeau

Historia natural

Las principales quejas de los pacientes con psoriasis se relacionan con el aspecto desagradable de las lesiones, lo que se asocia con una disminución de la autoestima y una sensación de discriminación social, el prurito y el dolor, sobre todo cuando se encuentran afectadas las palmas de las manos y las plantas de los pies y las áreas intertriginosas. Los pacientes con psoriasis generalizada se manifiestan más preocupados por una descamación excesiva y algunos otros trastornos, como la pérdida de color. La incidencia aumentada de artritis en pacientes con psoriasis determinada que la artralgia sea síntoma frecuente.

La mayoría de los estudios indica que, una vez que la psoriasis se manifiesta como una enfermedad temprana localizada, persiste durante toda la vida y se expresa de manera sintomática con intervalos impredecibles. Las remisiones espontáneas se observan con frecuencia variable, en dos estudios distintos, la tasa de remisiones oscilo entre el 17 y el 55%. En otro estudio de 2800 pacientes se documento remisión en el 29 % de los casos. La duración d las remisiones varia entre 1 y 54 años, en la actualidad no se cuenta con datos de remisiones permanentes, sean espontáneas o inducidas.

Factores desencadenantes

Los factores externos capaces de provocar lesiones cutáneas psoriásicas son conocidos con el nombre de factores desencadenantes. Estudios relacionados con la incidencia natural de la enfermedad indican que el medio despeña un papel predisponente.

El clima cálido y la luz solar son considerados factores beneficiosos, mientras que el frío en apariencia ejerce un efecto perjudicial. La mayor prevalencia de psoriasis en la población nórdica de las islas Faeroe sustenta esta noción.

Traumatismos físicos: Fenómeno de Koebner

En 1872 Koebner descubrió un paciente en quien, 5 años después del desarrollo de psoriasis, notó que diversas lesiones traumáticas, en la piel condujeron al desarrollo de lesiones postraumáticas en la piel condujeron al desarrollo de lesiones psoriásicas. En formas específicas, la psoriasis apareció en áreas en las cuales había sido mordido por el caballo. Poco tiempo después este paciente desarrolló una psoriasis generalizada. Koebner postuló que podrían existir intervalos en el curso de la psoriasis durante los cuales los traumatismos cutáneos producen enfermedad. Koebner pensaba además que las modalidades terapéuticas locales eran ineficientes y que el tratamiento debía dirigirse a la totalidad de la piel.

Numerosos tipos de traumatismos cutáneos se asociaron con la inducción de psoriasis. Los análisis retrospectivos revelan que el 30 al 50% de los pacientes refieren una evolución compatible con el fenómeno de Koebner.

Entre el 5 y 10% de los pacientes piensan que todos los traumatismos cutáneos se asociaron con las lesiones de psoriasis. En estudios prospectivos de poblaciones no seleccionadas se observó que una diversidad de traumatismos cutáneos podían introducir el fenómeno de Koebner en el 24 al 51% de los pacientes. La descripción original elaborada por Koebner sugiere que la incidencia de este fenómeno en pacientes con psoriasis aumenta cuando la enfermedad está activa. Los pacientes con la reacción de Koebner a menudo se asocian con una instalación temprana de psoriasis y con el requerimiento de múltiples modalidades terapéuticas para poder controlar la enfermedad.

Infecciones

Se sabe que las infecciones pueden desencadenar la instalación o exacerbación de la psoriasis varía entre el 15% en un análisis retrospectivo de la historia clínica de 255 pacientes y un máximo de 76%, en el análisis de cuestionarios enviados por correo a más de 500 pacientes. Hasta el 54% de los niños desarrollan una exacerbación de la psoriasis durante un lapso de 2 a 3 semanas después de una infección respiratoria alta. Un estudio de 32 gemelos monocigotas con una discordancia del 44% para la psoriasis y una edad media de 64 años en el momento del estudio no reveló factores que afecten el desarrollo de psoriasis. No se documentó una mayor frecuencia de infecciones u otros factores que pudiesen haber desencadenado la psoriasis en forma aislada o combinados, en los miembros afectados que en los afectados de los pares discordantes.

La psoriasis guttata aguda a menudo aparece en el curso de 1 a 2 semanas después de una infección estreptocócica aguda. Entre los pacientes con psoriasis guttata aguda, del 56 al 85% presentan antecedentes inmediatos de una infección estreptocócica. Estas infecciones pueden desempeñar un papel en la exacerbación y otras formas de psoriasis. Un estudio realizado por Chalmers y col, revela el aislamiento del *Streptococcus pyogenes* (estreptococos beta hemolíticos grupo A) en el 26% de los pacientes con psoriasis guttata aguda, en el 14% de los pacientes con una exacerbación guttata en una psoriasis en placas, y el 16% de los pacientes con psoriasis crónica. El *S. pyogenes* se aisló en el 7% de la población control. Los serotipos detectados no fueron significativamente distintos de los aislados en la población general. En consecuencia, si bien la faringitis estreptocócica podría ser un factor desencadenante no es un factor tipo-específico.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV) podría representar otro factor desencadenante importante, aunque la incidencia es muy variable. En una serie reciente de 400 pacientes con una enfermedad por HIV se documentaron 8 casos de psoriasis (incidencia del 2%). Una incidencia bastante baja se documentó por el estudio de Divis, quien observó 13 casos (1.3%) en una población de 1,000 pacientes HIV positivos. Los pacientes pueden presentarse con dos patrones clínicos distintivos: psoriasis localizada con placas guttata o extensas y dermatosis psoriasiforme más difusa, a menudo asociada con queratodermia palmoplantar. La dermatitis psoriasiforme puede ser la primera manifestación clínica de la infección por HIV. La instalación rápida de una psoriasis en placas crónicas, antes estable, puede orientar hacia una enfermedad por HIV. La instalación rápida de una psoriasis en placas crónicas, antes estable, puede orientar hacia una enfermedad por HIV subyacente.

En estudios recientes se ha demostrado que en la infección temprana las células de Langerhans se encuentran mucho más disminuidas en los pacientes HIV positivos que en los pacientes HIV negativos. Estos hallazgos podrían explicar la exacerbación inducida por el HIV en los pacientes con psoriasis subyacente.

El tratamiento con zidovudina parece mejorar no solo la infección por HIV sino también la psoriasis asociada por una acción directa sobre la proliferación de los queratinocitos. Todavía existe el debate sobre efecto beneficioso o perjudicial del tratamiento con UV como terapia para los pacientes con psoriasis asociada con HIV positivo.

Estrés

Estudios clínicos sustentan la percepción del paciente de que la psoriasis se agrava con el estrés en alrededor del 30 al 40% de los casos. En los niños la tasa de exacerbación relacionada con el estrés puede llegar hasta el 90%. No se observaron trastornos o rasgos de la personalidad característica de pacientes con psoriasis. Estos pacientes encaran las situaciones de estrés del mismo modo en que lo harían sujetos no afectados por la enfermedad. Estos estudios no exploraron la posibilidad de que las respuestas normales a una situación de estrés exacerben la psoriasis, pero esta impresión no se confirmó. Esta presunción parece basarse en la observación de pacientes alcohólicos que padecen psoriasis, comienza a beber una cantidad excesiva de alcohol y con ulterioridad desarrollan una exacerbación de la enfermedad.

Localización anatómica

Existen ciertas áreas anatómicas que están propensas a desarrollar la enfermedad y podría ser considerada dentro de los factores desencadenantes. En la psoriasis estacionaria crónica, el cuero cabelludo resulta afectado con mayor frecuencia, seguido por las rodillas y los codos. Las razones de esta distribución son desconocidas. El estudio de los índices proliferativos de la epidermis de los codos, en comparación con al piel vecina, revela valores superiores. Asimismo, el índice de proliferativos de la epidermis interfolicular del cuero cabelludo es de alrededor de tres veces mayor que el de la piel control. En la psoriasis guttata de instalación aguda, el tronco y las extremidades proximales son las áreas anatómicas más afectadas.

Fármacos

Se documentaron casos de psoriasis después de rashes cutáneos inducidos por fármacos. En la actualidad se conoce que los glucocorticoides (es probable que también algunos tópicos) se asocian con exacerbación de la psoriasis después de la interrupción de un tratamiento prolongado.

Los informes de exacerbaciones de psoriasis asociadas con la ingesta de antipalúdicos podrían haber sido sobreestimadas en el pasado. Se sabe que el litio induce lesiones de psoriasis preexistente. Los bloqueantes betaadrenérgicos se asociaron con la inducción de lesiones símil psoriasis y con la exacerbación de una psoriasis preexistente. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina también se han asociado como fármacos que exacerbaban la psoriasis.

Asociaciones sistémicas

Artritis y enfermedad inflamatoria intestinal

El tratamiento de la psoriasis con la luz ultravioleta también mejora la artritis. Más haya de toda vinculación entra la psoriasis y la artritis (por ejemplo: La posibilidad de que ambas entidades sean medida por los mismos procesos inflamatorios) por el momento es especulativa. La firme asociación entre el antígeno HLA-B27, la espondilitis anquilosante y la colitis ulcerosa y la frecuencia aumentada de este haplotipo en pacientes con psoriasis y artritis (alrededor de 6 veces mayor) sugieren que la colitis ulcerosa debía afectar con mayor frecuencia a considerar esta impresión. La frecuencia de psoriasis con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn es, de modo respectivo, 3,8 y 1,6 veces mayor que la normal.

La frecuencia de ocurrencia de la enfermedad en los pacientes con psoriasis fue reexaminada hace poco tiempo en un estudio controlado. Como resultado, un grupo diferente de trastornos sistémicos—incluyo hipertensión, falla cardíaca, obesidad y diabetes, junto con la infección orofaríngea crónica se encontró de manera significativa con más frecuencia en pacientes con psoriasis comparado con los pacientes controles que no padecían psoriasis.

En contraste, las infecciones cutáneas bacterianas y virales fueron menores de modo significativo. Lo mismos ocurrió con la dermatitis por contacto, la urticaria y la dermatitis atópica, que fue de 3 a 25 veces menos frecuente en los pacientes con psoriasis que en los pacientes controles; estos sugiere la presencia de una alteración en la regulación inmune.

Efectos sistémicos de la Psoriasis

Además de los efectos sistemáticos mencionados antes, se deben agregar los asociados con la psoriasis pustulosa y la eritrodermia exfoliativa. Los hallazgos físicos y de laboratorio asociados con la eritrodermia exfoliativa son numerosos.

La psoriasis pustulosa generalizada, descrita por Von Zumbusch, es la forma asociada con manifestaciones sistémicas. Esta forma de psoriasis aparece como oleadas de pústulas estériles sobre una piel eritematosa. Se caracteriza por episodios cortos de fiebre, 39 a 40°C, que son seguidos por otra nueva oleada de pústulas. Además de la fiebre, presenta signos sistemáticos de enfermedad como pérdida de peso, debilidad muscular, leucocitosis, hipocalcemia y aumento de velocidad de eritrosedimentación. Estas complicaciones sistemáticas pueden ser fatales, por lo general como resultado de las manifestaciones proteiformes de la severa enfermedad sistemática, falla cardíaca congestiva e infecciones intercurrentes. Los síntomas cutáneos pueden resolverse en forma espontánea y el paciente evoluciona hacia una remisión completa.

La causa de esta enfermedad permanece desconocida; sin embargo se reconocieron numerosos agentes o situaciones desencadenadas. Estos abarcan las sustancias irritantes, como la enfermedad de Von Zumbusch, el embarazo, los anticonceptivos orales, el litio, las infecciones, la hipocalcemia secundaria a la hipoalbuminemia y a la interrupción de la terapéutica con glucocorticoides. En estos pacientes con psoriasis pustulosa, es común la asociación con artropatía y con el haplotipo HLA-B27. En los niños esta enfermedad es poco frecuente pero ha sido bien documentada.

Asociación con cáncer

Estudios que incluyen alrededor de 500 pacientes sugirieron que los afectados por psoriasis corren un riesgo normal de padecer un cáncer sistémico y tal vez un riesgo aumentando de desarrollar un cáncer de piel. Estos análisis no incluyen el riesgo aparente de desarrollar carcinomas cutáneos en pacientes sometidos a tratamientos prolongados con psoralenos más luz ultravioleta A (PUVA).

Psoriasis y otras enfermedades cutáneas

Se documentaron numerosas enfermedades cutáneas que se manifiestan en forma concomitante en pacientes con psoriasis, y la psoriasis puede desarrollarse en asociación con enfermedades cutáneas preexistentes. En un estudio que abarcó a más de 2,000 pacientes con dermatitis atópica y 800 con psoriasis, la incidencia de ambas enfermedades simultáneas fue mucho menor que la calculada de acuerdo con sus tasas de incidencia. Se sugirió que estas dos enfermedades podrían ser mutuamente excluyentes y que podrían representar dos tipos opuestos de respuestas inflamatorias cutáneas.

Anomalías de laboratorio

Las anomalías de laboratorio en la psoriasis por lo general son poco específicas y pueden no estar presentes en todos los pacientes con excepción de aquellos que padecen psoriasis pustulosa generalizada y eritrodermia psoriasis.

Los niveles de ácido úrico en plasma están elevados en el 50% de los pacientes y se correlacionan de modo principal con la extensión de las lesiones y la actividad de la enfermedad. Hay un aumento en el riesgo de desarrollar artritis gotosa. Los niveles elevados de ácido úrico en plasma por lo general disminuyen luego del tratamiento.

En la psoriasis vulgar severa, la psoriasis pustulosa generaliza y en el eritrodermia se puede detectar un balance de nitrógeno negativo, que consiste de modo principal en una disminución de la albúmina en plasma.

La proteína C reactiva, α_2 -macroglobulina como la eritrosedimentación pueden estar aumentadas en la psoriasis y se relacionan con la actividad de la enfermedad en la y el compromiso cutáneo. Los niveles aumentados de IgA y de los complejos inmunes de IgA se observaron en los pacientes con psoriasis; el papel de estos fenómenos todavía se desconoce.

Bacteriología de las placas de psoriasis

No existen diferencias cualitativas de la biota bacteriana cutánea cuando se comparan las placas con la piel normal. Sin embargo, la cantidad de bacterias por unidad de superficie es más de dos veces mayor. Este aumento puede representar un problema si el paciente con psoriasis es colonizado por *Staphylococcus aureus*. El problema se complica aun más por datos que indican que la portación de estafilocos patógenos es más frecuente en los pacientes con psoriasis.

Patología

Se observan cambios microscópicos en la epidermis y dermis superficial de las lesiones de psoriasis. Es difícil determinar cuáles de ellos revisten mayor severidad e importancia para la enfermedad. En la psoriasis pustulosa y guttata las manifestaciones inflamatorias son más notorias en comparación con la psoriasis en placas.

Psoriasis crónica (en placas)

Las características histológicas esenciales de la psoriasis en placas son las siguientes:

1. Una epidermis en la cual el espesor es de tres a cinco veces mayor que el normal. Aunque la capa granular se encuentra ausente de manera invariable de las papilas dérmicas y la paraqueratosis es una característica asociada, es posible observar una capa granular espesa entre las crestas epidérmicas; por arriba de estas áreas la queratinización puede ser normal. En comparación con la epidermis normal, en la psoriásica se observa una cantidad mucho mayor de mitosis y a menudo se aprecian figuras mitóticas por arriba de la capa basal.
2. Una dermis con papilas finas elongadas prominentes. Estas papilas contienen capilares tortuosos dilatados inmersos en una estroma papilar edematosa.

3. Un infiltrado inflamatorio moderado alrededor de vasos sanguíneos y compuestos por linfocitos, macrófagos, neutrófilos y un número elevado de mastocitos. Este infiltrado es limitado a la dermis papilar.
4. Colecciones de leucocitos polimorfonucleares, que a veces se extienden desde los extremos de la papilas dérmicas hasta el interior de la epidermis, en donde se asocian con espongiosis focal y, en ocasiones, con necrosis celular. Los cambios cutáneos traen como consecuencia microabscesos de Munro, formados por los leucocitos invasores. En la psoriasis crónica en placas la cantidad de neutrófilos es escasa, en la psoriasis crónica en placas la cantidad de neutrófilos es escasa, en comparación con la mayor cantidad observada en la psoriasis guttata.

Psoriasis eruptiva (Guttata)

La psoriasis eruptiva (guttata) puede diferir de la psoriasis en placas cuando sólo es de unos pocos días de evolución, en los siguientes aspectos.

1. La hiperplasia epidérmica es menos pronunciada y las crestas epidérmicas son apenas más largas que las normales. Se pueden observar áreas de espongiosis localizada por arriba de los extremos de las papilas dérmicas. Existe una ausencia focal de la capa granular.
2. Se produce la exudación de suero desde los extremos de las papilas hacia el interior de la epidermis, con la acumulación de neutrófilos. Estas células miran a través de la membrana basal en forma individual y a veces se agrupan en la zona subcórnea en las áreas suprapilares con la formación de pústulas subcórneas. En las áreas suprapilares se pueden observar eritrocitos extravasados.

Lesión inicial

Se hicieron pocos intentos para examinar por medios histológicos los cambios cutáneos más tempranos. Cuando se evaluaron las lesiones puntiformes (maculares) como el signo clínico más temprano de la psoriasis, se observó un edema notorio y un infiltrado de células redondas en la parte superior de las dermis. Estos hallazgos por lo general se limitan al área abarcada por una o más papilas. La epidermis suprayacente adquiere con rapidez un carácter espongiótico y muestra una pérdida focal de la capa granulosa. Las vénulas de la dermis superior se dilatan y estas estructuras están rodeadas por un infiltrado de células mononucleares.

Los estudios ultraestructurales para analizar los cambios tisulares iniciales revelan la inmigración macrofágica antes de los cambios epidérmicos. Estos datos indican que los cambios más tempranos se localizan en la dermis papilar.

Diagnóstico y diagnósticos diferenciales

En pacientes con lesiones psoriasicas típicas, las manifestaciones clínicas por lo general son lo suficientemente características como para establecer el diagnóstico. Las dificultades aparecen en el momento en que se produce una modificación de la actividad de la psoriasis, por ejemplo; durante la evolución de las fases eruptiva, pustulosa o eritematosa o cuando la psoriasis se complica por otras enfermedades. Las enfermedades que se deben considerar en el diagnóstico diferencial incluyen el eccema, la pitiriasis rubra pilaris, la dermatitis seborreica, la pitiriasis líquenoide y varioliforme aguda, la candidiasis, la tinea, la sífilis, el linfoma de células T (micosis de Bowen) y la enfermedad de Paget. De este modo, la apariencia morfológica y la distribución de la psoriasis en un paciente son factores significativos en el diagnóstico diferencial.

Patogenia

Generalidades

La psoriasis es una entidad única porque representa un proceso de proliferación celular e inflamación excesiva pero controlada; ambas alteraciones se producen dentro de los 0,2mm de la superficie cutánea. No hay un modelo experimental y la patogenia se desconoce. La primera lesión clínica aparece como una

mácula puntiforme eritematosa. Esta lesión aumenta de tamaño, se estabiliza y adquiere una configuración algo papulosa y escamosa o bien puede desaparecer. A la observación microscópica la lesión de psoriasis se caracteriza por paraqueratosis, una capa granulosa ausente, acantosis y un infiltrado inflamatorio en la dermis y la epidermis, así como la presencia de cambios en los capitales de las papilas dérmicas. Cuando se consideran los procesos patológicos intervinientes en la psoriasis, es importante comentar ciertos factores.

En primer lugar, el papel de los mecanismos inmunes se manifiesta en la gran cantidad de células T activas dentro de la epidermis y la dermis afectada, la presencia de macrófagos así como la relación entre la psoriasis y cierta clase de antígenos HLA I y II. En segundo lugar, los cambios predominantes consiste en un aumento significativo y persistente de la proliferación de queratinocitos en forma simultánea con un patrón inflamatorio característico. Además, la relación genética representa una característica de la psoriasis; a herencia es poligénica y es probable que incluya algunos genes no relacionados con el grupo HLA. En consecuencia, varios sistemas involucrados en la reparación cutánea y los mecanismos de defensa inflamatorios podrían participar en el establecimiento de esta enfermedad.

Actividad proliferativa de los queratinocitos

Un rasgo característico de la piel afectada en la psoriasis es a hiperproliferación, definida por primera vez por Van Scott y Ekel. En la actualidad contamos con datos que indican que en la piel afectada de los pacientes con psoriasis el ciclo celular epidérmico es más de 8 veces más corto que el normal (36 horas versus 311 horas). Además, la proliferación de la población celular es dos veces mayor, y el 100% de las células germinativas de la epidermis podría ingresar en la fracción de crecimiento, en comparación con el 60% al 70% en los sujetos normales. Estas anomalías traen como consecuencia una epidermis hiperplástica que genera 35.000 células/mm²/día en un compartimiento proliferativo que contiene 52.00 células/mm² de superficie cutánea. La piel normal produce sólo 1.218 células/mm²/día desde un compartimiento proliferativo que contiene 26.000 células/mm².

Si bien aún no se llevaron a cabo estudios similares tan detallados en la piel sana, diversos investigadores observaron una alteración significativa de la proliferación epidérmica (casi dos veces mayor que la normal) en la piel de aspecto normal. Además, se observó que la repuesta de generación después de la extracción de tela adhesiva es mayor que la normal en la piel en apariencia sana de pacientes con psoriasis.

Se documentaron cambios en los corneocitos, los más importantes el aumento del tamaño y de la cohesión entre ellos, y es probable que ello sea consecuencia de estas alteraciones. Es posible que estos cambios sean responsables directos de la importante descamación patognomónica de la psoriasis.

Estudios con trasplantes de piel humana en ratones atímicos (nude) aportaron nuevos datos. Estos estudios demostraron que la proliferación epidérmica (medida por índices de marcación) de la piel afectada y no afectada de pacientes con psoriasis se aproximan a una media común, y que ambos valores permanecen elevados por arriba de los niveles documentados en la piel normal. En estos experimentos, en los cuales se observa un aumento de la proliferación epidérmica en la piel afectada y en apariencia sana de los pacientes con psoriasis, no se documentaron manifestaciones clínicas, por ejemplo; eritema, descamación o induración. En consecuencia. La proliferación epidérmica excesiva no provoca por si sola una lesión psoriásica.

Sistema inmune

Como se mencionó con anterioridad hay arios datos que siguiere la participación del sistema inmune en la etiología y la patogenia de la psoriasis. Entre los más importantes podemos mencionar: 1) una asociación entre la psoriasis y los productos genéticos del complejo mayor de histocompatibilidad (MHC), por ejemplo; los antígenos HLA; 2) la presencia de numerosas células T en el interior de las lesiones psoriásicas; 3) las alteraciones de la cantidad y distribución de las células de Langerhans y los macrófagos fagocíticos; 4) la expresión inmunodependiente de moléculas de adhesión sobre los queratinocitos

psoriásicos, y 5) la ausencia relativa de los Th2 relacionados con los trastornos cutáneos como la dermatitis atópica y la urticaria, con proliferación de linfocinas que sugieren una alteración en la acción de los T_H1. y 6) los afectos antipsoriásicos de modalidades terapéuticas que pueden disminuir la infiltración de células T.

Antígenos HLA

Existe una fuerte asociación entre las instalaciones temprana de la psoriasis con ciertas moléculas HLA clase I que incluye a las B13, Bw57, Cw6 y la DR7, en contraste con las psoriasis de instalación tardía donde los HLA A2 y B27 están aumentados en forma moderada. Se observó una firme asociación en la psoriasis tipo I con el HLA Cw6 que estuvo presente en más del 80% de los casos.

La gran extensión de los haplotipos para la psoriasis tipo I se observó por la determinación de oligonucleótidos. Además del Cw6, éstos consisten en DRB1*0701/2,-DQA1*0201, y DQB1*0303. La comparación de todos los HLA pone de manifiesto el desequilibrio que existe entre el Cw6 con los DQB1*0303 como la enfermedad genética más importante. Dado que por lo general la molécula de HLA es la estructura asociada físicamente con el antígeno durante la presentación antigénica, el aumento de la frecuencia de ciertos alelos del HLA clase I en pacientes con psoriasis sugiere que un tipo de antígeno que se une con mayor eficacia a los alelos del HLA presentes podría estar involucrado en la patogenia de la psoriasis. Esto establece de manera firme que las moléculas HLA clase I, junto con sus fragmentos peptídicos antigénicos fijados a ellas, son reconocidos por el receptor de la célula T que expresan el receptor HLA clase I, las moléculas CD8. Por lo tanto, la asociación de la molécula HLA clase I podría implicar que los antígenos juegan un papel que es reconocido por las células T CD8+; esta subpoblación de células T es la causante de la mayor parte de la actividad citotóxica de los linfocitos y también posee la capacidad de abolir la síntesis de inmunoglobulinas por las células B.

Hasta el momento existen estudios basados en determinar la raza de un gran número de familias, que tienen un tipo determinado de HLA, a pesar del fracaso proporcionado por las pruebas realizadas entre la asociación de la psoriasis y el HLA, existe una fuerte evidencia de la asociación del HLA con esta enfermedad.

La mayoría de los antígenos presentados por las moléculas HLA clase I se sintetiza en el interior de la célula presentadora propiamente dicha, y una vez que una célula expresa el antígeno con moléculas clase I en su superficie, ésta será destruida por las células T citotóxicas que portan el receptor de célula T apropiado. En consecuencia uno de los objetivos principales de la investigación de la psoriasis consiste en aclarar la naturaleza de este presunto antígeno. La demostración de niveles elevados de CD8 soluble en el suero de pacientes con psoriasis es compatible con estos conceptos e indica la activación de las células CD8+. Estudios genéticos serios apuntan hacia un origen multigénico de la psoriasis donde parte de HLA parece ser una parte de una cantidad limitada de genes localizados en otros cromosomas. Estos se determinarán por métodos específicos que incluyen el análisis vinculado con estudios relacionados de parejas de hermanos afectados y la raza del miembro analizado.

Hasta el momento el gen involucrado en la psoriasis se ha localizado en la región distal del cromosoma 17q; otro gen involucrado para un grupo de familiar en el cual la psoriasis es frecuente se ha hallado en el cromosoma 4q, con independencia del cromosoma 6.

Células T

Las células que predominan en las lesiones de psoriasis son las células T activas, los macrófagos y los polimorfonucleares. En las lesiones de inicio, los macrófagos se encuentran en la epidermis, seguidos por los linfocitos y los neutrófilos. Las células T CD4+ migran hacia la piel con la agravación de la enfermedad mientras se desarrollan nuevas lesiones. La mayoría de las células T CD4+ se localizan en la dermis afectada, mientras que las células que migran a la epidermis son de predominio CD8+ "killer". Estas células parecen estar activas, expresan niveles altos de moléculas MHC clase II así como CD25, el receptor de la interleucina 2 (IL2).

El análisis de los receptores de las células T muestra una expansión oligoclonal de células T que provienen de las lesiones cutáneas de psoriasis. Las células T CD4⁺ muestran una significativa representación de V β 2, V β 5.1, y los receptores V β 6 de las células T en comparación con las células T de sangre periférica y de la piel normal. En un estudio longitudinal se podría demostrar que el receptor de la célula T en la piel con lesión permanece constante durante las numerosas exacerbaciones de la psoriasis en un mismo paciente. La constante expresión oligoclonal de los V β 3 y el V β 13.1 de los receptores de células T se encontró en lesiones de células T CD8⁺. A partir de estos estudios, se puede formular la hipótesis de la presencia de un antígeno responsable para una expansión oligoclonal constante. Sin embargo, los resultados de otros estudios muestran que los superantígenos podrían no ser, desde el punto de vista de la patogenia, importantes en la psoriasis crónica en placas.

La migración de las células T en la piel psoriásica es mediada por receptores presentes en las células endoteliales dérmicas o en las células endoteliales papilares. Además, lija en forma selectiva células T CD4⁺ CD45 RO⁺ (de memoria), mientras que un segundo tipo de receptor presente en vénulas con endotelio alto podría fijar las células T CD8⁺. La migración de las células T en la piel es estimulada por mediadores lipídicos, como el ácido 12[R] hidroxieicosatetraenoico, y quimiotácticos peptídicos como la IL-8 el MIP-1 α y β , el MCP-1, el MCP-2, el MCP-3 como el IP10 y péptidos aún no caracterizados.

La extravasación de las células T, los monocitos y los neutrófilos continúa adherida a las células endoteliales mediante las moléculas de adhesión. En las lesiones psoriásicas, las células endoteliales muestran un aumento en la expresión de las moléculas de adhesión intercelular 1 (ICAM 1) y la E-selectina. Un subgrupo de células T expresa un único antígeno (antígeno linfocitario cutáneo [CLA]) son células T de memoria que regresan hacia la piel. Estas células se unen a la E-selectina y su cantidad se halla incrementada en los pacientes con psoriasis.

Células dendríticas presentadoras de antígenos

En las lesiones cutáneas de psoriasis, las células dendríticas dérmicas (DDC) están aumentadas en número, mientras que en la epidermis, las células dendríticas (sobre todo células de Langerhans) están aumentadas. Las DDC en las lesiones de psoriasis muestran una mayor expresión de la molécula coestimuladora B7-2 y del LFA-1 junto con una potencia autoestimuladora mayor en la reacción linfocítica mixta (MLR). La suma del superantígeno o mitógeno a la MLR desencadena la liberación de IL-2 e interferón γ , lo que indica una respuesta Th 1.

Expresión inmunodependiente de moléculas de adhesión

Los queratinocitos psoriásicos expresan diversas moléculas de adhesión que son reguladas por las citocinas como la IL-1, el factor de necrosis tumoral (TNF) α , y el interferón- γ . Las moléculas de adhesión incluyen las moléculas HLA clase II, ICAM-1, y los miembros VLA-3, VLA-5 y VLA-6 de la familia de la β -integrina. Se postuló que la expresión de la molécula HLA clase II e ICAM-1 se podría deber a las citocinas liberadas por células T intraepiurémicas. Sin embargo, dado que estas moléculas se expresan de manera principal por arriba de las papilas dérmicas elongadas y las células T muestran una distribución regular, este mecanismo parece ser poco probable. No obstante ello, las citocinas derivadas de las células T son candidatos adecuados como inductores de los cambios psoriásicos de la epidermis, dado que la administración de IL-2 para el tratamiento del cáncer en pacientes con antecedentes de psoriasis indujo una severa exacerbación de la psoriasis.

Existen otros elementos celulares que tal vez contribuyan a la producción local de citocinas en la psoriasis. En la epidermis psoriásica se documentó una expresión excesiva de IL-1 y TNF la presencia de niveles elevados de IL-8 derivado de una diversidad de células implicadas en la reacción psoriásica refleja la complejidad del sistema de citocinas en la psoriasis.

Las terapias que suprimen el sistema inmune son eficaces en la psoriasis. El respaldo de esta afirmación de que las células T son de fundamental importancia en la psoriasis proviene de las terapéuticas conocidas

que incide sobre el sistema inmune; se observa el modo principal en la mejoría clínica de la enfermedad severa luego de la administración de anticuerpos monoclonales anti-CD4. La remisión completa de las lesiones cutáneas también se observa con la ciclosporina, usada en la actualidad a bajas dosis en el tratamiento de la psoriasis severa, y por el FK506/tracolumus. Ambos fármacos son capaces de suprimir en forma selectiva la respuesta inmune mediada por células T. El tratamiento con PUVA como con la luz UVB también puede disminuir la piel comprometida con las células inmunocompetentes, en particular las células T, cuando se administra la dosis adecuada. Además se informó la curación de la enfermedad en un paciente que recibió un trasplante de médula ósea alogénica, mientras que se observó el desarrollo de psoriasis en pacientes receptores de médula ósea de un dador con psoriasis. En conclusión, se observó una notable mejoría clínica e los pacientes con psoriasis severa tratados con la fusión proteica de la toxina difteriaca y la IL-2 humana, la cual se une a las células T activas en la piel. Estas activadas en la piel enferma se correlaciona con la mejoría clínica.

Granulocitos

La formación de microabscesos espongiiformes (microabscesos de Munro) ocupados por una abundante cantidad de granulocitos es un rasgo característico de la psoriasis. La presencia de estas células en las lesiones psoriasisicas es variable y aumenta a medida que se incrementa la actividad de la enfermedad, por ejemplo, en la psoriasis guttata aguda o en la psoriasis pustulosa. El examen ultraestructural demuestra la ausencia de granulación en estas células; en apariencia se encuentran intactas durante su migración en respuesta a estímulos quimiotácticos. Diversos estudios recientes, llevados a cabo con neutrófilos periféricos aislados, revelaron signos de activación correlacionados con la actividad de la enfermedad.

Aunque esta hiperreactividad se documentó con varios estímulos (C5a, leucotrieno B4 [LTB₄], factor activador plaquetario y fMetLeuFen), algunos pacientes con psoriasis activa presentan granulocitos periféricos con una desactivación específica para C5a, lo que indica que este potente mediador podría desempeñar un papel en la patogenia de la enfermedad.

Células endoteliales y mastocitos

Los cambios en el endotelio capilar dérmico fueron involucrados en forma repetida como el foco de lesiones primaria. La piel no afectada de los pacientes con psoriasis contiene capilares con soluciones de continuidad del endotelio, cuya frecuencia aumenta en los sitios de lesión. La hiperproferación de las células endoteliales es más notoria en los capilares tortuosos y dilatados de los bordes activos de las lesiones. Durante la fototerapia, estos cambios vasculares se normalizan antes de que la epidermis normalice el índice de proliferación, la trasmigración de las células inflamatorias que continúan unidas a la superficie endotelial están unidas de manera estrecha con los receptores expresados sobre la superficie de esta célula. En la psoriasis, la expresión de los ICAM-1 y E-selectina se encuentra sobre la célula endoteliales y ambas son importantes para la adhesión de los neutrófilos, las T y los monocitos. Están controlados por la IL-1 el TNF α , o los lipopolisacáridos. Es interesante conocer que la E-selectina se expresa con referencia en los sitios de inflamación crónica de la piel. Las células T de memoria, al volver a la piel. Se unen a aquella a través del antígeno leucocitario cutáneo (CLA) como único antígeno para un subtipo de célula T, que está aumentado en la piel de los pacientes con psoriasis. La densidad de los psoriasisicas, en comparación con la piel normal o la piel afectada de pacientes con psoriasis. En la piel no afectada que sufre un traumatismo la cantidad de mastocitos aumenta antes de la aparición de lesiones psoriasisicas. En la recidiva de la psoriasis, después de la interrupción del tratamiento con corticoides, uno de los primeros cambios observados consistió en la desgranulación de los mastocitos localizados en la dermis papilar. En un estudio, ni el régimen PUVA ni el tratamiento con corticoides durante 3 o 4 semanas disminuyeron de manera significativa la cantidad de mastocitos, aunque se observó una mejoría histológica; sin embargo, después del tratamiento con antralina durante varias semanas la cantidad de mastocitos disminuyó. Estas observaciones indican que los mastocitos participan en el desarrollo de lesiones psoriasisicas.

Mediadores y proteasas

Mediadores lípidos. Leucotrienos

La vía metabólica del ácido araquidónico fue estudiada, dado que sus componentes producen las anormalidades típicas de las lesiones de psoriasis, como los infiltrados de células inflamatorias y la hiperplasia epidérmica. El LTB₄, un factor quimiotáctico para neutrófilos, se encuentra elevado en las lesiones de la psoriasis; la inyección de LTB₄ en la piel induce la formación de pápulas asociadas con una inflamación de leucocitos polimorfonucleares. El LTC₄ provoca eritema e induración persistente después de su inyección cutánea. La enzima generadora de Leucotrienos, la 5-lipooxigenasa, se encuentra muy aumentada en las lesiones psoriasicas y su nivel está aumentado 2,6 veces más que el normal en la piel no afectada de los pacientes con psoriasis.

Factor activador de plaquetas

El factor activador de las plaquetas (PAF-aceter) fue identificado por Mallet y Cunningham en las escamas de las placas de psoriasis. El PAF-aceter, 1-O-acetil-sn-glicerol-3-fosfolina, se caracteriza por ser un potente mediador de las reacciones alérgicas e inflamatorias. El PAF puede desencadenar reacciones inflamatorias en la piel, con aumento de la permeabilidad vascular y la quimiotaxis de las células inflamatorias. El PAF es producido por los queratinocitos humanos además de los neutrófilos, los eosinófilos, las plaquetas, los monocitos, los macrófagos, las células endoteliales y los fibroblastos. Es interesante señalar de que el hecho de que la biosíntesis de PAF pueda ser inducida por la IL-1 en diversas células sugiere una vía de amplificación en la generación de mediadores proinflamatorios.

Mediadores peptídicos. Productos de clivaje del complemento

En los últimos años se ha realizado un considerable progreso en la identificación de pequeñas proteínas y péptidos con una elevada actividad biológica. Entre lo primero que se halló fue el producto quimiotáctico del clivaje del complemento C5a, el cual tiene capacidad para atraer los granulocitos, los monocitos, los mastocitos y las células endoteliales e bajas concentraciones. La presencia de una cantidad significativa de la forma desarginada menos potente C5_{des arg}, en las escamas de la psoriasis sugiere una actividad biológica in vivo. La inyección intradérmica de este péptido provoca un edema seguido de una infiltración por neutrófilos. Las células endoteliales desarrollan, como lo observado en la psoriasis recidivante temprana.

Citocinas

Las citocinas en su mayor parte son mediadores peptídicos pleiotrópicos producidas por una diversidad de células. Estos compuestos ejercen una actividad estimulante del crecimiento en las células progenitoras de la médula ósea (IL-3, -IL4, y IL-5) y una actividad proinflamatoria.

Hace poco se identificaron varias citocinas en extremos tisulares de pacientes con psoriasis. Las citocinas aisladas y caracterizadas de la piel de lesiones psoriasicas incluyen IL-1(IL-1), I-6. e IL-8. Existe otro grupo de citocinas expresada por queratinocitos en cultivo, pero su importancia in vivo se desconoce.

Interleucina 1. Por motivos que aun se desconocen, la actividad de la IL-1 y la concentración de péptidos se encuentra muy reducida en los pacientes con psoriasis. La IL-1 ejerce una diversidad de efectos in vivo a través de la activación de procesos celulares relacionados con la inflamación. En la piel, además de potenciar la activación de las células T, es un importante estímulo para la reproducción de otras citocinas, como la IL-8. A diferencia de las bajas concentraciones de IL-1 α , las concentraciones de IL-1 β se encuentran aumentadas en los pacientes con psoriasis. LA IL-1 ejerce una diversidad de in vitro a través de la activación de los procesos celulares relacionados con la inflamación. En la piel, además de potenciar la activación de las células T, es un importante estímulo para la producción de otras citocinas, como la IL-8. A diferencia de las bajas concentraciones de IL-1 α , pero su actividad biológica en la piel no esta aclarada.

Interleucina 6. Hace muy poco que esta citosina se identificó como un importante mediador de la respuesta del huésped a la lesión y a la infección. La IL-6 es similar a la IL-1 en que estimula la

proliferación de células T y B y la producción de reactantes de la fase aguda, también se demostró que estimula el crecimiento de los queratinocitos in vitro. En la piel de las lesiones con psoriasis se observan altos niveles de IL-6.

Interleucina 8. En las escamas de la psoriasis se recuperaron importantes cantidades de IL-8, un péptido de 72 aminoácidos. La IL-8 es un potente quimiotáctico para los neutrófilos en concentraciones similares a las de C5a o LTB₄. La IL-8 también es quimiotáctica para las células T. Recientes trabajos indican que se puede estimular el crecimiento de los queratinocitos in vitro. Sin embargo, esta citosina podría desempeñar un papel en el mantenimiento del patrón inflamatorio presente en la psoriasis y podría estar relacionada con la hiperproliferación epidérmica. Además, en fecha reciente se demostró que en presencia de ácido araquidónico la IL-8 estimula a los neutrófilos para producir cantidades importantes de LTB₄, los que genera un circuito distinto de amplificaciones del proceso inflamatorio.

Ciclosporina. La ciclosporina es un polipéptido cíclico producido por un hongo imperfecto. Es un agente inmunosupresor usado de manera amplia para la prevención de rechazo de injertos. Numerosos estudios confirmaron su potente efecto antipsoriásico.

Mecanismo de acción. Luego de penetrar la célula por un receptor putativo, la ciclosporina se une a la ciclofilina, un miembro del grupo inmunofilino. El complejo ciclosporina-ciclofilina se une al fosfato cálcico, de esta manera bloquea la capacidad de defosforilar el componente citosólico del factor transcripción NF-AT (factor nuclear de activación de células T). Esto resulta en una traslocación alterada de los componentes del NF-AT del núcleo. El componente del NF-AT es necesario para la actividad funcional de la transcripción de los genes de IL-2. Otros efectos farmacológicos de la ciclosporina con posible trascendencia para psoriasis es la inhibición de la capacidad de presentación de antígenos por la célula de Langerhans y la función de mastocitos tal como la desgranulación y producción de citocinas.

Indicaciones clínicas

Estudios multicéntricos demostraron que la ciclosporina es eficaz en el 70 % de los pacientes con psoriasis severa crónica en placas cuando se utilizan tratamientos de baja dosis (< 5 mg/kg por día). Para lograr la remisión de las lesiones se necesitan varias semanas de tratamiento, se deben mantener en forma continua. La mejoría de los cambios angulares así como los asociados con artritis psoriásica se pueden observar durante los tratamientos prolongados. El tratamiento con ciclosporina recomendado es el régimen intermitente a bajas dosis en cual la dosis se disminuye tan pronto como se observe la mejoría clínica o se continúa con el tratamiento por tiempo prolongado en los casos recalcitrantes. La ciclosporina también es eficaz en la eritrodermia psoriásica como en la psoriasis pustulosa generalizada.

Dosis. La dosis recomendada de ciclosporina – según la información que surge de los resultados de estudios multicéntricos y de reuniones de consenso- es iniciar con dosis de 2.5 a 3 mg/kg por día dividiendo la dosis en dos en dos tomas diarias. Estas dosis se pueden aumentar hasta un máximo de 5 mg/kg por día. Después de obtenida la respuesta clínica, la dosis de ciclosporina se puede disminuir a nivel más beneficiosos para el paciente en forma individual. Ahora se recomienda la utilización de la nueva fórmula microemulsionada (comercializada como Neoral en la mayoría de los países) con una mejor biodisponibilidad.

Efectos adversos. Entre los efectos colaterales de la ciclosporina, que son dosis dependiente, se encuentra el deterioro de la función renal, que es reversible luego de suspender el fármaco, y también el desarrollo de hipertensión arterial.

También se observa aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos en suero. Otros efectos colaterales adversos que pueden ocurrir son la hipertricosis, la hiperplasia gingival, el temblor y la fatiga.

Control del tratamiento con Ciclosporina

El control durante el tratamiento con ciclosporina incluye medición de la presión arterial y determinación de la creatinina en sangre, como la mayoría de los estudios prácticos para detectar alteración en la función renal. Si los niveles de creatinina en sangre aumentan hasta el 30% con respecto a los valores basales, se debe disminuir la dosis de ciclosporina. En caso de que los valores de creatinina persistan, se debe discontinuar la administración del fármaco.

Proceso

Resumen de la valoración

I. O. G. MASCULINO DE 74 DE AÑOS DE EDAD: Jubilado (maestro de educación física) con diagnóstico médico de psoriasis.

Refiere que tiene aproximadamente 2 meses que inicio el problema de piel, le indicaron no exponerse al sol y aplicación de hidrocortisona; con palidez de tegumentos, adelgazamiento por pérdida de peso de aproximadamente 6 kg, en 15 días, falta de apetito, cansancio que lo mantiene en reposo, tos seca y las placas con secreción serosanguino lentas.

Desde la primera sesión el paciente mejoro, al segundo día las lesiones dejaron de supurar, su estado general mejoro incluyendo el dolor en región escapular.

Guía de valoración

Datos biográficos:

Nombre: Gonzalo Ibañez Oriz.

DX: Psoriasis.

EDAD: 74

I.- Patrón de intercambio

Cardíaco.

Paciente que presenta una presión arterial de 120 / 70 y una frecuencia cardiaca de 70 x.

Cerebral:

Consciente, respuesta pupilar normal, apertura de ojos espontanean, respuesta verbal congruente, respuesta motora limitada.

Periférico:

Pulso radial normal, palidez de tegumentos, llenado capilar normal.

Integridad tisular:

Lesiones en forma de placas violáceas y eritema tosas en:

- a) Cabeza; región retroauricular y labio inferior.
- b) Cuello: lesiones placas violáceas y eritema tosas.
- c) Tórax: Ardor y dolor en regiones escapulares; irradiación del dolor a regiones pectorales.
- d) Columna vertebral: Placas violáceas en región sacra y papulas en escama residual.

Oxigenación:

Frecuencia respiratoria de 20 X' tabaquismos y toxicomanías negadas.

Nutrición:

Realiza 3 comidas al día con aumento de hidratos de carbono, peso actual 84 kg.

Eliminación:

Habito intestinal 2 0 3 veces al día, con incontinencia urinaria.

II.- Patrón de comunicación:

Funcion verbal: normal.

Funcion no verbal: Capaz.

III.- Patrón de relaciones.

Relaciones:

Divorciado desde hace 25 años, vive actualmente con un hijo.

IV.- Patrón de valoración:

Religión católica, acepta la medicina alternativa como una opción.

IV.- Patrón de elección:

Afrontamiento:

Se muestra preocupado por la situación ya que tiene incertidumbre por lo que sucederá, ya que por la edad siente que se puede complicar su estado de salud.

VI.- patrón de movimiento.

Actividad:

Su estado actual lo limita, ya que el corría diario 10 kilómetros refiere fatiga para su vida diaria.

Reposo:

Actualmente padece de insomnio y duerme por ratos en el día.

Recreo:

Acostumbra ver la televisión.

Conservación del entorno:

Casa construida con paredes de mampostería, piso de cemento, techo de loza sin factores de accidentes, cuenta con todos los servicios de urbanización, cuenta con sala, comedor, cocina, baño, 2 recamaras, convive con dos perros que duermen afuera.

Conservación de la salud:

Acude al seguro social frecuentemente es jubilado.

VII.- Patrón de percepción.

Concepto de un mismo:

Por el momento se siente inseguro, su situación actual solo esperar. Su agudeza visual, aditiva, olfato, gusto y tacto se encuentran alterados con disminución.

Percepción sensorial:

Se ha alterado su funcionamiento normal en cuanto a su movilidad por el dolor que le causa una neuropatía diabética en escapula y que inicio en Febrero de 2004.

VIII.- Patrón de conocimiento:

Problema actual de salud.

La información que ha recibido de su estado actual ha sido del medico, ha sido clara en relación que es una enfermedad crónica y que el pronostico es incierto

Medicación actual:

Insulina sección intermedia 30 U.I diarias, Carbamazepina tabletas 1-2 diarias por 30 días, Naproxeno tableta 1x 3 x 10, Hidrocortisona 1 x 1 x 7 y shampoo de alquitrán cada 3er día por 3 semanas, gabapentina (neuropatía diabética) alibour y fluococinolona por 20 días sin respuesta.

Factores de riesgo:

La pérdida de peso, debilidad muscular, falla cardiaca congestiva e infecciones intercurrentes.

Disponibilidad:

Demuestra disponibilidad para el tratamiento.

Orientación:

Orientada en tiempo y espacio.

Memoria:

Intacta.

IX.- Patrón de sentimiento:

Dolor malestar.

Dolor en región escapular, limitación de la función del hombro, brazo del lado izquierdo.

Emocional, integridad estado:

El paciente expresa tristeza ante una perdida real de la salud, expresa dificultad para caminar, tensión muscular, fatiga.

Datos significativos

17-XII- 04.- Se presenta con lesiones y dolor en región escapular entre los pares esta Herpes 3, 4,5 y ciatico.

18-XII-04.- Las lesiones empezaron a secarse y se encontró Herpes 2.

19-XII-04.- Limitación para el movimiento, al retirarse se cayó como regla al dar el paso se lastimo la boca.

20- XII-04.- Encontré aparte de 31 pares en estos 4 días “lepra” micobacterium, el estaba citado para toma de biopsia el día 29 de Diciembre y esperaba corroborar mi presunto diagnostico de “lepra”.

3-01-05.- Encontré cava-cava (hongo) y otros pares en la revisión.

9-01-05.- Revisión del paciente las lesiones curadas sin secreciones, palidez y todos los signos desapareciendo, el paciente con mejor estado general.

19-01-05.- Entrega los resultados con DX de psoriasis.

Plan de autocuidado

Intervenciones

- a) Mantener una humedad ambiental en un 60%, emplear humidificador.
- b) Mantener fresco el ambiente.
- c) Emplear jabón especial para piel sensible.
- d) Eliminar exceso de vestimenta.
- e) Lavar la ropa de cama y vestimenta con jabón suave.
- f) Interrumpir la exposición repetida a detergentes, sustancias de limpieza o solventes.
- g) Realizar ejercicio con regularidad, caminatas.
- h) Cubrirse del sol, usar ropa con mangas.
- i) Evitar bebidas cafeinadas a horas avanzadas de la noche.
- j) No ponerse pomadas en la piel.
- k) Recomendaciones sobre dieta.

Resumen de notas médicas

Medicina interna:

Neuropatía Diabética sin respuesta al tratamiento.

01/04-04.- Masculino de 73 años Diabético de 10 años de evolución controlada. Padecimiento actual lo inicia al presentar dolor en tórax con irradiación a MTI canalizado a cardiología, quien descarta problema cardiaco persistiendo el dolor en MTI el cual se ha exacerbado en hombro y escapula izquierdo manejada con Carbamazepina con pobre respuesta. 1x 2 x 30 Hidroxicobalamina 1 x 1 x 30

Medicina interna.

15-NOV-04 DX. Dermatitis probable neurogena sin respuesta al tratamiento masculino de 74 años Diabético insulino dependiente en control. Actualmente menciona iniciar aproximadamente hace 20 días al notar en brazos y antebrazos lesiones dermicas pequeñas y pruriginosas dando tratamiento sin haber buena mejoría y notar el día de hoy aumento de tamaño y localizaciones de las lesiones además en MS TS en región retroauriculares MSPS y el prurito se ha exacerbado a la EF se aprecian en MsTs cuello región retroauricular lesiones dermicas con huellas de rascado de diferentes tamaños.

15-Nov.- 04 dermatología C.E. Primera vez.

Enterada, masculino de 74 años de edad, enviado de UMF con DX. De Dermatitis prob. Neurogena. Es diabético de 23 años de evolución en Tx. con insulina, además toma gabapentina para neuropatía diabética. Refiere haber iniciado hace un mes con lesiones en ambos antebrazos, pruriginosas así como en el labio inferior y región sacra; se aplicó alibour y fluocinolona por 20 días sin respuesta refiere que sale a caminar 10 Km al día y hasta hace apenas una semana se protege del sol por indicación médica. A la exploración física dermatosis diseminada en ambos antebrazos caras externas y región sacra; con placas eritematovioláceas, alguna papulas con escama residual; en labio inferior costras y escamas.

IDD.- Pb. Dermatitis solar y queilitis solar

Plan: hidrocortisona 1 x 2 x 1 mes, óxido de zinc en labios antes de ir caminar y fotoprotección con ropa. Cita en mes.

27- Dic-04-dermatología C.E.

Acude a revisión, refiere poca mejoría inicial, pero posteriormente con más lesiones, con prurito moderado a severo. A la EF ahora con placas violáceas y eritematosas en piel cabelluda, regiones retro y preauricular, cara, cuello región sacra y flancos, antebrazos, dorso de manos, algunas con escamas psoriasiforme; labio aun con fisuras y descamación habría que considerar incluso liquen plano.

Plan se hará biopsia el 29- XII – 04.

28-XII-04 Oftalmología.

PTE. Masculino de 75 años de tipo 1 DE 23 años controlado con insulina, actualmente con glucosa de 209 mg refiere leve ardor, sensación de cuerpo extraño, visión clara con uso de lentes, usa gotas.

Anexos: leve hiperemia bulbar a. o.

Motilidad ocular; normal

Reflejos: presentes

TIO: normal.

FO: normal

DX. Ametropía / presbicia.

Cataratas incipientes A. O.

DX: bueno.

29-XII-04.- Dermatología C.E.

Acude a toma de biopsia; se hacen 2, una región retroauricular izquierda y otra en antebrazo izquierdo, infiltración con Xilocaína al 2 % mas epinefrina, incisión con sacabocado de 4 ml, y sutura nylon 4- 0.

TX.- Hidrocortisona crema 1x 2, paracetamol 1X 3X 3.

Cita: en tres semanas.

05-01-05 Solicitud exámenes de patología quirúrgica y citología

Servicio: Dermatología.

Diagnostico:

Biopsia de piel de región retroauricular izquierda y antebrazos izquierdo: compatible con psoriasis

18-01-05.- Dermatología C.E.

-Psoriasis

Acude por resultados de biopsia, de psoriasis.

Refiere mejoría de lesiones y disminución de prurito con la aplicación de Hidrocortisona crema, sólo con escamas en piel cabelluda.

E. F. /.- Piel cabelluda con escamas moderada, placas retroauriculares

Codos y sacro solo hiperpigmentación residual.

PLAN: Hidrocortisona 1X 1 X 7 y posteriormente c/3er día

Shampoo: alquitrán 3 semanas.

Cita: 1 mes.

Metodología

Estudio documental a través de un caso clínico de prioridad donde se recolecto información del expediente clínico del paciente, exploración física y valoración; en el cual se aplico las 5 etapas del proceso de enfermería; valoración, diagnóstico de enfermería, planeación de los cuidados, ejecución de los cuidados y evaluación con enfoque de respuesta humana.

En el periodo del 1° de enero al 12 febrero. En Orizaba, Veracruz.

Análisis y conclusiones

En este caso no encontré los pares que corresponden a esta Patología siendo dentro de todos el que más se acerca el *Mycobacterium Leprae*, al investigar sobre el padecimiento encontré: ⁽¹⁾ La descripción más temprana de una presunta psoriasis por Hipócrates (460-377 a. C.) uso el término de psora y lepra para designar patologías que pueden ser reconocidas como psoriasis.

Dentro de los resultados de laboratorio se encontraron Linfocitos 17 bajos.

Respuesta inmunitaria. ¿Qué le sucede a los linfocitos cuando la infección se controla? ⁽²⁾ La respuesta inmunitaria se asocia con la secreción de varias citosinas. Cuando la infección esta controlada y los Ag se han eliminado la secreción de citosinas cesa, los linfocitos sufren.

Eosinofilos.- 7 Aumentan en enfermedades de la colagena, alergia. Aun cuando no encontré los pares de la psoriasis. El paciente se recupero, actualmente las lesiones están en fase de remisión.

En esta coyuntura, trascendental del cambio hacia un nuevo modelo de salud, resulta indispensable hacer un proceso de análisis riguroso de la realidad económica, política, social y cultural para saber hacia donde nos dirigimos y solo así poder controlar el proyecto de “Salud para Todos en el año 2000” y encontraremos los correctivos necesarios para avanzar hacia un esquema más justo y equilibrado. Sin embargo no son suficientemente las buenas intenciones, ya que el proyecto Integrador de las Escuelas Formadoras de recursos para la salud “Determina las acciones, que son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos” Iyer 1997 – 186 y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud. Agradezco esta oportunidad al Dr. Goys y el compromiso es seguir preparándome a través del estudio.

(1) Temas B. Fitzpatrick 1999. Dermatología en Medicina General. Editorial Medina panamericana.

(2) Manuel Merck de Diagnostico y tratamiento.

Bibliografía

- Arenas, Roberto Arenas 1996 Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. Segunda edición. Mc. Graw-Hill Interamericana Pág. 415-422
- Rassner 1994 Atlas y texto de Dermatología. Cuarta edición. Mosby/Doyma libros Pág. 29-31, 140, 194, 156, 157, 312, 313.
- Fitzpatrick, Tomas B. 1999. Dermatología en Medicina General. Quinta edición. Editorial Medicina Panamerica. pp. 527-550.
- De Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. Séptima edición Volumen I. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill Pág. 1553-1558.
- Mark H. Beers, M. D. Robert Berkow M. D. El Manual Merck de Diagnostico y tratamiento. Decimál edición española
- Rodríguez, José y José Meljem Moctezuma. Epidemiología e historia Natural de la enfermedad 1997. Proceso enfermero. Aplicación actual. Segunda edición Bertha A. Rodríguez S. Ediciones Cuellar Aguirre.
- Resúmenes sección realizada por los residentes de Dermatología del Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS.
- Terapeuta Dermatológica; tratamiento tópico de las psoriasis. Revisión de publicaciones recientes. Javier Bordas Orpinell. Servicios de Dermatología – Barcelona España 1999

Anexos

Instituto Mexicano del Seguro Social
Especialidad Dermatología. Consulta externa

Mes: diciembre 2004

En este mes sólo se reporta un caso de psoriasis no siendo significativa la incidencia de la enfermedad en la región de Orizaba, Ver., de acuerdo a las estadísticas.

13-XII-04

Verruga vulgar

Eritrodermis

Mioma abdominal

Psoriasis-Aguilar Castillo Gabriel

Lentigo Senil

Queratosis seborreica

Lupus sistémico con herpes

Liquen plano diseminado

14-XII-04

Penfigo vulgar

Tiña inguinal/herpes simple

Mieloma

15-XII-04

Nevo intradérmico

Nevo piloso congénito

Verrugas y fibromas

Eritema seborreico

Hemangeiona

16-XII-04

Hemangioma

Anticornicosis

Queratosis seborreica

Nevos intradérmicos

Purpura pigmentaria

Melasma

17-XII-04

Nevos intradérmicos

Alopecia areata

Melanomas

Verrugas vulgares

Tiña del cuerpo

Penfigo vulgar

Queratosis seborreica

Hemangioma

20-XII-04

Hemangioma

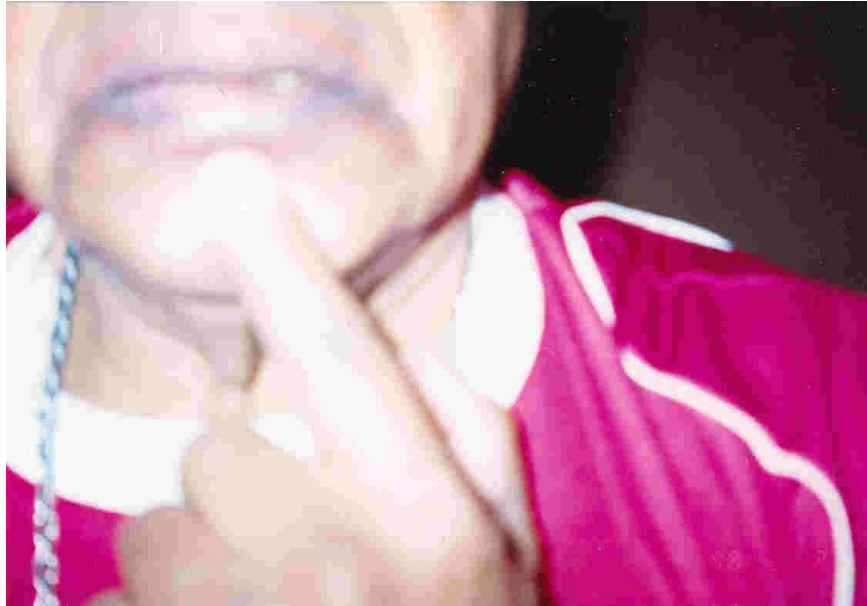
Acne juvenil

Dermatitis reaccional

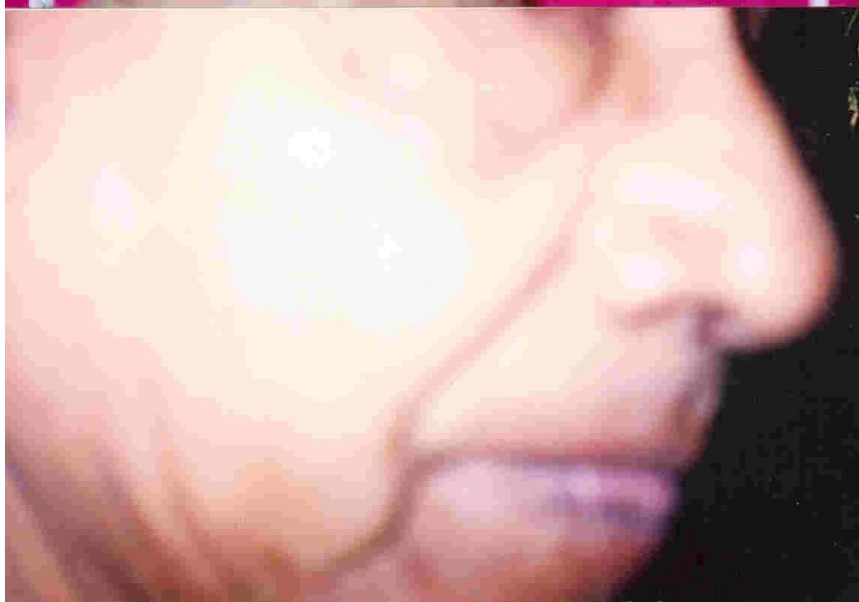
Queratosis seborreica

Dermatitis atópica

Fotografías tomadas el 10 de enero del 2005



Labio inferior



Labio inferior



Retro auricular



Mano y antebrazo



Cuello



Antebrazo

A la fecha de elaboración del trabajo las lesiones prácticamente han desaparecido quedando sólo como una mancha blanca en la piel.

CÁNCER CERVICOUTERINO

Marco Antonio Magdalena del Mazo

Objetivo

Comprobar la teoría del par biomagnético como alternativa para la cura de cáncer cervicouterino, para reformar así las teorías alopáticas acerca del cáncer y así disminuir la mortalidad por este padecimiento, dando oportunidad a salvar al paciente de una mutilación o peor aun de una radiación o quimioterapia.

Antecedentes

Se han realizado estudios ecológicos de tendencias y comparación de grupos para conocer el comportamiento secular y la distribución geográfica y por edad del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En los últimos 10 años se ha mantenido como la segunda neoplasia en orden de frecuencia; sin embargo, para la población femenina se ha ubicado en el primer lugar. En el grupo de 30 a 44 años es la tercera causa de muerte y una de las primeras 10 en todos los grupos de edad hasta los 64. En los últimos tres lustros la tendencia de la mortalidad por esta causa se ha mantenido estable, con un rango de 3.3 a 4.5 defunciones por 100 mil derechohabientes usuarios. Las tasas específicas de mortalidad se incrementan a medida que aumenta la edad. Si se toma como referencia a las mujeres menores de 40 años y se compara con cada uno de los grupos etéreos, el riesgo de fallecer por esta neoplasia es cinco veces mayor para el grupo de 40 a 49 (IC 95% 4.2-6.4) y se eleva hasta 10 veces en las mujeres mayores de 80 años (IC 95% 7.3-12.6). La incidencia de cáncer cervicouterino fue de 9.7 casos por 100 000 años persona de observación en 1989. Tanto la mortalidad como la morbilidad se distribuyen en forma desigual a nivel nacional.

Es necesario fomentar la teoría del par biomagnético, ya que esta nos ayuda a diagnosticar, cuantificar, y a curar las raíces de este padecimiento, teniendo conocimiento de la etiología del problema y así poder eliminarlo completamente.

Epidemiología del cancer cervicouterino

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, avanzan entre los tejidos normales y los destruyen, alterándose así el funcionamiento del organismo. Se inicia casi siempre como una enfermedad localizada.

Del tracto genital femenino, el carcinoma del cuello uterino es la principal causa de morbilidad y mortalidad. Se reconocen dos tipos histológicos: el epidermoide, espinocelular o de células escamosas, y el adenocarcinoma. El primero se origina en el epitelio plano estratificado que recubre el ectocérvix y el segundo en el epitelio cilíndrico que tapiza el canal endocervical. Un tercer tipo se origina en la mucosa endometrial y constituye el adenocarcinoma del endometrio.

El origen histológico del cáncer cervicouterino es de tipo epidermoide en el 85 a 90 por ciento de los casos y usualmente aparece en la unión del canal cervical y el ectocérvix. En esta área el epitelio columnar es reemplazado por el epitelio escamoso. La aparición de procesos neoplásicos localizados en el cervix uterino presenta una evolución de displasia a cáncer in situ.

La mayor parte de las displasias son diagnosticadas en la mujer después de los 20 años de edad. El cáncer in situ se presenta de manera significativa entre los 30 a 39 años de edad y el carcinoma invasor después de los 40 años.

Estudios realizados en la década de los sesenta mostraron que una proporción sustancial de anomalías no invasoras, particularmente las formas intermedias de displasias, tendían a la regresión. Sin embargo, la tendencia de la enfermedad es a progresar, a través del tiempo, hacia estadios más avanzados. Hall y Walton informaron una tasa de progresión de displasia severa a carcinoma in situ o cáncer invasor en un periodo de uno a 14 años.

En la actualidad se considera que el cáncer cervicouterino es una de las neoplasias potencialmente curables. La posibilidad de detectar en forma temprana esta neoplasia hace factible reducir la mortalidad secundaria al padecimiento. Sin embargo, éste sigue siendo uno de los principales tumores en la mujer, y contribuye con un número nada despreciable de defunciones a nivel mundial.

Mientras en países desarrollados la incidencia y la mortalidad debidas a este padecimiento han decrecido de manera significativa en este siglo, en los países pobres o en vías de desarrollo no se ha observado este descenso y, en particular, los países de América Latina se han caracterizado por notificar las mayores tasas de incidencia en todo el orbe. Se estima que en esta región, una de cada 1 000 mujeres de 35 a 55 años padece cáncer del cuello uterino, enfermedad que es precedida durante meses o años de una lesión premaligna in situ.

En México el panorama es coincidente y en el último cuarto de siglo la mortalidad ha mostrado una tendencia ascendente. A su vez, una revisión de casos notificados por 34 centros hospitalarios de la Ciudad de México en 1983, señala que esta neoplasia fue la más frecuente, y representó el 22 por ciento del total de los casos. Se mostró, además, que es poco frecuente antes de los 25 años; que ocupa el segundo lugar en el grupo de 25 a 34 y el primero en las mujeres de 35 a 54. A partir de esa edad, se observó que la incidencia disminuye. El tipo histológico más común fue de la variedad epidermoide y contribuyó con el 89 por ciento del total.

Otra información valiosa es la del Registro Nacional del Cáncer que, para 1986, ubica esta neoplasia de nueva cuenta como la más frecuente, y al grupo de 40 a 60 como el más afectado.

Es importante mencionar que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se iniciaron, desde 1960, actividades de detección de esta neoplasia; sin embargo, la evaluación del impacto sobre su ocurrencia y letalidad ha sido objeto de innumerables tropiezos para sistematizar una vigilancia epidemiológica permanente.

No obstante, aún son escasos los estudios, en el país y dentro de las instituciones de salud, que describen el comportamiento secular de esta neoplasia, y son mínimos los trabajos que hayan relacionado factores de riesgo con su ocurrencia. Por ello, y para conocer el comportamiento secular del cáncer cervicouterino en la población amparada por el Instituto, así como su distribución geográfica y por grupo de edad, se decidió realizar esta investigación, como paso inicial en una serie de estudios sobre la ocurrencia de este padecimiento a fin de identificar factores de riesgo susceptibles de modificar en la población derechohabiente y que permitan sumar acciones al Programa de Detección oportuna y Control Epidemiológico.

Materiales y metodos

Con el fin de analizar la situación epidemiológica, se decidió efectuar un estudio ecológico de tendencias y comparación de grupos. Los datos de mortalidad para el periodo de 1976 a 1990, se obtuvieron de los boletines correspondientes que edita anualmente la Jefatura de Servicios de Salud Pública del propio Instituto. La información relativa a la morbilidad se tomó del boletín epidemiológico de 1989.

La tendencia de la mortalidad se graficó en dos dimensiones, tomando como variable dependiente la tasa de mortalidad y como variable independiente el año de observación. Para explicar la ocurrencia del evento en el tiempo, se utilizó un modelo de regresión lineal simple, calculando la ecuación de la recta en cada modelo y probando la hipótesis de que la pendiente () es diferente de cero.

Se clasificaron las diferentes delegaciones del sistema de acuerdo con su tasa cruda de mortalidad, agrupándolas por cuartiles. Dado que la enfermedad se encuentra estrechamente relacionada con la edad y ante la evidencia de una distribución etérea desigual en las delegaciones del país, se realizó un ajuste de tasas por el método directo para fines de comparación, usando como referencia la distribución por edad de la población a nivel nacional. Nuevamente se agruparon de acuerdo a cuartiles de las tasas ajustadas por esta variable.

El análisis se efectuó en la Subjefatura de Epidemiología de la Jefatura de Servicios de Salud Pública, empleando el paquete estadístico SPSS-PC en su versión para microcomputadora personal.

Resultados de mortalidad por carcinoma cervicouterino

En los últimos 10 años, el cáncer cervicouterino se ha mantenido como la segunda neoplasia en orden de frecuencia en la población derechohabiente del Instituto; sin embargo para la población femenina se ha ubicado en el primer lugar. El cuadro I refleja la situación de esta neoplasia en 1990.

Cuadro 1

Diez principales neoplasias como causa de defunción en población general y femenina, amparadas por el IMSS, 1990*

| Causa de defunción (CIE) | Tasa(1) | Tasa(2) |
|--|---------|---------|
| Tráquea, bronquios y pulmón (162) | 5.20 | 2.60 |
| Cuello uterino (180) | 4.52 | 8.76 |
| Estómago(151) | 3.15 | 2.72 |
| Mama de la mujer (174) | 2.54 | 4.92 |
| Páncreas (157) | 2.10 | 2.07 |
| Próstata(185) | 1.99 | -- |
| Hígado y conductos biliares intrahepáticos (155) | 1.94 | 1.79 |
| Leucemia linfoide (204) | 1.84 | 1.71 |
| Vesícula y vías biliares extraneopáticas (156) | 1.74 | 2.43 |
| Ovario y anexos del útero (183) | 1.00 | 1.84 |

* Tasas por 100 000 derechohabientes usuarios

1 Tasa global para toda la población amparada

2 Tasa específica para el sexo femenino

En relación a la mortalidad general, no se encuentra dentro de las 10 principales causas de defunción, pero en el grupo de 30 a 44 años es la tercera causa de muerte, y una de las primeras 10 en todos los grupos de edad hasta los 64 años. Después de esta edad es desplazada del décimo sitio por otras causas competitivas de defunción.

En los últimos 15 años la tendencia de la mortalidad por cáncer cervicouterino se ha mantenido estable, con un rango de 3.3 a 4.5 defunciones por 100 000 derechohabientes usuarios. Con el modelo de la recta no se puede rechazar la hipótesis nula de que la pendiente () sea diferente de cero.

Cuando se analiza la distribución por edad en el último año de observación, se puede apreciar claramente que las tasas específicas se incrementan a medida que aumenta la edad. Si se toma como referencia a las mujeres menores de 40 años, y se compara con cada uno de los grupos etéreos, puede apreciarse (cuadro II)

que el riesgo de fallecer por esta neoplasia es cinco veces mayor para el grupo de 40 a 49 (IC 95% 4.2-6.3), y se eleva hasta 10 veces en las mujeres mayores de 80 años (7.3-12.6).

Cuadro 2

Razón de tasas por edad de la mortalidad por cáncer cervicouterino. IMSS, 1990.

| Edad de 80 | Razón de tasas | IC al 95% |
|------------|----------------|-----------|
| | 9.6 | 7.3-12.6 |

Fuente: Jefatura de Servicios de Salud Pública, IMSS.

Para 1990 la tasa de mortalidad a nivel nacional fue de 3.7 defunciones por 100 000 derechohabientes usuarios. Empero, si en el denominador se considera sólo a la población femenina, la tasa correspondiente sería de 8.9 fallecimientos.

La representación gráfica de la distribución geográfica de la mortalidad por este tumor muestra un mosaico de desigualdad, sin un patrón claramente definido. El contraste en la ocurrencia de este evento queda de manifiesto al observar que el rango en la tasa de mortalidad oscila de 0.8 en el Estado de México a 66.6 defunciones por 100 000 derechohabientes usuarios en Colima. Es interesante resaltar que los 10 estados con las mayores tasas de mortalidad fueron Colima, Durango, Guerrero, Nayarit, Hidalgo, Chiapas, Morelos, Yucatán, Puebla y Tamaulipas.

En vista del efecto de edad observado, y tomando en consideración que la distribución por edad de la población usuaria en las distintas delegaciones pudiera ser diferente, se decidió controlar en el análisis esta variable. En la comparación ajustada graficada en la figura 3, los estados más afectados son prácticamente los mismos.

Persiste Colima en primer lugar, con un riesgo ocho veces mayor de fallecer por esta causa en comparación al promedio nacional (cuadro III).

Cuadro 3

Razón de tasas ajustadas* de la mortalidad en las delegaciones mas afectadas. IMSS, 1990.

| Delegación | Tasa | Razón de tasas |
|--------------|------|----------------|
| Colima | 67.9 | 7.6 |
| Durango | 31.4 | 3.5 |
| Hidalgo | 19.8 | 2.2 |
| Quintana Roo | 17.9 | 2.0 |
| Guerrero | 17.1 | 1.9 |

*Tasa por 100 000 derechohabientes usuarios, comparada con la tasa nacional.

Fuente: Jefatura de Servicios de Salud Pública, IMSS

Cabe destacar que Yucatán, Puebla y Morelos ya no aparecieron en los 10 primeros lugares en el análisis ajustado, por lo que es de suponerse que tiene una población femenina usuaria de mayor edad. Sus lugares fueron ocupados por Querétaro, Zacatecas y Quintana Roo, donde seguramente las mujeres usuarias son más jóvenes en comparación al promedio nacional, lo que explica que sus tasas crudas sean menores que las ajustadas.

Los estados con la menor mortalidad fueron Tlaxcala, México, Aguascalientes, Tabasco y el Distrito Federal. Esta última entidad tuvo una tasa ajustada por edad de cinco defunciones por 100 000 derechohabientes, con un riesgo de fallecer por esta neoplasia de apenas la mitad que el promedio nacional (cuadro IV).

Cuadro 4

Razón de tasas ajustadas* de la mortalidad en las delegaciones menos afectadas. IMSS, 1990.

| Delegación | Tasa | Razón de tasas |
|------------------|------|----------------|
| Distrito Federal | 5.0 | 0.56 |
| Tabasco | 4.8 | 0.54 |
| Aguascalientes | 4.4 | 0.49 |
| Estado de México | 0.8 | 0.09 |
| Tlaxcala | 0.1 | 0.01 |

* Tasa por 100 000 derechohabientes usuarios, comparada con la tasa nacional.

Fuente: Jefatura de Servicios de Salud Pública, IMSS.

Morbilidad por cáncer cervicouterino

Para el año de 1989 la incidencia de cáncer cervicouterino en el Instituto fue de 9.7 casos por 100 000 años persona de observación.

Al igual que la mortalidad, la distribución de la incidencia es desigual a nivel nacional, y oscila de 0.9 en Durango hasta 27.2 en Veracruz. Los estados con la mayor ocurrencia de este padecimiento fueron Veracruz, Coahuila, Chiapas, Michoacán, Chihuahua y Tabasco. A su vez, aquéllos con la menor incidencia fueron Durango, Quintana Roo, Hidalgo, Yucatán y Baja California Sur.

Llama la atención que Durango y Yucatán muestran bajas tasas de incidencia pero altas tasas de mortalidad, lo que hablaría de una mayor letalidad del padecimiento en ellos. Lo contrario se aprecia en Tabasco, que a pesar de tener una de las mayores incidencias en todo el país, su mortalidad es de las más bajas. No cabe duda que los problemas en la certificación y notificación de casos, pueden contribuir a explicar esta aparente paradoja.

Guerrero, Nayarit y Chiapas son estados que notifican las mayores tasas de incidencia y mortalidad, mientras que Baja California Sur, Aguascalientes y el Distrito Federal coinciden en informar baja incidencia y mortalidad. La congruencia en la presentación en ambos eventos en estas entidades indudablemente refleja aquéllas donde la ocurrencia del padecimiento es mayor, y se resalta la necesidad de centrar atención específica en ellas.

¿Qué es el cancer cervicouterino de acuerdo a la alopattia?

El cáncer cervicouterino, una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento).

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia). La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.

Ya que en general no hay síntomas asociados con el cáncer cervicouterino, el médico debe hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer. La primera prueba es la de Papanicolaou, que se lleva a cabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células. La paciente puede sentir algo de presión, pero generalmente no se siente dolor.

Si se encuentra células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido (este procedimiento se conoce con el nombre de biopsia) del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para ver si hay células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en el consultorio médico. Si para hacer la biopsia el médico necesita extraer una muestra mayor en forma de cono (conización), la paciente quizás tenga que ir al hospital.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si se encuentra en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.

Clasificación del cancer cervicouterino

Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer cervicouterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado. Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervicouterino:

Etapas 0 o carcinoma in situ

El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Etapas I

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapas IA: una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino. Etapas IB: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.

Etapas II

El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aún se encuentra en la región pélvica.

Etapas IIA: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina

Etapas IIB: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Etapas III

El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los uréteres).

Etapas IV

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Etapas IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino) etapas IVB: el cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones

Recurrente. La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.

Tratamiento ortodoxo

Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer cervicouterino. Se emplea tres clases de tratamiento:

- Cirugía (extracción del cáncer en una operación)
- Radioterapia (uso de rayos X de alta energía u otros rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas)
- Quimioterapia (uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas).
- El médico puede emplear uno de varios tipos de cirugía disponibles para el carcinoma in situ con el fin de destruir el tejido canceroso:
- La criocirugía consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
- La cirugía con rayo láser consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

El médico puede extraer el cáncer empleando una de las siguientes operaciones:

Conización. La conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una biopsia, pero también puede utilizarse para el tratamiento del cáncer incipiente del cuello uterino.

Excisión electro quirúrgica

Otra opción es que el médico realice un procedimiento de excisión electro quirúrgica (LEEP, siglas en inglés) para extraer el tejido anormal. El LEEP usa una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla.

También puede usarse un rayo láser como cuchilla para extraer el tejido.

Histerectomía. La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingooforectomía bilateral.

La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones.)

Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama excentración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

Radioterapia. La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

Quimioterapia. La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

Tratamiento por etapas

Los tratamientos para el cáncer cervicouterino dependen de la etapa en que se encuentra la enfermedad, del tamaño del tumor, y de la edad de la paciente, su estado de salud general y su deseo de tener hijos.

El tratamiento del cáncer del cuello uterino puede ser postergado durante el embarazo dependiendo de la etapa en que se encuentre el cáncer y el progreso del embarazo.

Se puede recibir tratamientos estándares, cuya eficacia ya ha sido probada en pacientes que participaron en pruebas anteriores o se puede optar por participar en un ensayo clínico. No todas las pacientes se curan con la terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios de los deseados. Por estas razones, los ensayos clínicos están diseñados para encontrar mejores maneras de tratar a las pacientes con cáncer y se basan en la información más actualizada.

Cancer Cervicouterino - Etapa 0

El cáncer cervicouterino en etapa 0 a veces también se conoce como carcinoma in situ.

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de excisión electro quirúrgica (LEEP)
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, el cuello uterino y el útero (histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

Cancer Cervicouterino - Etapa I

El tratamiento puede ser en uno de los siguientes, dependiendo de la profundidad a la cual las células del tumor hayan invadido el tejido normal:

Para el cáncer en etapa IA:

1. Cirugía para extirpar el cáncer, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingooforectomía bilateral), pero generalmente no se extraen en mujeres jóvenes.
2. Conización.
3. Para tumores con invasión más profunda (3-5 milímetros): cirugía para extraer el cáncer, el útero y el cuello uterino y parte de la vagina (histerectomía radical) junto con los ganglios linfáticos en la región pélvica (disección de ganglios linfáticos).
4. Radioterapia interna.

Para el cáncer en etapa IB:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.
3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

Cancer Cervicouterino - Etapa II

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IIA:

1. Radioterapia interna y externa.
2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.

3. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos, seguida de radioterapia más quimioterapia.
4. Radioterapia más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IIB: 1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Cancer Cervicouterino - Etapa Iii

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Cancer Cervicouterino - Etapa Iv

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IVA:

1. Radioterapia interna y externa más quimioterapia.

Para el cáncer en etapa IVB: 1. Radioterapia para aliviar síntomas causados por el cáncer.

2. Quimioterapia.

Cancer Cervicouterino - Recurrente

Si el cáncer ha vuelto (reaparecido) en la pelvis, el tratamiento puede ser uno de los siguientes:

1. Radioterapia combinada con quimioterapia.
2. Quimioterapia para aliviar los síntomas ocasionados por el cáncer.

Si el cáncer ha regresado fuera de la pelvis, el paciente puede decidir ingresar a un ensayo clínico de quimioterapia sistémica.

Prueba del Papanicolaou

1. ¿Qué es la prueba de Papanicolaou?

La prueba de Papanicolaou (también conocida como la prueba PAP o examen de citología) es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer.

2. ¿Qué es un examen pélvico?

En un examen pélvico, el médico palpa el útero (matriz), la vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto, con el propósito de encontrar cualquier anomalía en su forma o tamaño. Durante el examen pélvico, se utiliza un instrumento conocido como espéculo para ensanchar la vagina de tal manera que la parte superior de la vagina y el cuello uterino puedan ser vistos.

3. ¿Por qué son importantes la prueba de Papanicolaou y el examen pélvico?

La prueba de Papanicolaou y el examen pélvico forman parte importante del cuidado de la salud rutinario de una mujer, ya que con ellos se pueden detectar anomalías que pueden conducir a cáncer invasor. Estas anomalías pueden ser tratadas antes de que el cáncer se desarrolle. La mayoría de los cánceres invasores del cuello del útero se pueden prevenir si la mujer se hace pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con regularidad. Además, al igual que otros tipos de cáncer, el cáncer del cuello del útero puede ser tratado con mayor éxito cuando se detecta temprano.

4. ¿Quién realiza la prueba de Papanicolaou?

Los médicos y otros profesionales de la salud, tales como asistentes médicos, matronas y enfermeras practicantes, pueden realizar pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos. Estos individuos, por lo general, son conocidos como clínicos. (En Costa Rica médicos y enfermeras).

5. ¿Cómo se realiza la prueba de Papanicolaou?

La prueba de Papanicolaou es simple, rápida y no causa dolor; para realizar la prueba, se saca una muestra de células de adentro y de alrededor del cuello del útero con un raspador de madera o un cepillo cervical pequeño. El espécimen (muestra) se pone en una lámina de vidrio o se lava en líquido fijador y se envía a un laboratorio para que sea examinado.

6. ¿Quién debe hacerse la prueba de Papanicolaou?

Las mujeres que son o han sido sexualmente activas, o mayores de 18 años, deben hacerse pruebas de Papanicolaou y exámenes físicos con regularidad. Sería bueno que las mujeres consulten a su médico acerca de la frecuencia con que deben hacerse estos exámenes.

No se sabe de una edad en la que la prueba de Papanicolaou deja de ser eficaz. Las mujeres mayores deben seguir haciéndose exámenes físicos con regularidad, entre ellos el examen pélvico y la prueba de Papanicolaou. Las mujeres que han tenido resultados consistentemente normales en la prueba de Papanicolaou podrían preguntarle al médico con qué frecuencia deben hacerse la prueba de Papanicolaou.

Las mujeres que han tenido una histerectomía (cirugía en la que se extrae el útero, incluyendo el cuello del útero) deben consultar con su médico acerca de si tienen que seguir haciéndose pruebas de Papanicolaou con regularidad. Si la histerectomía se llevó a cabo debido a una condición precancerosa o cancerosa, tendrán que seguir sacándose muestras del final del canal vaginal para determinar cambios anormales. Si el útero (incluyendo el cuello del útero) ha sido extraído debido a una condición no cancerosa como fibroides, las pruebas de Papanicolaou rutinarias pueden no ser necesarias. Sin embargo, sigue siendo importante que la mujer continúe teniendo exámenes ginecológicos con regularidad como parte del cuidado de su salud.

7. ¿Cuándo debe realizarse la prueba de Papanicolaou?

Una mujer debe hacerse esta prueba cuando no esté menstruando; el mejor momento es entre 10 y 20 días después del primer día del período menstrual. Dos días antes de la prueba de Papanicolaou, la mujer debe evitar el lavado vaginal o usar medicamentos vaginales o espumas, cremas o gelatinas espermicidas (excepto cuando sea indicado por el médico). Estos podrían afectar y la prueba del Papanicolaou ha sido algunas veces confusa. Un nuevo método de informe, llamado el Sistema Bethesda, se desarrolló después de un taller patrocinado por el Instituto Nacional del Cáncer en 1988. El Sistema Bethesda utiliza términos descriptivos de diagnóstico en lugar de números de clases, los cuales se utilizaron en el pasado para presentar los resultados de la prueba de Papanicolaou. Este sistema de informe incluye una evaluación de suficiencia del espécimen.

8. ¿Qué significan los resultados anormales de la prueba?

Un médico podría tan solo describir los resultados de la prueba de Papanicolaou como "anormales". Las células en la superficie del cuello del útero a veces se ven anormales pero no son cancerosas. Es importante recordar que las condiciones anormales no siempre se convierten en cáncer y, algunas condiciones pueden ser más graves que otras. Es aconsejable que la mujer le pida al médico información específica acerca del resultado de su prueba de Papanicolaou y lo que éste significa.

Existen varios términos que se pueden utilizar para describir los resultados anormales.

- Displasia es un término utilizado para describir células anormales. La displasia no es cáncer, aunque se puede convertir en cáncer temprano del cuello del útero. Durante la displasia, las células cervicales sufren una serie de cambios en su apariencia. Las células aparecen anormales en el

microscopio, pero no invaden los tejidos saludables de alrededor. Existen tres grados de displasia, clasificados como leve, moderado o grave, dependiendo de qué tan anormales se vean las células en el microscopio.

- Lesión intraepitelial escamosa (SIL, por siglas en inglés) es otro término que se utiliza para describir cambios anormales de las células en la superficie del cuello del útero. La palabra escamosa describe las células que son delgadas, planas y yacen en la superficie de afuera del cuello del útero. La palabra lesión se refiere a tejido anormal. Una lesión intraepitelial significa que las células anormales están presentes solamente en las capas superficiales de las células. Un médico puede describir una lesión intraepitelial escamosa como de grado bajo (cambios tempranos en el tamaño, forma y número de células) o de grado alto (un número grande de células precancerosas que tienen una apariencia bastante diferente a la de las células normales).
- Neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por siglas en inglés) es otro término que se utiliza a veces para describir células anormales. Neoplasia significa un nuevo crecimiento anormal de células. Intraepitelial se refiere a las capas superficiales de las células. El término neoplasia intraepitelial cervical, junto con un número (del 1 al 3), describe qué tanto del cuello del útero contiene células anormales.
- Carcinoma in situ describe un cáncer pre-invasor que involucra solamente las células superficiales y no se ha extendido a tejidos más profundos.
- El cáncer del cuello del útero o cáncer invasor del cuello del útero, ocurre cuando las células anormales penetran con mayor profundidad el cuello del útero u otros tejidos u órganos.

9. ¿Cómo se comparan estos términos entre sí?

- La displasia leve también se puede clasificar como SIL de grado bajo o CIN 1.
- La displasia moderada también se puede clasificar como SIL de grado alto o CIN 2.
- La displasia grave también se puede clasificar como SIL de grado alto o CIN 3.
- El carcinoma in situ también se puede clasificar como SIL de grado alto o CIN 3.

10. ¿Qué son células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS, por siglas en inglés)?

Las anomalías que no cumplen los criterios por medio de los cuales se define una lesión intraepitelial escamosa (SIL), una neoplasia intraepitelial cervical (CIN) o una displasia se denominan células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Las muestras persistentemente anormales por lo general son evaluadas con más detalle por un médico.

11. ¿Está asociado el Virus del Papiloma Humano con el desarrollo del cáncer del cuello del útero?

Los virus del papiloma humano son virus que pueden causar verrugas. Algunos son transmitidos sexualmente y causan crecimientos en los genitales similares a las verrugas. Los científicos han identificado más de 70 tipos de virus del papiloma humano; 30 tipos infectan el cuello del útero y, cerca de 15 tipos están asociados con el cáncer del cuello del útero.

El virus del papiloma humano es un factor mayor de riesgo de cáncer del cuello del útero. De hecho, casi todos los cánceres del cuello del útero muestran evidencia de virus del papiloma humano. Sin embargo, no todos los casos del virus se convierten en cáncer del cuello del útero. Una mujer que tenga el virus del papiloma humano debe comunicarle cualquier inquietud a su médico.

12. ¿Quién corre el riesgo de contraer la infección del Virus del Papiloma Humano?

Esta infección es más común entre los grupos de jóvenes, en particular, en las mujeres entre los 16 y 20 años de edad. Debido a que el virus del papiloma humano se propaga principalmente a través de contacto sexual, el riesgo aumenta con el número de compañeros sexuales. Las mujeres que empiezan a ser sexualmente activas a una edad temprana, que tienen compañeros sexuales múltiples y cuyos compañeros perceptibles por años después de la infección.

13. ¿Conlleva siempre la infección con un tipo de virus del papiloma humano asociado con cáncer a una condición precancerosa o cáncer?

No. La mayoría de infecciones parecen desaparecer por si mismas sin causar ningún tipo de anomalía. Sin embargo, la infección con tipos de virus del papiloma humano asociados con cáncer puede incrementar el riesgo de que las anomalías leves se conviertan en anomalías más graves o cáncer del cuello del útero. Con control médico regular a través de clínicos capacitados, las mujeres con anomalías cervicales precancerosas no deberían desarrollar cáncer invasor del cuello del útero.

14. ¿Qué significan los resultados positivos falsos y negativos falsos?

Desafortunadamente, existen ocasiones en las que los resultados de la prueba de Papanicolaou no son precisos. Aunque estos errores no ocurren muy frecuentemente, pueden causar ansiedad y pueden afectar la salud de la mujer.

Un resultado positivo falso de una prueba de Papanicolaou, ocurre cuando a una paciente se le dice que tiene células anormales cuando en realidad las células son normales. Un resultado de la prueba de Papanicolaou negativo falso ocurre cuando se denomina normal un espécimen, pero la mujer tiene una lesión. Una variedad de factores puede contribuir a un resultado negativo falso. Un resultado de la prueba de Papanicolaou negativo falso puede demorar el diagnóstico y tratamiento de una condición precancerosa. No obstante, los exámenes de detección realizados con regularidad ayudan a compensar los resultados negativos falsos ya que si por error no se detectaron las células cancerosas en una oportunidad, existe una buena probabilidad de que las células sean detectadas la próxima vez.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado recientemente dos sistemas computarizados para volver a llevar a cabo pruebas para la detección de células anormales en las muestras de una prueba de Papanicolaou. Estos sistemas se están empezando a utilizar en laboratorios a lo largo del país los resultados de su prueba de Papanicolaou y que pregunte sobre las medidas de control de calidad que se toman en el laboratorio donde se examinan las muestras de tejido.

15. ¿Qué sucede si los resultados de la prueba de Papanicolaou son anormales?

Si la prueba de Papanicolaou muestra una anomalía ambigua o menor, el médico podría repetir la prueba para cerciorarse de su exactitud. Si la prueba de Papanicolaou muestra una anomalía significativa, el médico entonces podría realizar una colposcopia utilizando un instrumento bastante parecido a un microscopio (llamado un colposcopio) para examinar la vagina y el cuello del útero. El colposcopio no penetra el cuerpo. También se puede realizar una prueba de Schiller. Para realizar esta prueba, el médico reviste el cuello del útero con una solución de yodo. Las células saludables se tornan color marrón y las células anormales se tornan blancas o amarillas. Estos dos procedimientos pueden realizarse en el consultorio del médico.

El médico también podría extraer una pequeña cantidad de tejido cervical para que sea examinado por un patólogo. Este procedimiento se conoce como biopsia y es la única manera de saber con certeza si las células anormales indican cáncer.

Virus del papiloma humano y condilomas

Los virus del papiloma humano (VPH) constituyen uno de los principales motivos de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los expertos calculan que 24 millones de norteamericanos están infectados. Existen más de 60 tipos de VPH, de los cuales un tercio se contagian por vía sexual. Aparte del problema de la infección, estos virus están relacionados con el cáncer genital. Al igual que ocurre con otras ETS, los VPH no provocan síntomas ni producen lesiones evidentes. Esta situación determina que la infección se extienda a otros sin que se detecten alteraciones.

Condilomas

Los condilomas acuminados o verrugas venéreas se producen por algunos tipos de VPH. En cambios las verrugas de otras partes del cuerpo se producen por otros virus. Los condilomas acuminados se transmiten por contagio sexual, apareciendo dentro de los 3 meses del contacto con el enfermo. En Estados Unidos se calcula que cada año se diagnostican un millón de casos nuevos.

En la mujer los condilomas aparecen en los labios vulvares, vagina, cuello uterino o cerca del ano. En el varón aparecen en el pene y en el escroto, y en la proximidad anal si tiene relaciones homosexuales. La evolución de las lesiones es imprevisible: pueden desaparecer, crecer o permanecer estables.

Diagnóstico de los condilomas

Cuando una persona presenta formaciones de aspecto verrugoso en la zona genital o en su proximidad debe acudir al ginecólogo. El diagnóstico se realiza viendo las lesiones. Además, se deben buscar otras lesiones que relacionadas con los VPH.

Para mejorar la visualización de lesiones dudosas se puede aplicar ácido acético y usar el colposcopio. En los casos dudosos se puede practicar una citología o una biopsia. Hay una serie de pruebas que permiten determinar el tipo de VPH que produce la infección y si existe riesgo de que aparezca un cáncer de cuello uterino o si existe riesgo de transmisión fetal en el caso de embarazo.

Tratamiento de los condilomas

El tratamiento depende del tamaño, el sitio donde está la lesión y los síntomas que provoca. Aunque se logre eliminar la lesión verrugosa, el virus no se consigue erradicar y los condilomas reaparecen. En Estados Unidos se aprobado una crema de imiquimod que se puede aplicar sobre las lesiones. Otros tratamientos incluyen la aplicación de solución de podofilino al 0,5 %, que no se debe emplear en caso de embarazo por producir alteraciones fetales ya que se absorbe. También se puede emplear 5-fluouracilo al 5 % que tampoco se puede emplear en caso de embarazo, o ácido tricloroacético.

Las pequeñas verrugas se pueden eliminar con criocirugía o electrocirugía. En algunos casos de lesiones amplias se puede emplear el láser. También se ha empleado el interferón alfa inyectado directamente sobre la lesión.

Prevención de los condilomas

La única forma de prevenir el contagio es evitar el contacto directo con el virus que se transmite por el roce de la piel. Si existen lesiones evidentes se deben usar condones que dan alguna protección.

El Virus del Papiloma Humano y el Cáncer

El Virus de Papiloma Humano

El virus de papiloma humano, o papiloma virus humano (VPH) es un grupo de más de 80 tipos de virus. Se llaman papiloma virus porque ciertos tipos pueden causar verrugas, o papilomas, que son tumores benignos (no cancerosos). Diferentes tipos de virus de papiloma humano causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies y aquéllas que se desarrollan en la boca y en el área genital.

De los más de 80 tipos de virus de papiloma humano, existen más de 30 que tienen la habilidad de infectar el tracto genital. Estos virus de papiloma humano genitales pueden pasarse de una persona a otra a través de contacto sexual. Algunos virus de papiloma humano pueden causar verrugas que aparecen en o alrededor de los genitales y el ano, tanto de los hombres como de las mujeres. Las verrugas genitales son técnicamente conocidas como condilomas acuminadas y están generalmente asociadas con dos tipos de virus de papiloma humano, el número 6 y número 11. El virus de papiloma humano también puede causar

crecimientos planos anormales en el área genital y en el cuello del útero (la parte más baja del útero que se extiende a la vagina).

El virus de Papiloma Humano y el riesgo de cáncer

El virus de papiloma humano ahora se conoce como la causa mayor de cáncer del cuello del útero (Cérvix). Algunos tipos de virus de papiloma humano se conocen como virus de "bajo riesgo" porque raramente se convierten en cáncer; éstos incluyen los HPV-6 y HPV-11. Los tipos de virus de papiloma humano que pueden llevar al desarrollo de cáncer se conocen como "tipos asociados con el cáncer". Los tipos de virus más importantes de papiloma humano, transmitidos sexualmente, asociados con el cáncer en hombres y mujeres incluyen los HPV-16, HPV-18, HPV-31, y HPV-45. Estos tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer causan crecimientos que normalmente parecen planos y son casi invisibles, comparados con las verrugas causadas por los HPV-6 y HPV-11.

Virus del Papiloma y Displasia de Cuello Uterino

El virus del papiloma humano (VPH) se llama vulgarmente virus de las verrugas e incluye más de 60 tipos diferentes. Los virus tipos 1, 3 y 5 pueden causar las verrugas en piernas y brazos, mientras que los tipos 6 y 11 pueden provocar lesiones verrugosas en los genitales masculinos y femeninos. Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35 pueden provocar alteraciones celulares en la vagina y el cuello uterino llamadas displasias.

En Estados Unidos la infección genital por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente: un tercio de las mujeres de menos de 20 años con relaciones sexuales tienen la infección en el cuello uterino o en la vulva. La enfermedad tiene la peculiaridad de que NO DA SINTOMAS y que el varón es un portador sin lesiones visibles. Un estudio científico demuestra que en las mujeres con la infección por VPH en el 69 % de los varones que tienen relaciones sexuales presentan lesiones asintomáticas en el pene que pueden detectarse mediante colposcopia del pene. Por tanto, el varón es un reservorio que disemina la enfermedad.

La visión directa del pene permite es un método pobre para el diagnóstico. La penoscopia con ácido acético es muy aconsejable para detectar las lesiones del varón. Aunque la infección es provocada por los mismos tipos de virus en el varón y la mujer, las lesiones difieren clínica e histológicamente: los varones frecuentemente presentan condilomas mientras que en la mujer lo frecuente es la displasia.

La displasia cervical es una lesión premaligna o precancerosa de las células del cuello uterino. Se pueden distinguir 3 formas de displasia: leve, moderada y severa. La displasia leve es la forma más corriente, se puede considerar una respuesta tisular a la agresión del virus y en el 70 % de los casos se cura sin ningún tratamiento. Sin embargo, la displasia leve puede transformarse en una lesión más grave. Las displasias moderada y severa son formas más graves que se deben tratar por el mayor riesgo de transformarse en lesiones cancerosas. El método diagnóstico para estas lesiones es la práctica de la citología que permite detectar las alteraciones celulares.

Pero la displasia no solo es provocada por algunos tipos de VPH. El consumo de tabaco es otra causa de displasia cervical, posiblemente por la acción tóxica sobre el cuello uterino de la nicotina y la cotinina. Estos agentes químicos también se pueden concentrar en las secreciones genitales masculinas, por eso se deben abstener de fumar los varones que tienen relaciones sexuales con mujeres portadoras de displasia. También determinadas carencias nutricionales pueden favorecer la aparición de displasia cervical. Por eso el Instituto Nacional del Cáncer recomienda el consumo de frutas y vegetales frescos, o en su defecto un suplemento poli vitamínico con antioxidantes como la vitamina E o carotenos.

La forma de adquirir la infección por HPV es a través del contacto sexual. Los condones pueden prevenir la diseminación de diferentes enfermedades venéreas o el SIDA, pero no previenen el contagio del HPV. El virus puede estar en reposo hasta durante 20 años, por lo cual no siempre se puede relacionar la displasia con un contacto sexual reciente. Por lo tanto el riesgo de displasia persiste durante muchos años y por tanto la vigencia de la práctica de citología es cada vez más importante ante el riesgo de displasia y/o

cáncer. La eliminación del virus es muy difícil a pesar de la cirugía y otras técnicas aplicadas directamente sobre el cuello uterino. El sistema inmune es el responsable de la eliminación del virus y para ello es importante suprimir el tabaquismo, consumir vitaminas y las medidas aconsejadas por un ginecólogo experto.

Desgraciadamente desconocemos los factores que participan en la latencia, reactivación, infección subclínica sin enfermedad aparente, y los mecanismos requeridos para la transformación en un cáncer.

Condiciones precancerosas en el cervix uterino

Ambos tipos de virus de papiloma humano, los asociados con el cáncer y los de bajo riesgo, pueden causar el crecimiento de células anormales en el cuello del útero, pero generalmente sólo los tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer pueden llevar al desarrollo del cáncer del cuello del útero.

Las células cervicales anormales pueden detectarse cuando se realiza la prueba PAP, o Papanicolaou, durante un examen ginecológico. Se han utilizado varios términos para describir las células anormales que pueden verse en las pruebas PAP. En el sistema de Bethesda (el sistema principal que se utiliza para informar los resultados de las pruebas PAP en los Estados Unidos), las condiciones precancerosas son divididas en lesiones intra epiteliales escamosas (SIL, por sus siglas en inglés) de bajo grado y de alto grado. Las células escamosas son delgadas, planas, y se encuentran en el tejido que forma la superficie de la piel, en el revestimiento del conducto superior de los tractos respiratorios y digestivos, y en la vagina y la parte exterior del cuello del útero.

Otros términos que a veces se utilizan para describir estas células anormales son neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés) y displasia. Las lesiones intra epiteliales escamosas de bajo grado (displasias leves) son una condición común, especialmente en las mujeres jóvenes. La mayoría de las lesiones intra epiteliales escamosas de bajo grado vuelven a la normalidad pasado unos meses o unos pocos años. A veces, las lesiones intra epiteliales escamosas de bajo grado pueden convertirse en lesiones intra epiteliales escamosas de alto grado. Las lesiones intra epiteliales escamosas de alto grado no son cáncer, pero eventualmente pueden convertirse en cáncer y deben ser tratadas por un médico.

Ciertos comportamientos, tales como empezar las relaciones sexuales a una edad temprana y tener muchos compañeros sexuales, aumentan la probabilidad de desarrollar una infección de virus del papiloma humano.

La mayoría de las infecciones con virus de papiloma humano desaparecen por sí solas sin causar anomalía alguna. Es importante notar que la infección con tipos de virus del papiloma humano asociados con el cáncer (16, 18, 31, y 45) puede aumentar el riesgo de que las anomalías suaves se conviertan en anomalías más severas o en cáncer del cuello del útero. Sin embargo, de las mujeres que desarrollan cambios anormales en las células con tipos de virus del papiloma humano asociados con el cáncer, sólo un porcentaje pequeño desarrollaría cáncer del cuello del útero si estas células no fueran removidas.

Los estudios sugieren que si una mujer desarrolla cáncer o no, depende de una variedad de factores que actúan conjuntamente con los tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer. Estos factores pueden incluir el fumar, la resistencia baja a la infección, e infección con agentes diferentes al papiloma virus humano.

Seguimiento y Tratamiento de las Lesiones por VPH

Si en una prueba PAP se detectan cambios en las células que preocupan, el siguiente paso normalmente es una colposcopia y una biopsia de cualquier área anormal. (La colposcopia es un procedimiento en el cual se utiliza un espéculo llamado colposcopio para examinar la vagina y el cuello del útero. La biopsia es la extracción de una muestra pequeña de tejido para hacer un diagnóstico).

Aunque actualmente “no existe” cura médica para eliminar una infección del papiloma virus, las lesiones intra epiteliales escamosas y las verrugas que estos virus causan pueden ser tratadas. Los métodos que se utilizan para tratar las lesiones intra epiteliales escamosas incluyen la cauterización en frío (enfriamiento que destruye el tejido), el tratamiento láser (cirugía con una luz de alta intensidad), el tratamiento de excisión quirúrgica por medio del asa eléctrica (LEEP, por sus siglas en inglés), así como la cirugía convencional. Pueden usarse tratamientos similares para las verrugas genitales externas. Además, dos químicos poderosos (la podofilina y el ácido tricloroacético) pueden destruir las verrugas genitales externas cuando se aplican directamente en ellas. La crema Imiquimod también ha sido aceptada recientemente por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) como otra droga efectiva para el tratamiento. El Imiquimod trabaja estimulando el sistema inmune (defensa) para luchar contra el virus.

Investigación actual acerca del cancer cervicouterino dentro de la alopátia

Un importante estudio del Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) actualmente está evaluando los diferentes enfoques para las mujeres con resultados de la prueba PAP ligeramente anormales. Los hallazgos ayudarán a las mujeres y a sus médicos a decidir qué curso de acción tomar cuando se presentan anomalías ligeras en las pruebas PAP. Además, los investigadores del Instituto Nacional del Cáncer están probando y validando nuevas maneras de detectar el virus del papiloma humano y los cambios de las células del cuello del útero relacionados con éste.

Los científicos del laboratorio del Instituto Nacional del Cáncer están llevando a cabo investigaciones acerca del virus de papiloma humano para conocer cómo este causa cambios precancerosos en las células normales y cómo prevenir estos cambios. Los científicos están estudiando el virus de papiloma humano creado en el laboratorio con la meta de descubrir maneras de controlar la infección o hacer una vacuna contra el virus. Los científicos han desarrollado varias vacunas prometedoras para papiloma virus afines que actualmente se están probando en animales. Además, se está intentando descubrir cómo ayudar al sistema inmune (defensa) de una persona a prevenir que las células anormales se conviertan en cáncer del cuello del útero. Actualmente sabemos que con el sistema del par biomagnético podemos cuantificar, calificar y pronosticar el estado del paciente en la primera consulta si la necesidad de análisis previos ni estudios de laboratorio.

Los resultados de las investigaciones en el laboratorio indican que los virus de papiloma humano producen proteínas conocidas como E5, E6, y E7. Estas proteínas interfieren con las funciones de la célula que normalmente previenen el crecimiento excesivo. Por ejemplo, el virus del papiloma humano E6 interfiere con la proteína humana p53. La proteína p53 está presente en todas las personas y actúa para impedir que los tumores crezcan. Esta investigación puede ser útil en desarrollar maneras de interrumpir el proceso por el cual la infección de virus del papiloma humano puede llevar al crecimiento de células anormales y eventualmente al cáncer.

Epidemiología del virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 80 tipos, de éstos cerca de 40 infectan el aparato genital masculino y femenino.

Estos virus producen infecciones de piel y también afectan las mucosas del tracto anogenital, el oral (boca, garganta) y respiratorio.

En la piel las lesiones más frecuentes son las verrugas cutáneas, también llamadas verrugas vulgares y las verrugas plantares, que son lesiones en las plantas de los pies, a menudo dolorosas.

Las lesiones anogenitales incluyen las verrugas genitales (condiloma acuminado, cresta de gallo) que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. Las

verrugas genitales, por lo común, son causadas por los tipos VPH-11 y VPH-16. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina, la uretra y el ano.

En el boca y garganta el virus del papiloma humano produce el papiloma oral y el papiloma laríngeo. También producen el papiloma de la conjuntiva del ojo y el papiloma nasal.

Los virus del papiloma humano también están relacionados con varios tipos de cáncer, entre los cuales se incluyen: cáncer del cuello del útero (cervicouterino) y cáncer de varios órganos, tales como: amígdala, faringe, esófago, mama, próstata, ovario, uretra y de piel.

El cáncer del cuello uterino es el segundo cáncer de la mujer en frecuencia en todo el mundo después del cáncer de mama y es el principal cáncer de la mujer en la mayoría de los países en vías de desarrollo, donde ocurre el 80% de los casos de cáncer de cuello uterino. Se estima que causa alrededor de 500.000 muertes al año en todo el mundo. Su frecuencia es mayor en países en desarrollo.

La investigación médica alopática ha podido demostrar que el virus del papiloma humano es la principal causa del cáncer invasor de cuello uterino (cáncer cervicouterino) y de neoplasia intraepitelial cervical (NIC 1, 2 y 3). Las neoplasias intra epiteliales o NIC I, II y III son etapas previas al desarrollo del cáncer cervicouterino.

Los virus de papiloma humano se dividen en dos grandes grupos dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas: alto y bajo riesgo.

Se denomina factor de riesgo a aquel factor asociado con el riesgo de desarrollo de una enfermedad pero no suficiente para causarla. Es necesario la presencia de otros factores asociados para causar la enfermedad (conducta sexual, inadecuada nutrición, tabaquismo, etc.)

VPH de bajo riesgo

Virus de papiloma humano de bajo riesgo se les llama a aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Los VPH que provocan verrugas genitales, también llamado condiloma acuminado y cresta de gallo, están en este grupo.

VPH de riesgo alto

Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos tipos el VPH 16 y el 18 son, sin duda, los más importantes dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino.

Modo de transmisión

Las verrugas vulgares pueden auto inocularse. Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas. Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina por lo general se transmiten por contacto sexual, no obstante hay evidencia de otras formas de contagio como son: mesas de exploración ginecológica, instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados, las perillas de las puertas de los baños, juguetes sexuales, y ahora con la bioenergética podemos saber que también las albercas y los baños públicos son puntos de contagio. No obstante, no se ha probado totalmente estas fuentes de contagio debido a la imposibilidad de cultivar el virus, o una manera de satisfacer a la ciencia acerca de la bioenergética y sus bondades.

Otra forma de contagio es de la madre al niño durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal. En estos casos puede producirse en el niño un cuadro muy grave denominado papilomatosis laríngea. Este tipo de transmisión del virus es poco común, y de igual forma difícil de comprobar que es hereditario y /o genético.

Período de incubación:

Es muy variable. Por lo general de dos a tres meses¹, aunque puede ser de años.⁵ La mayoría de las infecciones transcurren sin lesiones aparentes y desaparecen sin dejar evidencias de la infección. Un porcentaje pequeño de las infecciones persisten al cabo del tiempo provocando lesiones detectables a simple vista o mediante procedimientos médicos como el Papanicolaou o la colposcopia.

Frecuencia de la infección por virus del papiloma humano

Estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que la infección por el Virus del Papiloma Humano es muy frecuente entre la población. Se calcula que un 1% de la población sexualmente activa tiene verrugas genitales; 4% de la población podrían tener lesiones por VPH si se evalúan mediante la colposcopia; cerca de un 10% de la población serían VPH positivos aunque tendrían una colposcopia negativa y, por último, un 60% de la población podrían tener anticuerpos detectables en su cuerpo que indicarían que en algún momento se han expuesto a algún tipo de virus del papiloma humano.⁴

En el mundo la mayor frecuencia de virus de papiloma humano de alto riesgo se encuentran en África y América Latina (VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58) De éstos el más frecuente en América Latina es el VPH-16. En Centroamérica y Suramérica también son frecuentes los virus de alto riesgo VPH-33, VPH-39 y VPH-59.

Factores de riesgo asociados al VPH para el desarrollo de cáncer cervicouterino

Como vimos anteriormente solo una pequeña parte de las infecciones crónicas por VPH evolucionan de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) I a NIC II, NIC III y cáncer cervicouterino. Se han encontrado algunos factores de riesgo asociados al VPH que son determinantes para que esta evolución hacia el cáncer se dé, los más importantes son: 3

1. Conducta sexual
2. Consumo de tabaco.
3. Mujeres con alto número de embarazos
4. Sistema inmunológico deprimido.
5. Uso prolongado de anticonceptivos
6. Nutrición

Conducta Sexual. Se considera el principal factor de riesgo. El inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 20 años) y el número de compañeros sexuales aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales.⁵

La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma que trasmite después a su pareja.

En población de prostitutas la frecuencia de infección por virus de alto riesgo VPH-16, 18, 31 y 58 es hasta 14 veces más frecuente que en la población general.⁵

Consumo de Tabaco. Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco.

Alto Número de Embarazos. Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH.

Sistema Inmunológico Deprimido. Factores genéticos o enfermedades como el SIDA, medicamentos, consumo de drogas, etc. que provocan la depresión del sistema inmunológico de la persona predisponen al desarrollo de neoplasias anogenitales y del cuello uterino ante la presencia de la infección por VIH.

Uso Prolongado de Anticonceptivos. El uso prolongado de anticonceptivos se ha vinculado con la persistencia de infecciones por virus del papiloma humano. Estudios científicos han estimado que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de 5 años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.

Factores Nutricionales. Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones de CIN I a CIN II, III y cáncer cervicouterino.

Recomendaciones Ortodoxas Generales para Prevención del Cáncer Cervicouterino

1. Un control riguroso, periódicamente, mediante el examen de Papanicolaou (al menos una vez al año o más frecuente si así lo indica su médico).
2. No fumar. El fumado aumenta el riesgo de que las lesiones provocadas por este virus evolucionen hacia cáncer.
3. No utilizar anticonceptivos orales como método de planificación. Investigaciones médicas han demostrado que el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años puede incrementar el riesgo de carcinoma cervical hasta 4 veces en mujeres infectadas por VPH.
4. Estimular el sistema inmunológico.

Para ello es conveniente tener una alimentación muy sana y variada.

- Aumentar el consumo de sustancias antioxidantes. Para ello debe comer mucha fruta y verdura: el tomate, de preferencia cocido es rico en un antioxidante llamado licopeno; otros alimentos ricos en antioxidantes son las frutas y vegetales rojos y amarillos (ricos en betacarotenos).
- Consumir mucha vitamina C natural presente en el jugo de naranja fresco, limón, tomate, kiwi, fresa.
- Consumir alimentos ricos en fibra vegetal.
- Evitar comer o comer poco carnes en conserva (jamones y similares) y reducir el consumo de carnes rojas.
- Consumir alimentos ricos en ácido fólico. Algunas de las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son los vegetales de hojas verdes (que se deben consumir crudas o poco cocidas), el hígado, los granos integrales, los cítricos, las nueces, las legumbres y la levadura de cerveza. También puede consumir el ácido fólico en tabletas. La dosis es de 400 microgramos diarios, para ello puede consumir media tableta de 1mg al día. (lo usual es conseguir tabletas de 1 mg.)
- Evitar el estrés dado que éste baja las defensas del organismo. Se pueden utilizar técnicas para ayudar a manejar el estrés tal como el yoga y la meditación.
- Hacer ejercicio físico al menos 3 veces por semana (caminar, nadar, etc.). El ejercicio físico estimula el sistema inmunitario de su organismo. Si usted sufre de alguna enfermedad crónica, obesidad o tiene dudas sobre su salud antes de comenzar a hacer ejercicios consulte con su médico.
- No consuma drogas ni alcohol dado que reducen las defensas de su organismo.
- Duerma al menos ocho horas diarias. Si le quita el sueño a su organismo sus defensas bajan.

¿Qué es el cancer cervicouterino para el biomagnetismo?

Es muy importante tener en mente este concepto dual y sinérgico, del comportamiento bioenergético de los microorganismos patógenos y de su interrelación funcional y vibracional porque ello nos lleva a concebir finalmente la fisiopatología del fenómeno tumoral que a grandes pasos nos puede llevar a conclusiones fundamentales.

1. 1.- Ningún virus patógeno por si mismo puede producir cáncer, ni siquiera fenómenos tumorales; solo excitaciones celulares e irritaciones tisulares, especialmente del tejido nervioso por su afinidad con este sistema.
2. 2.- Ninguna bacteria patógena por si misma puede soportar la génesis de un tumor; solamente provoca lesiones y/o irritaciones de tejidos u órganos, con manifestaciones clínicas específicas como dolor, edema, disfunción o lesión de tejidos; mas por sus metabolitos que por ellas.

Es decir, que ningún virus y ninguna bacteria generan por si mismos, fenómenos tumorales.

Los tumores son una condición de las células animales y/o vegetales; pero ningún virus ni bacteria pueden por si solos o por productos metabólicos, inducir un fenómeno tumoral; es por su asociación ordenada.

3. Cuando un virus es patógeno; es decir, que su virón es de ADN, la bacteria no es patógena; pero le fabrica la mucoproteína (cápside) específica y le hace resonancia vibracional y energética.

4. Si la bacteria es patógena, el virus es estructural o metabólico; es decir, de ARN. También en estos casos le hacen resonancia vibracional y energética.

Estos enunciados son de mayor importancia toda vez que: las lesiones celulares no son producidas directamente por las bacterias, si no por los virus de ARN que les hacen resonancia bioenergética y por productos metabólicos tóxicos que ellos generan.

5. Los hongos patógenos requieren para su metabolismo y reproducción de cuatro elementos sustanciales;

- materia orgánica
- humedad
- oscuridad relativa
- pH ácido

Las tres primeras condiciones son naturales de los tejidos pero; el PH ácido generalmente esta dado por la presencia de virus patógenos, es decir, que se requiere de un virus o mas de ADN para que los hongos se multipliquen patológicamente y por lo mismo, pueden existir virus patógenos si la presencia de hongos, pero no hongos sin la presencia de virus.

Los parásitos en general, se alimentan de bacterias por lo que es necesaria la presencia y estabilidad de estas para que subsista el parásito; es decir, que pueden proliferar las bacterias sin la asistencia o presencia de parásitos, pero no pueden existir parásitos sin la presencia de bacterias.

Todas estas consideraciones nos llevan a concluir que son tres principales factores en la génesis de los tumores en los tejidos u órganos de los seres superiores.

1. Factores primarios
2. Factores secundarios
3. Factores terciarios

Factores primarios

- | | |
|--|---|
| 1. De irritación y/o lesión de membrana celular y núcleo celular | Virus patógeno |
| 2. De ubicación anatómica. | Bacterias patógenas |
| 3. De crecimiento lento. | Bacterias patógenas |
| 4. De crecimiento rápido. | Hongos patógenos |
| 5. De malignidad. | Mycobacterium leprae |
| 6. De metástasis. | Seudomona aurioginosa ò Chlostrydium (En general, Anaerobios) |
| 7. De necrosis. | Parásitos |

Factores secundarios

1. Reologismo intratisular.
2. Radicales libres.
3. Contaminación ambiental.
4. Polución ambiental.
5. Alimentación.
6. Tabaquismo.

7. Antitranspirantes.
8. Drogas permitidas.
9. Drogas prohibidas.
10. Conservadores.
11. Pesticidas.
12. Radiaciones ionizantes.
13. Estrés.
14. Trauma.

Factores terciarios

1. Edad.
2. Sexo.
3. Raza.
4. Estatus social y cultural.
5. Estatus laboral.
6. Actividad sexual.
7. Promiscuidad.
8. Yatrogenia médica o quirúrgica.
9. Familia.
10. Religión.

Fisiopatología tumoral bioenergética

Teniendo en cuenta todos los factores que intervienen en la génesis del fenómeno tumor, la teoría del Dr. Isaac Goiz Durán expone una teoría que satisface tanto la génesis del tumor, por lesión de todas las estructuras celulares: membrana celular, citoplasma, membrana nuclear y cromosomas – como la estabilidad metabólica del mismo y por supuesto, la diferenciación final como benigno o maligno; que por supuesto no se ajusta al concepto ortodoxo de la alopatía en donde el criterio experimental del histopatólogo lo dicta y no se cuestiona ni se discute.

Es necesario entender que las bacterias, así como los hongos y por supuesto, los virus, no pueden generar por si mismos fenómenos tumorales; ni que los tumores son generados a partir de estos microorganismos sino de células orgánicas, así pues, el primer paso para la génesis tumoral es la alteración de la permeabilidad de la membrana celular.

Gracias al concepto de “ El Par Biomagnético” en donde se comprueba que la dualidad virus – bacteria existe siempre y en forma no solo organizada sino en resonancia armónica de tal suerte que cuando la bacteria es patógena, el virus es de ARN; en cambio cuando el virus es de ADN o patógeno, la bacteria no lo es. Así, los virus patógenos son los que logran ablandar o lesionar la membrana celular y llevar a cabo la segunda fase del fenómeno tumoral.

La alteración del citoplasma y de sus estructuras biológicas como las mitocondrias y la red citoplásmica, condicionada por la presencia patológica de virus de ADN, de toxinas, de iones negativos y de radicales libres, provoca fundamentalmente diez fenómenos.

1. Aumento de producción de antígenos.
2. Alteración del PH.
3. Expulsión de iones (+).
4. Absorción de iones (-).
5. incremento del volumen celular.
6. crecimiento anormal de la célula.
7. intoxicación celular.

8. incremento metabólico celular.
9. presencia anormal de ADN citoplásmico.
10. Presencia anormal de ARN citoplásmico.

La producción de antígenos es un fenómeno celular normal; solo que, cuando la inducción es aumentada presencia exagerada de los virus de ADN o genéticos, también las estructuras del citoplasma se ven urgidas en producir mayor cantidad de antígenos, alterando aun mas el pH citoplásmico.

Quizás la alteración del pH del citoplasma, sea el evento mas significativo de esta fase de alteración celular, por que ello exige el ingreso de mas elementos iónicos y sobre todo de carga negativa como el Cl⁻, Br⁻, Y⁻ y por supuesto el OH⁻ que llevan a la célula a un cuadro extremo de intoxicación y de distensión celular.

La inflamación celular exige la sobredistensión de la membrana celular, que la hace aun mas permeable y permite el ingreso de mayor numero de toxinas, de toxoides, de radicales libres, de iones negativos y de otro elemento aun mas toxico: los virus estructurales o de ARN.

Cabe mencionar que los virus pueden ser de ADN y de ARN; los primeros son patógenos, los segundos son metabólicos. Los primeros son de bajo peso molecular, los segundos son de alto peso molecular. Los primeros hacen resonancia con bacterias no patógenas y los segundos con bacterias patógenas.

Este concepto es muy importante porque explica el fenómeno tumoral, de ubicación tumoral y de malignidad tumoral: toda vez que al identificar a la bacteria patógena y por supuesto el par biomagnético que la soporta, podemos entender como la sobreproducción de toxinas y virus estructurales, inciden selectivamente en la célula indiferenciada pero con su membrana alterada; no así sobre la misma bacteria reforzada en forma natural por su pared.

Diagnostico biomagnetico

La identificación de los polos biomagnéticos obedece a la resonancia energética del polo del imán con el del organismo en estudio. Dentro del límite energético normal, no hay ninguna manifestación mesurable ni con imanes del orden de 1000 GAUSS, ni con mayores concentraciones energéticas; porque los tejidos están en un pH próximo al neutro (7).

La medición de los polos biomagnéticos hasta la fecha es de aspecto cualitativo e indirecto, pero es la base para que en un futuro próximo podamos desarrollar equipos electromagnéticos que puedan medir en forma directa y cuantitativa las alteraciones bioenergéticas producidas por los microorganismos patógenos o por las disfunciones orgánicas.

En la practica es conveniente iniciar el rastreo de los órganos estudiados con el polo norte o negativo del imán rastreador, pero también puede realizarse con el polo positivo, solo que al parecer, los focos biomagnéticos con polaridad positiva son mas energéticos y únicos; en cambio, los polos negativos son mas suaves y pueden ser ocasionalmente múltiples; es decir, que un polo biomagnético positivo puede hacer resonancia, ocasionalmente, con dos o mas polos negativos.

Lo común es que un polo positivo, solo haga resonancia biomagnética con un polo negativo, y que ambos se estén retroalimentando energéticamente.

En el rastreo el hemicuerpo izquierdo se mantiene fijo en su dimensión, en tanto que el derecho es el que nos da las manifestaciones de elongación o contracción con lo que podemos definir cualitativamente el órgano afectado.

Actualmente sabemos de la presencia de 175 pares biomagnéticos plenamente identificados y el tratamiento efectivo de estos pares por despolarización y de todos los que aun estén en estudio o aun desconocidos.

La mejor forma de rastrear los polos biomagnéticos es con el paciente en decúbito supino sobre una base firme y especialmente de madera o material aislante para evitar interferencias con los imanes. La ropa debe de ser ligera y preferentemente de algodón aunque también puede hacerse sobre ropa ligera sintética.

Basándonos en la etiología del verdadero cáncer por asociación de microorganismos podemos definirlos de la siguiente manera:

1. Virus patógeno (ADN) + Virus patógeno (ADN)= infiltrado a cavidad potencial.
2. Virus patógeno (ADN) + Bacteria patógena u Hongo patógeno = Quiste o pólipo.
3. Bacteria patógena + Bacteria patógena = Absceso.
4. Bacteria patógena + Bacteria patógena + Virus Patógeno (ADN)= Displasia.
5. Bacteria patógena + Bacteria patógena + Bacteria Patógena u Hongo patógeno + Virus patógeno = Neoplasia benigna.
6. Bacteria patógena + Bacteria Patógena u Hongo patógeno + Mycobacterium leprae + Virus patógeno = Neoplasia Maligna o verdadero cáncer.
7. Bacterias anaerobias asociadas o por si mismas = Metástasis.
8. Parásito asociado a la lesión = Necrosis.

Tratamiento biomagnetico del cáncer cervicouteino

Seria más fácil el tratamiento y la prevención de las neoplasias si nos ajustáramos a la supuesta etiología de la enfermedad.

De igual forma ni el cáncer cervicouterino es causado por el papiloma humano virus, pues quitando o previniendo esta contaminación se evitaría el cáncer, pero no quemando los condilomas que son manifestaciones del virus asociado a una bacteria patógena; pero el condiloma no es el virus en si, de tal suerte que quemándolos no se evita su presencia, ni su manifestación, ni su reproducción, ni su asociación patógena, menos aun cuando estas practicas de quemar la manifestación se asocian a la extirpación del útero y/o de los ovarios u/o de las trompas y/o de los anexos y/o de la vida.

Desde el punto de vista del biomagnetismo se ha podido constar que el cáncer cervicouterino es el resultado de la asociación de:

- Virus patógeno (papiloma virus, corona virus, parvo virus, herpe 1 virus, retro virus)
- + Chlamydia Trachomatis
- + Entero bácter cloacae
- + Malassezia furfur
- + Pseudomona aureoginosa

Estos elementos virales, bacterianos, micóticos, disfuncionales y a veces parasitarios condicionan no solo la patología tumoral sino la mortalidad tan alta en razón, como en todos los casos de tumor, de que se llega a extirpar el órgano y sus anexos y se ignora el factor etiológico infeccioso con lo que el tumor recidiva en otro órgano o sistema y la medicina lo acepta como lógico.

Si a esto le agregamos la presencia patógena del Mycobacterium leprae que en forma clásica se acepta y estudia como uno de los principales elementos de lesión epitelial, ya que son clásicas sus manifestaciones a ese nivel y quizá por ello tenga acción sobre las células indiferenciadas epiteliales y le de origen y sustento al verdadero fenómeno tumoral maligno o verdadero cáncer.

Otro de los factores que se asocian al fenómeno tumoral es la disposición del Mycobacterium leprae para producir lisozima, que es una toxina capaz de irritar y lesionar membranas celulares y tejidos, además de que genera una enzima especifica: la leprosinasina.

Ejemplo 1:

Paciente femenino de 52 años de edad con diagnóstico de miomas en la matriz, irritación del cuello del útero, quistes adheridos en los ovarios y dolor continuo, flujo vaginal abundante, cólicos fuertes.

Pronóstico alopático: histerectomía (extirpación del útero y anexos)

El rastreo biomagnético detecto:

- ovario – ovario (disfunción de ovarios)
- trompa-trompa (Parvo virus)
- colon descendente – colon descendente (Enterobacter cloacae)
- contra ciego – contra ciego (Bordetella)

El dolor intenso se quitó por completo media hora después, en 72 horas tuvo flujo vaginal y salieron coágulos, a las dos semanas no había molestia alguna y los miomas disminuyeron en un 80 %, después de dos tratamientos más y un ultrasonido estos ya habían desaparecido.

Ejemplo 2:

Paciente femenino de 28 años de edad con diagnóstico de cáncer en la matriz, tratando de embarazarse por 8 años, extirpación del ovario izquierdo por quistes, inflamación abdominal notoria.

Pronóstico alopático: extirpar el útero y lo que resta del otro ovario y parte de la vejiga

El rastreo biomagnético detecto:

- próstata – recto (Papiloma virus)
- Timo – recto (VIH 1)
- Escapula – escapula (Mycobacterium leprae)
- Trompa – trompa (Parvo virus)
- Ovario – ovario (disfunción)

Se volvió a revisar al paciente junto a su pareja a la semana y se encontró:

- Timo – recto (VIH 1) recontagio
- contra ciego – contra ciego (Bordetella)
- colon ascendente – colon descendente (Herpe 1)
- Colon transversal – vejiga (Vibrio Cholerae)
- Índice –índice (para borrar la memoria del VIH)

Al mes de ser atendidos, la paciente recobró peso perdido, el tono de piel se había esclarecido y se encontraba embarazada, tuvo un parto natural en agua y actualmente el niño tiene 1 año 3 meses y goza de buena salud.

Conclusiones

La persistente ubicación del cáncer cervicouterino como una de las principales causas de muerte en la mujer, no deja de ser una afrenta para los servicios de salud. La marginación social del sexo femenino se hace evidente con la mortalidad manifiesta por esta neoplasia.

Si bien es cierto que tanto la naturaleza multifactorial involucrada en la génesis del padecimiento, como la dificultad para establecer medidas de protección específica, inciden en forma negativa en la ocurrencia del padecimiento, la identificación de factores de riesgo, la posibilidad de diagnóstico temprano y de tratamiento certero, secundarios al desarrollo tecnológico, y la mejoría en el acceso a los servicios de salud, han hecho vulnerable al padecimiento y han fortalecido la premisa de que el cáncer cervicouterino es “curable”.

Se conoce, por ejemplo, que la tasa de incidencia para mujeres hispanas y grupos femeninos de indios americanos, es aproximadamente el doble de la población blanca. (8-9) A su vez, se ha demostrado que

afecta predominantemente a clases sociales bajas. Se han establecido riesgos de hasta cinco veces más que en las clases altas. (10)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la tendencia de la mortalidad por esta neoplasia ha sido estable en los últimos 15 años, a pesar de que desde hace 30 se iniciaron las acciones de detección. Si bien es cierto que se desconoce la mortalidad previa a este periodo, tampoco se ha observado, en época reciente, el descenso que se esperaría con las acciones de detección. Sin embargo si se continua atacando la manifestación y no su etiología, los resultados de mortalidad serán los mismos pero dentro de otro cuadro clínico u otra patología.

El promedio de detecciones realizadas en los últimos 10 años es cercano al millón de estudios anuales; sin embargo, esto representa una cobertura apenas del 10 al 20 por ciento de las mujeres mayores de 25 años amparadas por el Instituto.

No cabe duda de que se requiere de un sistema de vigilancia epidemiológica activa para el control de esta neoplasia. En la actualidad, prevalece un modelo de atención médico asistencial y el impacto preventivo del programa es limitado. A su vez, no se ha considerado la vigilancia y control de las mujeres con displasia, ni existe una vinculación eficiente entre la detección y el tratamiento de la mujer con sospecha del tumor.

Si se desea impactar en la mortalidad por esta neoplasia, es necesario modificar en forma sustancial los programas de control existentes, dado que las coberturas actuales no están hechas en función de las mujeres en riesgo, sino de la disponibilidad de cito tecnólogos en las unidades de atención médica, por lo que sería deseable que el universo de trabajo se centrara en aquellas mujeres con un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad. Desde los trabajos iniciales publicados en la literatura médica, en las décadas de 1960 y 1970, están identificados los grupos de alto riesgo, lo que indudablemente debiera regir la planeación y operación de las acciones en salud.

En México, la lucha contra el cáncer cervicouterino involucra la modificación de ciertos patrones culturales, entre los que podemos citar la multiparidad y una inadecuada educación sexual, que dificulta no sólo la aceptación de la prueba de detección, sino también el conocimiento sobre la existencia de enfermedades sexualmente transmisibles, específicamente las producidas por el papiloma virus y el herpes 1 simple, sin que estos sean los verdaderos causantes, y mucho menos la aceptación de métodos de diagnostico como lo es el biomagnetismo medico, que llega a afectar varios intereses dentro de la industria medica en general.

Es indiscutible que, en esta etapa, el compromiso del Instituto es consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica, en donde el seguimiento nominal de los casos sea una constante de trabajo intra e interinstitucional, y el desarrollo de investigaciones sea un propósito prioritario, donde se aborden los aspectos biomédicos, clínicos y operativos, con especial énfasis en el enfoque etiológico en el cual actualmente la bioenergética juega un papel muy importante. Asimismo, es necesario proseguir en la capacitación, en tanto que la evaluación debe ser de carácter cualitativo, con el propósito de incidir sobre los factores causales y de riesgo. Para esto las instituciones tendrán que abrirse al estudio de nuevos campos de la medicina en donde entra la teoría del par biomagnético, es por eso que su difusión y aceptación con el tiempo ganara camino sobre las teorías y dogmas ya establecidos.

Bibliografía

- Brinton LA, Fraumeni JF. 1986. *Epidemiology of uterine cervical cancer*. J Chron Dis;39:1051-1065.
- Canadian Task Force. 1976. *Cervical cancer screening programs: Epidemiology and natural history of carcinoma of the cervix*. Can Med Assoc J.;114:1001-1031.
- Carrada-Bravo T. 1987 *Cáncer de los órganos genitales y de mama en mujeres de la Ciudad de México*. Bol Of Sanit Panam; 102:125-130.

- Cisneros MT, Espinosa R, Pineda BE. 1987. *Mortalidad por cáncer de la mujer mexicana*. Salud Publica Mex;29:299-312.
- Devesa SS, Pollack ES, Young JL. 1984. *Assessing the validity of observed cancer incidence trends*. Am J Epidemiol; 119:274-291.
- Devesa SS. 1984. *Descriptive epidemiology of the uterine cancer*. Obstet Gynecol;63:605-612.
- Fasal E, Simmon ME, Kampert JB. 1981. *Factors associated with high and low risk of cervical neoplasia*. J Nal Cancer Inst;66:631-636.
- Fraumeni JF, Lloyd JW, Smith EM, Wagoner JK. 1969. *Cancer mortality among nons: Role of marital status in etiology of neoplastic disease in women*. J Nal Cancer Inst;42:455-468.
- Gardner JW, Lyon JL. 1977. *Low incidence of cervical cancer in Utah*. Gynecol Oncol;5:68-80.
- Goiz Durán, Isaac. *El fenómeno Tumoral*. Universidad Nacional de Loja.
- Graham S, Schotz W. 1979. *Epidemiology of cancer of the cervix in Bufalo, New York*. J Nal Cancer Inst;63:23-27.
- Hakama M. 1982. *Trends in the incidence of cervical cancer in the Nordic countries*. En: MaG K, ed. Trends in cancer incidence. Washington: Hemisphere Pub2:279-292.
- Hall SE, Walton L. 1968. *Dysplasia of the cervix. A prospective study of 206 cases*. Am J Obstet Gynecol;100:662-671.
- Harris RW, Brintton LA, Cawdell RH, et al. 1980. *Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uterine*. Br J Cancer;42:359-369.
- Juárez-Vergara P, Meza-Banda S. 1986. *Cáncer cervicouterino y citología exfoliativa*. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. México: IMSS.
- Miller AB, Lindsay J, Hill GB. 1976. *Mortality from cancer of the uterus in Canada and its relationship to screening for cancer of the cervix*. Int J Cancer;17:602-612.
- Rauda J, Rendón J, Hernández M. 1988. *Epidemiología del cáncer en la Ciudad de México durante*. Bol Mens Epidemiol;3:128-134.
- Reeves W, Brenes M, Britton R et al. 1984. *Cervical cancer in the Republic of Panama*. Am J Epidemiol;119:714-724.

PROBLEMAS EMOCIONALES Y SU CURACIÓN A TRAVÉS DEL PAR BIOMAGNÉTICO Y LA MEDICINA BIONERGÉTICA

Dr. Enrique Zenil Robles

Hay 2 maneras de vivir la vida:
Una es como si nada fuera un milagro
y La otra es, como si todo lo fuera.

Albert Einstein

Introducción

En estos tiempos de la modernidad, donde la tecnología revoluciona considerablemente todo, en el aspecto medico por ejemplo; facilitando todos los procesos hasta la medicina robótica o computarizada, a pesar de todo esto ¿que esta pasando? Será que ¿se esta perdiendo la parte humana de la medicina por la mecanización? por otro lado existe la necesidad de encontrar una respuesta cuando vemos alterada nuestra salud y no sabemos que pasa, los diagnósticos y tratamientos alópatas, que muchas veces no satisfacen nuestras expectativas, cuantas veces nos enfrentamos a la respuesta de “no tiene usted nada, sus resultados están normales”, o al error del laboratorio, o ¿no estamos cansados de tomar tanto medicamento sin la respuesta deseada? y el comentario del medico, “le recomiendo busque un terapeuta, el problema que usted tiene es emocional”, puede ser verdad, pero una observación de esa manera requiere de análisis y cuantas veces lo hacemos y nos sentimos peor por una guía mal inducida, nos detenemos a pensar que ¿esto podría ser por un cambio de pH en nuestro cerebro? o que ¿se altero la química sana del pensamiento por X razón? ¿Donde esta la maquina o el aparato que puede medir esto? Se han visto alteraciones de estas en resultados de electroencefalogramas aparentemente normales, y ¿Cuál es el costo que tenemos que pagar por todo esto? O cuando resulta una enfermedad grave o complicada que a veces la óptica con la que se mira es demasiado fatalista y las alternativas son pocas, el camino de la medicina convencional se ha convertido en un nicho de mercado muy suculento para grupos de empresarios, ¿Por qué será? ¿Por qué la mayoría de los médicos receta los medicamentos mas caros? o ¿los estudios de laboratorio mas costosos?, parece que la practica es “debe ser bueno por lo costoso”, o no “vamos mejor con aquel del consultorio bonito”, parece que en la actualidad la salud tiene un precio muy alto o así nos lo hacen creer, se ha perdido la sensibilidad del medico ¿será por falta de tiempo?, meternos un poco mas para averiguar las causas reales de la alteración de su salud, o es que ¿esto es tan difícil? o ¿es tan difícil utilizar tu sentido común?, o es que ¿los médicos sin laboratorios ni farmacias no son médicos?. No hay peor ignorancia que no querer saber que existe algo diferente y que puede ser mejor, que nos de resultados mas satisfactorios y que no sea tan costoso.

“La cultura es a la mente lo que el ejercicio al cuerpo”,

Y hay quien opina que:

“es la barca que flota en el océano de la ignorancia”

Historia

Los científicos han descubierto que el magnetismo es un fenómeno universal, es uno de los principios básicos subyacentes a toda existencia, la tierra, el sol, la luna y los innumerables cuerpos celestes son, en si mismos imanes descomunales, y cada uno esta envuelto por el campo magnético creado por las incesantes

emanaciones de los rayos magnéticos que produce, y este campo se extiende a su alrededor por miles de kilómetros, dada planeta mediante su magnetismo ejerce alguna influencia en mayor o menor grado en todos los demás planetas, nuestra tierra recibe la influencia directa del sol, la luna y otras estrellas de nuestra galaxia, esta relación planetaria es similar a la que existe entre los miembros de una familia, solo que en este caso la unión es el magnetismo.

El Sputnik III y otros satélites han detectado que el campo magnético de la tierra puede ser captado a 100 000 kilómetros de distancia de su superficie, ¿a que debe la tierra esto tan poderoso? Existen varias teorías al respecto, una sugiere que se debe a la electricidad atmosférica que circula a su alrededor, otra sostiene que el magnetismo pudo haber sido causado por el movimiento regular de rotación de la tierra, cualquiera que sea la causa de este fenómeno ejerce un impacto directo y profundo en sus criaturas, los seres vivientes.

El magnetismo solar es 100 veces mayor que el de la tierra, la tierra le debe al sol todo lo que tiene, luz y sombra, estaciones, vegetación, toda forma de vida, fuego, calor y según cierto punto de vista hasta su magnetismo, se ha observado que siempre que ocurre un cambio en el campo magnético del sol, altera el campo magnético de la tierra, estos cambios afectan a todas las criaturas a través de sus mentes, también la luna ejerce cierta influencia sobre nosotros, principalmente en los líquidos corporales, y mas profundamente en la mente, los días de luna llena para muchas personas les producen depresión y apatía.

La Física Aristotélica

Los filósofos naturales griegos no pretendían dar una explicación detallada de los mecanismos que rigen el comportamiento de la Naturaleza, y mucho menos aspiraban a lograr predicciones cuantitativas de resultados experimentales. Por contrario, buscaban analogías de los fenómenos naturales en términos más familiares, para lo que usaban frecuentemente el cuerpo del hombre, las relaciones humanas, los conflictos sociales, etc. Así, el magnetismo se podía describir como similar a la atracción que determinadas personas son capaces de ejercer sobre otras en virtud de una simpatía innata y que no todos poseen.

Los conceptos de atracción y repulsión eran centrales en la ciencia prearistotélica, al ser tomados como agentes fundamentales de cambios en la Naturaleza. La distinción entre materia, sujeto paciente de los cambios, y fuerzas, agentes de los mismos, ya es un hecho en la antigua ciencia griega hacia el siglo V a. de C. Se establecían cuatro tipos de causas de cambios, de las cuales, la causa eficiente se tomaba como fuente primaria de todo cambio, y representaba lo más parecido a lo que hoy llamamos acción o fuerza en un movimiento.

La "Física" de Aristóteles está dedicada fundamentalmente al estudio de las causas eficientes y su relación con el movimiento. Se desarrolla sobre la base de cuatro principios:

1. **Negación del vacío.** La existencia de espacios vacíos supondría velocidad infinita, por ser ésta inversamente proporcional a la resistencia del medio. Y dentro del esquema aristotélico no resultaba admisible la existencia de un móvil con esa propiedad.
2. **Existencia de una causa eficiente en todo cambio.** La causa eficiente se localizaba en la tendencia generalizada al "propio lugar", que no es sino la inclinación que todo cuerpo posee a ocupar el lugar que le corresponde por su propia naturaleza. Esta propensión al "propio lugar" ha sido interpretada, a veces, como una energía potencial introducida de forma rudimentaria; en otras, se ha visto como la primera insinuación de un modelo de acción a distancia, que sería la ejercida por la Tierra sobre los demás cuerpos.
3. **Principio de la acción por contacto.** En todos los movimientos, excepto en los naturales, debe existir como causa eficiente un agente en contacto con el objeto móvil. Se tomaba como resultado experimental, aunque aparecían dificultades concretas a la hora de explicar los movimientos de proyectiles, el magnetismo y las mareas. En los tres casos, el agente parecía operar a través de la continuidad del medio.
4. **Existencia de un primer agente inmóvil.** Carece de interés para el problema de las interacciones.

La Física de Newton

La Física de Newton tomaba como punto de partida un universo constituido por corpúsculos extensos y por espacio vacío. Cada uno de ellos con la propiedad de actuar a distancia, es decir, de ejercer fuerzas directa e instantáneamente sobre los demás. Con este esquema básico, Newton desarrolló sus conocidas teorías sobre el movimiento y sobre la gravitación publicadas en 1686.

La Mecánica de Newton describe cómo las fuerzas producen movimiento:

1. La proporcionalidad entre la intensidad de la fuerza y la aceleración (segunda ley).
2. La ley de Inercia (primera ley) por la cual un cuerpo se mantiene en su estado de movimiento si no actúan fuerzas sobre el mismo.
3. El principio de Acción y Reacción (tercera ley), por el que la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un segundo cuerpo es igual y de sentido contrario al que ejerce el segundo sobre el primero.

La teoría de la gravitación estudia la naturaleza de las fuerzas asociadas con los corpúsculos, son fuerzas atractivas y centrales, es decir, actúan según la recta que determinan sus respectivos centros. Newton estableció la variación cuantitativa de esta fuerza: resultaba ser directamente proporcional al producto de sus masas, e inversamente proporcional al cuadrado de la distancia que separa los centros de los cuerpos. Aplicando esta ley, pudo calcular el movimiento de los planetas con gran aproximación y también, deducir correctamente las leyes descubiertas por Kepler y Galileo. La teoría de Newton era sorprendentemente superior, en la predicción de nuevos resultados, a cualquier teoría precedente en la historia del pensamiento humano.

La ley del inverso del cuadrado de la distancia está en perfecta consonancia con la metafísica de Newton porque tiene interpretación geométrica y parece seguirse del carácter mismo del espacio. Imaginemos una fuente luminosa de intensidad constante, o una fuente de la que brota agua en todas las direcciones, o una fuente de calor en un sólido uniforme. Imagínense dos esferas, una mayor que otra, concéntricas con la fuente. La luz, el agua y el calor se difundirán como se sigue de la geometría de las esferas, con una intensidad decreciente según la ley del inverso del cuadrado de la distancia.

La teoría newtoniana de la acción a distancia no involucra al medio y supone la existencia de corpúsculos, espacio vacío, fuerzas centrales actuando a distancia, e interacción instantánea.

Aunque, dentro del esquema newtoniano la ley de gravitación resultaba absolutamente coherente, hay que resaltar que para el propio Newton era ya patente la dificultad de su adaptación a otro tipo de interacción. No predecía nada sobre otros muchos modos de acción de un cuerpo sobre otro. No explicaba, por ejemplo, la cohesión, fuerza que mantiene unidos a los cuerpos, ni tampoco las fuerzas eléctricas, magnéticas ni químicas. Se confiaba que este modelo sirviera de base para el estudio de otros fenómenos, como la electricidad.

Las teorías anti-newtonianas

Veamos ahora las teorías que se oponían a la Física formulada por Newton, y que tuvo su origen en Descartes. Se observará la gran relación existente en aquella época entre Física, que empezaba a despuntar e interpretar con gran éxito los fenómenos de la Naturaleza, y la Filosofía.

La Física de Descartes

El filósofo francés Descartes, comienza con una intrepidez sin límites, al crear todo un sistema del mundo en el que la materia se identificaba con el espacio, y no había lugar para el vacío.

La ley fundamental del sistema de Descartes es la conservación del movimiento. Dios infundió al Universo cierta cantidad de movimiento, que continua inalterado. Para Descartes "movimiento" es *momento* (mv), prescindiendo del carácter direccional de la velocidad. Puede haber transferencia de movimiento entre partículas que chocan, pero nunca puede ser creado ni destruido.

La causalidad física se reduce a un principio puramente mecánico: todo cambio es movimiento y toda alteración del movimiento se debe al contacto entre los cuerpos. Para Descartes la cuestión clave de la Física, que nunca se había planteado hasta entonces, estribaba en las leyes de los choques entre los cuerpos, que él mismo formuló.

Las modificaciones de Leibniz

Leibniz modificó el modelo de Descartes en varios aspectos fundamentales, para explicar la impenetrabilidad de los cuerpos. Si los cuerpos son objetos meramente geométricos, ¿por qué no se atraviesan, como podemos imaginar que sucede con los objetos geométricos? La pregunta no tenía solución dentro del sistema de Descartes. Para contestarla era necesario considerar junto con la extensión, la fuerza como otra propiedad esencial de la materia. La fuerza debería ser repulsiva para resistir la penetración. Leibniz arguye además que hay que asignar fuerzas a todos los puntos de la materia, y no solo a partículas de tamaño finito.

Esta nueva concepción del espacio como un continuo de puntos materiales con fuerza asociada, encontró fuerte oposición por parte de los partidarios de la Física de Newton basada como ya se ha indicado en corpúsculos, vacío y acción a distancia.

La síntesis de Kant

Tanto Boscovich como Kant intentaron sintetizar las ideas de Newton y de Leibniz, para unir la contundente ciencia de Newton con la persuasiva metafísica de Leibniz. Ambos abandonaron la idea de que el mundo está *lleno*, que es un campo de materia o de fuerzas. Sin embargo, fue a través de su influencia como Faraday llegó a establecer su teoría de los campos de fuerzas.

El espacio está constituido por una parte vacía y fuerzas de diferente índole. Las fuerzas repulsivas ocupan regiones del espacio, donde actúan sobre puntos contiguos; en cambio, no actúan a distancia. Las fuerzas atractivas, por el contrario, se ejercen a distancia y no ocupan el espacio a través del cual actúan. Un cuerpo material es una región continua del espacio con fuerzas repulsivas en cada punto y bordeado por el vacío, con lo que el cuerpo tiende a expandirse. Pero los mismos puntos llevan asociados fuerzas atractivas que actúan a distancia. La estabilidad observada, y la misma densidad se explicaban como resultado del balance: repulsión por contacto, atracción a distancia y era propio de cada objeto.

El descubrimiento de Oersted

En 1820 Oersted dio a conocer su descubrimiento de que la corriente eléctrica produce efectos magnéticos, observando como el paso de una corriente eléctrica hace desviarse a una aguja imantada.

Oersted, directamente influido por Kant, era un pensador encuadrado dentro de la tradición antinewtoniana. Su línea de trabajo giraba en torno a la idea de la unidad de las fuerzas, es decir, de que todas las fuerzas son simplemente manifestaciones de las fuerzas atractivas y repulsivas fundamentales (igual que Kant). Siguiendo la idea de la unidad de las fuerzas, a Oersted le parecía que todas las fuerzas debían de ser *directamente* convertibles unas en otras. En un trabajo en el que analizaba la presunta identidad entre las fuerzas químicas y eléctricas, Oersted ya había señalado (1813), antes de su famoso descubrimiento, la importancia de comprobar la interacción entre la electricidad y el magnetismo.

El modelo unificado en el que todas las fuerzas conocidas por entonces (eléctricas, magnéticas, de cohesión, gravitacionales, etc.) se podrían entender como formas distintas de las dos únicas acciones posibles: la repulsión por contacto y la atracción a distancia, parece que fue una guía constante en las investigaciones de Faraday sobre la electricidad y el magnetismo.

La Física newtoniana de Ampère

Ampère fue uno de los más sorprendidos por el descubrimiento de Oersted. Como muchos otros, era de la opinión de Coulomb de que sólo había interacciones entre la electricidad y la electricidad, y entre los

fenómenos magnéticos y los fenómenos magnéticos; es decir, entre fenómenos de la misma naturaleza. Había llegado incluso a "demostrar" en algunas conferencias que los fenómenos eléctricos y magnéticos se debían a dos fluidos diferentes que actúan independientemente uno del otro y además, siempre había creído fervientemente en el programa de investigación newtoniano.

Ampère se enfrentó con el problema siguiente: ¿podría explicarse el experimento de Oersted a partir de una teoría newtoniana? Ampère concibió la posibilidad de que el magnetismo no fuera una sustancia distinta, sino simplemente un aspecto de la electricidad.

Formuló la hipótesis de que si los efectos magnéticos se debían a corrientes eléctricas circulares dentro de los imanes, estas corrientes podían interactuar con las de otros imanes y con las corrientes voltaicas, explicando así el descubrimiento de Oersted. Se trataba de una hipótesis atrevida, porque no se conocía interacción alguna entre las corrientes eléctricas. Ampère realizó entonces experimentos para ver si dos cables por los que pasaba corriente podían interactuar y descubrió que las corrientes eléctricas pueden atraerse o repelerse.

Basándose en estos hechos, Ampère comenzó a desarrollar una teoría newtoniana de la atracción entre corrientes. Supuso, que las secciones infinitesimales de la corriente, denominadas "elementos de corriente", actúan como los puntos másicos de Newton: la atracción o repulsión se ejerce a lo largo de la línea de unión de dos elementos de corriente; por lo tanto, las fuerzas son *centrales*. Además, la atracción o repulsión son inversamente proporcionales al cuadrado de la distancia entre los elementos y están en proporción directa a la intensidad de la corriente en cada elemento.

Sin embargo, Ampère tuvo que tener en cuenta los *ángulos* entre los elementos de corrientes para poder explicar el experimento del cable giratorio, lo cual constituye de por sí una desviación del modelo newtoniano.

La fuerza es máxima cuando los elementos de corriente son paralelos entre sí, y perpendiculares a la línea que los une. En esta situación, elementos de corriente del mismo sentido se atraen, y de sentido contrario se repelen. Cuando el elemento de corriente gira o se desplaza de esta posición y la componente paralela de los elementos disminuye, la fuerza disminuye.

Basándose en estas ideas, Ampère construyó una brillante teoría matemática sobre la atracción de las corrientes, teoría que no fue refutada por ningún experimento.

La Historia de la Física está llena de grandes científicos como Galileo, Newton o Einstein, etc., cuyas contribuciones han sido decisivas, pero también de un número muy grande de científicos cuyos nombres no aparecen en los libros de texto. No existe el genio aislado al que de repente se le ocurre la idea clave que cambia el curso de la Ciencia. El avance en el progreso científico no se produce solamente por las contribuciones aisladas y discontinuas de unas mentes privilegiadas.

A Newton no se le ocurrió la ley de la Gravitación Universal al ver caer la famosa manzana sentado en las proximidades de un árbol. Pocos conocen que, aunque Newton formuló por primera vez una teoría completa de la gravitación, veinte años antes Hooke había llegado a la conclusión de que "diríase que los objetos materiales eran atraídos hacia el centro de la Tierra con una fuerza inversamente proporcional al cuadrado de la distancia que los separa".

Otros muchos ejemplos se pueden mencionar, que confirmarían que la evolución de las ideas de la Física y la aparición de nuevas teorías son hechos que se suceden con una continuidad mucho mayor que la que sugieren los libros de texto.

Hay partidarios del uso de la historia en la enseñanza de la Física por varias razones:

1. Para apreciar el estado actual de nuestro conocimiento científico en comparación con épocas previas.
2. Como hechos que debemos conocer para incrementar nuestra cultura.

3. Para motivar a estudiantes interesados en aspectos filosóficos y sociales de la ciencia.
4. El aspecto más importante de la historia de la ciencia, a nuestro entender, es la posibilidad de adquirir una visión actual y rigurosa de la evolución de nuestra imagen del mundo físico, que está en no pocas ocasiones en contradicción con la imagen simplificada que nos han contado, o que presentan algunos libros de texto.

En este capítulo recorreremos la Historia de la Física, centrándonos en un aspecto esencial de la misma, como nace y se desarrolla la idea de campo.

Esta idea no nace, en contra de lo que pudiera parecer, de un desarrollo tecnológico o de la necesidad de explicar un conjunto de fenómenos, sino de una Metafísica de la naturaleza (del conjunto de principios que rigen nuestra representación del mundo), elaborada por Descartes, modificada por Newton y Kant que influyeron en Oersted y Faraday, y que se oponía a las teorías dominantes de la acción a distancia de los seguidores de Newton (Laplace, Ampère, etc.) y que podemos resumir en:

Newton:

- Universo constituido por corpúsculos extensos y espacio vacío.
- Fuerzas centrales actuando a distancia y de forma instantánea.
- Fuerzas inversamente proporcionales al cuadrado de la distancia.

Faraday:

- La existencia de un campo de fuerzas como única sustancia física.
- La velocidad finita de propagación de cualquier cambio en la intensidad de la fuerza.
- La unificación e interconvertibilidad de los distintos tipos de fuerzas.

Maxwell asume el inmenso legado de Faraday, efectuando algunos cambios. Con él la idea de campo adquiere una formulación matemática precisa. Las ecuaciones de Maxwell constituyen uno de los éxitos más brillantes de la historia de la Física, culminados con el descubrimiento de las ondas electromagnéticas por Hertz.

También, se describen las contribuciones de Lorentz, creador de la electrodinámica y Einstein que con su teoría de la Relatividad da lugar a la desaparición del éter y al nacimiento de una nueva mecánica.

Antecedentes

El magnetismo es una de las cuatro fuerzas fundamentales de la naturaleza, este fenómeno se produce por el movimiento de partículas cargadas como los electrones, manifestando así una estrecha relación entre el magnetismo y la electricidad, por lo tanto, toda la materia presenta manifestaciones magnéticas, imperceptibles, sutiles y hasta de gran magnitud.

El fenómeno del magnetismo ya era conocido desde tiempos antiguos por los griegos, los romanos, los chinos y las principales culturas del continente americano. Los imanes están “polarizados” es decir, que cada uno de ellos tiene dos partes polo norte y sur, las mismas cagas se repelen y las opuestas se atraen, esta propiedad fue considerada mágica por lo que se utilizó en la fabricación de amuletos o talismanes, para repeler la mala suerte y atraer a fortuna. La aplicación práctica del magnetismo mas antigua, se debe a la cultura china donde se inventó la brújula hace unos 700 años en el siglo XIII el francés Petrus Peregrinus realizó importantes investigaciones sobre estos, y sus descubrimientos no se superaron en casi 300 años, hasta que el físico y médico británico William Gilbert observó que la tierra se comporta como un gigantesco imán y aplicó métodos científicos al estudio de la electricidad y el magnetismo, publicando su libro *De magnete* en 1600. El geólogo británico John Michell en 1750 demostró que la atracción o repulsión entre dos polos magnéticos disminuye a medida que aumenta el cuadrado de la distancia entre ellos. A finales del siglo XVIII y principios del XIX se investigaron simultáneamente las teorías de la electricidad y el magnetismo, en 1819 el físico Danés Hans Christian Oersted observó que una aguja magnética podía ser desviada por una corriente eléctrica, demostrando plenamente esta relación. El francés a André Marie Ampère, estudio las fuerzas entre cables por los que hizo circular corrientes eléctricas, y el físico francés

Dominique Francois Arago magnetizo un pedazo de hierro colocándolo cerca de un cable recorrido por una corriente eléctrica. Michael Faraday en 1831 descubrió que el movimiento de un imán en las proximidades de un cable induce en este una corriente eléctrica, este efecto era inverso al hallado por Oersted así, demostró que una corriente eléctrica crea un campo magnético mientras que Faraday demostró lo contrario, que puede emplearse un campo magnético para crear una corriente eléctrica, la unificación de las teorías de la electricidad y el magnetismo fue realizada por el físico británico James Clerk Maxwell quien predijo la existencia de ondas electromagnéticas e identifico la luz como un fenómeno electromagnético.

Posteriormente los estudios sobre el magnetismo se centraron en el origen atómico y molecular de las propiedades magnéticas de la materia. El físico francés Paul Langevin desarrollo una teoría sobre la variación con la temperatura de las propiedades magnéticas de las sustancias paramagnéticas, basada en la estructura atómica de la materia, constituyendo uno de los primeros ejemplos de la descripción de propiedades microscópicas a partir de las propiedades de los electrones y los átomos.

La teoría de Langevin fue ampliada por el físico francés Pierre Ernst Weiss quien postulo la existencia de un campo magnético interno, molecular en los materiales como el hierro, este concepto combinado con la teoría de Langevin, sirvió para explicar las propiedades de los materiales fuertemente magnéticos como la piedra imán.

La teoría de físico danés Niels Bohr sobre la estructura atómica, permitió comprender las propiedades atómicas y mostró porque el magnetismo parece en los elementos de transición, como el hierro, en los lantánidos o en compuestos que incluyen estos elementos.

Los físicos estadounidenses Samuel Abraham Goudsmit y George Eugene Uhlenbsk demostraron en 1925 que los electrones tienen espín y se comportan como pequeños imanes con un “momento mágico” definido, el momento magnético de un objeto es una magnitud vectorial que expresa la intensidad y orientación del campo del objeto.

El físico alemán Werner Heisenber basado en la mecánica cuántica dio una explicación detallada del campo molecular de Weiss en 1927, mas tarde otros científicos predijeron muchas estructuras atómicas del momento magnético más complejas, con diferentes propiedades magnéticas.

Una barra imantada o un cable que transporta corriente pueden influir en otros materiales magnéticos sin tocarlos físicamente, por que los objetos magnéticos producen un “campo magnético” estos suelen representarse mediante líneas de fuerza en cualquier punto, la dirección del campo magnético es igual a la dirección de las líneas de fuerza y la intensidad del campo es inversamente proporcional al espacio entre las líneas, en el caso de una barra imantada las líneas de fuerza salen de un extremo y se curvan para llegar al otro extremo, estas líneas pueden considerarse como bucles cerrados, con un aparte del bucle dentro del imán y otra afuera en los extremos del imán, donde las líneas de fuerza están más próximas el campo magnético es más intenso, en los lados del imán donde las líneas de fuerza están mas separadas el campo es mas débil, según su forma y su fuerza magnética los distintos tipos de imán producen diferentes esquemas de líneas de fuerza.

Los campos magnéticos influyen sobre los materiales magnéticos y sobre las partículas cargadas en movimiento. En términos generales cuando una carga se desplaza a través de un campo magnético, experimenta una fuerza que forma ángulos rectos con la velocidad de la partícula y con la dirección del campo, como la fuerza siempre es perpendicular a la velocidad, las partículas se mueven en trayectorias curvas.

Las diferentes propiedades magnéticas de los materiales con base en la reacción ante un campo magnéticos han permitido su clasificación en diamagnéticas, paramagnéticas y ferromagnéticas.

Cuando se coloca un material diamagnético en un campo magnético, se induce en el un momento magnético de sentido opuesto al campo, esta propiedad se debe a las corrientes eléctricas inducidas en los átomos y moléculas individuales, muchos materiales son diamagnéticos, los que presentan un

diamagnetismo mas intenso son el bismuto metálico y las moléculas orgánicas que, como el benceno tienen una estructura cíclica que permite que las corrientes eléctricas se establezcan con facilidad.

El comportamiento paramagnético se produce cuando el campo magnético aplicado alinea todos los momentos magnéticos ya existentes en los átomos o moléculas individuales que componen el material, produciendo un momento magnético global que se suma al campo magnético, los materiales paramagnéticos suelen contener elementos de transición o lantánidos con electrones desapareados, el paramagnetismo en sustancias no metálicas suele caracterizarse por una dependencia de la temperatura, cada vez resulta más difícil alinear los momentos magnéticos de los átomos individuales en la dirección del campo magnético.

Las sustancias ferromagnéticas como el hierro, mantienen un momento magnético incluso cuando el campo magnético externo se hace nulo, este efecto se debe a una fuerte interacción entre los momentos magnéticos de los átomos o electrones individuales de la sustancia magnética, que los hace alinearse de forma paralela entre si, en circunstancias normales los materiales ferromagnéticos están divididos en regiones llamadas "dominios", en cada dominio los momentos atómicos magnéticos están alineados en paralelo, los momentos de dominios diferentes no apuntan necesariamente en la misma dirección, aunque un trozo de hierro normal puede no tener un momento magnético total, puede inducirse su magnetización colocándolo en un campo magnético, que alinea los momentos de todos los dominios, la energía empleada en la reorientación de los dominios desde el estado magnetizado hasta el estado desmagnetizado se manifiesta en un desfase de la respuesta al campo magnético aplicado conocido como "histéresis". Los materiales ferromagnéticos pierden sus propiedades cuando se calientan por encima de una temperatura conocida como punto de Curie, llamada así en honor de Pierre Curie, quien descubrió el fenómeno en 1895.

En los últimos años, la mejor comprensión de los orígenes atómicos de las propiedades magnéticas ha llevado al descubrimiento de otros tipos de ordenamientos magnéticos, se conocen casos en los que los momentos magnéticos interactúan de tal forma que les resulta energéticamente favorable alinearse entre si en sentido antipara léelo; estos materiales se llaman antiféromagnéticos.

También se han hallado otras configuraciones más complejas de los momentos magnéticos atómicos. Las sustancias "ferromagnéticas" tienen al menos 2 clases distintas de momento magnético atómico, que se orientan en forma antipara léela. Como ambos momentos tienen magnitudes diferentes, persiste un momento magnético neto, al contrario que un material antiféromagnético, donde todos los momentos magnéticos se anulan entre si. Curiosamente, la piedra imán es ferrimagnética y no ferromagnética; en este mineral existen 2 tipos de Ion hierro, con momentos magnéticos diferentes, se han encontrado disposiciones aun más complejas en las que los momentos magnéticos están ordenados en espiral. Los estudios en estos ordenamientos han proporcionado mucha información sobre las interacciones entre los momentos magnéticos en sólidos.

En los últimos 100 años han surgido numerosas aplicaciones del magnetismo y de los materiales magnéticos. El electroimán es la base del motor eléctrico y del transformador. En épocas mas recientes, el desarrollo de nuevos materiales magnéticos ha influido notablemente en la revolución de los ordenadores o computadoras. Es posible fabricar memorias de computadoras utilizando "dominios burbuja", los cuales son pequeñas regiones de magnetización, paralelas o antipara léelas a la magnetización global del material. Según que el sentido sea uno u otro, la burbuja indica 1 o un 0, por lo que actúa como dígito en el sistema binario empleado por los ordenadores. Los materiales magnéticos también son componentes importantes de las cintas y discos para almacenar datos.

Los imanes potentes son cruciales en muchas tecnologías modernas. Los trenes de levitación magnética utilizan poderosos imanes para elevarse por encima de los rieles y evitar el rozamiento. Los imanes superconductores se emplean en los aceleradores de partículas mas potentes para mantenerlas partículas aceleradas en una trayectoria curva y enfocarlas. En la medicina moderna el magnetismo se ha empleado en forma limitada, no obstante es una herramienta valiosa e insustituible ya que la exploración mediante

resonancia magnética nuclear es vital para diagnósticos que de otra forma serían imposibles. La tomografía utiliza campos magnéticos de gran intensidad para visualizar el interior del organismo humano.

Por otra parte, existe una alternativa médica basada en las propiedades magnéticas de los componentes del cuerpo humano, el cual las células tienen minúsculas propiedades biomagnéticas. Así cada célula, tejido, órgano y sistema, así como las sustancias químicas asimiladas o desechadas por ellos producen su propia energía magnética con un campo magnético limitado proporcionalmente.

Por otra parte, debido a la presencia de cantidades eléctricas de fuerza diferente son generadas y son afectadas, inevitablemente por los campos magnéticos. Los campos de energía o magnéticos, de los diferentes órganos no se quedan estáticos sino que están sujetos, continuamente a variaciones producto del estado de actividad, descanso o influencias externas como son la entrada al cuerpo de sustancias en forma de comida o bebida, o la exposición a fuentes magnéticas naturales o artificiales.

Para mantener la salud física es esencial que el equilibrio en los campos individuales esté balanceado magnéticamente para que se conserve el equilibrio magnético entre los diferentes órganos y sistemas. Cualquier perturbación o fluctuación anormal puede incrementar o disminuir la energía magnética de tejidos u órganos particulares generando, a su vez alteraciones en el organismo entero y por lo tanto en nuestra salud.

Lo infinitamente pequeño como lo grande, tiene comportamientos semejantes de atracción y repulsión magnética y de cinética de sus partículas o elementos y obedecen a las mismas leyes fundamentales de cargas y resonancias que finalmente mantienen el equilibrio universal, sin llevarnos (como se predijo) a un colapso final en donde toda la materia se concentraría y quedaría anulado el proceso vital, sin el espacio necesario para sus manifestaciones.

El átomo de Hidrógeno, a pesar de su estructura tan elemental, juega sin duda el papel más relevante en los procesos bioquímicos, ya que se encarga de asociarse a otros átomos y de mantener dicha asociación estable con un equilibrio de cargas tanto positivas como negativas, definiendo con ellos las propiedades ácido-básicas, toda vez que el mismo elemento (Hidrógeno), actúa en los 2 sentidos, cuando actúa como elemento electronegativo y cuando actúa como electro positivo, este equilibrio cinético de cargas permite entender el concepto fundamental de neutralidad energética en donde las cargas tanto positivas como negativas, persiste en un nivel energético final de igual magnitud, aunque de diferente polaridad, que no interfiere con los procesos vitales de la homeostasis celular u orgánica, mientras estén en resonancia bioenergética, es común que se asocie a los fenómenos eléctricos con los magnéticos, aun cuando en tanto los primeros (eléctricos), son consecuencia inmediata de los segundos es tos (los campos magnéticos), pueden existir sin la presencia de los primeros. De ahí que tantas cargas negativas como positivas pueden subsistir en estados energéticos puros como consecuencias de campos en resonancia magnética, ya sean generados por la cinética de los electrones de los elementos o como consecuencia de las concentraciones de hidrogeniones en los compuestos orgánicos. Las concentraciones de hidrogeniones son medibles por medio de reactivos que determinan el Ph de la sustancia que soporta la concentración ya sea en déficit, en exceso o en equilibrio, pero hasta ahora no es posible hacerlo en forma directa, en los órganos internos de los seres vivos.

El Dr. Richard Broeringh Meyer logró la medición de los polos biomagnéticos generados por la concentración anormal de hidrogeniones en forma externa, cualitativa e indirecta, por medio de la resonancia energética de campos magnéticos de mediana intensidad que nos permite saber de inmediato e “in situ”, la presencia de los polos biomagnéticos, así como su polaridad específica. De acuerdo a sus observaciones solo se generan disfunciones en los órganos que soportan las distorsiones del Ph, y no le concede valor terapéutico al fenómeno de la despolarización tal vez porque no intuyó el par biomagnético, o tal vez porque no está permitido en su país el procedimiento.

Es común para el médico medir la temperatura corporal, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia ventilatoria, la conducción eléctrica de los nervios periféricos, los procesos eléctricos del

corazón, pero muy pocas veces los aspectos energéticos puros como la capacidad al esfuerzo máximo, procedimiento común en fisioterapia, y solo el biomagnetismo médico puede medir la bioenergía producida por la concentración alterada de los hidrogeniones o de los radicales libres, que a su vez se generan por la presencia de microorganismos o de toxinas en los órganos que lo soportan, ya que toda la materia obedece a cambio de presión, de temperatura, de humedad, o de atracción electromagnética, de tal suerte que, cuando un órgano sale de su nivel de energía, en donde a pesar de dicha alteración se siguen llevando a cabo los procesos de su metabolismo, los campos magnéticos de mediana intensidad pueden medir en forma indirecta y cualitativa dichas distorsiones, provocando el acortamiento o elongación del hemicuerpo derecho. El hemicuerpo izquierdo se mantiene estable porque el corazón lo despolariza con cada latido, al producir una onda electromagnética alternante.

De acuerdo con la teoría del Dr. Broeringmeyer y de acuerdo con la lógica del proceso y ambos con la ley universal de cargas, la despolarización debe conseguirse aplicando un campo magnético de polaridad contraria la del campo bioenergético producido por el organismo para atraer a los iones de hidrogeno o los radicales libres de polaridad contraria hacia el exterior del organismo, también acepto que solo habría disfunciones secundarias a los procesos de polarización de los órganos internos y que en el caso de los polos con cargas positivas se producirían excitaciones funcionales y en los de polaridad negativa disminución de su función normal.

El par biomagnético confirma que la polarización bioenergética de un órgano trae como consecuencia a corto o mediano plazo, procesos degenerativos finales, el polo biomagnético así como la medición cuantitativa e indirecta de los mismos por medio de imanes de mediana intensidad, es la base de todo el estudio que ahora culmina con el entendimiento formal de las patologías orgánicas desde el punto de vista de la bioenergética, así como de su relación clínica y de su tratamiento por medio de campos magnéticos, con o sin la asociación de otros procedimientos terapéuticos, de orden farmacológico o quirúrgico.

De acuerdo con los antecedentes expuestos sobre el descubrimiento, desarrollo y aplicación terapéutica del magnetismo, el par biomagnético se define como el conjunto de cargas que identifican una patología y que esta constituido por 2 cargas principales de polaridad opuesta, que se forman a expensas de la alteración fundamental del pH de los órganos que las soportan.

De esa dualidad energética se desprende otro principio fundamental llamado: Nivel energético normal (NEN).

El NEN define los límites bioenergéticos en donde se llevan a cabo todos los procesos metabólicos celulares normales de los organismos humanos, que en razón de la temperatura no puede salirse del límite de apenas 1 grado centígrado (36 a 37) donde la absorción electromagnética esta en el orden de los 400 armstrongs, debido a que el pH esta muy próximo al valor neutro de la escala convencional, con tolerancias de apenas 3 décimas en ambos sentidos.

Todas las consideraciones fisiológicas, bioquímicas, biológicas, inmunológicas, psicológicas y hasta sofrológicas de los organismos humanos se llevan a cabo en condiciones dentro de este nivel de energía y quizá, el considerar que la patología también se lleva a cabo dentro de estos niveles energéticos, es lo que nos ha hecho tan ineficientes en nuestros tratamientos médicos, por que la naturaleza dentro de estos niveles de energía es perfecta y no admite errores.

La alteración bioenergética del NEN obedece a la ley del todo o nada, es decir que existen fenómenos naturales que sacan todo un órgano de su nivel energético normal en un cierto límite después del cual el fenómeno persiste independientemente de que la condición que lo causo persista o no y parece ser que dicho límite esta en el orden de los 1000 Gauss o sus equivalentes energéticos, ya que la despolarización bioenergética por medio de los imanes naturales también obedece a cargas superiores a los 1000 Gauss y no tienen efectos potenciales magnéticos inferiores, pero en ambos casos, tanto de polarización como de despolarización, el efecto es similar: es decir que, por arriba de los 1000 gauss la despolarización es efectiva

y definitiva sin importar que se apliquen campos mucho más energéticos, se han robado hasta 50,000 gauss y el efecto no varía considerablemente.

Debe existir un dieléctrico natural que permita que las cargas en condiciones normales no se fundan dentro del NEN, ya que este a su vez actúa como tal dieléctrico en relación a los focos diamagnéticos que se forman en condiciones de patología o de disfunción orgánica, es decir que, en tanto en NEN actúa como dieléctrico para la formación y estabilidad de cada par biomagnético, existe otro dieléctrico que permite la homeostasis, aspecto que no es considerado en la bioquímica pero sí en la bioenergética.

No se entiende aún porque, cuando se entienda se acabarán las enfermedades, se polariza en un instante todo un órgano hacia el lado positivo por exceso de iones de hidrógeno cayendo en un estado de acidez en su totalidad y esto a su vez, condiciona como consecuencia necesariamente lógica la polarización de otro órgano en sentido opuesto, es decir hacia la alcalinidad por déficit de hidrogeniones y presencia de radicales libres complejos con polaridad negativa.

Como principal teoría de la génesis del polo positivo, se trata de la presencia de un elemento muy activo con polaridad negativa (flúor) que asociado con metales pesados sirven como catalizadores, inician la acumulación cuantitativa de iones de hidrógeno en un proceso inverso a la desintegración atómica: es decir, una reacción en cadena de sentido inverso que condensa la materia por acumulación exagerada de hidrógenos, el hidrógeno es el principal aglutinante de la materia orgánica y constituye el enlace más fuerte de las moléculas, pero además, desde el punto de vista cinético es la cremallera que une los átomos de carbono, oxígeno, nitrógeno y todos los demás componentes de las sustancias orgánicas, puesto que se comporta simultáneamente como electronegativo cuando es elemento y como electropositivo cuando es ion, y todo ello depende de la dinámica de la nebulosidad energética conocida como electrón.

Por lo anterior se deben considerar las manifestaciones normales de los organismos dentro de un nivel energético común y a las manifestaciones patológicas fuera de él así pues, en el polo positivo empiezan a suceder una serie de fenómenos como consecuencia inevitable y cruelmente lógica de la carga biomagnética, en primer lugar se establece una acidosis del órgano afectado en seguida se acorta la materia y por lo mismo el órgano decrece en sus dimensiones, posteriormente ocurre la disfunción del órgano y finalmente ocurren fenómenos degenerativos, todo ello en presencia de virus. En el polo negativo ocurren fenómenos semejantes pero de polaridad contraria, es decir negativa, en primer lugar se establece una alcalosis del órgano que soporta el polo negativo, inmediatamente después ocurre la distensión de su materia que condiciona a su vez un estado de flogosis y edema, posteriormente ocurre la distensión del órgano y finalmente procesos degenerativos y todo ello en presencia de bacterias.

Aun cuando las dos consecuencias finales de ambos polos son las mismas, degeneración de materia, dicha degeneración es diferente en su manifestación, en el caso de los polos biomagnéticos con polaridad positiva la degeneración es de tipo retráctil o cicatricial y en el segundo de lisis y dispersión del tejido.

Cuando se forma un polo biomagnético se asocia siempre a otro de polaridad contraria y en estricta resonancia bioenergética ya que en teoría, ambos polos presentan la misma intensidad de carga, la misma frecuencia biomagnética y el mismo número de partículas elementales por lo que no es posible inhibir el polo de un par biomagnético con el de otro par, solo se puede desactivar cada par biomagnético empujando sus cargas internamente una contra la otra, pero no la de un par contra la del otro par.

Justificación

Las alteraciones de pH en el cerebro, provocan una serie de alteraciones que varían depende de su ubicación por ejemplo en la zona del cerebro medio o límbico, que es ahí donde se almacenan las emociones, por esa razón al cerebro emocional se le considera ser el responsable de las conductas del ser humano, según el Dr. Huidobro el temor, el sistema de erróneo de creencias y las orientaciones equivocadas del carácter, son las causales de las alteraciones de salud, existen otra serie de factores externos que también están involucrados,

como el medio ambiente en el que nos desarrollamos, las influencias, la escuela, etc. El área de Broca o de Wernicke, las cisuras, etc. Son zonas que al desequilibrarse nos dan otro tipo de alteraciones que a veces se les consideran de menor importancia, pero que al estar presentes alteran el cerebro límbico y esto nos hace caer en un círculo vicioso, agravando el problema de por sí ya existente, a veces este tipo de alteraciones son muy poco detectables con los estudios convencionales, en cambio con la bioenergética sí, a través de esta técnica podemos apreciar la rapidez del diagnóstico y la aplicación del tratamiento con campos magnéticos en las zonas adecuadas o en los puntos ya descritos por la técnica del par Biomagnético, en la época moderna se le ha dado mayor importancia a la inteligencia emocional, o se le ha dado el valor que le corresponde, inclusive nos podemos hacer una pregunta ¿Qué es más importante tener un IQ elevado o manejar una buena inteligencia emocional?

Una de las explicaciones más recientes que se ha intentado sobre el comportamiento inteligente ha sido formulada desde la perspectiva de la neurociencia, es decir, la disciplina que se encarga del estudio interdisciplinario del cerebro humano, lo que ha derivado en una mayor comprensión acerca de la relación entre el funcionamiento del cerebro y la conducta.

Tal vez, uno de los resultados más relevantes de los trabajos de investigación que se han realizado sobre este órgano consiste en haber descubierto que sus dos hemisferios difieren significativamente en su funcionamiento. La naturaleza de esta diferencia ha sido intensivamente estudiada desde la década de los años 50, particularmente por biólogos, psicólogos, neurólogos y cirujanos.

Uno de los trabajos pioneros en esta área ha sido realizado por Gazzaniga y colaboradores. De igual forma, ha sido importante la contribución de autores tales como MacLean y Herrmann entre otros.

Tales investigaciones han dado origen a diferentes interpretaciones acerca del funcionamiento del cerebro. A continuación se presenta una síntesis de los hallazgos más relevantes que al respecto reporta la literatura y se analizan sus implicaciones para la educación.

La Investigación sobre los Hemisferios Cerebrales

Hasta mediados del Siglo XIX los investigadores todavía no habían advertido la especialización de los hemisferios cerebrales. Los primeros hallazgos, en este sentido, se deben al médico francés Paul Broca y al neurofisiólogo alemán Carl Wernicke, quienes a partir de sus observaciones clínicas en pacientes con daños cerebrales llegaron a la conclusión de que había una relación directa entre el daño de ciertas zonas del cerebro y la pérdida de la capacidad de hablar. Específicamente, Broca observó, en 1845, que las lesiones en cierta zona de la parte izquierda del cerebro producían, casi invariablemente, trastornos en el habla, en tanto que ello no corría con las lesiones en la misma zona del hemisferio derecho.

Posteriormente, en 1874, Wernicke identificó otra región, diferente a la ya descubierta por Broca, relacionada con otro tipo de dificultad en el habla. De nuevo, constató que el lenguaje sólo era afectado por una lesión en el hemisferio izquierdo. En ambos casos, los investigadores determinaron que la incapacidad no estaba relacionada con los músculos productores del habla, sino que cada zona intervenía en su proceso mental básico necesario para la producción de un lenguaje articulado y con significado.

Los hallazgos anteriores no sólo permitieron confirmar la diferenciación funcional de los dos hemisferios cerebrales, sino que hicieron pensar en el cerebro izquierdo además, de ser diferente, era también superior al derecho, por el hecho mismo de estar asociado con la capacidad de hablar. Así surgió la teoría de la dominancia cerebral. Esta teoría parecía estar respaldada por el hecho de que en la mayoría de las personas la mano derecha (controlada por el hemisferio izquierdo) es la dominante, lo cual llevó a pensar que el hemisferio derecho no jugaba ningún papel importante en el pensamiento.

Fue después de la Segunda Guerra Mundial que se llegó a determinar, en soldados con lesiones cerebrales, que el daño de ciertas zonas del hemisferio derecho producía dificultades en ciertas funciones del organismo. Ha resumido tales hallazgos en los términos siguientes:

Si bien los pacientes con lesiones en el hemisferio derecho conservan su capacidad verbal, a menudo experimentaban una extrema distorsión espacial; muchos tenían gran dificultad en encontrar los lavados (cuarto de baño) o bien eran incapaces de hallar la sala de estar. Les costaba vestirse solos y era frecuente que se pusieran prendas al revés o que metieran una extremidad en la manga o pierna que no le correspondía. Los dibujos también denotaban serios problemas con las relaciones espaciales, demostrando una gran desorganización y distorsión de relaciones entre diversos elementos.

Los estudios revelaron, además, que el hemisferio derecho era superior al izquierdo en la discriminación entre colores y formas, lo cual ocurría no sólo con el campo visual sino también con los demás sentidos; por ejemplo, los pacientes con lesiones en el hemisferio derecho tenían dificultad para discriminar cuál de dos presiones en el cuerpo era más intensa o para saber con exactitud donde había sido pinchados con un alfiler (discriminación táctil). También tenían problemas para familiarizarse con laberintos cuando se les vendaban los ojos. Los hallazgos antes reportados sobre la especialización de los hemisferios cerebrales quedaron confirmados con los resultados de las investigaciones de Roger Sperry y colaboradores, del Instituto Tecnológico de California, quienes en la década de los años 60 diseñaron la técnica de la comisurotomía (corte del cuello caloso) y la aplicaron, por primera vez, con gatos para estudiar el funcionamiento de los dos hemisferios por separado. Los resultados de tales investigaciones le permitieron a Sperry ganar un premio Nóbel de Medicina en 1981.

Al aplicar la técnica anterior con sujetos epilépticos crónicos encontraron que la comisurotomía no alteraba la conducta de los pacientes; es decir, los sujetos mantenían su comportamiento habitual o normal. Esto se explica porque en la mayor parte de sus experiencias cotidianas, los dos hemisferios reciben el mismo tipo de información. Sin embargo, cuando los investigadores manipularon la presentación de información de modo que esta llegase sólo a un hemisferio, fue cuando se pudo explorar la diferencia en el funcionamiento de los dos lados del cerebro.

Los resultados de estas investigaciones permitieron conocer muchos aspectos relacionados con el control de la conducta, por ejemplo, que el lado izquierdo del cuerpo está controlado principalmente por el hemisferio derecho, y que el lado derecho está controlado, sobre todo, por el izquierdo. Por consiguiente, los estímulos a partir de la mano, la pierna y el oído derecho son procesados primordialmente por el hemisferio izquierdo y viceversa. No obstante, los estímulos visuales son procesados simultáneamente por los dos hemisferios, ya que cada ojo envía información a ambos lados del cerebro.

Otras investigaciones estuvieron orientadas a determinar el intercambio de información entre los dos hemisferios. El primer resultado importante fue que tal intercambio quedaba completamente interrumpido una vez efectuada la comisurotomía. Sin embargo, se encontró que la información sensorial (visual, táctil, auditiva, olfativa) presentada a un hemisferio podía ser procesada en esa mitad del cerebro, aun cuando cada uno de tales procesos fue realizado fuera del campo consciente del otro lado del cerebro. Esta observación confirmó los resultados preliminares obtenidos con sujetos animales por Sperry y Col, pero estos resultados fueron más dramáticos, puesto que es en el hemisferio izquierdo donde normalmente se procesa el lenguaje natural y los mecanismos del discurso. Todos los procesos que se llevan a cabo en este hemisferio pueden ser en forma verbal fácilmente descritos por los pacientes; mientras que la información presentada al hemisferio derecho es indescriptible. En consecuencia, fue sólo a través del uso de técnicas especiales de evaluación desarrollados por estos investigadores con tal propósito, que se pudo describir que el hemisferio derecho tiene una rica e independiente vida mental y que es capaz de experimentar la mayoría de las actividades mentales que desarrolla el lado izquierdo del cerebro.

En uno de los experimentos realizados con personas sanas se proyectó la palabra "Spoon" (cuchara) en el campo visual izquierdo (hemisferio derecho); y cuando se le preguntó al sujeto qué estaba viendo, no pudo responder. Sin embargo, usando la mano izquierda, él fue capaz de identificar el objeto con referencia ("Spoon") dentro de un grupo constituido por diferentes elementos, sin necesidad de ver dichos elementos, simplemente fue capaz de reconocer la forma del objeto a través de la sensación táctil. No obstante, cuando se le preguntó qué objeto tenía en la mano, su respuesta fue: "no lo sé", lo cual llevo a la conclusión de que

el hemisferio derecho si bien es capaz de reconocer una palabra, en este caso el término "cuchara" y de encontrar una cuchara real, pero no es capaz de describir su funcionamiento con palabras.

Los resultados del experimento anterior apoyan el modelo de funcionamiento hemisférico sugerido por los estudios de pacientes con lesiones cerebrales. La mano derecha comunica con el hemisferio izquierdo verbal, y así el sujeto puede describir verbalmente su contenido. La mano izquierda comunica con el hemisferio derecho, pero puesto que la capacidad verbal de éste es limitada, el sujeto no puede dar una respuesta verbal. Ello pone en evidencia que la falta de una respuesta verbal no indica una carencia de conocimientos sino tan sólo una dificultad para expresar dicho conocimiento verbalmente. Estos resultados sugieren que mientras el hemisferio izquierdo presenta una mayor capacidad para procesar información verbal que el hemisferio derecho, éste es superior al primero en el manejo de las relaciones espaciales.

En resumen, se podría decir que a través de las investigaciones en el área de la neurociencia se ha podido establecer que muchas de las habilidades mentales específicas son lateralizadas; es decir, son llevadas a cabo, son apoyadas y coordinadas en uno u otro de los dos hemisferios cerebrales. Así tenemos que la capacidad de hablar, escribir, leer y de razonar con números es fundamentalmente una responsabilidad del hemisferio izquierdo en muchas personas. Mientras que la capacidad para percibir y orientarse en el espacio, trabajar con tareas de geometría, elaboración de mapas mentales y la habilidad para rotar mentalmente formas o figuras son ejecutadas predominantemente por el hemisferio derecho.

La diferencia de procesamiento de los dos hemisferios puede ser establecida de la manera siguiente: por una parte, el hemisferio izquierdo procesa secuencialmente, paso a paso. Este proceso lineal es temporal, en el sentido de reconocer que un estímulo viene antes que otro. La percepción y la generación verbales dependen del conocimiento del orden o secuencia en el que se producen los sonidos. Este tipo de proceso se basa en la operación de análisis. Es decir, en la capacidad para discriminar las características relevantes, para reducir un todo a sus partes significativas.

El hemisferio derecho, por otra parte, parece especializado en el proceso simultáneo o de proceso en paralelo; es decir, no pasa de una característica a otra, sino que busca pautas y gestalts. Integra partes componentes y las organiza en un todo. Se interesa por las relaciones. Este método de procesar tiene plena eficiencia para la mayoría de las tareas visuales y espaciales y para reconocer melodías musicales, puesto que estas tareas requieren que la mente construya una sensación del todo al percibir una pauta en estímulos visuales y auditivos.

De acuerdo con VerLee en 1986, lo que fundamentalmente diferencia a los dos hemisferios cerebrales, en cuanto a las funciones que realizan, es su estilo de procesamiento de información. En este sentido, ella aclara que el hecho de que el estilo de procesamiento del hemisferio izquierdo sea más eficiente cuando trata de un tipo de información temporalmente organizada, como el lenguaje, no significa que el lenguaje este situado en el lado izquierdo del cerebro. De la misma manera señala que el pensamiento viso-espacial no radica en el hemisferio derecho, sino que éste se especializa en una modalidad de proceso que percibe y construye pautas; en consecuencia, es más eficiente en las tareas viso-espaciales.

La Teoría del Cerebro Triuno

La teoría del cerebro triuno propuesta por MacLean en 1978, presenta otra visión del funcionamiento del cerebro humano y sus implicaciones para la educación. Sin embargo, esta conceptualización no es opuesta a la de la dominación cerebral; por el contrario, la complementa y amplía. Esta teoría ha sido desarrollada a partir de estudios fisiológicos realizados con animales. MacLean considera que el cerebro humano está formado por tres cerebros integrados en uno. Estos cerebros son: (a) el reptiliano; (b) el sistema límbico; y (c) la neocorteza. Cada una de estas áreas del cerebro ejerce diferentes funciones que, en última instancia, son responsables por la conducta humana.

El Cerebro Reptiliano

Esta parte del cerebro está formada por los ganglios basales, el tallo cerebral y el sistema reticular. Es el responsable de la conducta automática o programada, tales como las que se refieren a la preservación de la especie y a los cambios fisiológicos necesarios para la sobre vivencia. Algunas veces, es denominado complejo reptiliano porque es típico de los reptiles y tiene un papel muy importante en el control de la vida instintiva.

En consecuencia, este cerebro no está en capacidad de pensar, ni de sentir; su función es la de actuar, cuando el estado del organismo así lo demanda.

Desde un punto de vista evolutivo, el cerebro reptiliano es el más primario y está muy relacionado con la piel y con los poros. Esta área del cerebro controla las necesidades básicas y la reacción de "luchar o volar", la cual se refiere a los cambios en el funcionamiento fisiológico que acompañan al estrés o a la amenaza.

El complejo reptiliano, en los seres humanos, incluye conductas que se asemejan a los rituales animales como el anidarse o aparearse. La conducta animal está en gran medida controlada por esta área del cerebro. Se trata de un tipo de conducta instintiva programada y poderosa y, por lo tanto, es muy resistente al cambio.

En el cerebro reptiliano se procesan las experiencias primarias, no-verbales, de aceptación o rechazo. Aquí se organizan y procesan las funciones que tienen que ver con el hacer y el actuar, lo cual incluye: las rutinas, los valores, los hábitos, la territorialidad, el espacio vital, condicionamiento, adicciones, rituales, ritmos, imitaciones, inhibiciones y seguridad. En síntesis, este cerebro se caracteriza por la acción.

El Sistema Límbico

De acuerdo con Maclean, el segundo cerebro está representado por el sistema límbico, cuya función principal es la de controlar la vida emotiva, lo cual incluye los sentimientos, el sexo, la regulación endocrina, el dolor y el placer. Anatómicamente está formado por los bulbos olfatorios, el tálamo (placer-dolor), las amígdalas (nutrición, oralidad, protección, hostilidad), el núcleo hipotalámico (cuidado de los otros, características de los mamíferos), el hipocampo (memoria de largo plazo), el área septal (sexualidad) y la pituitaria (directora del sistema bioquímico del organismo). Puede ser considerado como el cerebro afectivo, el que energiza la conducta para el logro de las metas. El desbalance de dicho sistema conduce a estados agresivos, depresiones severas y pérdida de la memoria, entre otras enfermedades.

La investigación en esta área parece apoyar la noción de que toda la información que penetra al organismo es supervisada y controlada por el sistema límbico, lo cual constituye una función vital para la sobre vivencia.

La Neocorteza

El tercer cerebro está constituido por la neocorteza, la cual está conformada por los dos hemisferios en donde se llevan a efecto los procesos intelectuales superiores. De allí que la neocorteza se la identifique, también, como el cerebro que rige la vida intelectual.

La neocorteza se convierte en el foco principal de atención en las lecciones que requieren generación o resolución de problemas, análisis y síntesis de información, del uso del razonamiento analógico y del pensamiento crítico y creativo.

Las dos características básicas de la neocorteza son: (a) la "visión", la cual se refiere al sentido de globalidad, síntesis e integración con que actúa el hemisferio derecho; y (b) el análisis, que se refiere al estilo de procesamiento del hemisferio izquierdo, el cual hace énfasis en la relación parte-todo, la lógica, la relación causa-efecto, el razonamiento hipotético y en la precisión y exactitud.

La Teoría del Cerebro Total

Herrmann en 1989, basado en los estudios previos sobre la dominancia cerebral Sperry, en 1973 y en la teoría del cerebro triuno MacLean, en 1978; así como en los resultados de sus propias investigaciones, utilizando equipos de retroalimentación biológica (biofeedback) y de electroencefalografía, ha replanteado el problema de la dominancia cerebral. Ruiz-Bolívar y Cols., en 1994. El ha propuesto la teoría del cerebro total que se expresa en un modelo que integra la neocorteza (hemisferios derecho e izquierdo) con el sistema límbico. Concibe esta integración como una totalidad orgánica dividida en cuatro áreas o cuadrantes, a partir de cuyas interacciones se puede lograr un estudio más amplio y completo de la operatividad del cerebro y sus implicaciones para la creatividad y el aprendizaje.

Cada una de las áreas cerebrales o cuadrantes realiza funciones diferenciadas. Así, el lóbulo superior izquierdo (Cuadrante A) se especializa en el pensamiento lógico, cualitativo, analítico, crítico, matemático y basado en hechos concretos. Por su parte, el lóbulo inferior izquierdo (Cuadrante B), se caracteriza por un estilo de pensamiento secuencial, organizado, planificado, detallado y controlado; el lóbulo inferior derecho (Cuadrante C) se caracteriza por un estilo de pensamiento emocional, sensorial, humanístico, interpersonal, musical, simbólico y espiritual. Finalmente, el lóbulo superior derecho (Cuadrante D), se destaca por su estilo de pensamiento conceptual, holístico, integrador, global, sintético, creativo, artístico, espacial, visual y metafórico.

Las cuatro áreas antes señaladas se recombinan y forman, a su vez, cuatro nuevas modalidades de pensamiento, estas son: (a) realista y del sentido común formado por las áreas A y B (hemisferio izquierdo); (b) idealista y kinestésico, constituido por las áreas C y D (hemisferio derecho); (c) pragmático o cerebral, conformado por los cuadrantes o áreas A y D; y (d) instintivo y visceral formado por las áreas B y C (sistema límbico).

Herrmann llega a la validación de su modelo a partir del análisis factorial de las respuestas de un cuestionario aplicado a una muestra de más de 100.000 ciudadanos norteamericanos. Dicho cuestionario estaba formado por ítems que representaban las diferentes funciones cerebrales que típicamente utilizan los individuos en situaciones académicas, laborales, de recreación y de la vida diaria. En cada caso, se le pide al sujeto indicar su preferencia por tal o cual función, a objeto de identificar cuál es la tendencia de su dominancia con respecto a cada cuadrante.

La muestra estudiada por Herrmann indica que el 6% de los sujetos tenían una dominancia simple, es decir, su estilo de pensamiento estaba claramente enmarcado en uno de los cuatro cuadrantes; el 60% tenía una dominancia doble; o sea que su estilo de pensamiento se ubica por igual en algunas de las siguientes posibles combinaciones: A-B; C-D; A-D; A-C y B-C. El 30% tenía dominancia triple; es decir, su estilo de pensamiento era múltiple y caía en algunas de las siguientes posibilidades: A-B-C; B-C-D; C-D-A y D-A-B; mientras que sólo el 3% tenía cuádruple dominancia. De acuerdo con esta estadística, el 94% de los sujetos tenía dominancia en más de un área de pensamiento.

En una de las aplicaciones del modelo del cerebro total se ha encontrado que existe una relación claramente definida entre el tipo de dominancia y la preferencia ocupacional. Al respecto, Herrmann ha reportado que las personas que tienen dominancia primaria en el cuadrante A, tienden a seleccionar ocupaciones tales como: ingeniero, médico, abogado, banquero, físico, químico, biólogo y matemático, entre otras.

Las personas que tienen dominancia en el cuadrante B, prefieren ocupaciones tales como las de: planificador, administrador, gerente y contador. Los del cuadrante C, se ubican en ocupaciones como: maestro, comunicador social, enfermero y trabajador social; mientras que quienes tienen dominancia en el cuadrante D, se deciden más por las siguientes ocupaciones: arquitecto, pintor, literato, compositor, diseñador gráfico, escultor y músico.

Por otro lado paralelamente a estos últimos estudios otro eminente pensador, de origen español pero fallecido en este país hace pocos años, el Dr. Juan del Rio Huidobro con su aplicación mental llega a la conclusión de que todos los padecimientos de salud son ocasionados por “malos pensamientos” o la teoría del Dr. José Rubio, estudioso mexicano llegó a la conclusión de que el ser humano mantendría su estado de salud cuando llegue a la autoafirmación, así podemos citar numerosos estudiosos que llegan prácticamente a la misma conclusión,

“Las alteraciones de salud y de conducta más importantes son de origen emocional o por un desequilibrio de pH en el cerebro”

Fundamentación

Actualmente, aunque existe controversia, algunos investigadores sostienen la hipótesis de que el campo magnético terrestre es y ha sido vital, para la conservación del equilibrio de los ecosistemas, a tal grado que se ha sugerido que algunas especies de vertebrados desaparecieron debido a cambios en el campo magnético de la tierra, asimismo, se afirma que la orientación del campo magnético y su intensidad son indispensables para la vida saludable del organismo humano.

Desde la antigüedad, diversas civilizaciones han utilizado el magnetismo con fines terapéuticos. Una de las primeras fuentes documentadas se refiere al uso del magnetismo en la acupuntura hace unos 4000 años. Existen referencias de que los imanes eran usados en la India, Egipto, Persia y el Tibet. Se dice que Cleopatra llevaba una piedra imán en la frente para prevenir el envejecimiento.

Los efectos negativos de la disminución de la intensidad magnética del campo magnético terrestre, fue evidente cuando los cosmonautas experimentaron pérdida temprana de calcio en los huesos y calambres en los músculos, cuando se situaban por encima del campo magnético de la tierra durante un periodo de tiempo prolongado. Cuando se colocaron campos magnéticos artificiales en las capsulas espaciales los astronautas conservaron su salud.

El síndrome de deficiencia del campo magnético fue identificado en Japón a finales de los 50^a y es parecido al síndrome de fatiga crónica y se caracteriza por falta de energía, dolor general, dolores de cabeza frecuentes, vértigo, etc.

Los síntomas del síndrome de deficiencia del campo magnético son aliviados por la aplicación al organismo de un campo magnético externo. Lo anterior es posible debido a que los seres vivos están integrados por materiales magnéticos. Cada célula y átomo del cuerpo humano son un dínamo magnético pequeño.

Los campos del cuerpo son minúsculos y para medirlos se utilizan aparatos llamados “Squids”. El campo magnético de la tierra es unas 100 000 veces mas fuertes que el de un individuo. Nada hay en el cuerpo humano que limite o bloquee la fuerza de un campo magnético externo, aunque el cuerpo es 70% agua, este no reduce ni bloquea los campos magnéticos. Un imán fuerte sostenido en un lado del cuerpo, fácilmente puede desviar una aguja de una brújula en el otro lado del mismo. Los pares biomagnéticos son utilizados para preservar o recuperar la salud ya que el paso de las ondas magnéticas por el cuerpo a través de los tejidos y células, acelera el movimiento de los electrones y por lo tanto la vibración molecular; así los choques entre moléculas esto es, la fricción entre ellas produce un aumento de temperatura corporal. La hemoglobina acelera su movimiento y el flujo sanguíneo arrastra los materiales que se encuentran adheridos a las paredes interiores de las venas y ocasionan presión arterial alta, por lo que disminuyen los depósitos de colesterol y calcio. Al activarse la circulación de sangre y de linfa los nutrientes son transportados fácil y eficiente a todas las células del cuerpo.

Las funciones de autonomía de los nervios se normalizan controlando mejor las funciones de las células, tejidos y órganos. Se activa la secreción de hormonas y las actividades metabólicas se dinamizan. Las ondas magnéticas al penetrar en la piel, los tejidos grasos y los huesos activan el flujo energético porque vigorizan integralmente las funciones corporales y eliminan los desordenes. En fin, las propiedades de las ondas

magnéticas promueven la multiplicación y el crecimiento de las células rejuveneciendo los tejidos. Por estas razones, los imanes son excepcionalmente útiles en padecimiento como dolor de muelas rigidez de hombros y otras coyunturas, dolores e hinchazones del cuello del útero, eczema, asma, así como en caso de heridas.

Debido a las propiedades de los imanes a las respuestas corporales y a sus efectos es que se utilizan en medicina, actuando en el organismo humano de diferentes maneras:

1. Estimulan los puntos de acupuntura y meridianos, es por ello que pueden ser utilizados especialmente para aliviar el dolor, así como en el caso de desgarres y estirones.
2. Tienen influencia positiva en las células sanguíneas debido a que magnetizan al núcleo de hierro de las moléculas de hemoglobina.
3. Aumentan el flujo sanguíneo y aumentan la temperatura corporal.
4. Se acelera la asimilación de sales debido a la magnetización de los iones metálicos.
5. Tienen influencia sobre los impulsos nerviosos, por lo que pueden utilizarse como anestésicos y para controlar los ataques epilépticos.
6. Tienen efectos positivos sobre el anabolismo y el catabolismo.
7. En el caso de enfermedades infecto contagiosas la aplicación de campos magnéticos desconfigura los campos de los microorganismos patógenos, debilitándolos o causándoles la muerte.

Sanar a través del Biomagnetismo es poco convencional, pero muy efectivo. La terapia biomagnética es sencilla, barata y libre de peligros. La técnica del par biomagnético es una ciencia y un arte. Es una ciencia semejante al magnetismo y trabaja en las líneas de electricidad del organismo. Su aplicación es un arte que involucra la selección de imanes de fuerza diferente para aliviar dolencias diversas en diferentes partes del cuerpo. Es un sistema de tratamiento que cubre un campo vasto de terapias y puede aliviar casi todos los defectos funcionales de los sistemas del cuerpo humano.

Objetivo general

Identificar la alteración de Ph y su relación química con la conducta, su influencia en la conservación o pérdida de la salud, así como la aplicación del par Biomagnético para restablecerla.

Objetivos específicos

- Mantener en equilibrio la salud emocional de los pacientes, corrigiendo las alteraciones del pH, en ciertas zonas en el cerebro a través de la aplicación de los campos magnéticos con la técnica del par biomagnético.
- Curar el estado depresivo originado por la alteración de pH.
- Neutralizar los cambios de depresivos a eufóricos y viceversa.
- Corregir ciertas afasias o problemas en el lenguaje.
- Restablecer la salud en general del paciente tratado con esta técnica.

Técnica

1. Se le hace una entrevista e historia clínica completa del paciente, se piden resultados de análisis si es que los hay.
2. Se rastrea al paciente a través de la Bioenergética, para identificar el estado sofrológico y los pares Biomagnéticos que lleven a la alteración de la conducta.
3. Se aplican los campos magnéticos en dichos pares durante 60 min. Aproximadamente.
4. Se checa y se le pregunta como esta su condición anímica después de la aplicación de los campos y se anotan los resultados y los comentarios.
5. Se cita al paciente a los 8 días para revisión y progreso de su estado anímico, en la entrevista se anotan los cambios y la diferencia en el estado general de salud, se vuelve a checar Bioenergéticamente para comprobar la existencia de los mismos pares u otros diferentes, se aplican

los campos magnéticos nuevamente por el mismo periodo de tiempo. El paciente se retira para una cita y valoración posterior de su caso, hasta resolver el problema, el número de citas es variable de 1 a 4, depende de cada caso y la respuesta del paciente.

Pacientes tratados

Julia, 36 años, casada, analista de sistemas, sin hijos.

Reprimida, poco social, enfermiza, temerosa, insegura, con cambios de estado de ánimo muy frecuentes, estreñida, sus estudios no referían ninguna alteración a nivel del cerebro, que no se los entregaron, su recomendación medica fue asistir a terapia emocional, cuando inicio la terapia sus estados de animo se agudizaban con cierta frecuencia a raíz de un accidente automovilístico 4 años antes, refirió no volver a manejar en su vida, se enfermaba con cierta frecuencia 2 o 3 veces al mes, de cuadros respiratorios o digestivos, después de la primera cita no considere necesario otros estudios porque la evolución fue buena, después de la cuarta vez la veía a espacios de cada 3 meses, tiene 3 años de seguimiento y ahora la veo esporádicamente, su estado en general es bueno ya maneja de nuevo, ahora se siente segura, continuo sus estudios, esta haciendo una maestría, mejoro su relación social notoriamente y tiene nuevos planes para su futuro.

1ª vez, se señalaran los pares que están involucrados en alteración principal.

Riñón/riñón, temporal der. /temporal der., c. de páncreas/ páncreas,

2ª Riñón der. / hígado, ínter ciliar/bulbo,

3ª Temporal der. / Temporal der. , cola de páncreas/ hígado

4ª Cabeza de páncreas/ suprarrenales

Leticia, 32 años, soltera, empleada, vive sola

Enfermiza, poco decidida, temerosa, insegura, solitaria, cambios muy frecuentes de estado de ánimo, estreñida, por temporadas sube de peso, llegó a terapia remitida por su hermana, visito varios médicos, no hay exámenes de laboratorio, no había causa aparente de enfermedad. Cuando se integro a la terapia se enfermaba con frecuencia, 2 o 3 veces al mes, de cuadros respiratorios después de la 1ª cita su mejoría fue notoria, ahora la veo esporádicamente, su relación laboral ha mejorado, tiene novio próxima a boda, decidió seguir estudiando, viaja, la veo cada 6 meses, tiene 2 años de seguimiento.

1ª Cita riñón/riñón, ínter ciliar/bulbo, cabeza de páncreas/suprarrenales,

2ª Occipital/occipital, pericardio/pericardio,

3ª Temporal/temporal

Carlos, 39 años, casado, analista de sistemas, sedentario, sin hijos

Voluble, sobre peso, calvo, dolores frecuentes de espalda y piernas, poco sociable, se enferma frecuente del estomago, resentido con ciertos aspectos de la vida, ha visitado varios médicos pero vuelve a lo mismo, poco decidido, trabaja por inercia no le demuestra mucho interés, no esta motivado a hacer ejercicio, ni nada, después de la 1ª cita mostró interés por algunas cosas, le dejo de doler la espalda, empezó un programa de ejercicio combinado con uno de control de peso, han cesado las molestias en el estomago, ha mejorado su situación laboral y social, hace ejercicio con regularidad, mantiene su peso, se le ha dejado de caer el pelo, ha manejado la cuestión emocional al parecer bien. 2.5 años de seguimiento a la fecha lo veo esporádicamente, principalmente en cada cambio de estación.

1ª Cita riñón/riñón, ínter ciliar/bulbo, Aquiles/Aquiles, glúteo/glúteo

2ª riñón der. /hígado, temporal der. /temporal der. , Aquiles/Aquiles

3ª hígado/cola de páncreas, occipital/occipital

Asunción, 65 años, casada ama de hogar

Dolores frecuentes de espalda, cabeza y abdomen, dolores en articulaciones, estreñida, temerosa, insegura de todo, no le encuentra sentido a la vida, sin ánimo por nada, aparentemente estable, con 2 hijos, no le interesa la cultura, aparte del quehacer cuida a su nieta, vivía con su suegra, de la 1ª cita a la segunda

no hubo mucha diferencia, aparentemente se apreció hasta la 5ª cita, 1.5 años de seguimiento, se mantuvo muy bien sin dolores, mas segura de si misma, con interés por hacer algo, trabaja con su nieta en ciertas cuestiones culturales, recientemente falleció su suegra y un hermano, se callo de un banco y esta en la terapia nuevamente, va superando su estado de animo mejorando su calidad de vida.

1ª Cita riñón/parietal izq. , temporal/temporal, colon descendente/colon descendente, ojo/ojo

2ª Riñón/riñón, ínter ciliar/bulbo, ciático/ciático, pleura/pleura del otro lado

3ª Riñón/ parietal izq. , ínter ciliar/bulbo, páncreas/páncreas

4ª Temporal/temporal, ojo/ojo, riñón/riñón

5ª Ínter ciliar/bulbo, occipital/occipital, ciático/ciático

Hubo un paréntesis entre esta a la siguiente de 4 meses.

6ª Pleura/pleura, pericardio/pericardio, Aquiles/Aquiles

Laura, 32 años, casada, secretaria en una empresa, 2 hijos

Problemas maritales con cambios de ánimo muy frecuentes, depresiones, temerosa, insegura, mala relación con su hija de 5 años, a veces se estreñía otras se soltaba del estomago, sin gusto por la vida, vive con sus suegros, su trabajo es sedentario y monótono, llegó a la consulta por su hija que se enfermaba constantemente, y ella se quedo a consulta, con problemas digestivos frecuentes, por cuestiones económicas la veía cada 3 semanas, su hija mejoro considerablemente en 3 citas, ahora la niña no se enferma ya tiene otro hijo de meses, la relación con su esposo es buena y con sus hijos es muy buena participa más con ellos en su educación, tiene interés por la vida, quiere seguir estudiando, tienen un seguimiento por 2.5 años, ha hecho cambios significativos en su trabajo, últimamente la veo poco ha superado las crisis y se encuentra trabajando en mejorar su calidad de vida.

1ª Cita Temporal der./temporal der. , riñón/riñón, páncreas/páncreas

2ª Inter ciliar/bulbo, pleura/pleura, colon descendente/colon descendente

3ª Riñón/riñón, cabeza de páncreas/suprarrenales, colon descendente/recto

4ª Temporal der. /temporal der. colon descendente/recto

Bertha, 46 años, casada, ama de hogar, 3 hijos

Depresiva, sin ganas de vivir, peleada con el marido, cambios frecuentes y repentinos de animo, temerosa y enfermiza, con dolores de cabeza y espalda frecuentemente, sin motivación por hacer algo diferente, muy limitada por el marido, no acudió a terapia porque no quiere tomar medicamentos, refirió haber tenido muy mala experiencia en el IMSS, 1.5 años de seguimiento, a partir de la 2ª cita expreso sentirse diferente, liberada de un peso, tiene una relación aceptable con su marido y ha mejorado con sus hijos ya no los “secuestra” emocionalmente, los cuadros depresivos han desaparecido, esta mas estable, ya trabaja fuera de casa y eso la motiva mucho y quiere seguir estudiando, ya empezó a leer, cada 2 semanas tenia su cita.

1ª Cita Temporal der. /temporal der. Páncreas/páncreas, Riñón/riñón

2ª Ínter ciliar/bulbo, riñón der. /hígado, cuello/cuello

3ª Hígado/hígado, Quiasma/quiasma

4ª Occipital/occipital, riñón der. /hígado

5ª Ínter ciliar/bulbo

Lourdes, 32 años, vive en unión libre, negocio y escuela, no quiere tener hijos.

Depresión frecuente y cambios de ánimo, sobre peso, enfermiza generalmente de vías respiratorias, temerosa, poco decidida, con quistes en los senos, el lado derecho mas grande y muy dolorosos, con un diagnostico de no ser malignos, pero que en cualquier momento se pueden malignizar, tiene problemas con su pareja, por no querer tener hijos, había dejado la escuela, es muy aprensiva, hace 2 años de se integro a la terapia emocional por recomendación junto con el Biomagnetismo, ahora los quistes ya desaparecieron ya no hay dolor, se ha dejado de enfermar, creo que esta separada de su pareja y ya regreso a la escuela, se siente mas segura y quiere terminar su carrera, el peso lo va controlando sin cambios bruscos.

- 1ª Cita pleura/pleura del mismo lado, temporal der. /temporal der. Pericardio/pericardio
- 2ª Ínter ciliar/bulbo, páncreas/páncreas, axila/axila
- 3ª Axila/axila, pleura/pleura del mismo lado, cardias/suprarrenales
- 4ª Riñón/riñón, angina/angina
- 5ª Riñón der. /hígado, temporal der. /temporal der.

José, 10 años, estudiante.

Al parecer tiene mucha capacidad de aprendizaje, con síndrome de atención dispersa e hiperactividad aparte es Índigo, se siente superior a los demás niños de su edad pero con los mayores se orina de miedo, es temeroso, tiene problemas en la escuela y los padres no saben que hacer con él pero existen discrepancias entre ellos, la madre es muy aprensiva y el padre muy pasivo, se les recomendó terapia conjunta, al parecer si la tomaron, no tengo contacto frecuente con ellos pero si ha mejorado está más estable y dedicado a la escuela, ya no es tan problemático ni conflictivo, los padres están más tranquilos, se siente más seguro de acuerdo a su edad, empezó a jugar football y al parecer esto le ha servido.

- 1ª Cita riñón/riñón, ínter ciliar/bulbo
- 2ª Temporal der./temporal der. , páncreas/páncreas
- 3ª Quiasma/quiasma

Claudia, 33 años, divorciada, modelo

Depresión constante por días, separación de su pareja de 11 años de relación, cambios frecuentes de estado de animo, sin sentido a la vida, poca ilusión, ha pensado en el suicidio, demasiado aprensiva, temerosa y desconfianza de los hombres, ahora vive fuera del D. F. Con otra pareja al parecer más estable, ha seguido las recomendaciones de la terapia y supe que está mejor, estudia de nuevo y hace deporte.

- 1ª Cita riñón/riñón, ínter ciliar/bulbo
- 2ª Temporal der. /temporal der. , páncreas/páncreas
- 3ª Riñón der. /hígado, axila/axila

Estos paciente tienen algo en común, casi todos los pares encontrados entre ellos tienen una repercusión a nivel emocional, porque liberándolos habían cambios casi inmediatos y mejoría bastante notoria, un par de ellos si tenía estudios de laboratorio pero reportaban normalidad por esa razón no considere importante agregarlos o que se hicieran estudios los demás, ahí esta lo curioso, el pH en el cerebro provoca alteraciones que generalmente tiende a acidificarse pero como se mide, después de la 3ª cita con imanes se integraban a la terapia emocional y encontraban respuesta mas rápido.

Conclusiones

Con los resultados mostrados en estos pacientes podemos apreciar la importancia de un pH neutro en el cerebro, para gozar de una buena salud emocional y la diferencia tan grande que hace el Biomagnetismo Médico y la medicina Bioenergética, romper paradigmas y marcar nuevos parámetros para la práctica médica y el criterio salud enfermedad. A veces nos puede resultar poco creíble en estos tiempos que la tecnología o la sofisticación de los sistemas o los procesos es indispensable para el diagnostico y la solución de problemas de salud, con este sistema se pueden resolver ciertas alteraciones mas rápido y a menor costo, podemos apreciar que no necesitamos los equipos mas caros, la tecnología mas sofisticada, medicamentos, o las largas terapias tradicionales, la naturaleza, el sentido común, la intuición, y el conocimiento son nuestras herramientas mas preciadas. Con el Biomagnetismo como herramienta de diagnostico obtenemos:

- Diagnósticos mas acertados y en menos tiempo
- Desde la primera cita y nos permite tratar al paciente inmediatamente
- Basado en las causas y no, en los síntomas
- La identificación de los microorganismos con un mínimo de error

Nos permite tratar al paciente rápido, modificando el pH y eliminando los microorganismos y/o alteraciones o disfunciones que originaron el problema, manifestándose casi inmediatamente, el paciente ve

una mejoría significativa en unas cuantas citas con una ingesta mínima o nula de medicamentos, con los siguientes beneficios:

- No produce daños ni efectos colaterales indeseables
- Mitiga el dolor y la inflamación
- Estimula los tejidos
- Incrementa la circulación sanguínea
- Incrementa el oxígeno en los tejidos
- Acelera la rehabilitación
- Es un procedimiento preventivo de salud

Con este tema en particular podemos apreciar los beneficios que se obtienen corrigiendo el pH a nivel del cerebro medio, o en el área de Broca por citar ejemplos, que cuando existe una alteración a esos niveles se modifica la conducta o se presentan alteraciones en el aprendizaje y esto algunas veces no es considerado por los especialistas de esa materia y que el manejo debe ser delicado en el uso de medicamentos o con terapias especiales. En estos casos el pH tiende a acidificarse, lo podemos comprobar ya que los pares que se encuentran en el cerebro por lo regular son virus, También se encontró que la presencia de algunos pares establecen ciertas conductas por ejemplo: En el temporal derecho, el paciente presenta cuadros de angustia, ansiedad y mucho temor, en el caso del íter ciliar, es desconcierto, no fija bien la atención, es rebelde, en el Quiasma o en esa región del prefrontal, alteraciones como afacia o dislexia por citar algunas, habría que hacer un estudio mas detallado en cada una de las zonas, eso da pie a otro trabajo de investigación, puede haber cierto grado de agresividad dependiendo el estímulo, también se detecto que algunos pares en el cuerpo hacen resonancia o están involucrados en estos comportamientos principalmente en el sistema respiratorio y circulatorio, tiende a ser más alcalino, también en el caso de las inflamaciones o de los procesos agudos y están mas orientados hacia el temor o cualquiera de las emociones derivadas de este como, la envidia, la ansiedad, la angustia etc. En el caso de la acidosis principalmente en el sistema digestivo, la orientación es asía el resentimiento o el rencor, que genera todos los cuadros o casi todos los crónico degenerativos, esto no quiere decir que no se pueda presentar en otras partes del cuerpo, lo que si es seguro que donde se alcaliniza es temor y donde se acidifica es resentimiento, en cuanto a emociones se trate, se forman círculos viciosos, por sentirnos mal se estimula la emoción en una forma negativa y esta a la vez hace que nos sintamos mal, es la importancia de este trabajo, nos marca una pauta de donde podemos romper este círculo y que no degenera, que el paciente encuentre una respuesta rápida y acertada.

“Sin conocimiento la vida no es mas que un reflejo de la muerte”

Bibliografía

Goiz Durán, Isaac. 1999. *El par Biomagnético*.

_____. 1991. *El Biomagnetismo como alternativa de los programas de salud*.

Berkson W. 1985. *Las teorías de los campos de fuerza. Desde Faraday hasta Einstein*. Alianza Editorial.

Bradley J. 1991. *Repeating the electromagnetic experiments of Michael Faraday*. Physics Education, V-26, nº 5, September, pp. 284-288.

Casado J.M. 2002. *Boskovich y la teoría de fuerzas intermoleculares*. Revista Española de Física, V-16, nº3, págs. 54-59

Cazenobe J.1984. *¿Fue Maxwell precursor de Hertz?* . Mundo Científico, V-4, nº 40, págs. 974-980.

Van Fraasen, Bas C. 1978. *Introducción a la Filosofía del tiempo y del espacio*. Editorial Labor.

García Doncel M. 1991. *En el bicentenario de Michael Faraday: Sus especulaciones sobre el "estado electro tónico", origen de nuestra teoría clásica de campos*. Revista Española de Física V-5, nº 4, págs. 44-57.

García Doncel M. 1994. *Heinrich Hertz*. Investigación y Ciencia, Enero, págs. 72-79.

Gooding D.1991. *Faraday was a hands-on scientist*. Physics Education, V-26, nº 5, September, pp. 307-312.

Harman P. M. 1993. *Maxwell and Faraday*. European Journal of Physics. V-14, pp. 148-154.

- Navarro Veguillas L. 1983. *Fuerzas y campos en la Historia de la Física: de Aristóteles a Faraday*. Mundo Científico, V-3, n° 29, 1983, págs. 1012-1018.
- Thuillier P. 1990. *De la filosofía al electromagnetismo: el caso Oersted*. Mundo Científico V-10, n° 102, Mayo, págs. 562-569.
- Tweney R. D. 1991. *Faraday's notebooks: the active organization of creative science*. Physics Education, V-26, n° 5, September, pp. 301-306.
- Williams L. P. 1991. *Michael Faraday's chemical notebook: portrait of the scientist as a young man*. Physics Education, V-26, n° 5, September, pp. 278-283.
- Williams L. P. *André-Marie Ampère*. Investigación y ciencia, n° 150, Marzo 1989, págs. 82-89.
- Austin de Beauport, E., y Diaz de Melasecca, A. 1994. *Las tres caras de la mente*. Caracas: Galac, S.A.
- Gazzaniga, M. 1977. Review of the split brain. En M.C. Wit-trock (Ed.) *The Human brain*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
- Gazzaniga, M., y Sperry, R. 1967. Language after section of the cerebral commissure. *Brain*, 90, 131.
- Herrmann, M. 1989. *The creative brain*. Búfalo: Brain books.
- Lozanov. G. 1978. Suggestology and suggestopedia. Ponencia presentada en la II Conferencia Internacional sobre Aprendizaje y Enseñanza Acelerada por Sugestopia. Iowa, USA.
- MacLean, P. 1978. *Education and the brain*. Chicago: Chicago Press.
- MacLean, P. 1990. *The triune brain evolution*. New York: Plenum Press.
- Nummela, R., y Rosegreen, T. 1986. The triune brain: A new paradigm for education. *Journal of Humanistic Education and Development*, 24, 3 98-102.
- Restak, R. 1984. *The brain*. New York: Bantam books.
- Ruiz-Bolívar, B., Gardié, O., Ismayel, A., Mendoza, Y., Monaste-rios, G., y Richter. 1994. Adaptación y validación de la encuesta de HBDI para evaluar la dominancia cerebral: Un estudio preliminar.
- Sperry, R. 1973. Lateral specialization of cerebral function in the surgically separated hemispheres. en F.J. McGuigan (Ed.). *The Psychophisiology of the thinking*. New York: Academic Press.
- Sperry, R., Bogen, J., y Vogen, P. 1970. Syndrome of hemisphere deconnection. En P. Bailey and R.L. Fial (Eds.). *Proceeding American Psychologist*, 23, 10, 344-346.
- Sperry, R., Gazzaniga, M., y Bogen, J. 1969. Interhemispheric relationships: The neocortical commissures, syndromes of hemisphere disconnection. *Handbook of Clinical Neurology*, 4, 273-290.
- VerLee, W.L. 1986. *Aprender con todo el cerebro*. Barcelona (España): Martínez-Roca.
- Wittrock, M.C. 1977. *The human brain*. Englewood Cliffs (New Jersey): Printice Hall, Inc.

ENERGÍA MAGNÉTICA EN EL CUERPO HUMANO

Ariadna Gabriela Luce Gómez

Presentación

En esta tesina trataremos el tema del Biomagnetismo y el porqué funciona en nuestro Organismo. Fue muy sorprendente y motivante asistir, durante el Diplomado, a la Exposición de la Dra. Esther del Río, que complementa todo el estudio y trabajo que ha llevado a cabo el Dr. Goiz, y que gracias a su generosidad nos ha compartido.

Es por eso que se busca unificar dos teorías, que de manera paralela, se han ido desarrollando en México y que han logrado, complementándose una a la otra, un solo resultado: la salud del ser humano de una manera sencilla, económica y científica.

Resulta de gran interés para los que practicamos el Biomagnetismo entender desde un punto de vista científico el porqué de los resultados de nuestro trabajo, y la Dra. Esther del Río ha disipado muchas de las dudas que surgían en nuestra práctica.

Introducción

La medicina ha evolucionado constantemente desde que el ser humano existe. En la lucha por mantener la vida, se han conocido diferentes maneras de curar, desde hierbas, cantos, actos religiosos y otros, hasta nuestros días, donde el conocimiento y la ciencia han dado paso a nuevas opciones en la medicina. Entre ellas se encuentran la Alopática, Homeopatía, Acupuntura, Naturismo, Herbolaria, el Biomagnetismo la Bioenergética, además de otras.

La mayoría de las personas están acostumbradas a tratarse con la medicina oficial, que es la Alopática, en la que a través de pruebas de laboratorio, radiológicas, de resonancia etc, se busca un diagnóstico, o un nombre para el padecimiento (aunque en algunos casos sólo sea descriptivo), para que a partir de ahí se encuentre una solución. Pero muchas veces las pruebas médicas no arrojan en toda su totalidad los datos necesarios para acertar y entender una patología, tiene límites que la mayoría de nosotros podemos constatar a través de nuestras propias experiencias. Es por esto que al no contar con una respuesta adecuada o curativa sobre el padecimiento, los pacientes buscan alternativas, basando su esperanza de vida o de curación en medicinas diferentes a la alopática.

Cuando los pacientes llegan a este tipo de terapéutica, acuden con la duda de porqué funciona esta novedosa medicina, que en la experiencia da resultados, pero que a veces es difícil de entender desde un punto de vista científico.

En general, muchas de las medicinas alternativas no necesitan de un diagnóstico, específico, desde el punto de vista alopático sino que se busca la curación a través de establecer un equilibrio en el organismo, ya sea energético como en el Biomagnetismo, funcional como en el Naturismo o Sofrológico y de toda índole como en la Bioenergética.

Es por eso que en esta tesina, quiero sustentar el porqué el Biomagnetismo actúa en el cuerpo humano de una manera científica, a través de los descubrimientos hechos por la Dra Esther del Río, que muestra cómo existe energía magnética en nuestro organismo, y así disipar las dudas de muchos de los pacientes que llegan a nuestros consultorios, así como de médicos que no comprenden el funcionamiento del Biomagnetismo.

Para esto es necesario exponer lo que es el Biomagnetismo a partir de su base que es el magnetismo.

Qué es Magnetismo

El magnetismo es una de las fuerzas fundamentales de la naturaleza. Las fuerzas magnéticas son producidas por el movimiento de partículas cargadas y orientadas, como por ejemplo, electrones, lo que indica la estrecha relación entre la electricidad y el magnetismo.

La manifestación más conocida del magnetismo es la fuerza de atracción o repulsión que actúa entre los materiales magnéticos como el hierro.

Historia electromagnética

El fenómeno del magnetismo ya era conocido desde tiempos antiguos, por los griegos, los romanos, chinos y algunas culturas del continente americano.

La aplicación magnética más antigua viene de la antigua China donde se inventó la brújula, la cual se utilizó en occidente como instrumento de navegación hace 700 años. En el siglo XIII, el francés Petrus Peregrinus realizó importantes investigaciones sobre los imanes y sus descubrimientos no se superaron en casi 300 años, hasta que el físico y médico William Gilbert observó que la tierra se comporta como un gigantesco imán y aplicó métodos científicos al estudio de la electricidad y el magnetismo publicando su libro. "De Magnete" en 1600. En 1750, el geólogo británico John Michell demostró que la atracción o repulsión entre dos polos magnéticos disminuye a medida que aumenta el cuadrado de la distancia entre ellos.

A finales del siglo XVIII y principios de XIX se investigaron simultáneamente las teorías de la electricidad y el magnetismo. En 1831, después de que Hans Oersted, físico danés, observó que una aguja magnética podía ser desviada por una corriente eléctrica, demostrando plenamente la relación entre el magnetismo y la electricidad. El francés André Marie Ampère, estudió las fuerzas entre cables por los que hizo circular corrientes eléctricas, seguido por el físico francés Dominique Francois, quien magnetizó un pedazo de hierro colocándolo cerca de un cable recorrido por una corriente. Ambos profundizaron en dicho campo. En 1831, el científico británico Michael Faraday, descubrió que el movimiento de un imán en las proximidades de un cable induce en éste una corriente eléctrica, este efecto era inverso al hallado por Oersted, quien demostró que una corriente eléctrica crea un campo magnético, mientras que Faraday demostró que puede emplearse un campo magnético para crear una corriente eléctrica. La unificación plena de las teorías de la electricidad y el magnetismo se debió al físico británico James Clerk Maxwell, que predijo la existencia de ondas electromagnéticas e identificó la luz como un fenómeno electromagnético.

Posteriormente, los estudios sobre el magnetismo se centraron en el origen atómico y molecular de las propiedades magnéticas de la materia. En 1905, el físico francés Paul Langevin desarrolló una teoría sobre la variación, con la temperatura, de las propiedades magnéticas de las sustancias paramagnéticas, basada en la estructura atómica de la materia, constituyendo uno de los primeros ejemplos de la descripción de propiedades macroscópicas a partir de las propiedades de los electrones y los átomos.

La teoría de Langevin fue ampliada por el físico francés Pierre Erns Weiss, quien postuló la existencia de un campo magnético interno, molecular, en los materiales como el hierro. Este concepto, combinado con la teoría de Langevin, sirvió para explicar las propiedades de los materiales fuertemente magnéticos como la piedra imán, que Cleopatra usaba en la frente para evitar el envejecimiento.

La teoría del físico danés Niels Bohr, sobre la estructura atómica, permitió comprender las propiedades atómicas y mostró por qué el magnetismo aparece en los elementos de transición, como el hierro, en los lantánidos o en compuesto que incluyen estos elementos.

Los físicos estadounidenses Samuel Abraham Goudsmit y George Eugene Uhlenbeck demostraron en 1925 que los electrones tienen espín y se comportan como pequeños imanes con un “momento magnético” definido. Momento magnético lo podemos entender como la unidad fundamental del magnetismo, se puede imaginar como un pequeño imán. El momento magnético de un objeto es una magnitud vectorial que expresa la intensidad y orientación del campo magnético.

Mucho Tiempo atrás, la tierra fue rodeada por un campo magnético mucho más fuerte que hoy. Sobre los últimos 155 años, una disminución en la fuerza del campo magnético ha sido encontrada por científicos. Los científicos también han descubierto que los vertebrados más altos han muerto debido a disminuciones de campo magnético. Este fue determinado por un estudio en el océano. Los efectos de la disminución en el campo magnético en la salud humana fueron reconocidos cuando los cosmonautas experimentaban pérdida temprana de calcio los huesos y calambres en los músculos, cuando se situaban por encima del campo magnético de la tierra por un largo tiempo. Cuando campos magnéticos artificiales fueron colocados en la cápsula espacial, los astronautas mantuvieron su salud.

El síndrome de Deficiencia del Campo Magnético, identificado en Japón a finales de 1950, es caracterizado por: Falta de energía, dolor general, frecuentes dolores de cabeza, vértigo, etcétera. Estos síntomas se parecen al síndrome de Fatiga Crónico. Los síntomas del Síndrome de Deficiencia del Campo Magnético fueron aliviados por la aplicación externa de un campo magnético al cuerpo humano.

Metodología

Este tema es de gran importancia para la Medicina Biomagnética y también para otras, ya que ayuda a conocer por qué funcionan las medicinas alternativas. Pero en especial expondremos el Biomagnetismo, medicina alternativa, que en este trabajo se tomará especialmente en cuenta. Por ello es que se expone desde el principio básico que es el magnetismo. Enseguida, se verá la forma en como se comporta física y químicamente, hasta cómo puede influir el fenómeno magnético en nuestro organismo. Posteriormente se expondrá en forma particular el biomagnetismo, que es la forma en como se pueden curar las diversas patologías humanas mediante el conocimiento de los microorganismos que las provocan y cómo despolarizar o anular estos microbios. Concluyendo con el porqué de este fenómeno, a través de los descubrimientos de la Dra. Esther del Río, con lo que se llega al objetivo de esta tesis.

Magnetismo y física

Una barra imantada o un cable que transporta corriente pueden influir en otros materiales magnéticos sin tocarlos físicamente porque los objetos magnéticos producen un “campo magnético”. Los campos magnéticos suelen representarse mediante “líneas de campo magnético” o “líneas de fuerza”. En cualquier punto, la dirección del campo magnético es igual a la dirección de las líneas de fuerza, y la intensidad del campo es inversamente proporcional al espacio entre líneas.

Una carga eléctrica crea a su alrededor un campo eléctrico. Si la carga se mueve produce además un campo magnético. Se sabe también que toda carga eléctrica que se mueva en el seno de un campo magnético experimenta una fuerza. Es decir si se tienen dos cargas eléctricas móviles, no solo están sometidas a las fuerzas electrostáticas que se ejercen mutuamente debidas a su carga, sino que además, entre ellas actúan otras fuerzas electromagnéticas que dependen de los valores de las cargas y de las velocidades de estas. En una región del espacio se dirá que existe un campo magnético cuando al penetrar en ella una carga móvil experimenta una fuerza que depende de la velocidad de la carga.

En el caso de una barra imantada, las líneas de fuerza, salen de un extremo y se curvan para llegar al otro extremo, estas líneas pueden considerarse como bucles cerrados, con una parte del bucle dentro de imán y otra fuera. En los extremos del imán, donde las líneas de fuerza están más próximas, el campo magnético es más intenso, en los lados del imán donde las líneas de fuerza están más separadas, el

campo magnético es más débil. Según su forma y su fuerza magnética, los distintos tipos de imán producen diferentes esquemas de líneas de fuerza.

La estructura de las líneas de fuerza creadas por un imán o por cualquier objeto que genere un campo magnético puede visualizarse utilizando una brújula o limaduras de hierro. Los imanes tiende a orientarse siguiendo las líneas de campo magnético. Por tanto una brújula, que es un pequeño imán que puede rotar libremente, se orientará en la dirección de las líneas. Marcando la dirección que señala la brújula al colocarla en diferentes puntos alrededor de la fuente del campo magnético, puede deducirse el esquema de líneas de fuerza.

Igualmente, si se agitan limaduras de hierro sobre una hoja de papel o un plástico por encima de un objeto que crea un campo magnético, las limaduras se orientan siguiendo las líneas de fuerza y permiten así visualizar su estructura.

Los campos magnéticos influyen sobre los materiales magnéticos y sobre las partículas cargadas en movimiento. En términos generales, cuando una partícula cargada se desplaza a través de un campo magnético, experimenta una fuerza que forma ángulos rectos con la velocidad de la partícula y con la dirección del campo. Como la fuerza siempre es perpendicular a la velocidad, las partículas se mueven en trayectorias curvas. Los campos magnéticos se emplean para controlar las trayectorias de partículas cargadas en dispositivos como los aceleradores de partículas.

Electrolisis

Faraday nos dice que la electrolisis es un fenómeno que consiste en la descomposición de ciertas sustancias (denominadas electrolitos) por medio de una corriente eléctrica.

Un electrolito se entiende como sustancias cuyas soluciones acuosas conducen corriente eléctrica en soluciones diluidas por el movimiento de los iones.

Cuando en la disolución de un electrolito se introducen dos conductores metálicos (electrodos), conectados a los polos de un generador de corriente eléctrica continua, uno queda cargado positivamente (ánodo) y el otro negativo (cátodo). De este modo, el electrodo positivo atrae a los iones negativos (aniones) y el negativo atrae a los iones positivos (cationes), con lo que tiene lugar una migración iónica, es decir, cada tipo de iones van al electrodo correspondiente, donde se neutralizan sus cargas y se convierten en átomos o radicales libres.

La migración iónica citada implica un transporte de material y una deposición de sustancias disueltas. Las aplicaciones de electrolisis son numerosas, pues este fenómeno permite la preparación de numerosos elementos químicos (como el hidrógeno, el flúor y el cloro)

Metales como el cobre, el zinc y el mercurio se obtienen por electrólisis, previa disolución de sus minerales en ácido sulfúrico. Una vez obtenidos, se les purifica electrolíticamente (hasta incluso un 99% de riqueza). También el sodio y el magnesio se obtienen vía electrólisis (de sus cloruros), así como el aluminio, a partir de su óxido.

Magnetismo y química

En los procesos biológicos del cuerpo humano se presentan fenómenos muy parecidos a la electrólisis que consisten en la disolución de compuestos proteicos en electrolitos para su asimilación en el cuerpo. Una variación en la composición del electrolito causaría un cambio en esa descomposición. Los electrolitos nos ayudan a que la energía fluya en el organismo que para los fines de esta tesis es necesario conocerlo.

Las propiedades magnéticas son generalmente debidas a la existencia de electrones desapareados en los metales de transición. En algunos sólidos inorgánicos, los momentos magnéticos de estos electrones se

acoplan, este acoplamiento se propaga tridimensionalmente y se llega a un ordenamiento magnético. Esto da lugar a la aparición de dominios magnéticos, con lo que se tienen imanes, con sus conocidas propiedades (atracción y repulsión) por otros imanes, dependiendo de cómo se enfrenten sus polos magnéticos.

Al ordenamiento magnético de todos los momentos magnéticos de una muestra se le llama Ferromagnetismo, este ordenamiento se realiza en la misma dirección y sentido. Un ferromagneto es el material que puede presentar ferromagnetismo. La interacción ferromagnética es la interacción magnética que hace que los momentos magnéticos tiendan a disponerse en la misma dirección y sentido. Ha de extenderse por todo un sólido para alcanzar el ferromagnetismo.

Generalmente, los ferromagnetos están divididos en dominios magnéticos. En cada uno de estos dominios, todos los momentos magnéticos están alineados. En las fronteras entre dominios hay cierta energía potencial.

Al someter un material ferromagnético a un campo magnético intenso, los dominios se alinean con éste, dando lugar a un monodominio. Al eliminar el campo, el dominio permanece durante cierto tiempo. Es por esto que se equilibra la energía en el organismo.

Hay muchos materiales cristalinos que presentan ferromagnetismo. Recogemos aquí una selección representativa de ellos, junto con sus temperaturas de Curie, la temperatura por encima de la cual dejan de ser ferromagnéticos.

| Material | TempCurie |
|----------|-----------|
| Fe | 1043 |
| Co | 1388 |
| Ni | 627 |

| Material | TempCurie |
|----------|-----------|
| Dy | 88 |
| MnBi | 630 |
| Gd | 292 |

| | |
|------|-----|
| MnSb | 587 |
| EuO | 69 |

Con todo lo expuesto anteriormente, podemos llegar a una relación entre los campos magnéticos que encontramos en la naturaleza y los campos magnéticos producidos por el cuerpo humano. Podemos tomar por un hecho que el cuerpo humano es una máquina eléctrica que produce corriente por todos los órganos internos y su comunicación es por medio de pequeñas señales eléctricas.

El magnetismo en el cuerpo humano

También podemos decir que por donde circule una corriente eléctrica pulsante se genera un campo magnético variable dependiente del sentido y velocidad de la carga eléctrica. Lo que nos sirve de material conductor son los electrolitos y que una variación en su composición nos genera una variación en el sentido del campo magnético produciendo una polarización ya sea positiva o negativa del órgano donde ocurre una anomalía biológica.

Por lo tanto podemos decir que en el cuerpo humano existen campos magnéticos equilibrados y que una variación o descompensación dentro del organismo produce una variación en esos campos creándose así la diversas patologías y surgen entonces los pares biomagnéticos para tratar de volver a compensar el organismo magnéticamente.

Hemos relacionado hasta ahora que los campos magnéticos dentro del organismo humano pueden ocasionar si existe una descompensación en el compuesto de los electrolitos y más específicamente en su P.H. Lo que nos resta es definir una forma de medir esos campos magnéticos para poder realizar un diagnóstico más confiable y poder corregir a tiempo las anormalidades que se pueden presentar.

La medida del P.H. tiene por objeto determinar la concentración de los iones de hidrógeno que están contenidos en una disolución.

Sólo los iones del hidrógeno las más diminutas partículas materiales que pueden existir en libertad, estando constituidas por el núcleo del átomo de hidrógeno con una carga positiva; los iones de hidrógeno, a causa de su extraordinaria pequeñez poseen una gran movilidad y una enorme capacidad de reacción, ejerciendo por estos motivos una influencia muy marcada en la mayor parte de los procesos químicos. El ion de hidrógeno es, pues, la partícula material más pequeña que tiene existencia real. Es su tamaño, precisamente el que determina las propiedades especiales que caracterizan al ion hidrógeno y que le diferencian de todos los demás iones conocidos; a su pequeñez se deben muchas de sus propiedades, entre ellas su extraordinaria movilidad y, en general a ella cabe atribuir la sorprendente importancia del ion hidrógeno en muchas reacciones. Estas propiedades también dependen de su polaridad.

Algunos compuestos químicos, al encontrarse en disolución se disocian en iones, existen otros muchos, a menudo de naturaleza orgánica, que forman las disoluciones llamadas coloidales; en estas disoluciones las partículas, constituidas por la acumulación de un gran número de moléculas, se hallan repartidas por todo el disolvente de un modo homogéneo; como estas partículas son mucho mas grandes que los iones, su capacidad de reacción es mucho menor; sin embargo, los coloides pueden llegar a poseer un estado semejante, hasta cierto punto, al de los iones eléctricamente cargados y esto sucede cuando las partículas coloidales absorben iones.

Los iones de hidrógeno existen en todas las disoluciones acuosas. Se forman por el desdoblamiento (disociación) de las moléculas del agua, las cuales están constituidas, además de otras cosas, por átomos de hidrógeno. Sin embargo, entre todas las moléculas que se hallan contenidas en un peso dado de agua, únicamente una pequeña parte de ellas experimenta la disociación indicada

En el agua pura, neutra, la concentración de los iones de hidrógeno está siempre perfectamente determinada, es decir, que en un litro de agua purísima, sea cual fuere su origen, existe siempre una cantidad de iones de hidrógeno fija y determinada.

Es la concentración de iones de hidrógeno la que determina si su disolución posee reacción neutra o si la tienen más o menos ácido o alcalina.

Con el fin de tener una medida del contenido de iones de hidrógeno en una disolución, se ha ideado la llamada escala del pH. Esta escala, que ha resultado sumamente cómoda, consta de catorce unidades.

- Entre 0 y 3 unidades están comprendidas las disoluciones ácidas fuertes (es decir, las que poseen una concentración de iones de hidrógeno muy elevada).
- Entre 4 y 6 pH, las disoluciones ácidas débiles (con una concentración de iones de hidrógeno relativamente elevada.).
- 7 pH poseen las disoluciones neutras (con una concentración de iones de hidrógeno mediana).
- Entre 8 y 10 pH, las disoluciones débilmente alcalinas (con una concentración de iones de hidrógeno relativamente pequeña).
- Entre 11 y 14 pH, las disoluciones alcalinas fuertes (con una concentración de iones de hidrógeno relativamente pequeña).

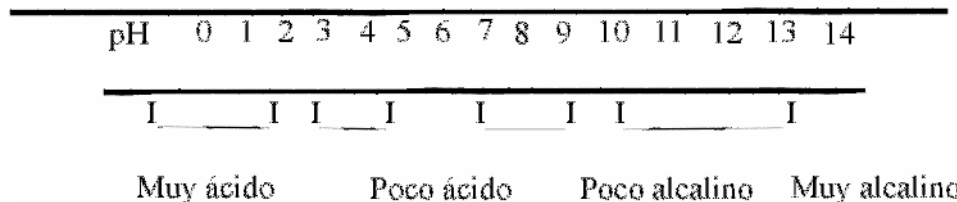
Corresponde al valor más pequeño del ph la concentración mas alta de hidrógeno.

De lo anterior se deduce que el ph de cualquier disolución puede ser disminuido por adición de un ácido(o sea, introduciendo en la disolución iones de hidrógeno); inversamente, puede aumentarse del ph

en una disolución añadiéndole lejía alcalina (o sea combinando los iones de hidrógeno que en ella existan.).

Neutro

I



Positivo magnéticamente - negativo magnéticamente

La ciencia moderna admite que la materia está formada por pequeñísimas partículas llamadas átomos. Cada uno de estos átomos puede ser comparado a un sistema planetario, puesto que está formado de un núcleo, cargado positivamente y un enjambre de electrones negativos que giran a su alrededor, siempre que cada uno de los átomos individuales no experimente intercambios con otros átomos o no sufra la acción de fuerzas extrañas que alteren su estado normal, el número de electrones que rodean al núcleo es igual a la cantidad de cargas positivas que éste posea. En este caso, el átomo se comporta eléctricamente como neutro.

Por la reunión de dos o más átomos se forman las moléculas. Estas uniones moleculares adquieren cierta coherencia porque los átomos que las constituyen desarrollan entre ellos fuertes fuerzas atractivas, lo que es debido a que los átomos al ceder o ganar electrones pierden su estado neutro y quedan con cargas positivas o negativas. Estos átomos, que han adquirido cargas positivas o negativas, han recibido el nombre de iones, denominándose cationes cuando la carga es positiva y aniones cuando es negativa.

Los procesos que se realizan entre estas pequeñísimas partículas constituyen las llamadas reacciones químicas. El medio cuyo seno se producen las reacciones, es el agua en la mayor parte de los casos. En el agua se disuelven las sustancias reaccionantes, es decir, se disgregan en sus moléculas individuales, las cuales se reparten homogéneamente por todo el disolvente. Esta repartición de las moléculas por todo el disolvente es el primer estadio del proceso de la disolución, pero el fenómeno no siempre va más allá de este primer grado. Cuando se trata de sustancias constituidas por átomos cargados positiva y negativamente, es decir, constituida por iones, prosigue el fenómeno de la disociación hasta un segundo grado, consiste en el desdoblamiento de las moléculas individuales, o sea, en su disociación. En el agua que posea una fuerza disociante particularmente enérgica, las moléculas se hallan desdobladas en sus partes eléctricamente cargadas; es decir, que existen la disolución de iones. Para la representación del signo y de la magnitud de la carga se acostumbra emplear el signo (+), para las cargas positivas y el signo (-) para las negativas.

Por su comportamiento químico se diferencian profundamente los iones que existen en una disolución de los átomos o moléculas eléctricamente neutras. Externamente, una disolución iónica se comporta como si fuera eléctricamente neutra, pues la suma de las cargas positivas que contiene es siempre igual a la de las negativas. En cambio, internamente suceden las cosas de manera muy distinta. Los iones individuales que existen en una disolución se combinan instantáneamente con los iones contenidos en otra disolución añadida a la primera, influenciando incluso las sustancias no disueltas.

Manifestaciones del magnetismo en nuestro organismo

William Pawluk, M.D., médico Familiar desde 1972 y entrenado en acupuntura, hipnosis y homeopatía, habla de que el cuerpo humano flota en un mar de campos magnéticos tales como del de la tierra, luna, sol, y otros campos galácticos. El cuerpo es un dinamo pequeño magnético. Los campos del cuerpo son minúsculos, y para medirlos se utilizan aparatos llamados SQUIDS. El campo de tierra es 100,000 veces más fuerte que el del cuerpo humano. Nosotros somos tan dependientes de los campos de la tierra que los astronautas en el espacio para períodos largos requieren de campos magnéticos artificiales para mantener la salud.

Los campos magnéticos penetran el cuerpo como si estuviera perforado. Nada hay en las partes del cuerpo de modo que limite un campo magnético. El cuerpo es 75% o más de agua, la cual no reduce o bloquea los campos magnéticos. Un imán fuerte sostenido en un lado del cuerpo fácilmente puede desviar una aguja de una brújula en el otro lado del mismo.

Las indicaciones de los SQUIDS de los tejidos expuestos a imanes han dado relace a señales magnéticas por algún tiempo después del muestreo. Varios tipos de imanes producen estos efectos.

Los campos Magnéticos actúan sobre el cuerpo en muchos modos:

- Ellos estimulan los puntos de acupuntura y meridianos. En este modo, ellos pueden ser usados para todos tipos de problemas, especialmente para dolor, desgarres y estirones.
- Ellos trabajan en células de sangre roja por que contienen hierro.
- Reportes de gente siente calor y comezón debajo de los imanes., Europeos han registrado aumento del flujo de sangre. Además han visto este fenómeno en termógrafos también.
- Los campos magnéticos afectan alguna sustancia química que se procesa dentro y entre células. Existen químicos que utilizan equipo sensible al campo magnético para medir moléculas sencillas y complejas. Investigadores en Harvard hallaron que la asimilación de sal por una membrana es más rápida con un campo magnético.
- Ellos pueden afectar señales nerviosas. Imanes de alta fuerza pueden causar anestesia, a través de un principio físico llamado el efecto de Sala. El Dr Robert Serviciador (autor del Cuerpo Eléctrico) pone salamandras con electroimanes para dormir antes de cirugía, con toda la seguridad de anestésico normal. Los imanes pueden parar ataques epilépticos. Ellos son también usados para estudiar y trazar mapas de estructuras de nervios profundos en el cerebro, normalmente solamente accesible durante cirugía de cerebro.

Por lo tanto podemos decir que la influencia beneficiosa de los imanes en el cuerpo es una realidad y podríamos señalar con mas precisión esta influencia como sigue a continuación

1. Cuando un imán es aplicado al cuerpo humano, el paso de ondas magnéticas a través de los tejidos y las corrientes secundarias son inducidas. Cuando se presenta este choque de corrientes con ondas magnéticas, se presenta un aumento de temperatura producto del impacto de los electrones en las células de cuerpo. Los impactos son muy efectivos para reducir dolores e hinchazones en los músculos, etc.
2. El movimiento de hemoglobina en la sangre es acelerado mientras que el calcio y los depósitos de colesterol en la sangre son disminuidos. Los materiales adheridos al lado interior de las venas, los cuales provocan presión arterial alta, son disminuidos y tienden a desvanecerse. La sangre es limpiada y la circulación es aumentada. Las actividades del corazón se facilitan y el dolor desaparece.
3. Las funciones de autonomía de los nervios son normalizados de tal forma que los órganos internos recobran su propia función.
4. La secreción de hormonas es promovido con el resultado que el brillo de piel y juventud es preservado y todas las dolencias debido a la falta de secreción de hormonas son aliviadas y curadas.

5. La circulación de sangre y de linfa son actividades y, por lo tanto, todos los nutrientes son fácilmente y eficientemente llevados a cada célula del cuerpo. Estas ayudan en el metabolismo general.
6. Las hondas magnéticas penetran en la piel, tejidos grasos y huesos, vigorizando los órganos. El resultado es mayor resistencia a enfermedades.
7. El flujo magnético promueve salud y provee energía por eliminar desordenes en, y estimulando las funciones de los sistemas varios del cuerpo, normalmente el circulatorio, nervioso, respiratorio, digestivo y urinario.
8. El funcionamiento del tratamiento magnético por reformar, resucitar y promover el crecimiento de células, rejuveneciendo los tejidos del cuerpo, fortaleciendo los decaídos y corpúsculos inactivos y aumentando de nuevo el número.
9. Los imanes tienen excepcionales efectos curativos en ciertas quejas como dolor de muelas, rigidez de hombros y otras coyunturas, dolores e hinchazones del cuello de útero, eczema, asma, también como en heridas.
10. ¿Cómo los imanes afectan en el Metabolismo Humano? El tratamiento magnético tiene el efecto de excitar todos los sistemas del cuerpo. Un tratamiento continuado por una semana o dos, una vez al día para acercar a un estado de salud, es recomendable por lo general.

El trabajo de imanes en el metabolismo humano es principalmente a través de la circulación de sangre, la cual contiene hemoglobina, será pertinente verificar el contenido de hierro en el cuerpo. El cuerpo adulto humano contiene de 4 a 5 gramos de hierro. Más que eso se presenta en la sangre como un componente de la hemoglobina y unos restos de cantidad más pequeñas en los músculos llamados myoglobin. La función de estos componentes es para llevar oxígeno a los pulmones a músculos y otras partes. Sin hierro no se generaría energía y, sin energía, el corazón y la respiración se pararían. Así, nosotros vemos que ese hierro es muy esencial para nuestra vida y el hierro sufre las influencias de magnetismo radical. Más adelante veremos la importancia que el hierro tiene para el Biomagnetismo.

Biomagnetismo

La Bioelectricidad/ Biomagnetismo es la ciencia del comportamiento eléctrico y / o magnético de sistemas biológicos. Métodos biofísicos están aplicados para determinar las reacciones de moléculas biológicas, células, tejidos y organismos a campos electromagnéticos y también para estudiar transmisiones sinápticas, por ejemplo entre nervios y células de músculo.

Cuando un campo eléctrico o magnético es aplicado a micro organismos en un medio líquido, es desfigurado o debilitado por ese medio. Un campo fuerte podría manipular células de vida pequeñas, o si quisiera les mataría. Estos fenómenos son los puntos de partida para varias aplicaciones prácticas que se manejan para determinar el número de bacterias o células de levadura en una muestra de chocolate, cerveza o almacenar sangre humana.

Como ha sido conocido por siglos, un electrodo de metal insertado en un líquido contaminado se bactericida. Otros campos de uso para manipular microorganismos son: Atraer concentraciones de células a campos eléctricos locales, los cuales realizan una fusión de células, lo cual por supuesto involucra una transferencia de material genético. Con campos magnéticos se pueden regular magnéticamente bacterias, lo que hace posible visualizar configuraciones de micro campos.

El Biomagnetismo es un arte antiguo de sanar a través del uso de imanes. El hombre moderno ha aprendido esta técnica para ejercerla y curar enfermedades innumerables las cuales han desafiado una cura racional. En ciertas enfermedades este sistema de tratamiento tiene un borde sobre otros sistemas, así como una cura efectiva con un imán.

El sanar a través del magnetismo es poco convencional, sencillo rápido, barato y libre de cualquier peligro al efectuarlo. Está basado en leyes naturales y, por lo tanto, fue un acercamiento completamente científico.

La Magnetoterapia es una ciencia semejante al magnetismo y trabaja en las líneas de electricidad; su aplicación es un arte que involucra la selección de imanes de fuerza diferente, a partes diferentes, para aliviar dolencias diferentes del cuerpo. Es un sistema de tratamiento que cubre un campo vasto de terapias y puede aliviar casi todos los defectos funcionales de los sistemas en el cuerpo humano.

El Biomagnetismo está basado en leyes naturales y principios. Consiste en realizar un tratamiento al enfermo con la aplicación de imanes sobre las partes de sufrimiento del cuerpo, para alterar la condición patológica y obtener un estado de salud.

Estas células magnéticas son los constituyentes fundamentales de todos los órganos del cuerpo, cada producto del organismo produce su propio campo de energía (magnético) limitado al poder de alcance asignado. Ahora, debido a la presencia de cantidades eléctricas de fuerza diferente son generadas inevitablemente y son tratadas con campos magnéticos. Estos campos de energía o magnéticos de los diferentes órganos no se quedan estáticos pero son sujetos continuamente a variaciones de estados de actividad, descanso e influencias externas como son la entrada por el cuerpo en la forma de comida y bebida.

Para mantenimiento de la salud física es esencial que el equilibrio en los campos individuales este balanceado magnéticamente, para que los campos magnéticos de los diferentes órganos sean mantenidos. Cualquier perturbación o fluctuación anormal, puede existir una subida o un descenso en los campos de energía o magnéticos de un o unos órganos particulares es seguro para remover la anomalía en el funcionamiento de los órganos y la dolencia de naturaleza leve o siquiera seria. Es causa de tal perturbación que aún en un órgano solitario distorsiona la normalidad hasta un cierto punto en el cuerpo entero, la extensión de esta distorsión depende de la importante sensibilidad del órgano afectado. Siendo capaz de medir la variación de enfermedades previsibles y cambiar estos campos de energía anormal con cambios de imanes para mejorar la salud.

El Doctor Isaac Goiz Duran, gran médico mexicano, descubridor del sistema del Biomagnetismo y Bioenergética ha realizado estudios por largo tiempo sobre el efecto de los imanes en el cuerpo encontrando pares biomagnéticos para curar las mas diversas patologías, que ahora son tratadas sin dolor y con una gran efectividad.

El Dr Goiz, nos dice que el par biomagnético es un conjunto de cargas que identifican una patología y que está constituido por dos cargas principales de polaridad opuesta, que se forman a expensas de la alteración fundamental del ph de los órganos que las soportan.”

En el polo positivo suceden fenómenos como consecuencia inevitable y cruelmente lógica de la carga biomagnética: en primer lugar se establece una acidocis del órgano afectado, enseguida, se acorta la materia por lo mismo el órgano decrece en sus dimensiones, posteriormente, ocurre la disfunción del órgano y finalmente ocurren fenómenos degenerativos; todo ello en presencia de virus.

En el polo negativo ocurren fenómenos semejantes pero de polaridad contraria, es decir, negativa. En primer lugar se establece una alcalosis del órgano que soporta el polo negativo, inmediatamente después ocurre la distensión de su materia que condiciona a su vez un estadio de flogosis y de edema, posteriormente ocurre la disfunción del órgano y finalmente procesos degenerativos y todo ello en presencia de bacterias.

En ambos casos, las consecuencias finales de ambos polos son las mismas, degeneración de la materia, dicha degeneración es diferente en su manifestación. En el caso de los polo biomagnéticos con polaridad positiva la degeneración es de tipo retráctil o cicatricial y en el segundo, es de lisis y destrucción del tejido.

Siempre un polo biomagnético asociado siempre a otro de polaridad contraria y en estricta resonancia bioenergética, ya que en teoría ambos polos presentan la misma intensidad de carga, la misma frecuencia biomagnética y el mismo número de partículas elementales, que he podido constatar prácticamente ya que no es posible inhibir el polo de un par biomagnético con el de otro par; es decir, que solo se puede desactivar cada Par Biomagnético empujando sus cargas internamente una contra otra, pero no la de un par contra otro par.

Cómo se rastrea a un paciente en la práctica: Es conveniente iniciar el rastreo de los órganos estudiados con el polo norte o negativo del imán rastreador, pero también puede realizarse con el polo positivo, sólo que al parecer, los focos biomagnéticos con polaridad positiva son más enérgicos y únicos, en cambio los polos negativos son más suaves y pueden ser ocasionalmente múltiples; es decir, que un polo biomagnético positivo puede hacer resonancia ocasionalmente con dos o más polos negativos.

Lo común es que un polo magnético positivo solo haga resonancia biomagnética con un polo negativo y que ambos se estén retroalimentando energéticamente.

En realidad, el hemicuerpo izquierdo se mantiene fijo en su dimensión en tanto que el derecho es el que nos da las manifestaciones de elongación o contracción con lo que podemos definir cualitativamente el órgano alterado, su polaridad, actualmente la presencia de ya 141 pares regulares, 30 pares especiales, 15 disfuncionales y 12 reservorios biomagnéticos, plenamente identificados, y el tratamiento efectivo de estos pares y de todos los que aún estén en estudio.

La mejor forma de rastrear los polos biomagnéticos es con el paciente acostado boca-arriba sobre una base firme y especialmente de madera o material aislante para evitar interferencias con los imanes. No conviene quitarle los zapatos al paciente porque los tacones dan la referencia para valorar el acortamiento o la elongación del miembro inferior derecho.

A continuación se nombran los Pares Regulares y los de enfermedades complejas, que el Dr Goiz descubrió y los cuales se utilizan en el rastreo básico de cualquier paciente. En ellos se muestran varios micro organismos que causan mayormente patologías graves.

Puntos de Pares Magnéticos

| | | |
|------------------------|----------------|-----------------------|
| 1.- Timo | Recto | VIH |
| 2.- Axila | Axila | Rabia Virus |
| 3.- Colon Transverso | Vejiga | Vibrio Colere |
| 4.- Riñon | Riñon | Clostridium Tetanie |
| 5.- Uretero | Uretero | Varicela Virus |
| 6.- Pudendo | Pudendo | Parotiditis Virus |
| 7.- Parietal | Parietal | Encefalitis Virus |
| 8.- Tiroides | Bulbo Raquídeo | Meningitis Virus |
| 9.- Ciático | Ciático | Poliomelitis Virus |
| 10.- Colon Descendente | Hígado | Hepatitis A |
| 11.- Colon Descendente | Riñon | Pasteurela |
| 12.- Vesícula | Riñon Derecho | Catarro Común |
| 13.- Hipófisis | Vejiga | Dengue Virus |
| 14.- Descendente | Descendente | Enterobacter Cloacae |
| 15.- Colon Ascendente | C. Descendente | Erpe I Virus |
| 16.- Cardias | Suprarrenales | Estreptococo B |
| 17.- Cabeza de Pácreas | Suprarrenales | Esaphylococo Aureus |
| 18.- Bazo | Hígado | Brucela |
| 19.- Subclavia | Subclavia | Bacilo Difteroide |
| 20.- Supraespinoso | Supraespinoso | Mycobact. Tuberculoso |

| | | |
|--------------------------|-----------------|------------------------|
| 21.- Deltoides medio | Deltoides medio | Treponema Palidum |
| 22.- Timo | Parietal | Rubéola Virus |
| 23.- Trocanter mayor | Trocanter mayor | Salmonella Tifo |
| 24.- Próstata | Recto | Papiloma Virus |
| 25.- Laringe | Laringe | Basilo Pertusis |
| 26.- Ojo | Ojo | Citomegalovirus |
| 27.- Seno Paranasal | Seno Paranasal | Sinusitis Viral |
| 28.- Seno Frontal | Seno Frontal | Sinusitis Viral |
| 29.- Cola de Páncreas | Hígado | Clostridium Malignum |
| 30.- Pineal | Bulbo Raquídeo | Guillan Barre Virus |
| 31.- Oído | Oído | Toxoplasma |
| 32.- Lengua | Lengua | Sarna |
| 33.- Aquiles | Aquiles | Shigella |
| 34.- Pleura | Pleura | Pleuritis Virus |
| 35.- Escápula | Escápula | Mycobacterium Leprae |
| 36.- Braquial | Braquial | Estreptococo A |
| 37.- Poplíteo | Poplíteo | Neumococo |
| 38.- Glúteo | Glúteo | Parásitos Intestinales |
| 39.- Píloro | Riñon Izquierdo | Amebeasis Intestinal |
| 40.- Pómulo | Pómulo | Malaria- Paludismo |
| 41.- Pleura | Hígado | Hepatitis B Virus |
| 42.- Duodeno | Riñon Izquierdo | Clamidia Trachomatis |
| 43.- Mandíbula | Mandíbula | Nisseria Gonorreae |
| 44.- Mastoides | Mastoides | Filaria |
| 45.- Dorso | Lumbar | Meningococo |
| 46.- Hígado | Hígado | Hepatitis C |
| 47.- Hígado | Riñon Izquierdo | Ameba Hepática |
| 48.- Bulbo | Cerebelo | New Castle Virus |
| 49.- Apéndice | Pleura | Estaphylococo Aureus + |
| 50.- Pericardio | Pericardio | Estaphylococo Aureus - |
| 51.- Válvula ileocecal | Riñon Derecho | Tricomonas |
| 52.- Mediastino | Mediastino | Proteus Mirabilis |
| 53.- Costal | Costal | Proteus Mirabilis |
| 54.- Sacro | Sacro | Proteus Mirabilis |
| 55.- Capsula renal | Cápsula renal | Proteus Mirabilis |
| 56.- Vejiga | Vejiga | Estreptococo G |
| 57.- Estómago | Suprarrenales | Sarampión Virus |
| 58.- Recto | Recto | Pseudomona Aur. |
| 59.- Pleura | Pleura | Pseudomona Aur. |
| 60.- Suprarrenales | Recto | Leptospira |
| 61.- Calcáneo | Calcáneo | Riquettsia |
| 62.- Muñeca | Muñeca | Rickettsia |
| 63.- Párpado | Párpado | Nisseria Catarralis |
| 64.- Occipital | Occipital | Eipstenbar Virus |
| 65.- Ciego | Ciego | Tricomonas |
| 66.- Malar | Malar | Enterovirus |
| 67. Temporal Der | Temporal Der | Tifo Exant Virus |
| 68. Conducto de Pácreas | Riñon Izq. | Espiroqueta |
| 69. Conducto de Vesícula | Riñon Der. | Espiroqueta |
| 70.- Cuadrado | Cuadrado | Treponema Palidum |

| | | |
|------------------------|-------------------|-------------------------|
| 71.- Lacrimal | Lacrimal | Hemophylus Influenzae |
| 72.- Vagina | Vagina | Yersinia Pestis |
| 73.- Bazo | Bazo | Yersinia Pestis |
| 74.- Testículo | Testículo | Yersinia Pestis |
| 75.- Ascendente | Riñon Der. | Kleipsiella Neumonae |
| 76.- Trompa | Trompa | Parvovirus |
| 77.- Traque | Traquea | Influenza Virus |
| 78.- Esófago | Esófago | Fasciolopsis Burski |
| 79.- Uretra | Uretra | Corona Virus |
| 80.- Ano | Ano | Papiloma Virus |
| 81.- Hiato | Testículo derecho | Helicobacter Pylori |
| 82.- Coxis | Coxis | Rota Virus |
| 83.- Carina | Carina | Aftosa Virus |
| 84.- Bulbo | Vejiga | Dengue Hemorragico |
| 85.- Diafragma | Diafragma | Candida Albicans |
| 86.- Tibia | Tibia | Malassesia Furfur |
| 87.- Cadera | Cadera | Clamydia Neumoniae |
| 88.- Aductor | Aductor | VIH (2) |
| 89.- Condral | Condral | Pneumostitis carini |
| 90.- Esófago | Vejiga Izquierda | Histoplasma Caps |
| 91.- Perihépatico | Perihépatico | Morganella Tifo |
| 92.- Contraciego | Contraciego | Bordatella |
| 93.-. Ligamento | Riñon Derecho | Adeno Virus |
| 94.- Angulo | Angulo | Streptococo Fragilis |
| 95.- Epiplón | Epiplón | Staphylococo Albus |
| 96.- Hiato | Esófago | EnterobacterNeumoniae |
| 97.- N. Inguinal | N. Inguinal | HTLV (2) |
| 98.- Cava | Cava | Trycophyto Hongo |
| 99.- Apéndice | Lengua | Viruela |
| 100.- Isquión | Isquión | Oncocercosis |
| 101-CostoDiafragmatico | C. Diafragmático | Trepanozomacruzi |
| 102 . Píloro | Hígado | Enterobios Vermicularis |
| 103.- Diafragma | Riñón | Brusela Abortus |
| 104.- Plexo cervical | Plexo Cervical | Estreptococo Fecalis |
| 105 - Trocanter menor | Trocanter menor | HTLV I |
| 106- Cúbito | Cúbito | ERPE (3) |
| 107- Húmero | Húmero | EnterobacterNeumoniae |
| 108- Radio | Radio | Microsporum |
| 109- Craneal | Craneal | Bacilo Antrax |
| 110- Ciego | Riñon Derecho | Tricomonas |
| 111- Angina | Angina | ERPE (2) |
| 112- Cáliz | Uretero | ERPE (5) |
| 113- Comisura | Comisura | ERPE (4) |
| 114- Cuello | Cuello | Blastosistis Homminis |
| 115- Cervical | Supraespinoso | Balantidium Tifo |
| 116- Dorsal 2 | Dorsal 2 | Legionella |
| 117- Canto Externo | Canto Externo | Aspergullis |
| 118- Primera Costilla | Primera Costilla | Tricophyto |
| 119- Punta de Páncreas | Bazo | Verruga Común |
| 120- Nervio Inguinal | Hígado | Roseola |

| | | |
|-----------------------|------------------|-------------------------|
| 121- Estómago | Píloro | Clostridium Perfringens |
| 122- Tensor Facialata | Tensor Facialata | Gardinerella Vaginalis |
| 123- Deltoides | Riñón | Leishmania |
| 124- Costo Hep | Costo Hepático | Borrelia |
| 125- Glúteo | Píloro | Vellonella |
| 126- Piso Orbital | Piso Orbital | ORF Virus |
| 127- Polígono | Polígono | REO Virus |
| 128- Temporal Izq. | Temporal Izq. | Polioma Virus |
| 129- Suprapúbico | Suprapúbico | HTLV II Virus |
| 130- Índice | Índice | E. Colli |
| 131- Coronaria | Pulmón | Estreptococo A |
| 132- Parietal | Transverso | Entamoeba Histolítica |
| 133- Sigmoides | Recto | R-40 Virus |
| 134- Flanco | Flanco | Yersinia Intestinal |
| 135- Bursa | Bursa | Actinomices |
| 136- Mango | Mango | Coxsackie Virus |
| 137- Saco de Douglas | Femoral | Norwalk Virus |
| 138- Rama Izquierda | Rama Izquierda | Estreptococo C |
| 139- Clítoris | Sacro | Espiriqueta |
| 140- Suprahepático | Suprahepático | Clostridium Malignum |
| 141- Píloro | Uretero | Misshelio Intestinal |

Pares magnéticos de enfermedades complejas

| | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1.- Riñón Derecho | Duodeno | Diabetes Mellitus |
| 2.- Hipófisis | Bulbo Raquídeo | Diabetes Insípida |
| 3.- Bazo | Duodeno | Leucemia Verdadera |
| 4.- Nervio Inguinal | Articulación | Reumatismo |
| 5.- Suprarrenales | Todo el frente | Asma Alergica |
| 6.- Riñón Derecho | Hígado | Cirrosis Hepática |
| 7.- Nariz | Nariz | Rinitis Alergica |
| 8.- Verdadero Reumatismo | = | Meningococo + |
| 9.- Artritis Reumática | | Gonococo |
| 10.- Pómulo | Riñón Contralateral | Fibromialgia (paludismo) |
| 11.- Cuadrado Lumbar | Cuadrado Lumbar | Sífilis |

Por qué funciona el Biomagnetismo

La Doctora Esther del Río, Doctora en Ciencias Bioquímicas y gran investigadora mexicana, realizó grandes descubrimientos que demuestran la razón de por qué funciona el Biomagnetismo así como otras terapias alternativas.

Al hacer un corte de tejido animal se dio cuenta que inevitablemente se contaminaban y en vez de lavarlo como cualquier asistente que normalmente está a cargo de este trabajo, decidió examinar las impurezas. Resulta que aquellas impurezas eran ni más ni menos que óxido ferroso y óxido férrico, un mineral magnético, que comúnmente se le llama magnetita.

El hierro (también conocido como hierro) se encuentra en distintas formas dentro del organismo (en la hemoglobina, HEM); enzimas; flavoproteínas y ferroproteínas. Es un mineral importante porque está unido a muchas proteínas.

Un hombre de 70 kilogramos requiere de cuatro gramos de hierro diarios, pero de origen orgánico. El hígado, por ejemplo, requiere de hierro para muchos de sus procesos.

Tomemos el caso de la hemoglobina (que se encuentra dentro de los glóbulos rojos, que acarrea oxígeno (O₂) del aire y recogen los desechos de bióxido de carbono (CO₂). Las moléculas tienen tres dimensiones en el espacio, aunque nosotros tendamos a creer que son bidimensionales. Si se jala el grupo HEM, se cierran y se forman una pirámide, por lo tanto toda nuestra sangre está llena de pirámides: Toda la sangre está llena de resonancias, de vibración y de energía electromagnética.

La Doctora del Río encontró que la hemoglobina es una molécula con muchas dobles ligaduras y que tiene resonancia (los electrones son resonantes, brincan en una forma helicoidal), por lo que deduce una nueva función de los glóbulos rojos: la de intervenir en fenómenos de electromagnetismo.

En la clorofila, también hay cuatro grupos pirrólicos. Su estructura es muy parecida a la de la hemoglobina; pero las plantas, en lugar de hierro, tienen magnesio. También tienen ligaduras de doble resonancia, electrones Pi (3.1416) y se forma otra pirámide, y entonces resulta que el desecho de las plantas es fundamental para nosotros, y lo que nosotros desechamos, el lo primario para ellas. Es un ciclo perfecto.

Durante el proceso de verificación, se realizaron varios experimentos. Se tomaron las partículas de hierro y se encontró lo siguiente:

- Al aplicarlas al ácido clorhídrico débil, continuaron con su actividad electromagnética.
- Al añadirles al ácido clorhídrico fuerte, se desactivó (ya no se presentaron sus partículas electromagnéticas) el líquido.
- Al ponerlas en alcohol diluido, permanecieron con actividad.
- Al aplicárselas a un cancerígeno, se inactivó el cáncer de inmediato. Asimismo se encontró relación entre la carencia de hierro y los procesos cancerígenos.
- Al aplicarlas a los derivados de petróleo y gas, se desactivaron.
- Si se les aplica rayos X a las partículas de hierro, se forma una reacción en cadena y se desactivan todos los átomos de hierro.
- Si se les aplica cobalto (radiaciones), los átomos de hierro se destruyen totalmente y se provoca la desorganización inmediata de la red.

Una conclusión inmediata de estos experimentos es que la quimioterapia, el llamado bisturí químico, puede ser terriblemente contraproducente, porque se destruye la red de magnetitas y la capacidad de las células para organizarse.

Así, la doctora llegó a la conclusión extraordinaria de que estamos formados de un sistema de macromoléculas que forman una red exterior a las células. Se trata de una red ferroso-férrica que tiene corriente eléctrica y electromagnética. Se calcula que el cuerpo tiene cerca de 100 millones de estas partículas. A esta intrincada relación de eventos y correspondencias en el tejido celular, la doctora lo ha llamado el Sistema de Cofactor Extracelular de Oxido-reducción o ECOR. Se trata de todo un sistema que indica que existe una geografía especial dentro de nuestro cuerpo, en donde se ubican campos magnéticos. Este sistema muestra que no se trata de centros o zonas con fenómenos aislados de electromagnetismo, sino que hay una organización y funcionalidad perfectamente correspondida.

En 1993 la revista *Discovery* publicó, que la magnetita es el primer magneto permanente descubierto en tejido humano; magnetitas que tienen propiedades físicas nuevas y novedosas.

También en 1993 el doctor Kirschviar de origen ruso, también encontró magnetitas en todo el cuerpo y en el cerebro y señaló que: “facilitan el cambio de iones a nivel de célula”.

Esther del Río hace hincapié en que debemos cuidar esa magnetita, porque estamos formados de niveles de imanes de energía. (i.e., del Río (221)) “La enfermedad –explica-, ocurre cuando esos imanes, que se encuentran en forma de óxido ferroso y óxido férrico, se desorientan y se produce una enfermedad. Así pues, se puede curar con el sólo hecho de regresar la magnetita a su lugar. Esto se puede hacer sin agredir

al cuerpo con medicamentos, sino simple y sencillamente, por medio de la aplicación de campos magnéticos regulados”.

Una afirmación de esta índole es peligrosa en los medios científicos. Tanto, que la comunidad médica lanzó ataques despiadados tratando de destruir su reputación.

Afortunadamente las cosas cambiaron y hace unos años la Fundación National Geographic se interesó en sus investigaciones y la propuso para formar parte de la Academia de Ciencias de Nueva York, de la que es miembro activo desde 1994.

El ECOR está formado por una red de moléculas ferroso-férricas de intercambio electromagnético.

Todas las células están en tercera dimensión, y las partículas de hierro pueden tener forma esférica o piramidal. Su distribución no es uniforme; y están rodeadas de glucoproteínas. No sólo es importante la forma de las moléculas, sino incluso el color que tienen porque como se sabe, el color y vibración y afecta la longitud de onda.

La magnetita es un tetraedro cuando está en oxidación y cuando está reducida tiene forma cúbica. Todas las magnetitas se comunican entre sí. Cuando una de las partículas está oxidada, la otra se reduce, por lo que se genera una diferencia de carga y por ende, se crea un campo magnético por el que fluye corriente.

Las magnetitas de ECOR pueden llegar incluso a romper la molécula de agua (H₂O) y en un momento dado producir oxígeno de la molécula de ella. Es un mecanismo de reserva que, señala la doctora del Río, explica perfectamente el proceso por el que lograron sobrevivir los bebés recién nacidos que sepultó el temblor de 1985 y que vivieron aún después de pasar varios días privados de oxígeno.

Por otro lado, cualquier problema en el funcionamiento del ECOR provoca ineficiencia en la respiración celular.

El medio en el que se da el ECOR, es decir, en el que se transmite la energía o información entre estos elementos magnéticos y la célula, es el agua.

La doctora del Río también descubrió que esa agua encargada de transmitir la información entre células, no es agua en la forma normal que la conocemos. Se trata, en cambio, de agua cristal líquido, como la ha llamado ella. (A esta agua también se le conoce como agua orgánica) Esta agua, aunque es químicamente idéntica a la otra, tiene, sin embargo, una cualidad única: sus moléculas están organizadas. Esto es, el agua cristal líquido tiene las características del movimiento de los líquidos pero, lo que la hace única, es que puede transmitir longitudes de onda. En otras palabras, tienen las características ópticas de los cristales.

Cristal Líquido es una sustancia que se comporta al mismo tiempo como un líquido y como un sólido. Las moléculas de un cristal líquido pueden desplazarse unas respecto a otras con bastante facilidad. Sin embargo todas las moléculas de un cristal líquido tienden a estar orientadas del mismo modo, algo similar a la estructura de un cristal sólido.

Nuestro cuerpo es una especie de gran computadora, en la que la información, especialmente la del cerebro, se transmite por impulsos electromagnéticos. Es entonces imprescindible que haya un medio o un líquido que permita la comunicación de longitudes de onda vibratoria.

En la célula hay moléculas de alta energía que organizan el agua para que pueda conducir energía electromagnética. La organizan y le dan estructura. De tal forma que el agua cristal líquido es un clatrato, esto es un dodecaedro con caras pentagonales y hexagonales (H₂O₂N₃7) y tienen la facultad de guardar una memoria por su estado mesomórfico de cristal líquido.

El agua que bebemos todos los días, sirve siempre y cuando del cuerpo tenga la capacidad de transformarla en cristal líquido. Este proceso se lleva a cabo de manera natural en las células; pero conforme las personas envejecen, las células van perdiendo la capacidad de transformar el agua. Es proceso

de la pérdida de esta capacidad inicia a edad temprana, y disminuye progresivamente después de los 35 años.

Somos un 75% de agua. Por eso el agua es un elemento crucial de nuestra composición, Pero por más vasos de agua que tomemos al día, si el cuerpo ha perdido o mermado su capacidad de transformarla, de nada sirve. Sólo será útil la poca o mucho agua que se pueda convertir a cristal líquido. El cristal líquido organiza las proteínas y el tejido conjuntivo de la colágena es lo primero que se desploma cuando se pierde la facultad de transformar el agua.

Por otra parte, si se toma mucho agua y el cuerpo ya no puede transformarla, lo que se ocasiona es congestión renal y disfunción suprarrenal.

El caltrato elimina las moléculas tóxicas o radicales libres. Los ángulos entre los hidrógenos son de 104 a 105 grados. Si se bombardea con alta energía se abren a 109 grados y se empieza a formar la pirámide, un cristal líquido. Para hacer un cristal líquido se requieren 37 moléculas, pero el agua del cerebro es más específica y sólo tiene tres. En el corazón se conglomeran sólo dos moléculas.

En el agua normal las moléculas están en desorden; el hidrógeno no suelta se electrón por que es muy ligero. Sólo se lo presta al oxígeno para que acomplete su órbita, pero como necesita dos, todos los electrones de la periferia del oxígeno se repelen a un lado, quedando el agua bipolar y caótica. En el agua Cristal Líquido las moléculas están en completo orden llamándose clatratos o “jaulas” de 37 moléculas.

Los cristales líquidos sirven para que el cuerpo tome energía ordenada. Es decir, información. A nivel dendritas hay transmisiones de señales, pero éstas no pueden se transmitidas porque tendrían que dar brincos de muchos amstrongs; por eso la célula hace sus cristales líquidos, para poder comunicarse.

El agua estructurada tiene las siguientes propiedades: desintoxica; acarrea alimentos; regula el termostato del cuerpo; es parte del tejido muscular y le da tono; regenera el hígado; ayuda al crecimiento. Además se ha constatado con pruebas, que revierte el proceso del cáncer. Con el agua cristal el tejido se va reconstruyendo, se regenera, porque se vuelve a establecer la secuencia de información correcta entre las células, revirtiendo el proceso de corrupción que dio origen a la comunicación incorrecta o alterada.

Es realmente importante notar que allí donde estaba el tumor faltaba la luminosidad, es decir, concluye la doctora, (i.e., del Río (2001)) “Estaba rota la red.”

“Somos parte de un tejido totalmente luminoso. Somos literalmente, luz”, declara Esther del Río.

Con un aparato de rayos X modificado (con imanes) la doctora pudo observar que de los centros magnéticos emanan pequeños puntos azulinofluorescentes, que se concentran en determinadas regiones del cuerpo. “Hay una geografía totalmente establecida de electroimanes en el cuerpo”. Dice la doctora y señala en la radiografía los centros de acumulaciones magnéticas que aparecen en las tomas de rayos X, coinciden perfectamente con los llamados chacras hindúes; en la tradición ayurveda donde se supone que estos chacras son acumuladores de energía. Otro dato relevante es que en las radiografías se ve una clara salida de energía por la parte superior de la cabeza de las personas. Esto es totalmente acorde con la descripción de muchos textos antiguos, que hasta ahora han carecido de relevancia para el investigador. Pero es un hecho que “Por medio de la ciencia se está llegando a conocimientos semejantes a los de la tradición oral” afirma la doctora.

El agua del cuerpo esta formada de cristal líquido, que tiene movimiento y que transmite las señales de una célula a otra. Es un líquido con las características ópticas de los cristales y transforma el rayo de luz en diferentes longitudes de onda. Estamos formados por millones de pequeños micro campos magnéticos localizados en el agua, que es coloide. Nuestro cuerpo es mesomórfico, coloidal. Es un estado intermedio de la materia.

“La longevidad va de la mano del cristal líquido”, asegura la doctora. Si uno pudiera mantener la capacidad de transformarla, no tendría que envejecer. El problema es saber qué es lo que ocasiona que la célula pierda esta capacidad.

Por un lado, dice la doctora del Río “Parece se que el proceso está estrechamente vinculado con lo que se conoce como los radicales libres, que son responsables de que se cree desorden en las células. Se dijo que la característica principal del agua cristal líquido es que sus moléculas están organizadas.

En la naturaleza hay distintos tipos de cristales líquidos. Los lugares de la Tierra en donde el agua cristal líquido se encuentra de manera natural son, invariablemente, poblaciones de gran altitud, situadas a cerca de 8000 metros sobre el nivel del mar. Estos lugares son el Valle de Hunza, en la India; las montañas de Azerbaiyán, a 7,000 metros de altitud; las montañas de Georgia en Rusia; el Valle de Vilcabamba y altos picos del Ecuador y Perú.

Las personas que viven en esos lugares tienen fama de vivir 100, 120, o 130 años, muchos más allá del promedio general.

La doctora Esther del Río durante años de investigación encontró un método para transformar el agua normal en agua estructurada, fuera del organismo. Este método, de su invención, organiza el agua para que el organismo la utilice de inmediato, sin tener que transformarla. Así, las personas que perdieron la capacidad de hacer cristal líquido en células, pueden ingerir esta agua ya estructurada, lo que indudablemente les redundará en salud.

El proceso para lograr el agua cristal líquido se genera de la siguiente manera:

Primero se purifica, después pasa al aparato de bombardeo, donde se polimerizan 37 moléculas de agua y se orientan los iones con campos magnéticos, pero no se cambia la composición del agua, sino que se realiza una transmutación de electrones y protones (cambio físico no químico).

Se considera de importancia el agua cristal líquido porque la doctora afirma que “Para curar cualquier enfermedad es necesario primero restablecer el sistema de magnetitas y cristal líquido del organismo, lo que permitirá la comunicación adecuada entre las células. Porque cada sensación, cada sentimiento que se produce en el cerebro, es una molécula química que en el espacio tienen una figura geométrica que transmite distintas longitudes de onda. Cada una de las emociones del cuerpo es una sustancia que a su vez tiene una estructura, ligada a un cristal líquido.

Las magnetitas en el cuerpo humano y el cristal líquido forman una fabulosa armonía, en donde el campo magnético abarca desde la cabeza hasta los pies, nuestras vibraciones afectan definitivamente nuestro alrededor, y también dentro de nuestro organismo donde energías como la de elementos de la naturaleza nos afectan y nos pueden ayudar a lograr armonía en nuestra energía vital como en la Homeopatía, donde al ingerir la energía de diversos elementos vegetales, animales, minerales, etc, dinamizados, es decir sumamente diluidas en donde la materia ya no existe, sino sólo la frecuencia vibratoria del elemento. Así reestablece el equilibrio energético del cuerpo humano. Basado en el principio natural de la similitud, se busca un medicamento que produzca síntomas similares a los que el paciente sufre, y al entrar en el organismo, se ejerce una acción de anulación de la patología de forma energética. Es por eso que a través del laboratorio no se ha podido demostrar la existencia de materia en los medicamentos homeopáticos, porque ya no existe sustancia, sino energía, eso no puede verse a simple vista ni a través de un microscopio, sino a través de aparatos de gran magnitud como la Resonancia Magnética Nuclear. Esa energía tan sutil afecta directamente nuestro circuito magnético, regresándolo a un estado de equilibrio. A través de la intrincada red magnética que la Dra. Del Río descubrió.

Es por eso que funcionan las medicinas alternativas, especialmente el Biomagnetismo, que gracias a su descubridor, ha logrado grandes avances en la salud del ser humano donde patologías como el Cáncer, Diabetes, Hepatitis, Toxoplasmosis, Als Haimer, disfunciones glandulares, de órganos, y otras tantas incurables para la alopatía han sido resueltas.

Es una gran honor conocer al descubridor del sistema del Biomagnetismo y Bioenergética, Dr. Isaac Goiz Durán y a la Dra. Ester del Río quienes al unísono han logrado explicar el maravilloso acontecimiento del porqué, y como funciona la energía magnética en nuestro organismo con la autentica posibilidad de curar y aportar a la humanidad el gran don de la salud.

Caso

A través de la experiencia en la aplicación del Biomagnetismo en el consultorio, se han dado casos de todo tipo. Particularmente abordaremos el problema de un niño de 10 años con gastritis crónica que a continuación se comenta:

Es un niño de sexo masculino que durante cuatro años fue llevado de pediatra en pediatra, de gastroenterólogo en gastroenterólogo sin obtener resultado alguno.

El niño tenía crisis recurrentes desde los cuatro años de dolor abdominal, plenitud y distensión, especialmente después de comer, con fiebres de 38.5, a 39 grados, cada mes, acompañado de vómito constante, postración, imposibilidad de comer y mareo.

Fuera de las crisis sufría de inflamación intestinal constante e inapetencia la mayor parte del tiempo, sensación de plenitud inmediatamente después de comer, inapetencia dolor abdominal, reflujo, que a veces llegaba hasta la nariz y le ocasionaba gran acidez y ardor en la boca del estómago y esófago.

El niño tenía un tamaño inferior al que correspondía a su edad, poco aprovechamiento del alimento, puesto que tenía manchas blancas en la cara signo de mala nutrición.

Este niño fue tratado por años con Ranisen, Azantac, antibióticos, antipiréticos como la Neomelubrina y Tempra.

Los resultados del tratamiento no eran satisfactorios ya que recaía cada mes, y los medicamentos sólo quitaban los síntomas, pero no curaban el problema.

El 23 de agosto de 2003, se le hizo una endoscopia que se muestra a continuación:

Tampoco la Endoscopia arrojó datos etiológicos del problema, sólo se diagnosticó una Gastritis Crónica Leve, con prueba de Helicobacter Pylori negativa y sin ninguna nueva opción de tratamiento posterior. Se sugería seguir con lo ya recomendado que era la Ranisen, y el Azantac, que no son curativos y a la larga puede causar otro tipo de problemas.

En el mes de Julio de 2004 se inició un tratamiento con Biomagnetismo en el que efectivamente arroja como resultado la presencia de la bacteria Helicobacter Pylori que fue descartada en la endoscopia.

Los pares biomagnéticos que presentó en el paciente fueron los siguientes:

Hiato Esofágico - Testículo Derecho, el cual corresponde a la bacteria Helicobacter Pylori, el cual era el causante principal del problema.

- Esófago - Esófago: Faciolopsis Burski, el cual es un parásito, que causa problemas traqueales, digestivos, cardíacos, obstruye el flujo normal en el hígado, etc.

- Estómago -Estómago: donde se manifestaba una disfunción del estómago.

Se trató al paciente durante un mes con Biomagnetismo, dando una sesión a la semana, los síntomas fueron disminuyendo paulatinamente. Se evitó el consumo de lácteos e irritantes durante un tiempo para permitir que el esófago regenerara la mucosa que estaba irritada y lastimada.

Hasta la fecha no se ha vuelto a presentar una crisis más, el dolor desapareció. El niño come normalmente y no presenta ya inflamación ni distensión al ingerir alimentos ni tampoco reflujo gástrico. El

tratamiento con Ranisen y Azantac se suspendió antes de iniciar el tratamiento de Biomagnetismo, y no se necesitó aplicar nuevamente.

A la fecha el paciente come bien, ha crecido hasta alcanzar un tamaño regular dentro de las tablas establecidas, ha subido de peso y se encuentra en perfecto estado de salud, gracias al Biomagnetismo.

Análisis de resultados

Al saber ahora que el cuerpo cuenta con magnetitas, y que son tetrahedros que al oxidarse una, mientras la otra se reduce, se genera una diferencia de carga lo que produce el campo magnético y por ende fluye corriente. Podemos decir a ciencia cierta que en el cuerpo humano existen campos magnéticos equilibrados.

Podemos entender el porqué existe una corriente de energía en nuestro cuerpo. Cuando hay una enfermedad, en realidad la red magnética de energía se rompe, y existe una descompensación en esos campos magnéticos donde obviamente hay un cambio en el compuesto de los electrolitos, que nos genera una variación en el sentido del campo magnético, produciendo una polarización positiva o negativa del órgano u órganos donde ocurre la anomalía biológica y por lo tanto un cambio en el P.H.

La enfermedad ocurre cuando estas magnetitas se desorientan, por lo que entendemos ahora que al aplicar magnetos en el cuerpo, podemos regresar la magnetita a su lugar logrando que vuelva a existir un ordenamiento magnético o ferromagnetismo, donde al someter el material magnético, como las partículas ferroso férricas a una campo magnético, los dominios se alinean, dando lugar a un monodominio. Al eliminar el campo, el domino permanece durante cierto tiempo, por esto se equilibra la energía del organismo.

La red ferroso férrica recupera su circuito y las enfermedades desaparecen, además de eliminar los microorganismos que existen en el cuerpo, generando un campo magnético en un medio acuoso donde estos mueren.

La energía que fluye en nuestro organismo lo hace a través del agua, porque el agua que existe en nuestro interior no es agua simple, sino cristal líquido, producido por moléculas de alta energía que organizan el agua para que pueda conducir energía electromagnética, en donde las moléculas al estar organizadas transmiten longitudes de onda, además de tener la capacidad de guardar memoria. Así entendemos como el cerebro, emite impulsos electromagnéticos, y estos a su vez se transportan a través de este maravilloso conductor de energía, llegando así a cumplir con la orden dada.

Esta agua o cristal líquido, ayuda a establecer el equilibrio que se obtiene al aplicar magnetos en el cuerpo, causando resonancia en las zonas del resto del organismo y organizando así la red ferroso férrica en donde se necesita.

Es por esto que en el caso del niño, ya expuesto, con problemas gástricos, la patología se eliminó, reestableciendo la red de hierro y eliminando la bacteria y los otros microorganismos mediante el campo magnético aplicado. Estableciendo en él un equilibrio de salud y curando una patología que para la medicina oficial era solamente controlable y sin una razón aparente de existir.

Conclusiones

Es maravilloso que a través de este novedoso sistema podamos curar patologías complicadas y severas que actualmente generan gran dolor, muchos gastos, y sin obtener resultados óptimos provocando en los pacientes desesperación, desesperanza y a veces la muerte.

Se ha visto en la práctica del Biomagnetismo, la mejoría y curación de patologías muy antiguas, que se han resuelto en poco tiempo. Patologías de toda índole, graves, agudas, crónicas, han sido mejoradas y

eliminadas, reestableciendo la salud de los pacientes, sin temor, sin dolor, y con la esperanza de lograr la curación.

Recomendaciones

Es recomendable aplicar este sistema a todas las personas sanas y enfermas, ya que además de curar enfermedades, el Biomagnetismo las previene. Evitando así sufrimientos posteriores generados por las diversas enfermedades.

También es recomendable ingerir agua cristal líquido que ayuda a reestablecer la comunicación magnética del organismo. Es conveniente beberla de una manera constante (tres vasos diarios) para ayudar a reestablecer la salud en el paciente y prevenir la posibilidad de enfermedades posteriores.

El Biomagnetismo es una realidad y ahora apoyado por los descubrimientos de la Dra. del Río, que ha encontrado el eslabón entre la ciencia en microscopio y el Biomagnetismo, ha sido posible confirmar científicamente la eficacia de esta nueva y maravillosa medicina.

Bibliografía

Del Río Serrano, Esther. 2001. *Por la Venas Corre Luz*. Talleres Litográficos de Impresos El Trébol, S.A. José Peón Contreras No. 128 Col. Obrera (i.e, 10p.).

Goiz Durán, Isaac. 2001. *El Par Biomagnético*. Medicinas alternativas y Rehabilitación, S. A. de C.V. Luis Moya no. 5, San Pedro Xalostoc (i.e, 237p.)

HELICOBACTER PYLORI

Patricia Escobosa Villagrán

Presentación

Realizar una revisión de algunos aspectos generales de la infección por *Helicobacter pylori*, así como de las técnicas actuales para el diagnóstico, el tratamiento actual y los tratamientos alternativos para su control como plantas medicinales y biomagnetismo.

- Describir la relevancia y mecanismos de la infección por *Helicobacter pylori*.
- Revisar las técnicas actuales para el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*.
- Describir los tratamientos actuales para la infección.

Introducción

Helicobacter pylori ha causado un gran revuelo en el sector salud en los últimos 15 años, ya que se considera que la infección por este microorganismo afecta a más del 50% de la población a nivel mundial, con una prevalencia mayor en los países en vías de desarrollo. En México, se estima que más del 70% de los habitantes están infectados por *Helicobacter pylori*. La elevada incidencia y la gravedad de las enfermedades que puede causar, han convertido a este microorganismo en una de las bacterias de mayor interés para la patología humana (López B. y col., 2002).

Durante los primeros años de historia de *Helicobacter pylori*, existió gran controversia, ya que algunos investigadores atribuían a ésta bacteria, el papel etiológico de patologías gastroduodenales, mientras que otros la consideraban sólo como una bacteria saprofito. Posteriormente se realizaron estudios que confirmaron que *H. pylori* es el agente causal de algunas patologías como gastritis crónica, ulceración gástrica, ulceración duodenal y constituye además un significativo factor de riesgo para adenocarcinoma gástrico (Rivas T. y Col., 2000; Majalca M., y Col., 2001).

Aparentemente *Helicobacter pylori* ha colonizado el estómago humano desde tiempos inmemorables y se ha adaptado de manera extraordinaria para persistir y causar dichas patologías, pero el mecanismo de patogenicidad del microorganismo en el epitelio gástrico no está aún bien definido, la mayoría de los grupos de investigación en el área aceptan que es un proceso complejo en el cual las sustancias secretadas por el *Helicobacter pylori* alteran la dinámica de la mucosa.

Los productos de los genes CagA y VacA han sido implicados en la patogenicidad de aislados clínicos de muestras de pacientes con diversos cuadros patológicos (Ayala A., 2000).

La infección por *Helicobacter pylori* es uno de los factores más importantes en el desarrollo de enfermedades gastrointestinales graves, lo que ha motivado la implementación de diferentes técnicas cada vez más útiles y versátiles para el diagnóstico de esta infección, pudiéndose establecer así una pauta a seguir en la elección del tratamiento erradicador (Urbieta S. y Col., 1996).

Para tratar la infección por *Helicobacter pylori* actualmente se administra una combinación de antibióticos, supresores del ácido y protectores del revestimiento gástrico (Hernández T. y Col., 1996; Ballesteros A., 1997). Estos tratamientos han venido dando buenos resultados, sin embargo, y desgraciadamente cada vez es mayor la aparición de cepas resistentes a algunos antibióticos, por lo que buen número de los estudios sobre *Helicobacter pylori* se han enfocado a la búsqueda de alternativas de

tratamiento para eliminar a la bacteria, como biomagnetismo medicinal y de plantas que tengan un efecto inhibitorio sobre *Helicobacter pylori*.

Infección por *Helicobacter pylori*

A principios de Junio de 1979 el patólogo Robin Warren, observó por primera vez, bacterias en forma de espiral en una biopsia gástrica proveniente de un paciente con gastritis crónica activa. Sus observaciones en estudios histopatológicos, continuaron por un par de años, asociando al microorganismo con esta patología. Durante este tiempo hubo muchos intentos de aislar a la bacteria pero sin ningún éxito. En 1981, un médico gastroenterólogo, Barry Marshall, se une a la investigación realizada por Warren (Rivas T. y Col., 2000; Morales E. y Col., 2001).

La bacteria morfológicamente semejaba a *Campylobacter sp.*, razón por la cual se emplearon los medios específicos para este género y las condiciones de su crecimiento para aislar a la “nueva” bacteria de biopsas gástricas; sin embargo después de varios intentos infructuosos, se encontró crecimiento de la bacteria en unas placas de cultivo que habían sido olvidadas en la incubadora durante un período vacacional, y de esta manera fue como en 1982, B.J. Marshall y J.R. Warren reportaron el aislamiento de esta bacteria. (Duane T. y Col., 2001).

Originalmente el microorganismo se incluyó dentro del género *Campylobacter*, con el nombre de *Campylobacter pyloridis*; el cual no se ajustó a las normas de nomenclatura y fue modificado a *Campylobacter pylori*. No obstante, las diferencias morfológicas de la nueva especie con las preexistentes, y el análisis de la secuencia genética del RNA, ponían en duda su inclusión en el género *Campylobacter*, lo que llevó a la creación de uno nuevo, *Helicobacter*, recibiendo así la bacteria el nombre definitivo de *Helicobacter pylori* (Rivas T. Col., 2000).

Actualmente este género alberga alrededor de 20 especies, la mayoría aisladas a partir de mucosa gástrica de diferentes mamíferos; sin embargo las especies descritas más recientemente se han aislado de vías hepáticas e intestinales de diversos animales; en la Tabla 1 se muestran los nombres de cada una de las especies del género, las patologías relacionadas, así como su huésped principal, en donde se observa que *Helicobacter pylori* es la única especie que tiene el hombre como su principal huésped (López B. y Col., 2002).

Prevalencia de la Infección

Los resultados epidemiológicos han mostrado que la infección por *Helicobacter pylori* es considerada la segunda causa de morbilidad en todo el mundo, las infecciones por esta bacteria afectan aproximadamente al 50% de la población mundial, observándose un 30 a 50% en los países desarrollados y de un 80 a 90% en países en desarrollo (Figura 1) (Ronchera C. y Col., 1996). Esta diferencia se ve reflejada también en la edad, ya que en los países altamente desarrollados, los individuos menores de treinta años, la prevalencia de la infección es del 20%, mientras que en los países en desarrollo, este porcentaje se ve aumentado hasta en un 85%.

Esta marcada diferencia también parece relacionarse con un bajo nivel socioeconómico, en donde prevalecen prácticas pobres de higiene y hacinamiento (Hernández T. y Col., 1996; Majalca M. y Col., 2001).

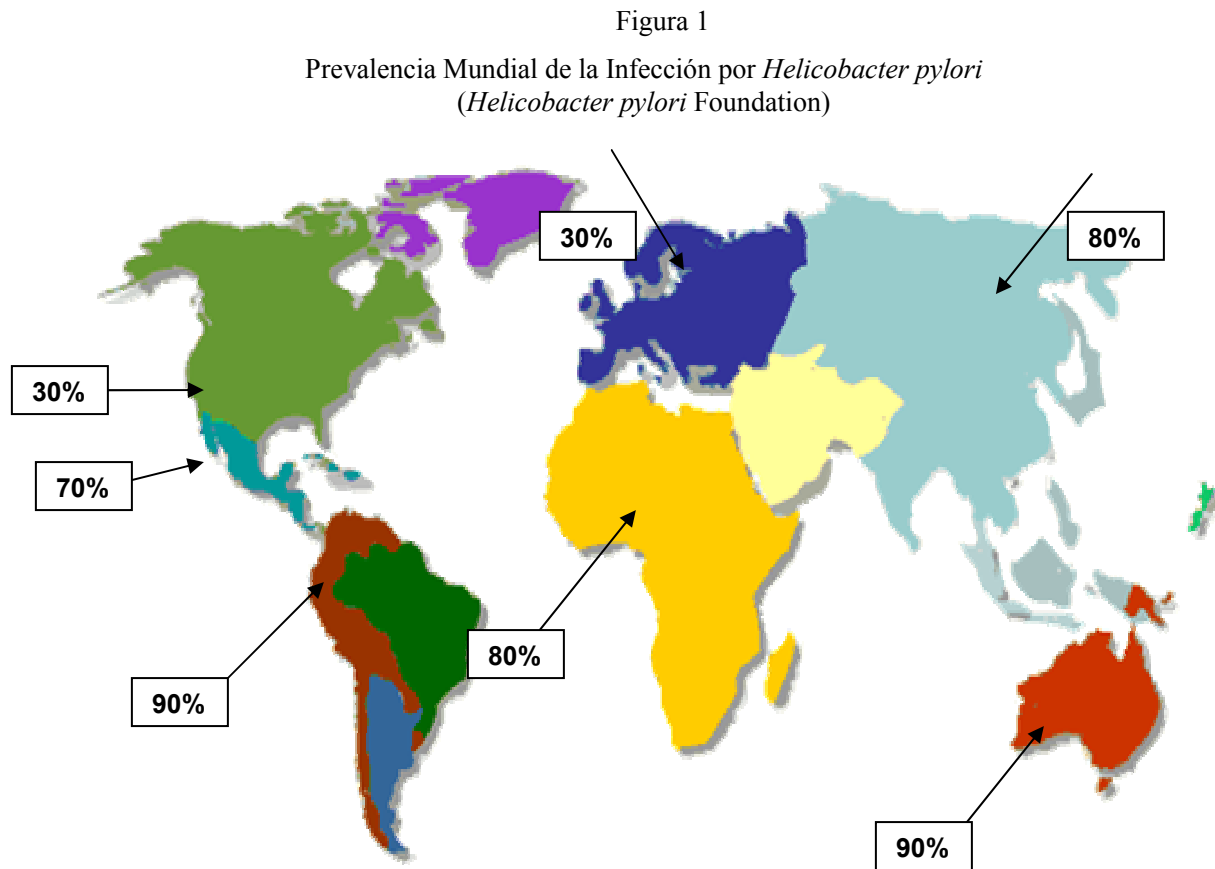
Tabla 1

Especies del Género *Helicobacter*, Características Generales y Asociación Patológica

| Especie | Flagelos Número Tipo | Huésped | Asociación |
|------------------------|-------------------------|-----------------|---|
| Gástricas | | | |
| <i>H.pylori</i> | 4-8 Up/Bp | Hombre | Gastritis, úlcera, cáncer |
| <i>H.mustalae</i> | 4-8 Bp,L | Hurones | No patología/a veces gastritis y ulceración |
| <i>H.nemestrinae</i> | 4-8 Up/Bp | Macaco | No patología |
| <i>H. acinonyx</i> | 4-8 Up/Bp | Leopardo | Gastritis |
| <i>H.felis</i> | 14-20 Bp,F | Gato, perro | No patología/a veces gastritis |
| <i>H. bizzozeronii</i> | 10-20 Bp | Perro | ¿No patología? |
| <i>H.salomonis</i> | 5-7 Bp | Perro | ¿No patología? |
| <i>H.heilmannil</i> | 9 Bp | ¿Gato, perro? | Gastritis |
| Intestinales | | | |
| <i>H. cinaedi</i> | 1-2 Up/Bp | Hámster | Protocolitos en homosexuales |
| <i>H. fennelliae</i> | 1-2 Up/Bp | ¿? | Protocolitos en homosexuales |
| <i>H. canis</i> | 2 Bp | Perro | ¿Enteritis, hepatitis? |
| <i>H.westmeadii</i> | 1 Up | ¿? | ¿Hepatitis, vibriónica? |
| <i>H.pullorum</i> | 1 Up,noE | Pollo | ¿? |
| <i>H.pametensis</i> | 2 Bp | Gaviotas, cerdo | Colangiofibrosis, pancreatitis |
| <i>H.cholecystus</i> | 1 Up | Hámster | Hepatitis, coloniza ciego |
| <i>H.hepaticus</i> | 2 Bp | Ratones | Hepatitis, coloniza ciego |
| <i>H.billis</i> | 3-14 Bp,F | Ratones | ¿? |
| <i>H.rodentium</i> | 2 Bp,noE | Ratones | No patología |
| <i>H.muridarum</i> | 10-14 Bp,F | Roedores | Gastritis en roedores viejos |
| <i>H. trogontum</i> | 5-7 Bp,F | Rata | No patología conocida |

Up: unipolar, Bp: bipolar, L: Lateral, F: fibrillas periplásmicas, noE: no envainados.

Fuente: López B. y Col., 2002.



La población en México presenta una alta incidencia de la infección por *Helicobacter pylori*, observándose regiones de mayor riesgo, como las zonas altas del estado de Chiapas donde existen grupos de indígenas que presentan una alta incidencia de cáncer gástrico asociado al microorganismo (Mohar y Col., 2002).

En un estudio seroepidemiológico realizado por Torres L., en 1997, se trabajó con un banco de sueros representativos de la población de todos los estados de la República Mexicana (11,626 sueros) procedentes de personas cuya edad fluctuó entre 1 a 90 años. Los resultados mostraron que 20% de los niños de 1 año de edad presentaban anticuerpos contra *Helicobacter pylori* y que la seropositividad aumentó hasta un 50% en los niños de 10 años de edad, lo que indica que la infección por el microorganismo en nuestro país se adquiere a edades tempranas y alcanza un 80% en los adultos jóvenes entre 18 y 23 años de edad. La tasa de incremento de seropositividad fue de aproximadamente del 55 anual durante los primeros 10 años de vida. (Torres L. 1997; Morales E. y Col. 2001).

Vías de Transmisión

Estudios realizados referentes a infecciones por *H. pylori* han logrado establecer por lo menos tres formas de transmisión. Una de ellas es la transmisión oro oral; la base de esta propuesta ha sido el hallazgo de la bacteria en placa dental, o bien la identificación de su genoma en saliva, también se apoya en las reacciones positivas de ureasa en muestras de saliva, aunque esta prueba no es muy aceptada debido a que otras bacterias de la flora oral podrían dar prueba positiva. No obstante, la prueba más contundente de este tipo de transmisión ha sido el cultivo de la bacteria a partir de muestras orales (Rivas Traverso F. 2000).

El surgimiento de algunos brotes asociados con manejo y desinfección inadecuada de gastroscopios sugiere la transmisión por vía oro gástrica. Tal posibilidad llevaría a relacionarse con el vómito.

Por otra parte la vía fecal oral se basa en informes de aislamiento de la bacteria a partir de heces. Esta vía podría en cierta manera explicar la marcada diferencia en la prevalencia de *H. pylori* en países en desarrollo comparada con países desarrollados, en los cuales el manejo de las excretas es más adecuado (Rivas Traversa F. 2000).

Helicobacter pylori

Los estudios realizados sobre *Helicobacter pylori* han llevado al conocimiento de sus características, tanto morfológicas como bioquímicas y genéticas, las cuales han permitido su aislamiento y diferenciación de otras especies bacterianas.

Morfología

Helicobacter pylori, es un bacilo curvo o en forma de espiral, Gram negativo, microaerofílico, mide aproximadamente 3.5 por 0.5 micrómetros, presenta extremos romos y en uno de ellos presenta un mechón de 3 a 8 flagelos envainados.

Una característica morfológica importante de *Helicobacter pylori*, son las formas de resistencia que adopta. Esta conversión morfológica de la forma de espiral a la forma de cocoide se ha descrito en cultivos bajo diversas condiciones adversas: aerobiosis, pH alcalino, alta temperatura, incubación prolongada, tratamiento con inhibidor de bomba de protones ó antibióticos, etc. Este cambio morfológico es un proceso pasivo que consta de una serie de etapas, inicia por la formación de una burbuja en uno de los extremos del bacilo, esta burbuja crece, se rellena de material denso, lo que ocasiona que el bacilo comience a doblarse. Este proceso continua hasta llegar a tener forma de U dentro de una estructura membranosa en la cual se acumula más y más material denso a los electrones, hasta llegar a no poderse dilucidar la forma bacilar, dando como consecuencia la forma cocoide (López B., 2002).

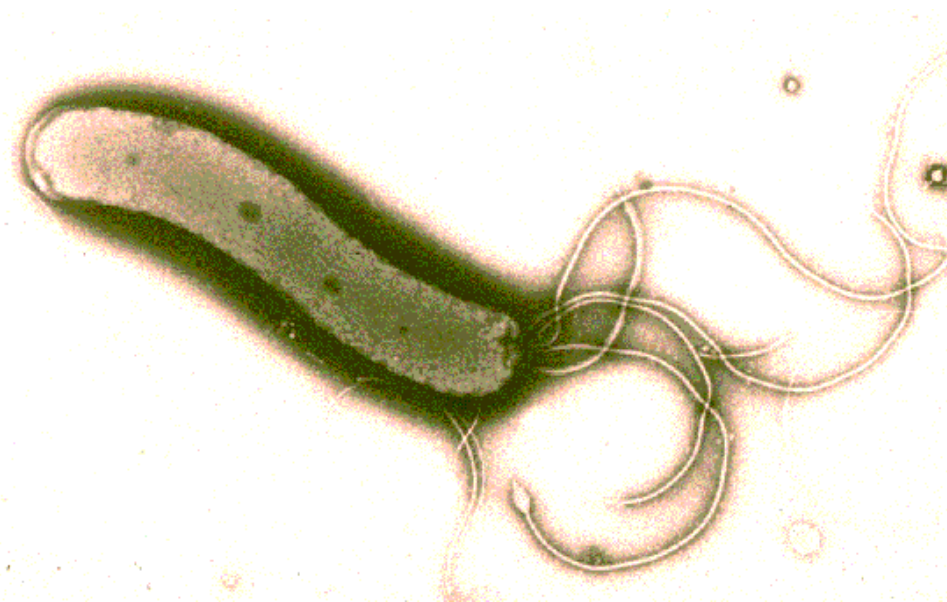


Figura 2. Morfología Bacilar en Forma de Espiral con Flagelos Envainados de *Helicobacter pylori* (http://biology.kenyon.edu/Microbial_Biorealm/bacteria/helicobacter/helicobacter.htm).

Cuando *Helicobacter pylori* se encuentra en cultivo durante un tiempo prolongado se producen cambios degradativos en su composición (baja la cantidad de ADN, ARN, ATP, proteínas inmunogénicas) y cambios en las propiedades de la superficie de la membrana (aumenta la hidrofobicidad), lo que hace pensar que la forma cocoide es manifestación de la muerte de *Helicobacter pylori*, sin embarbo el ADN no se

encuentra fragmentado, es decir, puede teóricamente conservar la información genética que le da la capacidad de pasar otra vez a la forma espiral, siendo así una forma viable, aunque lo cierto es que numerosos intentos de cultivar la forma cocoide han fracasado, lo que ha llevado a denominar a la forma cocoide como “forma viable pero no cultivable” (López B. y Col., 2002).

En otros estudios, por el contrario, se ha estudiado la viabilidad de estas formas de resistencia, y se ha encontrado que en cultivos tras cuatro semanas de incubación, con 100% de las formas cocoides, continúan presentando una viabilidad alta 104-106 ufc/ml. Con estos datos, los autores concluyen que las formas cocoides son viables, metabólicamente activas y capaces de revertir a la forma helicoidal tras cuatro semanas de incubación (Brenciaglia y Col., 2000).

Hábitat

El hábitat natural fundamental de *Helicobacter pylori* es la mucosa gástrica humana, sobre todo la antral, pero además puede colonizar el píloro y el duodeno (Figura 3) (www.medscape.com).

La bacteria normalmente está en contacto cercano con la mucosa y en ocasiones se encuentra entre células, dentro de envolturas de epitelio o dentro de las vellosidades de la mucosa. Las secreciones antrales, principalmente moco, y las capas profundas de la cubierta mucosa superficial son levemente alcalinas. Así, el crecimiento de la bacteria, se lleva a cabo en un medio cercano al neutro, en estrecho contacto con la mucosa y protegido de la acción bactericida del jugo gástrico (León L., 1992).

La distribución de *Helicobacter pylori* en el estómago, es al parecer muy importante, pues podría determinar el resultado patológico de la gastritis. Los sujetos con gastritis predominantemente antral tienden a presentar una secreción normal o elevada de ácido gástrico, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar una úlcera duodenal. Los pacientes en los que se coloniza predominantemente el cuerpo del estómago tienden a desarrollar inflamación que puede derivar en gastritis atrófica, que a su vez tiende a desarrollar úlcera gástrica o cáncer (Morales E. y Col., 2001).

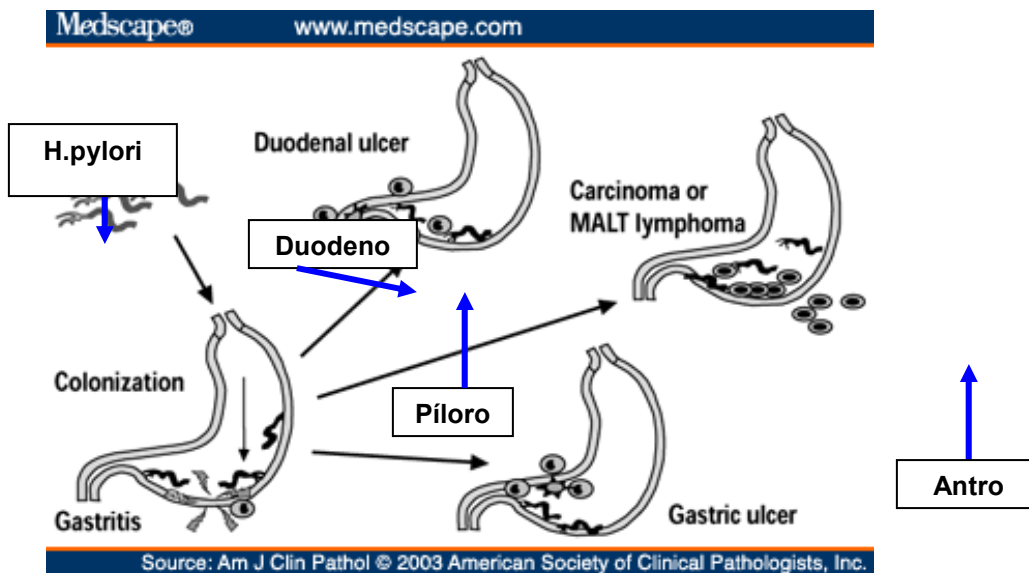


Figura 3. *Helicobacter pylori* Coloniza el Antro, Duodeno y Píloro Gástrico.

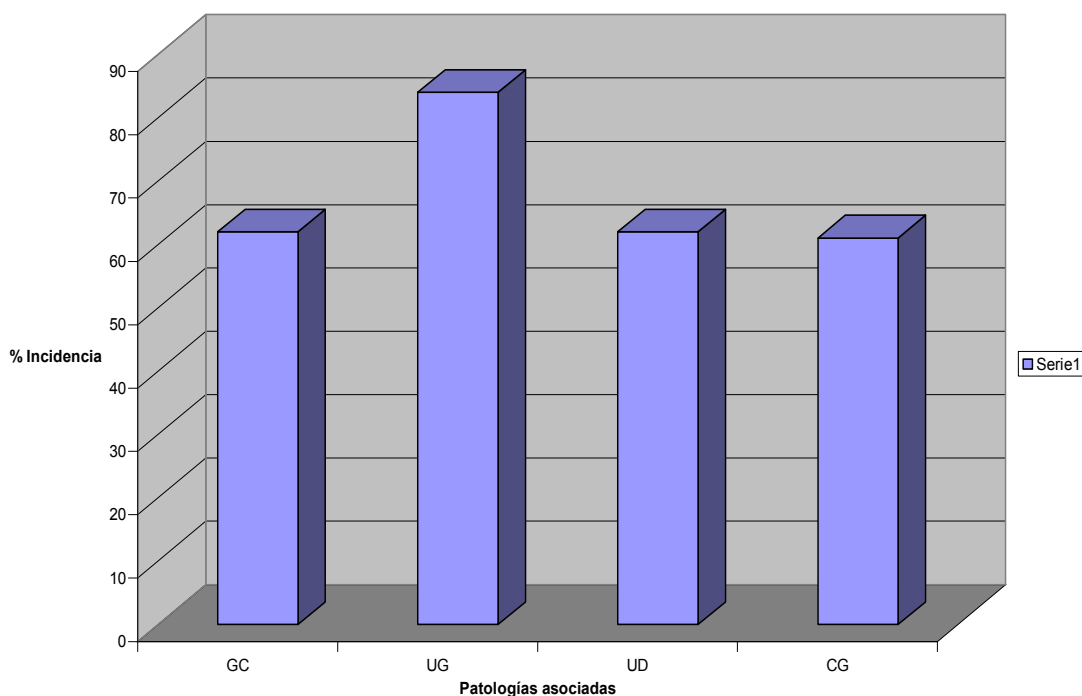
Enfermedades asociadas a *Helicobacter pylori*

A principios del siglo XX se pensaba que las úlceras gastrointestinales eran causadas sólo por factores de dieta y de tensión emocional, por lo tanto el tratamiento se enfocaba en la hospitalización, el descanso en

cama y la recomendación de seguir dietas blandas. Posteriormente, se culpó al ácido gástrico por la aparición de úlceras, por lo que los antiácidos y los medicamentos para bloquear la producción de ácido se convirtieron en la terapia de uso más común. A pesar de estos tratamientos, la recurrencia de úlceras permaneció alta. (Center for Disease Control and Prevention, 2001).

Investigaciones recientes revelan a *H. pylori* como el agente etiológico de algunas patologías gastroduodenales, como gastritis crónica, ulceración péptica, (ulceración gástrica ó ulceración duodenal), linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa gástrica (MALT gástrico) y constituye además un significativo factor de riesgo por adenocarcinoma gástrico, a tal grado que *H. pylori* fue declarado en 1994 como carcinógeno del grupo I por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. (Rivas T. y Col., 2000; Morales E. y Col., 2001).

La infección por esta bacteria se asocia con un 70% de los casos de gastritis crónica activa, con el 90 a 95% de úlceras duodenales, con 60 a 80% con úlcera gástrica y con un 60 a 70% de adenocarcinoma (cáncer) gástrico (Figura 4) (The *Helicobacter pylori* Foundation, 2001; Ronchera C. y Col., 1996).



GC: Gastritis Crónica, UG: Úlcera gástrica, UD: Úlcera duodenal, CG: Cáncer Gástrico

Figura 4. Porcentajes de Asociación de la Infección por *Helicobacter pylori* y el Desarrollo de Algunas Patologías Gástricas (Ronchera C., y Col., 1996)

Gastritis Crónica

El término gastritis se refiere a la inflamación de la mucosa gástrica, *Helicobacter pylori* es el agente etiológico en un 70 a un 80% de la forma más común de inflamación gástrica crónica, esta enfermedad involucra el antro y el fondo del estómago, con una imagen histológica que incluye con frecuencia infiltrado de linfocitos, células plasmáticas y algunos eosinófilos. *Helicobacter pylori* coloniza la mucosa gástrica

permaneciendo por años e incluso por décadas en la mayoría de los casos con mínima sintomatología para el paciente. Sin embargo en algunos casos se han descrito cambios morfológicos importantes en mucosa gástrica que van desde un proceso inflamatorio leve, hasta el desarrollo de una gastritis que evoluciona a una úlcera, con lesiones atróficas que pueden terminar en metaplasma y finalmente en un adenocarcinoma (Figura 5) (Morales E. y Col., 2001; Ronchera C. y Col., 1996).

Úlcera Péptica

La úlcera péptica es una enfermedad crónica caracterizada por episodios agudos y recurrentes, cuya evolución temporal se extiende en un período de diez a veinte años. Si bien su mortalidad es relativamente baja, esta enfermedad esta asociada a una importante morbilidad y a un elevado costo, tanto sanitario como social. La asociación entre colonización gástrica por *Helicobacter pylori* y la úlcera péptica esta bien establecida.

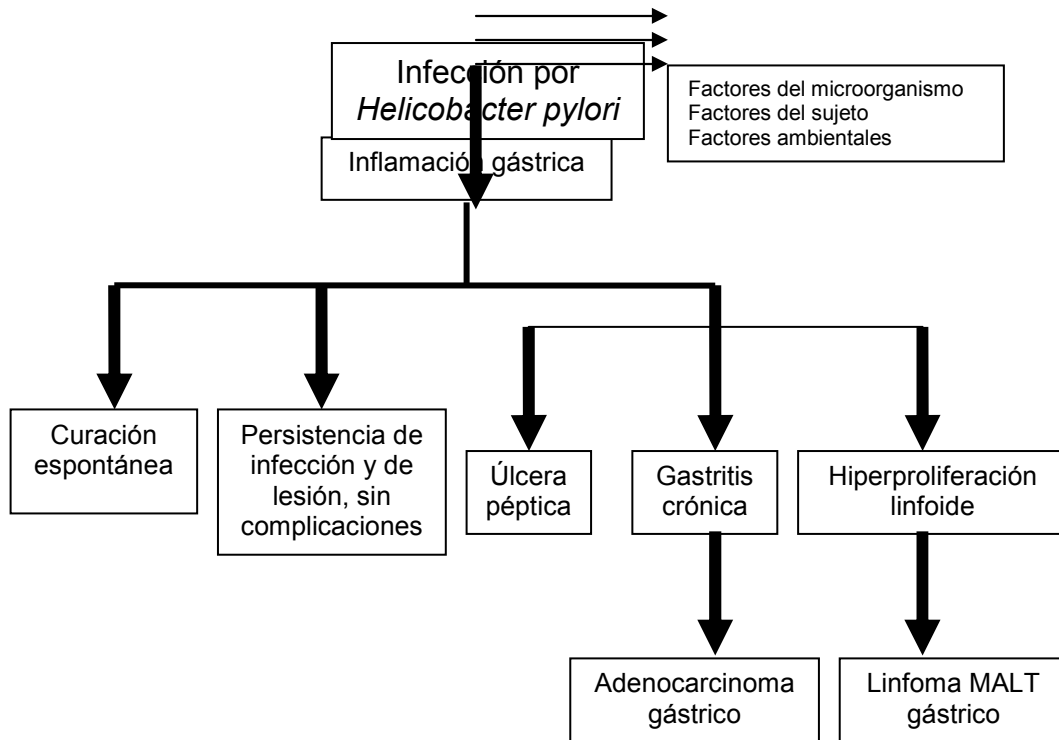


Figura 5. Modelo de Consecuencias de la Infección por *Helicobacter pylori* (Ronchera C. y Col., 1996).

Actualmente existen numerosos datos que apoyan la erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica. (Ronchera C. y Col., 1996).

Las úlceras pépticas duodenales ocurren en la primera parte del intestino, una o dos pulgadas pasando al final del estómago. La mayoría de las úlceras duodenales ocurren en pacientes con infección por *Helicobacter pylori* (90 a 95%) (The *Helicobacter pylori* Foundation 2001; Ronchera C. y Col., 1996).

La úlcera gástrica es una llaga en el revestimiento del estómago, la causa más común de este tipo de úlceras es la infección por *Helicobacter pylori* (60 a 80%) (Ronchera C. y Col., 1996; National Digestive Diseases 2001).

Adenocarcinoma Gástrico

En diferentes regiones del mundo, el cáncer (adenocarcinoma gástrico) representa un grave problema de salud pública. Se estima que anualmente son diagnosticados alrededor de 800,000 nuevos casos de esta neoplasia, la cual ocupa el segundo lugar con 10% de todos los tumores malignos, cuatro de cinco enfermos con cáncer gástrico corresponden a países en vías de desarrollo. Asimismo, cada año fallecen alrededor de 630,000 personas por causa de esta enfermedad. El cáncer en el estómago es frecuentemente asociado a la infección por *Helicobacter pylori* en un 60 a 70%.

En una extensa revisión de cáncer gástrico y *H. pylori* el grupo de estudio Eurogast determinaron que la presencia de la bacteria confiere seis veces más riesgo de contraer cáncer gástrico. (The *Helicobacter pylori* Foundation, 2001).

La colonización de la mucosa gástrica por *Helicobacter pylori* condiciona distintas lesiones inflamatorias, en un estadio inicial favorece el desarrollo de una gastritis superficial que puede evolucionar, a través de un prolongado proceso multifactorial hacia una atrofia gástrica con zonas de metaplasma entérica (Echarri A. y Col., 1998).

Por otro lado, no se ha podido demostrar que *H. pylori* produzca agentes carcinógenos lesivos directamente sobre la mucosa gástrica, más bien estarían implicados diversos mecanismos indirectos que actuarían sobre la mucosa durante el largo período de exposición de ésta a la infección.

Se ha propuesto mecanismos carcinógenos de la bacteria, los cuales podrían explicar el desarrollo del cáncer, uno de éstos es que la infección por *Helicobacter pylori* produce un daño en el epitelio mucosecretor gástrico seguido de la permeación de células inflamatorias, especialmente linfocitos, polimorfonucleares y macrófagos. Las células epiteliales, tras la adhesión bacteriana, liberan interleukina-8 que junto con otros factores citotóxicos del propio germen, van a favorecer la activación de estos polimorfonucleares (PMN) y la consiguiente liberación de proteasas y metabolitos reactivos de oxígeno.

Esta situación provoca un estallido oxidativo que podría dañar el DNA e inducir mutaciones en las células germinales mucosas (alteraciones de proteínas reguladoras del ciclo celular y/o de la apoptosis o modificaciones de distintos oncogenes (p53), que de no repararse culminaría con la aparición del cáncer gástrico (Echarri A. y Col., 1998).

Otro de los posibles mecanismos de carcinogénesis observando en sujetos infectados por *H. pylori* es el aumento de grado de proliferación celular condicionado por un incremento en la producción de factor de crecimiento epidérmico con relación a factores liberados por el germen y a la situación de hipergastrinemia secundaria, que se remite tras la erradicación bacteriana. El aumento en la velocidad de replicación de la bacteria podría aumentar la posibilidad de mutaciones “espontáneas”, algunas de las cuales podría incorporarse de forma permanente al ciclo celular (Cahill R. y Col. 1994).

Estudios recientes han demostrado que *H. pylori* induce autoanticuerpos contra la mucosa gástrica que pueden desempeñar un papel crucial en la patogénesis de la atrofia gástrica. Este fenómeno de autoinmunidad puede desempeñar un papel importante en la carcinogénesis gástrica asociada a la infección por *H. pylori*. En cualquier caso, la totalidad de los mecanismos carcinogénicos estarían estrechamente interrelacionada y, posiblemente su efectividad sería interdependiente (Morales E. y Col. 2001; Negrini R. y Col. 1991).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que no todas las cepas *H. pylori* son igualmente patógenas, habiéndose descrito incluso, ciertos “marcadores de agresividad” (citotoxinas CagA, VacA) que condicionan complicaciones clínicas más severas. Es por lo tanto, la conjunción de factores ambientales con las características fenotípicas y genotípicas de cada cepa en cuestión, la condición necesaria para el desarrollo de patologías (Echarri A. y Col., 1998).

Linfoma MALT Gástrico

En condiciones normales el tejido linfoide está ausente en la mucosa gástrica. Sin embargo, el 28% de los pacientes con gastritis asociada a *Helicobacter pylori* muestran tejido linfoide asociado a mucosas (López K. 2000).

En 1993, Wotherspoon y colaboradores publicaron un artículo que impactó a la comunidad médica, debido a que demostraron que en 5 de 6 enfermos (83.3%) con infección por *Helicobacter pylori* y con linfoma gástrico primario de bajo grado de malignidad tipo MALT, (comprobado mediante histología y biología molecular), la desaparición de las lesiones gástricas linfomatosas después de recibir tratamiento dirigido contra la bacteria con antibióticos (ampicilina y metronidazo) y sales de bismuto. La remisión de las lesiones linfomatosas y desaparición de la bacteria se demostró mediante biopsias endoscópicas de las mismas áreas gástricas afectadas al momento de hacer el diagnóstico (Wotherspoon A. y Col. 1993).

Control de la infección por *Helicobacter pylori*

Helicobacter pylori es sin duda el agente causal más importante de la gastritis crónica y un factor determinante en la patogénesis de la úlcera péptica. Lo primero, sustentado por estudios experimentales que han demostrado la aparición de ésta en el curso de tan solo días después de la ingestión de *H. pylori*, así como su desaparición con la erradicación del germen. En úlcera la evidencia patogénica más importante ha sido indirecta donde la erradicación produce una dramática disminución de las recurrencias documentadas por endoscopia en estudios de seguimiento post cicatrización inducida con antiseoretos convencionales (Ballesteros A., 1997). Todos estos estudios sobre la patogénesis han cambiado radicalmente el enfoque médico de su terapia, por lo que en la actualidad la gastritis crónica y las úlceras pépticas se consideran enfermedades infecciosas curables.

Terapia Erradicadora

Se define erradicación de *Helicobacter pylori* como la ausencia del microorganismo en el estómago, determinada mediante un test de aspiración con urea marcada o por pruebas como biopsia gástrica e histología, al menos un mes después de finalizado el tratamiento. Si los análisis se realizan antes del mes puede dar lugar a error y confundir una supresión temporal con una erradicación.

La experiencia muestra que aunque es relativamente fácil la supresión temporal de la bacteria, es mucho más difícil erradicarla (Urbieta S. y Col. 1996), por lo que el tratamiento "ideal" estaría compuesto por fármacos que cumplieran los siguientes requisitos;

- Abordar con facilidad el moco gástrico, permaneciendo allí el mayor tiempo posible, sin aumentar su absorción sistémica.
- Poseer estabilidad a un pH ácido.
- Actividad preferentemente bactericida frente a *Helicobacter pylori*.

Actualmente el tratamiento más efectivo es dos semanas de la llamada terapia triple, la cual comprende el uso de dos antibióticos y algún supresor de la secreción gástrica ó un protector del recubrimiento del estómago (Tabla 4). Dos semanas de terapia triple elimina a la bacteria, reduce los síntomas de la úlcera y previene la recurrencia en aproximadamente 90% de los pacientes, no obstante se ha observado un aumento en la aparición de cepas *Helicobacter pylori* resistentes a los antibióticos, especialmente en países desarrollados debido al uso indiscriminado de antibióticos. (Aguilar G. y Col., 2001; Hernández T. y Col., 1996).

Supresores de la Secreción de Ácido

Pueden emplearse dos tipos de medicamentos supresores del ácido: los bloqueadores H2 y los inhibidores de la bomba de protones. Los primeros bloquean el efecto de la histamina, sustancia que estimula la secreción de ácido, y ayuda a disminuir el dolor ulceroso después de algunas semanas, entre los más utilizados están la cimetidina, ranitidina, famotidina y nizatidina.

Tabla 4

Respuesta Erradicadora de la Pauta de Terapia Triple Frente a *Helicobacter pylori*
Antibiótico % de Erradicación

| | | |
|-----------|------------------------------|-----|
| Bismuto | Metronidazol + Amoxicilina | 73% |
| | Metronidazol + Tetraciclina | 94% |
| Omeprazol | Amoxicilina + Claritromicina | 90% |

Los segundos suprimen la producción de ácido al interrumpir el mecanismo que bombea ácido hacia el estómago, entre los más utilizados están el omeprazol y lanzoprazol (Nacional Digestive Diseases, 2001).

Los bloqueadores H2 y los inhibidores de la bomba de protones se han prescrito durante años como tratamiento de úlceras, pero si se usan por si solos, estos medicamentos no erradican a *Helicobacter pylori*, por consiguiente no curan las úlceras relacionadas con esta bacteria (Hernández T. y Col. 1996).

Protectores del Revestimiento Gástrico

Dentro de los fármacos protectores de revestimiento gástrico el más utilizado es el subsalicilato de bismuto, el cual ha presentado cierta actividad contra de *Helicobacter pylori*.

Antibióticos

Los fármacos con actividad bactericida frente a *Helicobacter pylori* pertenecen a dos grupos: sales de bismuto y antibióticos (Tabla 5). Estos últimos, a su vez, pueden dividirse en dos grupos según induzcan o no el desarrollo de resistencia (Hernández T. Col., 1996).

Tabla 5

Fármacos con Actividad Bactericida Frente a *Helicobacter pylori*.

Sales de bismuto Antibióticos

| | | |
|--------------------------------|----------------|-----------------|
| | IR | NIR |
| Subnitrato de bismuto coloidal | Metronidazol | Amoxicilina |
| | Tinidazol | Tetraciclina |
| Subsacilato de bismuto | Eritromicina | Furazolidina |
| | Claritromicina | Nitrofurantoína |
| | Ciprofloxacino | |

IR: Inductores de resistencia; NIR: no inductores de resistencia.

Fuente: Hernández T. y Col., 1996

Efectos Secundarios de los Medicamentos para el Tratamiento de *Helicobacter pylori*

- Amoxicilina: Exantema y Diarrea.
 - Tetraciclinas: Náuseas, Diarrea, Glositis, Prurito anal, Vulvovaginitis, Rash cutáneo, Alteraciones en crecimiento de huesos.
 - Nitroimidazoles: Cefaleas, Alteraciones gastrointestinales.
 - Omeprazol: Cefalea, Diarrea, Flatulencia y Rash cutáneo.
- (García G. y Col., 1998; Hernández T. y Col., 1996)

Las plantas como tratamiento

Las plantas han contribuido en forma significativa al desarrollo de la humanidad. Su utilización como fuente de alimentos, como materia prima para la elaboración de herramientas y como fuente en la obtención de energía, han contribuido de manera importante a la supervivencia y florecimiento de muchas culturas. De

igual manera, las civilizaciones a través de las generaciones, han empleado una gran variedad de plantas en forma empírica, para combatir sus problemas de salud.

Se dice que el conocimiento y uso de las plantas medicinales con fines curativos data desde la aparición del hombre en la tierra, esta afirmación es debido a que para su supervivencia los primeros humanos debieron entrar en contacto y buscar la armonía con su entorno natural (Jonson G. y Col., 1996).

El hombre prehistórico mediante prueba y error aprendió a conocer las plantas que sanaban sus enfermedades, y este conocimiento fue transmitido y enriquecido de generación en generación. Así a lo largo de la historia de la humanidad las plantas han jugado un papel decisivo como fuente de alimentos y medicamentos.

Extractos y Compuestos Activos de Plantas Contra *Helicobacter pylori*

Actualmente las investigaciones sobre alternativas de tratamiento de la infección de *Helicobacter pylori* han aumentado y algunas de éstas se han enfocado a la búsqueda de compuestos activos de plantas que sean útiles en la eliminación de esta bacteria. Aunque en la literatura son pocos los trabajos reportados sobre esta línea de investigación, recientemente se han iniciado los reportes en esta área.

En un estudio realizado por W. Fahey y colaboradores en el 2002 evaluaron la actividad del compuesto sulforaphane (1-isotiosanato-(4r)-(metilsulfinil) butano) aislado de Brócoli sprouts, contra cepas 26695, J99, ATCC 43504 de *H. pylori* y 45 aislados clínicos obtenidos en el 2000 y 2001 en el Hospital de la Universidad centro de Nancy, Francia de pacientes con gastritis y úlceras duodenales, en donde se determinó que la concentración mínima inhibitoria (MIC) para el 90% de las cepas fue de 4 ug/ml (Jed W. y Col., 2002).

Otro trabajo, es el realizado por Gowsala P. en el que evaluó la susceptibilidad In Vitro de *Helicobacter pylori* a extracto de *allium sativum* (ajo), encontrando que este extracto a una concentración de 5mg/ml inhibió en un 90% el crecimiento de 16 aislados clínicas de *Helicobacter pylori* (Gowsala P., 2001).

Por otra parte en 1996 Tabak y Col. Determinaron el efecto inhibitorio In Vitro de *Mejorana syrica*, *Melissa officinalis* y *Thymus vulgaris* sobre el crecimiento de *H. pylori*, encontrando una zona de inhibición en placa de 22, 18, y 24 mm respectivamente, a una concentración de 1.6 mg/ml (Tabak M. y Col. 1996).

En otro estudio donde se evaluó el efecto inhibitorio de isoflavonas aislados de flores y rizoma de *Pueraria thunbergiana* sobre el crecimiento de las cepas ATCC43504, NCTC11637, NCTC11638, HP825116, HP82548 y HP4 de *Helicobacter pylori* posee una Concentración Mínima Inhibitoria (MIC) de 12.5, 12.5, 25, 12.5, 12.5 y 25 ug/ml para cada cepa utilizada, respectivamente. Por lo que los autores mencionan que esta isoflavona aislada puede curar la gastritis y prevenir la reincidencia de úlceras duodenales, como una medicina folklórica (Eun-Ah B. y Col., 2001).

Es importante mencionar que las flaonas son compuestos fenólicos con una amplia distribución en la naturaleza. Algunas flaonas con actividad antimicrobiana se han aislado de hojas de mandarina (Pinkas, 1968), así como de aceites esenciales de toronja, naranja ácida y dulce y limón para el control de fitopatógenos (Orduño y Col., 1998). Por lo que las flaonas han demostrado ser compuestos con actividad biológica que son de interés desde el punto de vista ecológico así como por su potencial de aplicación farmacológica.

Biomagnetismo médico como tratamiento contra *Helicobacter pylori*

Es una Herramienta más dentro de la medicina que nos lleva en forma directa a la Etiología de las morbosidades humanas y nos explica en forma clara la etiopatogenia viral, bacteriana y disfunción glandular.

El biomagnetismo médico, estudia, detecta, clasifica, mide y corrige las alteraciones fundamentales del potencial de hidrógeno. Las manifestaciones patológicas se forman a partir de polos bien definidos.

El concepto de par biomagnético nos lleva hasta la génesis del fenómeno y nos define el órgano que esta generándolo, su polaridad, positiva o negativa, virus o bacteria que lo identifica.

Independientemente del sustento técnico y científico del procedimiento, podemos dividir en dos grandes ramas los conocimientos, del biomagnetismo médico; primero como elemento de diagnóstico y segundo como elemento terapéutico, ya que en ambos tiene una aplicación universal, toda vez que no depende de una patología en particular, sino del par que se forma a expensas de dicha patología y que la identifica como si se tratase de un código de barras o de cualquier otro sistema de identificación.

El par que soporta a la bacteria *Helicobacter pylori* corresponde; Hiato-Testículo Derecho ó Vagina Derecha. Que al impactar se despolariza el par biomagnético (Goiz Duran., 1995).

Casos tratados con biomagnetismo en el consultorio

Sexo: Femenino

Edad: 42 años

Ocupación: Contador Público

Paciente: con gastritis crónica, intolerancia a grasas y carbohidratos y dolor abdominal.

Pares biomagnéticos

1era sesión (Mayo 2-2004)

Oído-oído – Toxoplasma g.

Hígado – Hígado - Hepatitis C

Hiato Esofágico - Vagina Derecha - *Helicobacter pylori*

Dorso – Lumbal – Meningococo

2da sesión (Mayo 12-2004)

Se noto una leve mejoría, menos inflamación, persiste la intolerancia a grasas y carbohidratos.

Paratiroides – Paratiroides – Disfunción Paratiroides

Estómago – Estómago - Hiperacidez

Hiato Esofágico - Vagina – *Helicobacter pylori*

3era sesión (Mayo 28-2004)

*En la tercera sesión la persona ya no presento el par biomagnético que soporta a *Helicobacter pylori*, el cual presentó una respuesta positiva al tratamiento con biomagnetismo.*

Ovario – Ovario – Disfunción

Sexo: Masculino

Edad: 50 años

Ocupación: Gerente de Ventas

Paciente: dolor abdominal y acidez, después de ingerir alimentos.

Diagnóstico: Úlcera por *Helicobacter pylori*.

Tratamiento alopático: Bizmuto, Amoxicilina y Metronidazol (por dos meses sin respuesta positiva)

Tratamiento por biomagnetismo:

1era sesión

Hiato Esofágico - Testículo Derecho- *Helicobacter pylori*

Colon Descendente – Colon Descendente – *Enterobacter Cloacae*

Duodeno – Duodeno - Disfunción

Glúteo – Glúteo – Parásitos Intestinales

2da sesión

Hiato Esofágico – Testículo Derecho – *Helicobacter pylori*
Estómago – Suprarrenales – Sarampión Virus
Caliz Renal – Caliz Renal – Herpe Virus

3era sesión

En dos sesiones con intervalos de 8 días cada una, la persona respondió considerablemente al tratamiento con biomagnetismo, al ya no presentar los síntomas de inicio, ni el par biomagnético que soportaba a Helicobacter pylori.

Sexo: Femenino

Edad: 43 años

Ocupación: Ama de casa

Paciente: dolor sordo al cabo de dos o tres horas de las comidas y dolor en la mitad de la noche, cuando el estómago esta vacío.

Tratamiento por medio de plantas medicinales y dieta especial: siente ligera mejoría con recaídas constantes al cambiar dieta o al tener problemas emocionales.

Tratamiento por medio de biomagnetismo:

1era sesión

Hiato Esofágico – Vagina Derecha – *Helicobacter pylori*
Hígado – Hígado – Hepatitis C
Glúteo – Glúteo – Parásitos Intestinales

2da sesión

Bazo – Hígado - Brucela

En la segunda sesión ya no presentó el par biomagnético que soporta a Helicobacter pylori, ya no presentó dolor.

Sexo: Masculino

Edad: 25 años

Ocupación: Ventas

Paciente: dolor abdominal, acidez al ingerir picantes.

Tratamiento por medio de biomagnetismo:

1era sesión

Hiato Esofágico - Testículo Derecho - *Helicobacter pylori*
Próstata - Recto - Papiloma Virus
Hígado - Riñón Izquierdo - Ameba Hepática

2da sesión

Hiato Esofágico - Testículo Derecho - *Helicobacter pylori*
Suprarrenales - Recto - Leptospira

3era sesión

Subclavia – Subclavia – Bacilo Difteroide

En la tercera sesión ya no presentó el par que soporta Helicobacter pylori, ya no presentó dolor.

Resumen

A nivel mundial la infección por *Helicobacter pylori* es en la actualidad una de las principales causas de enfermedades gástricas como la gastritis crónica y las úlceras pépticas. Estas últimas asociadas al desarrollo de cáncer gástrico, el cual es la segunda causa de muerte en pacientes con tumores malignos en México, por

lo que el nexo de unión entre carcinoma gástrico e infección por *Helicobacter pylori* cada vez adquiere más relevancia reforzando el papel de esta infección como posible factor de oncogénesis, siendo clasificado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer como carcinógeno del grupo I (Echarri A. y Col. 1998).

Se ha establecido por lo menos tres formas de transmisión para esta bacteria que son, la vía oro-oral, gastro-oral y feca-oral, todas estas basadas en el aislamiento e identificación del DNA de *H. pylori* en saliva, placa dental, heces y en el agua.

Para el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*, actualmente, hay una variedad de técnicas las cuales se dividen en pruebas invasivas y no invasivas. Dentro de las primeras se encuentran la histología, el cultivo y la prueba rápida de ureasa; mientras que las no invasivas incluyen las técnicas serológicas y de más reciente utilización la prueba de aliento con urea marcada, la cual posee las ventajas de ser lo menos agresiva para el paciente, además de poseer una buena especificidad y sensibilidad.

Los tratamientos para la infección por esta bacteria, incluye una combinación de antibióticos, supresores de la secreción de ácido al estómago y protectores del revestimiento gástrico, esta pauta de tratamiento ofrece un buen porcentaje de erradicación (80-90%), no obstante y debido a la gran cantidad de medicamentos suministrados, aumenta la aparición de efectos secundarios, lo cual ocasiona el abandono del tratamiento por parte del paciente. Además el abuso de antibióticos ha ocasionado la aparición de un mayor número de cepas resistentes.

Por medio de Biomagnetismo Medicinal hemos encontrado una solución más rápida y eficiente que otras alternativas. Porque al impactar el par biomagnético Hiato Esofágico- Testículo Derecho ó Vagina Derecha, encontramos una pronta recuperación de esta enfermedad, el tiempo depende del tipo de caso a tratar.

Conclusiones

Desde el punto de vista epidemiológico se puede concluir que la infección por *Helicobacter pylori* es una de las de mayor prevalencia en la actualidad, aunque su presencia no implica forzosamente la existencia de enfermedad.

La transmisión se lleva acabo de persona a persona (fecal-oral, oral-oral), sin poder descartar por completo otras rutas.

El mecanismo de patogenicidad del microorganismo en el epitelio gástrico no esta aún bien definido, pero se puede concluir que es un proceso complejo en el que participan las sustancias secretadas por la bacteria, las cuales alteran la dinámica de la mucosa normal.

Hasta la fecha no esta disponible un “estándar de oro” aceptado universalmente, para hacer el diagnóstico de la infección por *H. pylori* por lo que la elección de las pruebas depende de la situación clínica específica del paciente.

Todas las pruebas de diagnóstico ofrecen una buena especificidad y sensibilidad, pero la prueba de aliento con urea marcada es la menos agresiva para el paciente, lo cual hace a esta prueba “ideal” para el seguimiento del tratamiento.

Los tratamientos actuales de terapia combinada son efectivos, pero presentan algunas limitantes entre las cuales destaca la cada vez mayor aparición de cepas resistentes a los antibióticos utilizados.

Existen gran cantidad de plantas las cuales se han utilizado por sus propiedades antimicóticos, insecticidas y antimicrobianas.

Los compuestos fenólicos como las flaconas están ampliamente distribuidos en la naturaleza y tienen varias actividades biológicas que son de interés por su potencial en farmacología como anticancerígenos, antioxidantes y antiinflamatorios.

Existen estudios en los que algunas plantas del mundo han presentado buena actividad inhibitoria in Vitro sobre *Helicobacter pylori*, las cuales prometen ser candidatas para el aislamiento de compuestos antibacterianos.

El tratamiento por medio de Biomagnetismo Médico, nos lleva a un diagnóstico rápido y a una erradicación completa y efectiva de *Helicobacter Pylori*. En general ningún microorganismo es capaz de provocar lesiones irreversibles y menos aún fenómenos tumorales; sin embargo, cuando estos se asocian pueden alterar las mucosas y lastimar las estructuras internas e inclusive iniciar la genesis de fenómenos tumorales hasta el limite patógeno del cáncer.

Bibliografía

- Aguilar G., Ayala G., Fierros Z. 2001. *Helicobacter pylori Recent Advances in the Study of its Pathogenicity and Prevention*. Salud Pública de México. 43:237-247.
- Ayala A. 2000. *Helicobacter pylori: Variabilidad Genética y Mecanismos Potenciales de Carcinogénesis Internet: <http://www.insp.mx/cisei/proy-6.html>*
- Ballesteros A. 1997. *Erradicación de Helicobacter pylori*. Órgano de Difusión de la Sociedad Médica del Hospital Médica Sur 3 (3).
- Brenciaglia. 2000. *Helicobacter pylori: cultivability and antibiotic susceptibility of coccoid forms. International Journal Antimicrob Agents*.13:237-241
- Cahill R., Sant S., Beattie S., Hamilton H., O'Morain C. 1994. *Helicobacter pylori and Increased Epithelial Cell Proliferation: a Risk Factor for Cancer*. Eur. J Gastroenterol Hepatol. 6:11223-1128.
- Duane T. Smoot, Amnon Sonnenberg, Ben Gold, Sarah Goodwin. 2001. Center for Diseases Control and Prevention, Internet: <http://www.cdc.gov/ulcer/reseña.htm>
- Echarri, Borda F. 1998. *Infection by Helicobacter pylori and gastric cancer*. Anales Sis San Navarra. 21(2): 45-53.
- Eun-Ah B., Myung J., Dong-Hyun K. 2001. *In vitro Anti-Helicobacter pylori Activity of Irisolidone Isolate from the Flowers and Rhizomes of Pueraria thunbergiana*. Plante Med. 67:161-163.
- Goiz Durán, I. 1995. *El Par Biomagnético*, Xalostoc.
- Gowsala P. 2001. *Protection Against Helicobacter pylori and Other Bacterial Infections by Garlic*. American Society for Nutritional Sciences. 1106-1108.
- Hernández T.S., Poquet J.J., Borrego H.M., Gangoso F.A., Arias F.L., 1996. *Tratamiento de la úlcera péptica por Helicobacter pylori*. Fam. Hosp. Colegio Universitario de Farmacia.
- Jed. W., Xavier H., Patrick M., Thomas W., Isabelle S., Katherine K., Stephenson., Paul T., Ailan L.2002. *Sulforaphane Inhibits Extracellular, Intracellular, and Antibiotic-resistant Strains of Helicobacter pylori*. PNAS Medical Sciences. 99 (11): 7610-7615.
- León L. 1992. *Asociación de Helicobacter pylori en infecciones del tracto Gastrointestinal y cáncer gástrico y su determinación por diferentes Métodos de laboratorio*. Disertación. Universidad de Sonora.
- López B.M., Alarcón T., Domingo D., Pérez P.G., Skirrow M., Marshall B. 2002. <http://www.helicobacterspain.com/Introduccion/introduccion.htm>.
- López K. 2000. *Linfoma Gástrico Primario en México: ¿Curación Anual de Cerca de 200 Pacientes Con Tratamiento Antibiótico?*. La Revista de Investigación Clínica 52 (1): 10-11.
- Majalca M.C., Rivera C.J., Ochoa P.S., Giono C.S. 2001. *Transporte, aislamiento, identificación y conservación de cepas de Helicobacter pylori*. Bioquímica 26 (4): 85-88. <http://www.medscape.com>
- Mohar A., Ley C., Guarner J., Herrera R., Sánchez L., Halperin D., Parsonnet J. 2001. *Alta Frecuencia de Lesiones Precursoras de Cáncer Gástrico Asociadas a Helicobacter pylori y Respuesta al Tratamiento en Chiapas México*. Gaceta Médica de México. 138 (5): 405-410.
- Morales E., Carrillo R., López V., Cravioto A. 2001. *Helicobacter pylori*. Facultad de Medicina UNAM. National Digestive Diseases 2001.

- Negrini R., Lisato L., Zanella I. 1991. *Helicobacter pylori Infection Induces Antibodies Crossreacting with Human Gastric Mucosa*. Gastroenterology. 101: 437-445.
- Rivas T. F., Hernández F. 2000. *Helicobacter pylori: virulence factors and their relationship with the gastroduodenal pathology*. Rev. Biomedc. 11(3): 187-205.
- Ronchera C., Martínez P. 1996. *Aspectos Farmacoeconómicos del Tratamiento de la infección por Helicobacter pylori*. Farm Hop. Colegio Universitario de Farmacia 20(4): 263-266.
- Tabak M., Armon R., Potasman., Neeman I. 1996. *In vitro Inhibition of Helicobacter pylori by Extracts of Thyme*. Journal of Applied Bacteriology. 80: 667-672.
- The Helicobacter pylori Foundation 2002. <http://www.helico.com>
- Torres L. 1997. *La Infección por Helicobacter pylori en México*. Órgano de Difusión de la Sociedad Médica del Hospital Médica Sur 3(3).
- Urbieta S., López B., Acebal G., Correa B., Del Campo G. 1996. *Helicobacter pylori: Ventajas e Indicaciones de su Erradicación*. Farm Hosp..20 (1): 10-15.
- Wotherspoon A., Doglioni C., Diss T. 1993. *Regression of Primary low-grade B-cell Gastric Lymphoma of Mucosa Associated Lymphoid Tissue Type After Eradication of Helicobacter pylori*. Lancet 342:575-577.
- http://biology.kenyon.edu/Microbial_Biorealm/bacteria/helicobacter/helico-bacter.htm

EL PALUDISMO Y LA LEPRO EN EL BIOMAGNETISMO

Dra. Angélica Lorenia Martínez Pica

Presentación

El presente trabajo se realiza después de tratar a pacientes que acudieron al dispensario médico en el que se trabajó y que presentaban alguna de estas dos enfermedades.

Estos pacientes, son residentes del estado de Guerrero, lugar en el que se realiza su diagnóstico y terapia con biomagnetismo y alopata mismas que remitieron en el tiempo en que se trabajó en la zona que fue un período de trece meses.

Introducción

Este trabajo se presenta en su marco histórico y geográfico, las características de estas dos enfermedades así como los procedimientos actuales para la erradicación en el mundo, también se presentan algunos casos clínicos tratados con biomagnetismo y alopata así como los resultados obtenidos en este tratamiento, en un lapso de tiempo tan reducido que en la actualidad no se conoce todavía con la medicina convencional.

Se divide en dos capítulos ya que se trata de dos enfermedades tropicales que azotan al mundo y para las cuales se han implementado una serie de medidas para su control la cual no se ha logrado, y en el que trabajan diversas organizaciones a nivel mundial como la OMS, Cruz Roja Internacional, La Media Luna Roja, El Ministerio de Salud de Costa Rica entre otros.

En diversos países del mundo en donde estas enfermedades se presentan en forma endémica.

Primero se abordará el tema del Paludismo y en segundo lugar el de la Lepra.

Paludismo

El paludismo es uno de los problemas de salud pública más devastadores del mundo. Anualmente se registran alrededor de 300 a 500 millones de casos de paludismo, y casi el 90 por ciento de esos casos se registra en África. Se estima que diariamente mueren 3,000 niños a causa del paludismo. El paludismo contribuye también a la anemia en los niños y perjudica su crecimiento y desarrollo. Es una causa primaria de la pobreza que desacelera el crecimiento económico en 1,3 por ciento en África solamente. El paludismo es una enfermedad que causa la muerte de personas pobres, jóvenes y vulnerables afectando al futuro de muchos países en desarrollo.

Aunque África al sur del Sahara es la región más afectada, el paludismo sigue siendo un problema en partes importantes de Asia, América y el medio Oriente; ha vuelto a emerger en países que anteriormente había sido erradicado. La propagación de la enfermedad se debe a varios factores: el cambio climático, el aumento de los movimientos de población, la mayor frecuencia de los viajes internacionales, la aparición de cepas.

Factores secundarios

- a) altura sobre el nivel del mar. El *P. Falciparum* es más frecuente por debajo de los 600 m. de altitud, el *P. Vivax* llega hasta los 1600m.
Los mosquitos no viven por encima de los 2.500 m. de altitud; por lo tanto en la alta montaña no existe riesgo de transmisión del paludismo.
No obstante, los montañeros que se dirigen a cordilleras tropicales están expuestos a contraer la enfermedad durante su viaje por las tierras bajas de los países endémicos, especialmente en las zonas rurales.
Existe paludismo en América desde México al Norte de Argentina, toda África Tropical, oriente Medio, el subcontinente Indio, China, la Península Indochina, y Melanesia.
- b) Temperatura. Influye tanto en el parásito como en el vector. A temperaturas menores de 17° C no ocurre la esporogonia.
- c) Lluvias. Contribuyen a la formación de criaderos de mosquitos y regulan la densidad anophelica de la región. La humedad atmosférica necesita ser alta nunca menor de 60% para una reproducción alta.

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la organización humanitaria más grande del mundo, cuenta con una amplia red en 178 países. Los voluntarios de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja son los principales asociados en los esfuerzos comunitarios de lucha antipalúdica. La Federación Internacional es un participante importante en la iniciativa “Hacer Retroceder el paludismo” de la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Efecto mundial del paludismo

Anualmente se notifican entre 300 y 500 millones de casos de paludismo agudo; nueve de cada 10 de esos casos se registran en África al sur del Sahara.

- Zonas de transmisión del paludismo
- Zonas en las que se ha eliminado mayormente el paludismo

La iniciativa “Hacer Retroceder el Paludismo” presenta una clara estrategia para reducir los padecimientos que inflige el paludismo. Mediante la combinación de la voluntad política con el fácil acceso a los medios de protección y tratamiento, la iniciativa tiene por objeto reducir la mortalidad y la morbilidad causadas por esta enfermedad. Emplea un enfoque de tres niveles en los planos nacional y local para abordar el problema: fortalecimiento de la capacidad del sector de la salud para diagnosticar y tratar la enfermedad, promoción y acceso a medios de prevención, como los mosquiteros tratados con insecticidas, y fomento de las actividades para formular una vacuna.

Gracias a su amplia red, la Federación Internacional tiene ventajas comparativas en las actividades de prevención y control de las enfermedades transmisibles en general y concretamente del paludismo a nivel local. Con más 100 millones de voluntarios en todo el mundo, incluidos 2 millones de voluntarios en África, la Cruz Roja y la Media Luna Roja pueden llegar a las comunidades más vulnerables a la

enfermedad. Además, la iniciativa de salud 2010 de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para África, en la que intervienen Sociedades Nacionales, expertos de renombre, ministerios de salud, la OMS y otros organismos internacionales, conjuga los esfuerzos unidos y coordinados de los principales interesados en la lucha antipalúdica.

Distribución

También se identifican zonas de transmisibilidad en la periferia de bosques en América del Sur (como en Brasil) y en el Asia sudoriental (como en Indonesia). El paludismo por *P. ovale* se observa más bien en el África subsahariana, zona en que no existe la forma por *P. vivax*. La enfermedad por *P. falciparum*, refractaria a la cura con 4 aminoquinolonas (como cloroquina), aparece en las zonas tropicales de ambos hemisferios. Cada año la OMS, publica información actualizada sobre los focos de paludismo resistente a los medicamentos, y puede obtenerse de Malaria Branch, CDC, Atlanta, Georgia (véase el Prólogo). En los Estados Unidos, a finales del decenio de 1980 se produjeron algunos brotes de paludismo transmitido por mosquitos en California.

Agente Infeccioso:

Existen mas de 150 especies de Plasmodium que infectan diferentes vertebrados.

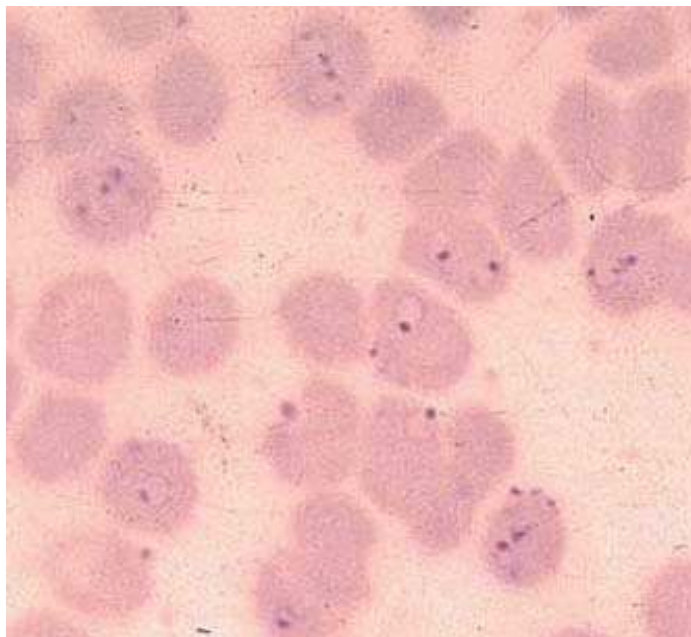


Mosco anopheles

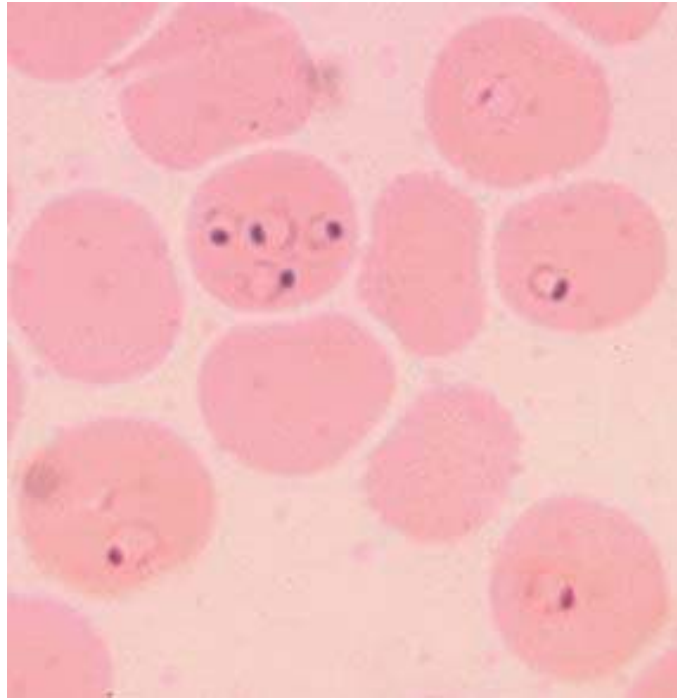
Plasmodium vivax *P. malariae*, *P. falciparum* y *P. ovale*. En las zonas endémicas no son raras las infecciones mixtas.



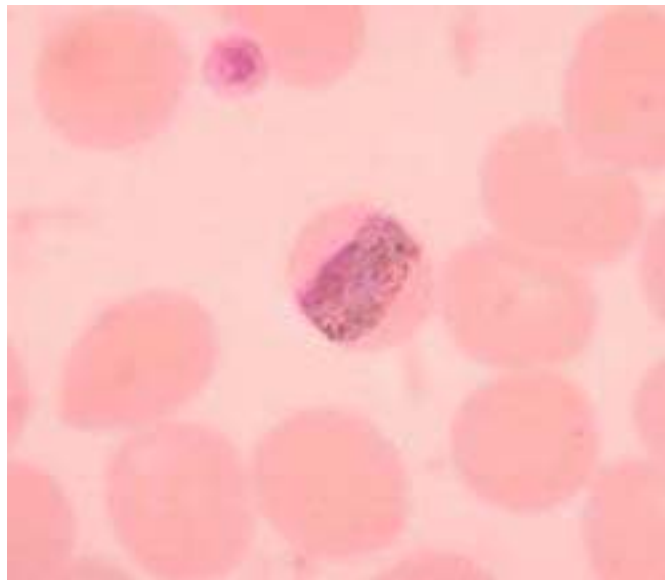
Parásitos de malaria en Monocitos



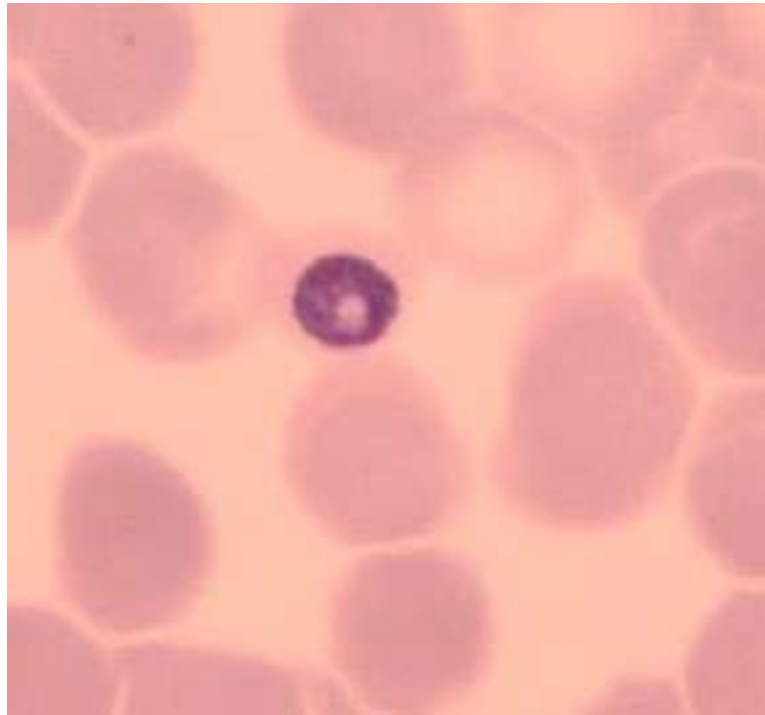
Anillos de Plasmodium Falciparum en eritrocitos



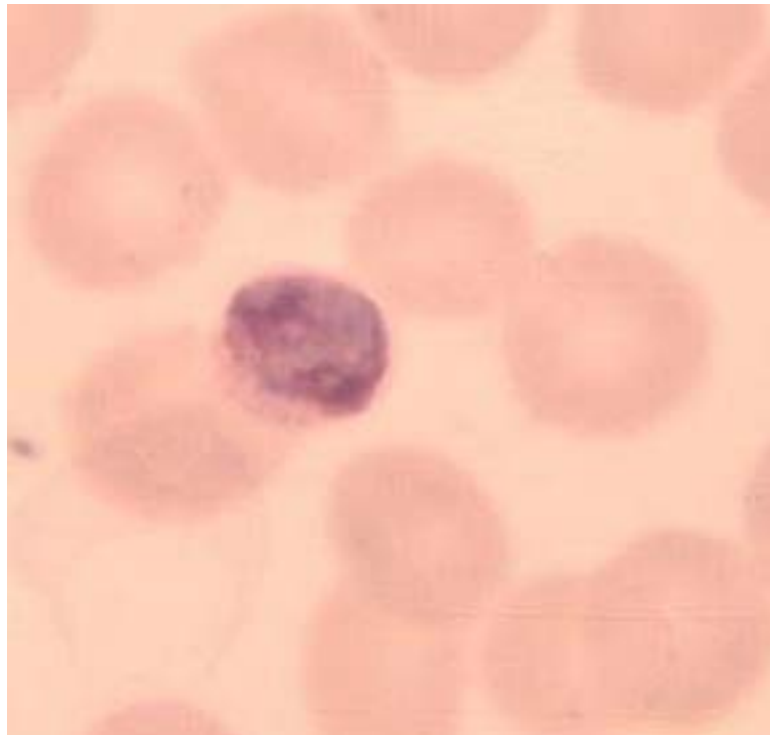
Anillos de Plasmodium



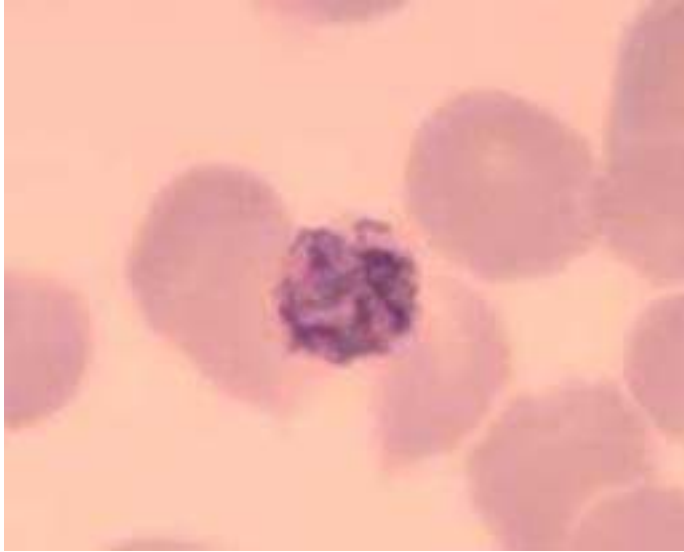
Bandas de Gametocitos de Plasmodium Malarie en Eritrócitos



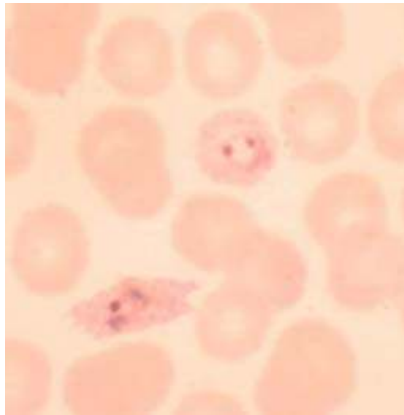
Viejos Trophozoitos de Malaria Compactados dentro del Eritrocito



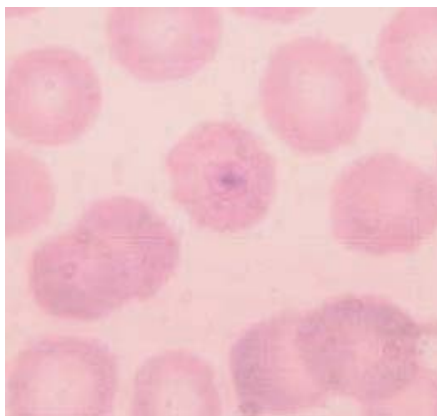
Jovenes Esquizontes inmaduros de Plasmodium Malarie



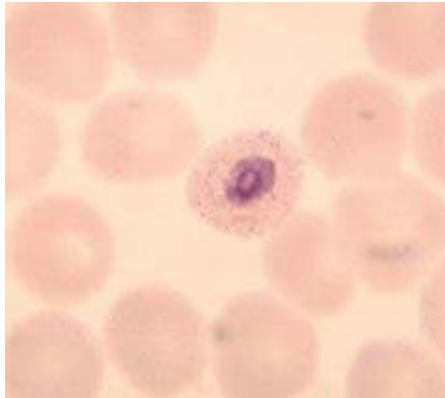
Viejos Esquizontes inmaduros de Plasmodium Malarie



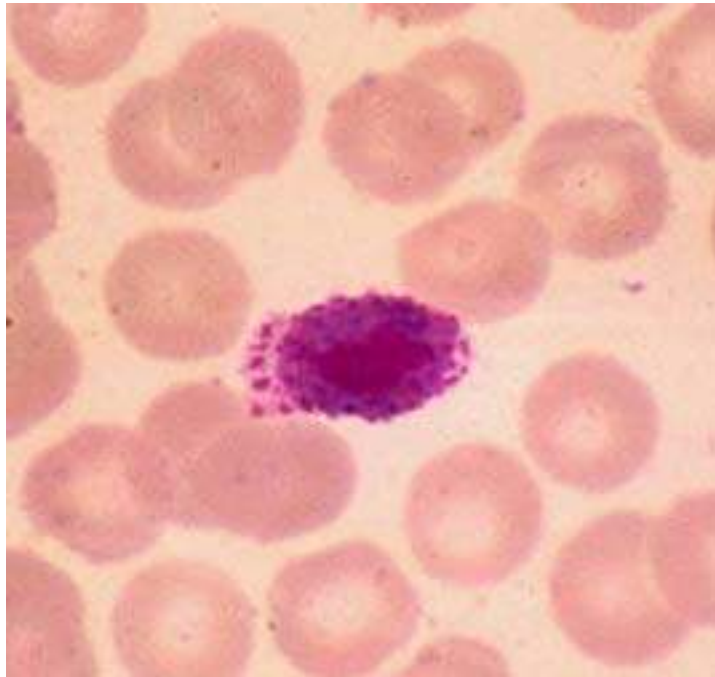
Doble infección de Eritrócitos con anillos de Plasmodium Ovale



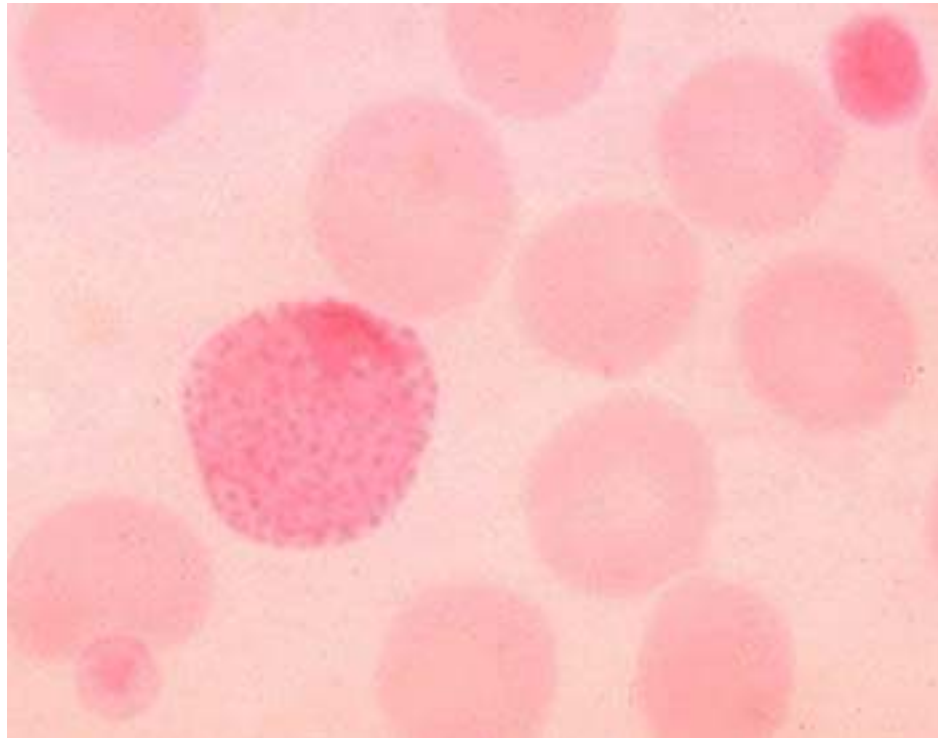
Jóvenes anillos de Plasmodium Ovale en Eritrocitos



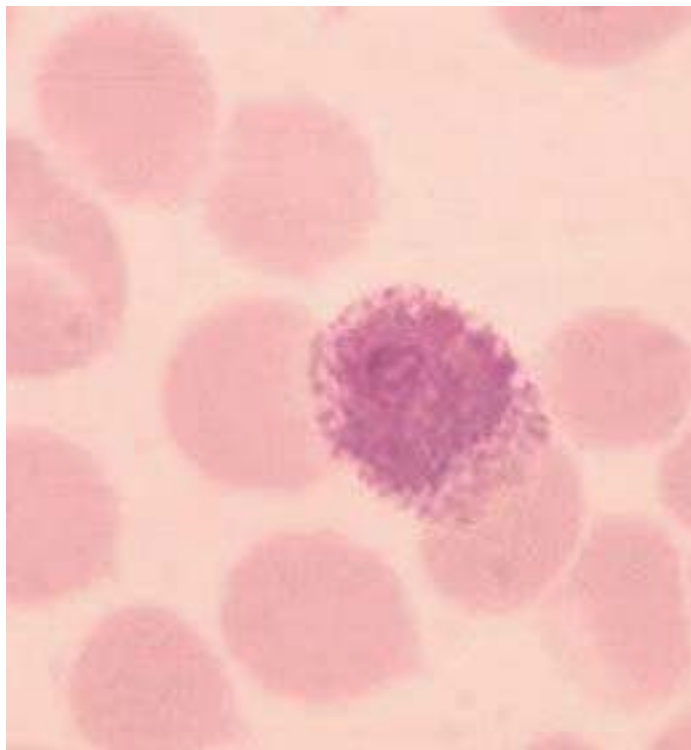
Trophozoitos de Plasmodium Ovale anillados creciendo en el núcleo del Eritrocito



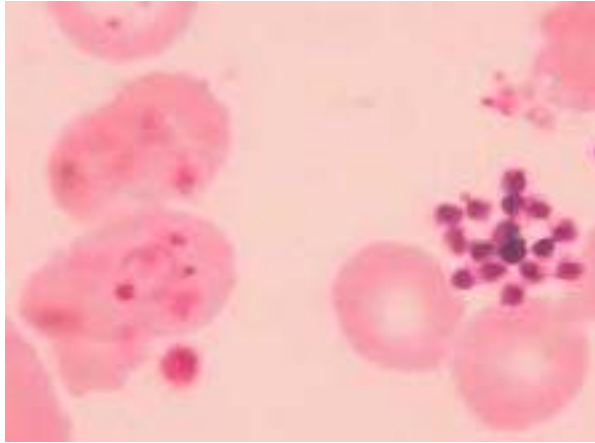
Microgametocitos de Plasmodium Ovale



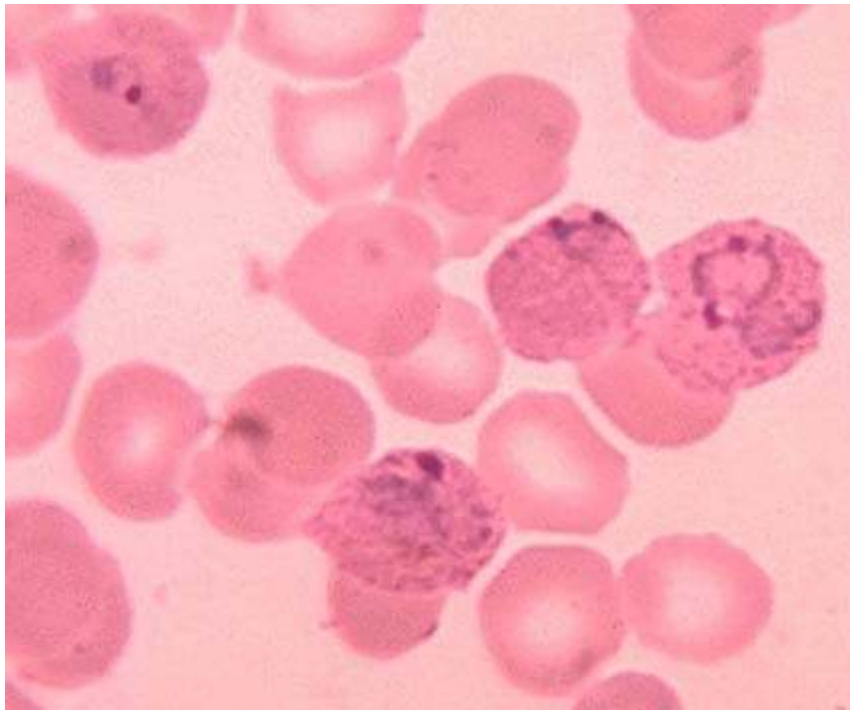
Microgametocitos de Plasmodium Vivax en un barrido de Sangre



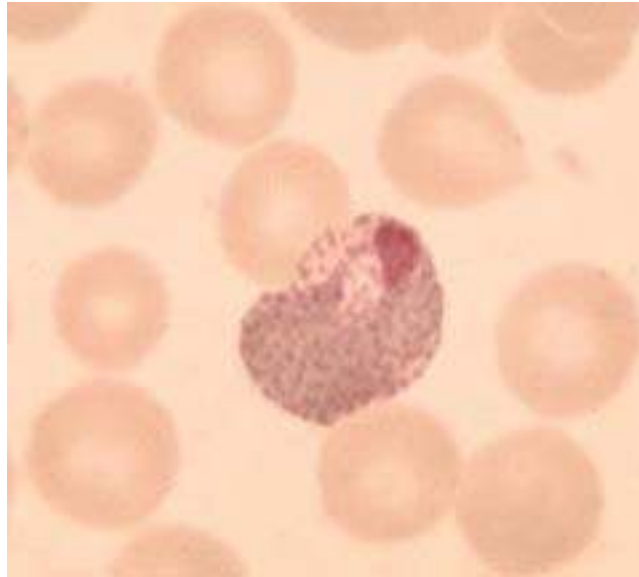
Microgametocitos de Plasmodium Vivax



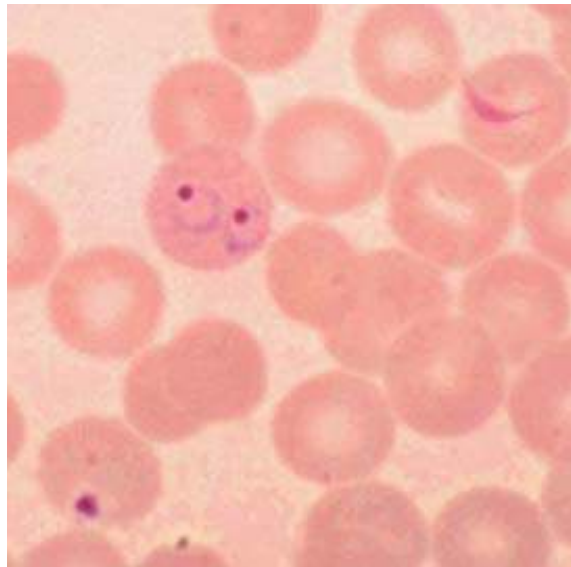
Inclusión de 15 Merozoitos de Ezquizontes maduros de Plasmodium Vivax



Trophozoitos de Plasmodium Vivax



Trophozoitos maduros de Plasmodium Vivax



Eritrocitos con dos anillos de Plasmodium Vivax

Reservorio:

El hombre es el único reservorio importante del paludismo humano. Los monos de especies superiores pueden albergar muchas especies palúdicas como *P. knowlesi*, *P. cynomolgi*, *P. brasilianum*, *P. inui*, *P. schwetzi* y *P. simium*, que pueden infectar al hombre, pero la transmisión natural es extraordinariamente rara.

Periodo de Transmisibilidad

En lo que se refiere a la infección de los mosquitos, mientras en la sangre de los pacientes existan gametocitos infectantes; ello varía con la especie y la cepa del parásito y con la respuesta al tratamiento. Los

pacientes no tratados o insuficientemente tratados pueden ser fuente de infección para los mosquitos por más de tres años con la forma *P. malariae*, de uno a dos años en el caso de *P. vivax* y por lo regular no más de un año, con *P. falciparum*. El mosquito permanece infectante durante toda su vida. La transmisión por transfusión puede producirse mientras permanezcan en la sangre circulante formas asexuales; en el caso de *P. malariae* puede continuar 40 años o más. La sangre almacenada puede permanecer infectante durante 16 días.

Período de Incubación

El lapso que media entre la picadura del mosquito infectante y la aparición del cuadro clínico es de unos 12 días para *P. falciparum*, 14 para *P. vivax* y *P. ovale*, y 30 días para *P. malarie*.

Con algunas cepas de *P. vivax*, principalmente en las zonas templadas, puede haber un período de incubación más largo, de 8 a 10 meses, e incluso mayor en el caso de *P. ovale*. Cuando la infección se debe a una transfusión de sangre, los períodos de incubación dependen del número de parásitos que han penetrado; suelen ser breves, pero pueden llegar hasta unos dos meses.

Susceptibilidad y Resistencia

Excepto en algunas personas con rasgos genéticos determinados, la susceptibilidad es universal. En comunidades con alta endemicidad donde la exposición a los anofelinos infectantes es continua durante muchos años, los adultos muestran tolerancia o resistencia a la enfermedad. La mayoría de los africanos de raza negra muestran resistencia natural a la infección por *P. vivax*, lo cual tal vez se relaciona con la ausencia del factor Duffy en sus eritrocitos. Las personas con anemia drepanocítica tienen una parasitemia relativamente pequeña cuando se infectan con *P. falciparum*.

Modos de Transmisión

Por la picadura de una hembra anofelina infectante. Casi todas las especies se alimentan al atardecer y en las primeras horas de la noche; algunos vectores importantes tienen períodos máximos de picadura cerca de la media noche o durante las primeras horas de la mañana. Cuando una hembra del género *Anopheles* ingiere sangre que tiene el parásito en sus etapas sexuales (gametocitos), los gametos masculino y femenino quedan libres en el estómago del mosquito, sitio en que se unen y penetran en la pared estomacal para formar un quiste, del cual se desarrollan miles de esporozoitos; esto ocurre en el lapso de 8 a 35 días, según la especie del parásito y la temperatura a que está expuesto el vector. Los esporozoitos emigran a los órganos del mosquito infectado, y algunos llegan a las glándulas salivales, maduran en ellas y son infectantes cuando se inyectan en una persona, cada vez que el insecto se alimenta de sangre.

En el huésped susceptible, los esporozoitos entran en los hepatocitos y se transforman en los esquizontes exoeritrocíticos. Los hepatocitos se rompen y los parásitos asexuales (merozoitos tisulares) llegan al torrente sanguíneo a través de los sinusoides hepáticos e invaden los eritrocitos para crecer y multiplicarse cíclicamente. Muchos se transformarán en formas asexuales, de trofozoitos a esquizontes hemáticos maduros, que se rompen para liberar merozoitos eritrocíticos que invaden otros eritrocitos. Los síntomas clínicos coinciden con la rotura de gran número de esquizontes eritrocíticos. En el interior de los eritrocitos infectados, algunos de los merozoitos pueden transformarse en las formas sexuales masculinas (microgametocito) o femeninas (macrogametocito).

El período que transcurre entre la picadura y la aparición del parásito en la sangre es el "período prepatente", que varía de seis a nueve días en los casos de infección por *P. falciparum*, *P. vivax* y *P. ovale*, y de 12 a 16 días en el caso de *P. malarie*. Por lo regular los gametocitos aparecen en el término de tres días de la parasitemia con *P. vivax* y *P. ovale* y después de 12 a 14 días en la infección por *P. falciparum*. Algunas formas exoeritrocíticas de *P. vivax* y tal vez de *P. ovale* son formas latentes (hipnozoitos) que

permanecen en los hepatocitos y maduran meses después y producen recaídas. Este fenómeno no ocurre en el paludismo por *P. falciparum* y *P. malarie*, y la reaparición de dichas formas de la enfermedad es resultado del tratamiento inadecuado o de la infección con cepas refractarias a los medicamentos. En el caso de *P. malarie* pueden persistir durante años niveles pequeños de parásitos eritrocíticos, hasta multiplicarse en un momento futuro, a un nivel que pueden ocasionar de nuevo la enfermedad clínica. El paludismo puede transmitirse por inyección o transfusión de sangre de personas infectadas, por el empleo de agujas y jeringas contaminadas, como ocurre en los toxicómanos. Rara vez hay transmisión congénita.

Descripción de la Enfermedad

Las cuatro formas de paludismo humano pueden ser tan semejantes respecto a sus síntomas iniciales que dificulten su diferenciación por especies, sin estudios de laboratorio. Aún más el patrón febril de los primeros días de la infección se asemeja al que se observa en las etapas incipientes de otras enfermedades bacterianas, víricas y parasitarias. Incluso demostrar la presencia del parásito no significa obligadamente que el paciente tiene paludismo (puede haber también fiebre amarilla, de Lassa y otras más en sus comienzos). La forma más grave, que el paludismo por *P. falciparum* (terciana maligna), puede mostrar un cuadro clínico muy variado que incluye fiebre, escalofríos, sudores y cefalalgia y evolucionar a ictericia, defectos de coagulación, choque, insuficiencia renal y hepática, encefalopatía aguda, edema pulmonar y cerebral, coma y muerte. Es causa posible de coma y otros síntomas del sistema nervioso central como la desorientación y el delirio, en cualquier persona que haya retornado, recientemente de una zona tropical, El tratamiento rápido es esencial, incluso en los casos leves, porque pueden aparecer en forma repentina complicaciones irreversibles; en los niños no tratados y en los adultos no inmunes la tasa de letalidad excede considerablemente del 10%.

Las otras formas de paludismo humano como la causada por *P. vivax* (terciana benigna), *P. malarie* (cuartana) y *P. ovale*, por lo regular no amenazan la vida, excepto en las personas de muy corta edad, muy ancianas, y en los pacientes con enfermedades concurrentes o inmunodeficiencia. La enfermedad puede comenzar con malestar indefinido y fiebre que aumenta poco a poco en un lapso de varios días, seguido por escalofríos fuertes y aumento rápido de la temperatura, que por lo regular se acompañan de cefalalgia y náusea, y culminan con sudores profusos. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudores todos los días, en días alternos o cada tercer día. La duración del ataque primario no tratado varía desde una semana hasta un mes o más. Las recaídas después de períodos sin parasitemia son frecuentes (en el caso de las infecciones por *P. vivax* y *P. ovale*) y pueden intervalos irregulares durante dos y cinco años, respectivamente; las infecciones palúdicas pueden persistir hasta 50 años, con crisis febriles recurrentes.

Las personas parcialmente inmunes o que han estado tomando medicamentos profilácticos pueden mostrar un cuadro clínico atípico y grandes variaciones durante el período de incubación.

Las mujeres embarazadas están más expuestas a complicaciones: el sistema inmune esta debilitado y la paciente ya puede presentar la anemia típica del embarazo.

Las mujeres embarazadas tiene 4 veces más posibilidades de tener una malaria cerebral. Mitad de ellas va a sobrevivir...Pero la fiebre extrema provoca abortos espontáneos.

La confirmación del diagnóstico de laboratorio se hace por la demostración de los parásitos del paludismo en frotis de sangre. Pueden ser necesarios los estudios microscópicos repetidos, por la variación de la densidad de la parasitemia por *P. falciparum* durante el ciclo asexual; aún más a veces no se demuestra la presencia de los parásitos en los frotis de los pacientes que han sido tratados en fecha reciente o que están bajo tratamiento. Están en estudio varios métodos que entrañan la demostración del ADN del parásito en la sangre por medio de sondas, y también técnicas que permiten la identificación visual de interacciones antígeno-anticuerpos específicos. Los anticuerpos, demostrables por inmunofluorescencia u otras pruebas,

aparecen después de la primera semana de infección y pueden persistir por años, indicando una enfermedad palúdica previa, lo cual no es útil para el diagnóstico de la enfermedad actual.

Métodos de Control

A. Medidas preventivas:

1. Fomentar las mejoras sanitarias como el relleno y el drenaje de charcos, con lo cual se logrará la eliminación permanente o la disminución de los criaderos de anofelinos. Pueden ser útiles los larvicidas y el control biológico por medio de peces larvívoros.
2. La aplicación de cualquier insecticida de acción residual debe ir precedida de una evaluación detenida de la zona y el problema particular, el establecimiento de planes específicos y la aprobación por parte de los gobiernos interesados. La aplicación de insecticidas de acción residual en las paredes interiores de las viviendas y en otras superficies en las cuales descansan los vectores anofelinos endófilos permitirá, en términos generales, un control eficaz del paludismo, excepto cuando los vectores han desarrollado resistencia a dichos insecticidas o no penetran en las casas.
3. Es útil el rociamiento nocturno de las habitaciones y los sitios donde se duerme, protegidos con tela metálica, con piretro u otro insecticida preparados en forma líquida o de aerosol. {raid}
4. En las zonas endémicas se deben instalar telas metálicas y utilizar mosquiteros. La eficacia de los mosquiteros aumenta notablemente si se humedecen con un piretroide sintético como la permetrina. (RAID).

Protección mecánica

Evitar la picadura del mosquito sigue siendo el método más eficaz para no enfermar. Los medicamentos que se usan para la quimioprofilaxis son cada día menos eficaces, por la aparición de resistencias.

Las precauciones que vamos a exponer requieren una gran dosis de autodisciplina, son las siguientes:

Evitar estar a la intemperie desde media hora antes del anochecer hasta el amanecer (pues es durante la noche cuando pica la hembra del mosquito *Anopheles*), y si esto no es posible, usar prendas de manga larga y pantalones largos, de tejido suficientemente grueso y colores claros. Los colores oscuros atraen a los mosquitos, así como la esencia de perfume y la loción para después del afeitado.

Impregnar las áreas expuestas de la piel y los tejidos de vestir finos con un repelente para los mosquitos, evitando el contacto con los ojos y la boca. El principio activo del repelente más recomendado es DEET (N,N dietil metato- luamida). En nuestro país se vende con el nombre comercial Aután. El sudor, el ejercicio y los baños favorecen su desaparición. Por ello hay que aplicarlo cada dos o tres horas. Pasar la noche en habitaciones bien cerradas y dormir bajo mosquiteros sin agujeros, bien sujetas al colchón. Usar en las habitaciones insecticidas con piretrina (Raid), con frecuencia, pues su acción desaparece pronto al entrar en contacto con el medio ambiente. Cubrir con anterioridad los alimentos y los utensilios para comer. Hacer todas estas operaciones con la habitación bien cerrada y dejar que el insecticida se deposite antes de volver a ella.

Hay que interrogar a los donantes de sangre respecto a los antecedentes de paludismo o de una posible exposición a la enfermedad. En los Estados Unidos, los donantes que no han tomado medicamentos antipalúdicos, o son emigrantes o visitantes que proviene de zonas endémicas, pueden ser aceptados como donantes de sangre tres años después de haber cesado la quimioprofilaxis o la quimioterapia, y de haber salido de la zona endémica, si han permanecido asintomáticos. El emigrante o visitante que proviene de una zona donde el paludismo por *P. malarie* es o fue endémico, puede ser una fuente de infección inducida por transfusión durante muchos años. Las zonas mencionadas incluyen África tropical y países como Grecia y Rumania, aunque no se limitan exclusivamente a ellos.

El tratamiento oportuno y eficaz de los casos agudos y crónicos constituye una medida auxiliar de importancia para controlar el paludismo.

Los viajeros no inmunes que estarán expuestos a las picaduras de mosquitos en zonas palúdicas deben utilizar en forma regular fármacos supresores; en casi todos los países endémicos se recomienda la quimioprofilaxis en las mujeres embarazadas y los niños de corta edad. Se deben comparar los posibles efectos adversos del fármaco o combinación de fármacos recomendados.

Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja están intensificando sus intervenciones en las siguientes esferas:

Educación comunitaria.- Diseño y ejecución de programas educacionales de base comunitaria para sensibilizar a la población en los aspectos de prevención, transmisión y tratamiento de la enfermedad.

Reducción de vectores por medio de campañas locales de limpieza.- los voluntarios capacitados de la Cruz Roja y de la media Luna roja promueven y coordinan las actividades locales para eliminar los criaderos de vectores. Esas iniciativas se pueden ampliar mediante un fortalecimiento sistemático de la capacidad en la comunidad.

Tratamiento domiciliario.- Con la experiencia adquirida por la Federación en la formación de primeros auxilios y la atención domiciliaria de las personas que viven con el VIH/SIDA, los voluntarios capacitados pueden enseñar a los miembros de la familia como controlar la fiebre, reconocer los signos de la enfermedad y, en el caso de los niños, aplicar supositorios rectales antipalúdicos, preenvasados y de fácil administración.

Promoción y uso de mosquiteros tratados con insecticidas.- El empleo de mosquiteros, cortinas y otros materiales tratados con insecticidas puede brindar una protección importante contra el paludismo. La fabricación de mosquiteros lavables, impregnados con insecticidas perennes. Las Sociedades Nacionales están en una situación de privilegio para coordinar el uso de mosquiteros tratados con insecticidas y ampliar su distribución a los hogares de las comunidades que los necesitan. En África, siete Sociedades Nacionales han adquirido experiencia en la promoción y el empleo de mosquiteros tratados con insecticidas: Burundi, Cote d'Ivoire, Liberia, Malí, Nigeria, Senegal y Uganda.

La experiencia demuestra que el paludismo es uno de los problemas de salud pública más importantes que enfrentan estas poblaciones.

La Federación aprovechará su experiencia en la ejecución de otros programas de salud pública de base comunitaria, como primeros auxilios, para introducir iniciativas de lucha contra la propagación del paludismo.

Dentro de lo posible, las iniciativas de prevención y tratamiento del paludismo se integrarán también en programas preexistentes. La Federación colaborará estrechamente con los ministerios de salud nacionales y ayudará a colmar los vacíos comprobados, a fin de complementar la acción del gobierno.

Los miembros de la Federación asociados en la campaña mundial para reducir los padecimientos causados por el paludismo.

Azerbaián es un ejemplo de los efectos que pueden tener estas asociaciones en la reducción del paludismo. Junto con la compañía petrolera ENI, la OMS, el UNICEF y MSF, la Federación logró reducir en más de 80 por ciento la incidencia en Azerbaián entre 1996 y 1999.

Desarrollo del trabajo

De los pacientes que presentaron paludismo la mayoría referían cefalea, sudoración y algunos solamente, sensación de tener fiebre la cual no fue cuantificada por medio del termómetro.

Como el principal síntoma molesto para ellos era la cefalea solo habían recibido tratamiento sintomático por medio de analgésicos y antitérmicos sin remitir sus síntomas por los cuales acudieron a revisión.

Otros estaban siendo tratados en el caso de mujeres mayores de treinta y cinco años como pacientes con problemas de tipo hormonal (premenopausia), ya que presentaron además de la cefalea sensación de “bochornos”, no encontrando ninguna mejoría a pesar del tratamiento que habían seguido durante meses.

Al realizar el rastreo por Bioenergía se les encontró a estos pacientes presente el par biomagnético “pómulo-riñón contra lateral o riñón-pómulo contralateral”.

Se les dio tratamiento con el par Biomagnético y algunos refirieron que el dolor desapareció antes de terminar la sesión con el par biomagnético (aproximadamente veinte minutos).

Se les administro medicina alopática con analgésicos antitérmicos (ácido acetil salicílico, paracetamol y aztemisol), se les cito a la semana para revisión no encontrado síntomas de la enfermedad en el 100% de los casos.

Sin duda los pacientes que son diagnosticados y tratados con medicina convencional u oficial presentan mejoría y aún cuando los medicamentos son gratuitos, son tóxicos, inefectivos y a muy largo plazo. Pero existe un grupo de personas que no tienen oportunidad de asistir a centros de salud y que ignoran su patología.

Estos grupos podrían ser diagnosticados y tratados con biomagnetismo medico, si se entrenara a personal de bajo nivel académico, como los promotores de salud de gente campesina y en donde la Universidad Autónoma de Chapingo tendrá una participación destacada. Por otro lado, existe un síndrome que hasta la fecha no tiene explicación y menos solución: la Fibromialgia, que condena a los pacientes al uso de analgésicos prácticamente de por vida.

Gracias al concepto binario o bipolar de el Par Biomagnético, se ha entendido que son formas atípicas de paludismo o malaria y que al ser tratados con Biomagnetismo Médico, ceden la sintomatología radicalmente y el paciente se restablece en tiempos críticamente cortos.

Se estima que solo en los Estados Unidos de Norte América existen hasta 15 millones de personas con este síndrome.

Lepra



Las descripciones más antiguas de la lepra corresponden al texto indio del siglo VI a.C., el Sushruta Samhita y a un documento chino del siglo V a.C. En los Tratados hipocráticos, siglo V a.C., no se encuentra descripción de esta enfermedad. Las evidencias esqueléticas más antiguas corresponden a 4 cráneos del periodo ptolemaico egipcio, hallados por Dzierzykay-Rogalski, en 1980, en el oasis de Dakhleh, al occidente de Egipto. El cirujano chino Hua T'o hizo una descripción inequívoca de esta enfermedad alrededor del año 150 d.C., mientras por la misma época el médico griego Areteo de Capadocia escribió de la elefantiasis refiriéndose a la facies leonina de la lepra lepromatosa. Se sabe que en la cuarta centuria después de Cristo se construyeron hospitales para leprosos en Capadocia y algunos lugares de Europa, y, que el emperador Constantino padeció esta enfermedad. A España habría llegado con fenicios, romanos y árabes, asentándose en cuatro focos: Galicia, Levante-Centro, Andalucía y Canarias. El retorno de los cruzados a Europa hizo que esta enfermedad se propagara en todo el continente europeo.

La vida de los leprosos en la Edad Media fue de sufrimiento y horror. Los preceptos religiosos concernientes a la enfermedad eran categóricos en cuanto al aislamiento y la segregación de los enfermos con lepra.

En el período tardo medieval europeo existieron 19.000 leprocomios. Aunque en muchos de ellos se asilaron personas con enfermedades diferentes a lo que hoy conocemos como lepra, los estudios realizados por Moller-Christensen en los cementerios de los leprosarios daneses, señalaron que el 70% de los casos sí fueron de lepra.

¿Por qué era tan importante el diagnóstico de lepra? La respuesta a esta pregunta se encuentra en las escrituras del Levítico. Y es que no sólo debía alejarse al leproso de la vida cotidiana y de la ciudad, sino que además perdía el derecho a compartir su cama con una mujer que no fuese su esposa o a vivir con individuos sanos. La lepra fue, además, desde el año 757 hasta finales del siglo XIV causa legal de divorcio y de pérdida de todos los bienes comunes.

Cuando la enfermedad era diagnosticada en un paciente, a los leprosos se les "enterraba" en vida, apartados de la comunidad, condenados a avisar de su presencia con una campanilla. Su única compañía era la de otros enfermos; su única ayuda, la de los religiosos, que entonces no podían ofrecerles más que consuelo espiritual.

La creación de las leproserías promovió aún más la discriminación y el miedo hacia los leprosos. Aunque pueda parecer absurdo, el desarrollo de las leproserías tuvo un efecto negativo en los enfermos y en su evolución. Esto se debió, en gran parte, a que la sociedad de la época (y los mismos pacientes), llegaron a considerar a estos hospitales como cementerios para vivos. Puede imaginarse el efecto que tenía, sobre el paciente, el estar encerrado sabiendo que el único modo de salir era morir. Asimismo, el miedo que se tenía en la Edad Media a los leprosos y a la enfermedad (ser infectado significaba un encierro eterno) aumentó considerablemente. La construcción de leproserías tuvo un crecimiento exponencial en la Europa medieval. Muchos de estos hospitales para leprosos se encontraban adosados a hospitales "normales" que se encargaban de todas las otras enfermedades. A estos establecimientos se les conoció también como lazaretos en honor a San Lázaro, el santo patrón de los leprosos.

La orden de los caballeros de San Lázaro, que se separó de los caballeros hospitalarios, es otro claro ejemplo del culto a Lázaro. Esta orden, formada por cruzados escindidos de la orden de los Hospitalarios, se encargó de cuidar a los enfermos de lepra y de supervisar las leproserías. De hecho, muchos de sus caballeros estaban afectados por la enfermedad.

El aislamiento de los leprosos convirtió en realidad la idea de que la lepra fuera como una muerte en vida. Es posible que la existencia del leproso medieval se haya visto más afectada por los problemas psicológicos y sociales que por los problemas físicos que acarrearba su padecimiento.

Quizás no haya en el extenso campo de la patología, enfermedad que haya sido objeto de tan frecuentes experiencias terapéuticas como la lepra. La historia de su tratamiento se ha dividido en tres periodos: incurabilidad, monoterapia y politerapia. Los tratamientos medievales contra la lepra caen en el primer periodo, debido a la incapacidad de los médicos de la época para obtener la curación o incluso la mejoría de los enfermos.

Los textos medievales que hablan sobre el diagnóstico de la lepra han sido ampliamente estudiados por su gran valor clínico e histórico. Sin embargo, aquellos libros que versan sobre el tratamiento de la enfermedad han sido poco analizados y en general han ocupado un lugar poco importante en el estudio de la lepra. Esto se debe, en gran parte, a que el tratamiento medieval contra la lepra no producía resultados benéficos. Aun cuando esto es cierto (la lepra fue incurable hasta el siglo XX con la llegada de los antibióticos), es muy interesante analizar la perspectiva que se tenía sobre la terapéutica de tan temida enfermedad.

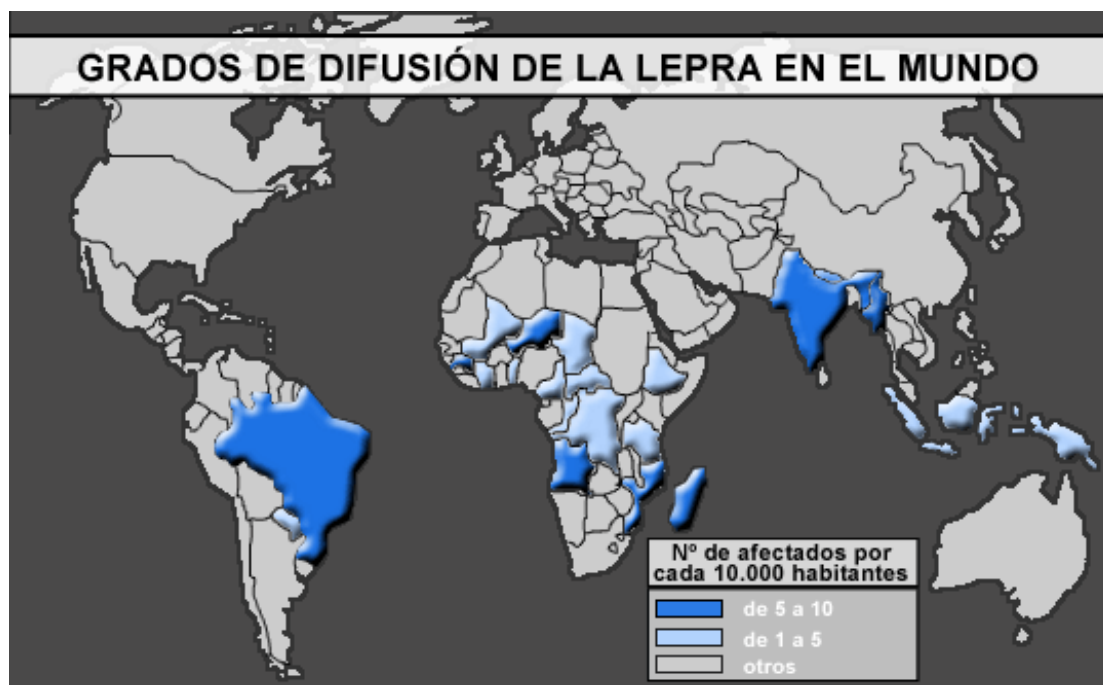
En 1856, en Noruega se detectaron 2858 casos, lo que representaba dos enfermos por cada mil habitantes. Así como la lepra llegó con los europeos y africanos a América a partir del siglo XVI y XVII, ella llegó a las islas de Oceanía en el siglo XIX, con los chinos, conducidos por los europeos. La lepra se documentó por primera vez en Hawai en 1823 y en Australia en 1908

En 1873 Gerhard Armauer Hansen, un médico noruego, identifica al agente etiológico, el *Mycobacterium leprae*. La primera conferencia internacional sobre lepra se realiza en Berlín en 1897, presidida por Virchow. En ella se confirma la etiología descrita por Hansen y se recomienda el aislamiento del paciente.

Debe advertirse que en los países escandinavos donde A. Hansen describió al bacilo de la lepra desapareció al cabo de algunos años de aislamiento de los enfermos, pero esto se acompañó de una profunda mejoría de las condiciones de vida. Prácticamente no hubo más casos de lepra antes de las sulfonas en todo el norte de Europa. El aislamiento era además una medida asociada al control de otras enfermedades infecciosas en el contexto de la época. Para muchas infecciones más o menos agudas se practicaba por ejemplo la cuarentena. Por otra parte, en todos los tiempos existió la preocupación de proteger del contagio al resto de la población.

Esta enfermedad tenía el potencial de causar discapacidades severas, era, en general, visible exteriormente y además arrastraba un prejuicio sostenido desde la Biblia pasando por Hamlet, de Shakespeare, Las Flores del Mal de Baudelaire y hasta novelas populares como La Impura de Guy des Cars, Trópico de Cáncer de Henry Miller, La Familia de Pascual Duarte de Camilo José Cela y tantos otros. En ellos las menciones a la lepra como algo horrendo, como lo terrible, como castigo, como causa de rechazo, contribuyeron a ir delineando un prejuicio. No existía ningún tratamiento efectivo hasta la aparición de las sulfonas. En América la lepra penetra después de la conquista, con la inmigración procedente de países donde aún se mantenía en forma endémica.

La lepra continúa siendo uno de los graves problemas de salud en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina. Se estima que en la actualidad hay en el mundo unos 2,4 millones de afectados, estudios de vigilancia epidemiológica en África Central han encontrado una prevalencia de 6-14 por 100.000 habitantes. La OMS estima en unos 2,5 millones de nuevos casos entre 2000 y 2005. En nuestro país la enfermedad tiene una baja incidencia sin estar completamente erradicada (18 casos declarados en 2002), esto implica un desconocimiento de las manifestaciones clínicas sugestivas de padecerla lo que conlleva muchas veces un retraso en el diagnóstico definitivo. Hay que recordar que es una enfermedad de declaración obligatoria.



La OMS ha declarado que la lepra (Hanseniasis) es una de las enfermedades prioritarias en su grupo de enfermedades tropicales, y ha creado un grupo especial dedicado a la eliminación de esta enfermedad. En

las Américas la hanseniasis no ha sido eliminada y afecta toda la Región. Por lo tanto, la Unidad de Enfermedades Transmisibles de la OPS tiene un grupo especial dedicado a los esfuerzos de eliminación de esta enfermedad. Por ser uno de los países más afectados, se destaca el Brasil por sus esfuerzos de pionero a través de sus actividades de eliminación y campañas de comunicación social.

Agente causal

Mycobacterium leprae. Es una micobacteria que mide 8 x 0.2 a 0.5 micras, es alargado y curvo en unos de sus extremos. Es inmóvil y se divide por bipartición. Secreta Glea que es una sustancia pegajosa y es responsable de la formación o agregación de los bacilos en forma de "paquetes de cigarro" a los que se les denomina globias. Vive de forma intracelular.

Presenta el ácido micólico que es característico del género *Mycobacterium* y es responsable de la propiedad de ser ácido-alcohol resistente y presenta el ácido lepromínico que es característico de la especie.

Se tiñe histológicamente con: Ziehl Neelsen, Fite Faraco, Munch, Sudán III. El *Mycobacterium leprae* no se puede cultivar en un medio de cultivo, sin embargo tiene un tiempo de generación de 20 días. No hay reservorios animales.

En 1960 Shepard lo inoculó en la almohadilla plantar del ratón blanco. En 1971 Kircheimer y Storrs lo cultivaron en el armadillo de nueve bandas.

El *Mycobacterium* es de baja virulencia, para contagiarse de lepra se necesita: Convivir con el paciente por años (un contacto íntimo y prolongado). Estar genéticamente predispuesto para adquirir la enfermedad. Hay un factor de resistencia natural de la lepra que está presente en el 95% de la población.

El bacilo se elimina de los enfermos por la piel, mucosas, lágrimas. Llega al receptor probablemente por vía aérea a la mucosa nasal donde vencidas las barreras naturales, se disemina por vía linfática y por vía hematológica.

Clasificación de los casos

La lepra tiene múltiples presentaciones clínicas y se comporta diferente en cada individuo. Debido a esta razón, se ha tenido que hacer una clasificación de la lepra.

Ha habido muchas clasificaciones, una de las primeras fue la de Noruega a mediados del siglo XIX donde dividida a la lepra en Tuberculosa, Nerviosa, Maculosa y Mixta. En 1931 se realizó la clasificación de Manila y se dividió a la Lepra en dos grandes Tipos: Cutánea y Neural. Y en subtipos. En 1938 se realizó la clasificación del Cairo y se presentaron dos tipos: Lepromatosa (maligna), Neural (benigna) y casos mixtos. En 1939 se realizó la clasificación Sudamericana que dividió a la lepra en: Lepromatosa, Incaracterizada y Tuberculoide.

En 1948 se realizó la clasificación de la Habana. Se establecieron dos tipos: el lepromatoso y el tuberculoide. Se consideró también el grado de avance de la enfermedad, la evolución, su localización, morfología, individualidad clínica y su antigüedad.

En 1953 se realizó la clasificación de Madrid. Se consideraron cuatro criterios:

- a) Inmunológico
- b) clínico
- c) bacteriológico
- d) histológico

Con estos criterios, en la clasificación de Madrid se establecieron dos Tipos: el lepromatoso y el tuberculoide. Los tipos son casos estables, con caracteres clínicos y bacteriológicos bien definidos, con marcada estabilidad y mutua incompatibilidad. Se establecieron dos Grupos: los dimorfos y los

indeterminados. Los grupos son casos que tienen caracteres comunes menos estables y menos definidos y son de evolución incierta.

En 1968 Ridley y Joplin presentaron la clasificación espectral de la lepra. Ellos sugerían que todo caso de lepra iniciaba como indeterminado y luego evolucionaba a lepra lepromatosa, lepra tuberculoide o a lepra dimorfa. La lepra dimorfa podría fluctuar y acercarse al polo lepromatoso, presentando características muy parecidas a la lepra lepromatosa o podría acercarse al polo tuberculoide, presentando características parecidas a la lepra tuberculoide.

Para hacer un diagnóstico adecuado de la lepra hay que tomar en cuenta los cuatro criterios: el inmunológico, el clínico, el bacteriológico y el histológico.

Criterio Inmunológico. Se mide por la reacción de Mitsuda la cual es una intradermoreacción que se inyecta de forma intradérmica en el antebrazo. Se lee a los 21 días y es positiva si presenta un nódulo mayor de 5 mm. (histológicamente se observa un granuloma tuberculoide). Es positiva en los tuberculoides, dimorfos tuberculoides y puede estar positiva o no estarlo en los indeterminados.

Criterio Bacteriológico

Se realizan baciloscopias de linfa cutánea (obteniendo linfa al presionar lesiones o lóbulo de la oreja) o por raspado de mucosa nasal. Se realizan un frotis con la linfa y se tiñen con Ziehl Neelsen.

Se mide por el índice bacteriológico el cual se define por el número de bacilos por campos de la siguiente forma:

- + 1-10 bacilos por 100 campos
- ++ 1-10 bacilos por 10 campos
- +++ 1-10 bacilos en casi todos los campos
- ++++ 10-100 bacilos en casi todos los campos
- +++++ 100-1000 bacilos en casi todos los campos
- ++++++ el número de bacilos es incontable.

Y se mide el índice morfológico (indica grado de infectabilidad del paciente) y los bacilos se clasifican en sólidos, fragmentados o granulosos. Los sólidos son bacilos viables y los granulosos no son viables.

El número 2 va a significar más del 20% del tipo de bacilos

El número 1 va a significar entre el 10% y el 20% del tipo de bacilos

El número 0 va a significar menos del 10% del tipo de bacilos

S-F-G índice SFG (S= sólido, F= fragmentado, G= granuloso)

2-0-0 10

2-1-0 9

2-2-0 8

2-1-1 7

2-2-1 6

1-2-1 5

1-2-2 4

1-1-2 3

0-2-2 2

0-1-2 1

Se encuentran bacilos en los casos lepromatosos, dimorfos. No se encuentran bacilos en los casos tuberculoides e indeterminados.

Criterio histológico

Es importante tomar una biopsia en todos los pacientes de lepra o con sospecha de lepra. En la lepra lepromatosa la histología va a presentar las células de Virchow que son histiocitos vacuolados, de aspecto espumoso, con bacilos en su interior, y se pueden observar bacilos en globias. La epidermis se encuentra atrófica. El infiltrado va a destruir también los anexos.

En la lepra tuberculoide se encontrarán granulomas tuberculoideos con células gigantes tipo Langhans y células epitelioides, no se observan bacilos.

En la lepra indeterminada se encuentra en la dermis un infiltrado inflamatorio crónico inespecífico y en la lepra dimorfa la histología puede presentar granulomas tuberculoideos si es un dimorfo tuberculoide o infiltrado lepromatoso (células de Virchow) si es un dimorfo lepromatoso o combinaciones de estos.

Criterio clínico

Lepra Lepromatosa. Es la forma sistémica de la enfermedad. No afecta el sistema nervioso central.

Lepra Lepromatosa Nodular. Hay lesiones nodulares y placas en cara, tronco, o miembros, afecta las zonas de prominencias óseas, pabellones auriculares. puede ser generalizada, respeta, sin embargo, cuero cabelludo, axilas, glande, palmas y plantas. Otras característica cutáneas: alopecia de cejas y pestañas. Otras características: Rinitis crónica (afecta el tabique cartilaginoso), Iritis.

Imagen 1. Lepra lepromatosa nodular



Imagen 2. Lepra lepromatosa nodular con alopecia en ceja izquierda o madarosis



Imagen 3. Lepra lepromatosa nodular, elongación de pabellón auricular



Imagen 4. Lepra lepromatosa nodular, acercamiento de brazo



Imagen 5. Lepra lepromatosa nodular, acercamiento de dorso y codos



Imagen 6. Lesiones por insensibilidad al dolor en paciente con lepra lepromatosa



Imagen 7. Lepra lepromatosa nodular



Imagen 8. Lepra lepromatosa nodular



Imagen 9. Lepra lepromatosa nodular reciente en cara



Imagen 10. Lepra lepromatosa con lesiones nodulares no dolorosas



Imagen 11. Lepra lepromatosa con lesiones nodulares en mano



Imagen 12. Reacción leprosa en paciente con lepra lepromatosa nodular



Imagen 13. Reacción leprosa en paciente con lepra lepromatosa nodular.



Imagen 14. Dorso de paciente con lepra lepromatosa nodular



Imagen 15. Lepra lepromatosa nodular



Imagen 16. Lepra lepromatosa nodular con lesiones necróticas en zonas anestésicas en rodilla.



Imagen 17. Ulcera en pie de paciente con lepra lepromatosa nodular



Lepra Lepromatosa Difusa: Toda la piel se observa infiltrada de aspecto edematoso, especialmente a nivel de los pabellones auriculares. Se ha perdido el vello corporal ya que el infiltrado ha tomado los anexos, no se aprecian las cejas. La piel se aprecia atrófica.

Imagen 1. Lepra lepromatosa difusa



Imagen 2. Extremidades con anhidrosis por lepra lepromatosa difusa



Imagen 3. Lepra lepromatosa difusa



Imagen 4. Lepra lepromatosa difusa



Imagen 5. Lepra Lepromatosa difusa con anhidrosis



Imagen 6. Lepra Lepromatosa difusa con anhidrosis



Imagen 7. Ampolla, úlcera y escara en brazo de paciente con lepra lepromatosa difusa



Lepra Tuberculoide Es la forma benigna de la enfermedad. Solo afecta piel y nervios. Es una forma regresiva, no es necesario el tratamiento en la mayoría de los casos y no es infectante. Las lesiones se pueden localizar en la cara en los labios y párpados, en las mejillas, el tronco, en miembros inferiores o superiores, tienden a disponerse de forma asimétrica. Son nódulos pequeños del color de la piel o eritematosos, ligeramente elevados, de bordes bien limitados, de superficie limpia y brillante, pueden haber placas circulares o eritematosas o violáceas, cuya región central puede estar hipocrómica y mostrar atrofia. Todas las lesiones son anestésicas. Se pueden encontrar placas hipocrómicas con escamas fina de bordes no tan bien definidos, siempre anestésicas.

En la lepra tuberculoide infantil, que es la forma más benigna de la enfermedad, se ven nódulos con lesiones satélites.

Los nervios se pueden afectar de forma ascendente o descendente. La lesión neurítica es solo por comprensión, solo afecta las células de Schawn. Los nervios más afectados son el cubital, el ciatico popliteo externo, el mediano, el radial el ciatico popliteo interno, el facial y el orbicular de los párpados. El nervio cubital se puede encontrar rosariado y puede ser muy doloroso, hay anestesia en el trayecto de este nervio.

La primera sensación es un adormecimiento de manos y pies. Puede haber pie equino.

La afección neurítica puede afectar una sola zona y se denomina insular, o puede afectar una rama de un nervio y se denomina ramuscular o un tronco y se llama troncular.

Imagen 1. Deformidades en manos en pacientes con lepra tuberculoide



Imagen 2. Deformidades en manos en pacientes con lepra tuberculoide



Imagen 3. Deformidades en manos en pacientes con lepra tuberculoide



Imagen 4. Pien con deformidad y ulceraciones en paciente con lepra tuberculoide



Imagen 5. Pien con deformidad y ulceraciones en paciente con lepra tuberculoide



Imagen 6. Pie con deformidad y ulceraciones en paciente con lepra tuberculoide



Lepra Dimorfa. Va a presentar placas infiltradas "nódulo edematosas", eritematosas, con bordes externos mal definidos y alopecia en estas lesiones. Pueden haber nódulos eritematosos. Puede haber congestión nasal transitoria. Puede haber una neuritis importante

Imagen 1. Lepra dimorfa



Imagen 2. Lepra dimorfa



Inmunología. Los pacientes con lepra lepromatosa tienen disminuida la inmunidad celular. La inmunidad humoral está aumentada en la lepra lepromatosa y disminuida en la lepra tuberculoide.

Reacción leprosa

Es el conjunto de manifestaciones clínicas que en forma aguda o subaguda interrumpen la evolución de la enfermedad.

Reacción leprosa tipo I: Cuadros agudos o subagudos que se presentan en los casos dimorfos y constituyen:

- a) la reacción de reversa: Se da un avance de un dimorfo lepromatoso hacia el polo tuberculoide presentando un brote importante de lesiones en piel y una neuritis dolorosa.
- b) La reacción de degradación: Se da una disminución de la inmunidad celular y por lo tanto un avance hacia el polo lepromatoso.

Reacción leprosa tipo II. Se da en pacientes lepromatosos y se puede ser desencadenada por: estrés, procesos infecciosos, trabajo excesivo, alcoholismo, ingesta de yodo, suspensión de tratamiento, menstruación, embarazo, pubertad, irregularidad en el tratamiento y muchas otras causas más. La reacción leprosa tipo II se debe a un aumento de la inmunidad humoral y una disminución de la inmunidad celular. Hay formación de complejos inmunes.

1. Eritema nudoso: Se da sobre todo en pacientes con lepra lepromatosa nodular. Hay nudosidades y existe una vasculitis con infiltrados lepromatosos de la túnica media e íntima de los vasos sin trombosis. Las nudosidades se presentan en miembros inferiores, tronco y miembros superiores. Las nudosidades son pequeñas, violáceas y relativamente superficiales. La reacción pasa en unas dos o tres semanas.
2. Eritema polimorfo: Se puede localizar en la cara, miembros superiores o inferiores en caras externas. La dermatosis está constituida por pápulas y manchas variables en número y tamaño de forma numular y color rojo vivo o violáceo. Hay lesiones en "diana" o "en tiro al blanco". El paciente cursa con artralgias, mialgias. La reacción evoluciona presentando brotes de estas lesiones y sana en unas dos semanas.
3. Eritema necrosante: También conocido como fenómeno de Lucio. Su etiología es desconocida. Se da sobre todo en pacientes con lepra lepromatosa difusa. La reacción va a estar diseminada a miembros inferiores, superiores, tronco y va a estar constituida por manchas eritematosas que después de tres o cuatro días se oscurecen y su aspecto es francamente púrpurico, luego tienden a sufrir necrosis central con la subsecuente formación de una escara, en ocasiones se pueden formar ampollas. La escara posteriormente se desprende y deja cicatriz. El cuadro tiene una evolución de unos quince días y las lesiones cursan con dolor. El eritema necrosante corresponde histológicamente a una vasculitis.

Fenómeno de Medina: Consiste en reproducir el fenómeno de lucio 4 a 6 horas después en el sitio donde se practico la leprominoreacción.

Tratamiento y pronóstico. Para pacientes multibacilares (lepra lepromatosa, dimorfos lepromatosos): Rifampicina 600mg una vez al mes. Diaminodifenilsulfona 100 mg cada día. Clofazimina 300 mg una vez al mes y 50 mg cada día. La OMS sugiere que se de por dos años, algunas escuelas que se de por tiempo indefinido.

Para pacientes paucibacilares (lepra tuberculoide, dimorfos tuberculoides, e indeterminados): Rifampicina 600 mg una vez al mes Diaminodifenilsulfona 100 mg cada día. La OMS sugiere que se de por 6 meses, algunas escuelas la dan hasta que las lesiones hayan desaparecido.

La lepra tuberculoide infantil, no necesita tratamiento.

En pacientes tuberculoides, dimorfos tuberculoides e indeterminados que presenten manifestaciones neuríticas, se puede agregar prednisona 20 mg/día por unas dos o tres semanas. Tratamiento de Reacción leprosa La reacción leprosa se puede tratar con: Clofazimina Anti inflamatorios no esteroideos Aspirina Calcio.

La clofazimina es otro medicamento que tiene efecto antiinflamatorio y actua contra el bacilo. Se da a dosis de 300 mg/día.

Se pueden ocupar cloroquinas. Es importante no dar esteroides por vía oral en la reacción leprosa.

Desarrollo del trabajo

Se encontraron pacientes con lepra de tipo lepromatosa difusa y tuberculoide. Los plcientes que presentaban estas lesiones en la piel las atribuían a diferentes causas.

Uno que trabajaba en una panadería refería “creer” haberse quemado, formandosele una llaga en el dorso del brazo izquierdo que fue aumentando su tamaño, el no refería ninguna sintomatología, cubriéndose únicamente con una gasa la lesión al revisarlo se encontró por bioenergía el par biomagnético “escapula-escapula” que corresponde a Mycobacterium lepra.

Se le dio tratamiento con el par biomagnético y se receto medicina alopática con rifampicina 300mg cada 12 horas por una semana, se cito nuevamente en quince días habiendo remitido la lesión para esta fecha en un 70%.

Otro paciente presentaba en el talón del pie derecho una lesión de aproximadamente dos centímetros de ancho por dos y medio de profundidad, el paciente refirió que hacia aproximadamente dos meses se había cortado en la playa con el vidrio de una botella lesión que a pesar del tratamiento casero, a base de lavados con hierbas y antisépticos, lejos de componerse fue empeorando cada vez mas hasta llegar a la lesión que se observo en su primera visita al dispensario. El paciente refirió que había sido tratado por dos instituciones de salud, una de las cuales lo envió a la Ciudad de México, en donde se le dijo que era necesario internarlo para realizarle un injerto, el no aceptó, por temor a la cirugía regresando a su lugar de origen, momento en el cual es revisado en el dispensario.

Al realizar el rastreo por Bioenergía se le encontró entre otros pares el par biomagnético “escapula-escapula”, dándose el tratamiento con el par biomagnético y con medicina alopática a base de rifampicina 300mg una cada 12 horas por una semana y rifocyna spray, en la lesión previo aseo diario con agua hervida y gasa esterilizada para cubrir la lesión.

Se cito a los 15 días y la lesión presentaba tejido granuloso de color rosado que iniciaba la reconstrucción de la lesión. Se le cito nuevamente al mes observándose una mejoría de un 65% aproximadamente. Un mes después la lesión tenía una mejoría de un 80%. El paciente refería tener ya sensibilidad en el área lo cual le proporcionaba bienestar pues además de mostrar una amplia recuperación se encontraba optimista en cuanto a su salud.

Otro paciente presentaba una lesión en el tendón de Aquiles de la cual no se había percatado hasta que un familiar le llamo la atención sobre ella.

Al revisarlo se le encontró una lesión en forma de llaga de aproximadamente dos centímetros en forma redonda. Al revisarse por bioenergía se le encontró el par “escapula-escapula” se le dio tratamiento con el par biomagnético y medicina alopática con rifampicina 300mg una cada 12 horas durante una semana y gasas previa limpieza diariamente. A este paciente se volvió a ver después de seis meses ya que no era residente de la zona y la lesión había desaparecido.

Se encontraron asociados a esta micobacteria otros microorganismos los cuales se describen a continuación con su respectivo Par Biomagnético

| | |
|------------------------------|--|
| * Virus de la polio | “ciático-ciático” |
| * VIH | “timo-recto” |
| * Neumococo | “poplíteo-poplíteo” |
| * Virus de la rabia | “axila-axila” |
| * Virus Newcastle | “cerebelo-bulbo” |
| * Neisseria gonorreae | “mandíbula- mandíbula” |
| * Mycobacterium Tuberculosis | “supraespinoso-supraespinoso” |
| * Virus de la parotiditis | “pudendo-pudendo” |
| *Chlamidia trachomatis | “cadera-cadera” |
| * Treponema pallidum | “cuadrado-cuadrado” |
| | “deltoides medio-deltoides medio” |
| * Proteus Mirabilis | “mediastino superior- mediastino inferior” |

Conclusiones

Después de la revisión, rastreo, diagnostico y tratamiento de mas de 50 pacientes con estas dos enfermedades, los cuales evolucionaron hacia la mejoría y salud, con el tratamiento Biomagnético, enfermedades que en la actualidad sobretodo la Lepra que requiere un tratamiento prolongado y a base de terapia combinada, se concluye que el tratamiento con el biomagnetismo asociado en estos dos padecimientos con medicina alopática para reforzar dicho tratamiento, tuvo una respuesta que en la actualidad no puede observarse con ningún tratamiento en tan corto plazo y con solo un medicamento.

El Mycobacterium leprae tiene una relevancia dentro de los microorganismos, desde el punto de vista de la Bioenergética, porque interviene en numerosos padecimientos como la catarata, la formación de litos, las úlceras varicosas, la formación de algunos tumores; pero principalmente por que define el proceso tumoral maligno. Ya que esta Mycobacteria es común en los pacientes representa verdadero cáncer que han sido tratados con quimio y/o radioterapia con resultados totalmente negativos y en algunos casos con mutilaciones de órganos o tejidos.

A lo que el Dr. Goiz tiene clasificado como factor de malignidad tumoral ya que por los estudios realizados ha encontrado que en los fenómenos tumorales siempre aparecen virus asociados con bacterias u hongos patógenos y en pacientes que soportan neoplasias hasta sus últimas consecuencias también se encuentran ciertos parásitos como la sarna o escabiasis, las giardias, el trepanozoma, la leishmaniasis, la entamoeba y todos lo demás que se pueden presentar en los organismos superiores.

Pero siempre el detonante de la malignidad esta dado por la Mycobacterium leprae.

Bibliografía

De las aguas, J.T. *Historia de la terapéutica de la Lepra*, Revista Internacional de Dermatología y Dermatocósmética marzo 2001
Gállego Berenguer, J. 1974. *Atlas de parasitología*. Ediciones Jover, S.A. Barcelona, quinta edición.

- Goiz Durán, Isaac. 1999. *El Par Biomagnético*, Medicinas Alternativas y de Rehabilitación, S.A. de C.V.
- Goiz Durán, Isaac. 2004. *El Fenómeno Tumoral*. Universidad de Loja. Impresos Aztlán, S.A. de C.V. 2ª edición.
- Isaías 53:4 *Biblia de Jerusalén*, edición española, Grafo. 1975
- Levítico 13:10, *Biblia de Jerusalén*, edición española, Grafo. 1975
- Ministerio de Salud Costa Rica 2001 www.netsalud.sa.cr/ms/estadist/enferme/palu06.htm
- Saúl A. 2001. Lecciones de dermatología, Méndez editores, decimocuarta edición.
- www.uaq.mx/medicina/mediuaq/Especialidades/dermatología/lepra.htm
- www.tusalud.com.mx/121502.htm
- www.ctv.es/USERS/jorobar/paludismo.htm
- www.anlis.gov.ar/consulta/infecciosas/malaria/malaria.htm
- www.solociencia.com/noticias/0411/08205150.htm
- www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_paludism.htm
- www.health.state.ny.us/es/disease/communicable/lepra.htm
- www.español.novartis.com/corporate_citizenship/lepra.shtml
- www.revistamedica.8m.com/histomed101.htm

BREVE HISTORIA DEL USO DE LOS MAGNETOS COMO MEDIO DE CURACIÓN

María del Pilar Roldán Tapia

Prólogo

Como hija de médico homeópata, toda mi vida me han interesado los diferentes métodos de curación alternativa que han surgido durante los últimos años de mi vida. Desde que tengo uso de razón recuerdo que mi padre, el Dr. Angel Roldán Cobo, era un investigador incansable, que fue de los primeros médicos que le dio muchísima importancia a la alimentación como medio de prevención para vivir con una salud envidiable, que pensaba que para obtener dicha salud, era necesario una vida sana y ordenada, con una dosis adecuada de ejercicio diario, buena alimentación, descanso proporcional a la actividad realizada, mantener la mente ocupada y paz interior, es decir, obtener la salud tanto de cuerpo como de espíritu. Así es como me enseñó a vivir. Es por eso que cuando por casualidad me enteré por el Dr. José Marroquín, médico traumatólogo, quien acababa de tomar uno de los primeros cursos dictados por el Dr. Isaac Goiz Durán, de las maravillas observadas con el método de Biomagnetismo, no dudé un momento en inscribirme en el siguiente curso. A pesar del entusiasmo con que el Dr. Marroquín me describió el método, francamente se quedó corto. Estoy completamente convencida que es la medicina del futuro, Mi primer contacto con los magnetos como medio de curación fue en 1989, cuando me decidí a salirme del Distrito Federal para venir a vivir a Quintana Roo. Fuí entonces a hacerme un chequeo médico y acudí al Dr. Demetrio Sodi Pallares. Él me hizo un examen minucioso y sus recomendaciones fueron más bien de alimentación, con una dieta baja en sodio y con alimentos 100% naturales y me contó que había desarrollado una forma de curación, especialmente para el dolor y la artritis a base de electromagnetismo, término para mí desconocido hasta entonces. A partir de ese momento empecé a oír diferentes formas de aplicar los imanes para mejorar la salud, entre los que se cuentan los colchones, las fajas y las vendas que se aplican con el fin de quitar el dolor en traumatismos del deporte y para relajar el cuerpo. Todos ellos los precursores del Biomagnetismo Médico desarrollado por el Dr. Goiz Durán. Decidí investigar un poco más y es por eso que escogí como tema para esta tesina una Breve Historia del Uso de los Imanes como Instrumentos de Curación. Mi padre hubiera estado fascinado con este método, es por eso que este trabajo se lo dedico como un homenaje a él.

El magnetismo y su función en el campo de la salud

Debemos entender la relación que hay entre los campos magnéticos en general y los organismos vivos. Existen campos magnéticos dañinos para la salud dentro del espectro de los campos magnéticos creados por el hombre. Todos y cada uno de ellos tiene alguna influencia en la biología humana. Parece ser que la fuerza magnética norte contra sur, campos magnéticos estáticos contra pulsantes, campos magnéticos débiles contra fuertes, campos magnéticos lentos contra rápidos, todos ellos tienen diferente efecto en las células individuales y en los organismos multicelulares. Para empezar, el aura de los individuos está compuesta por energías biomagnéticas generadas por la actividad celular del cuerpo físico, por energías magnéticas sutiles relacionadas con la actividad de los chacras y por los campos magnéticos de nuestros cuerpos espirituales.

Recientemente se ha visto que todos los seres vivientes están de algún modo en concordancia con el campo magnético de nuestro planeta. Sabemos esto, porque se ha visto que si se nos priva de esta energía geomagnética, enfermamos. Eso sucedió con los primeros astronautas que se vieron privados por un tiempo relativamente largo de la fuerza de gravedad. Para evitar esto, se añadió a las naves espaciales de un generador que simula el campo magnético de la tierra.

Hay que hacer notar que la intensidad del campo magnético de la tierra no es igual en cualquier parte del planeta. Este varía en cada lugar, dependiendo de la topografía del terreno, de las capas internas de la tierra y de la presencia de roca magnética o depósitos de minerales que conduzcan o bloqueen la transmisión del magnetismo. Es de suponerse que ciertas regiones geográficas, donde por la configuración del subsuelo o por otras causas como pueden ser las construcciones hechas de hierro, está disminuida la penetración del campo magnético, se pueden producir alteraciones mentales o de comportamiento en individuos susceptibles. También varía la intensidad durante la parte del planeta que está de noche, porque está privada de la atracción del sol. El campo geomagnético pulsa con una frecuencia máxima de oscilación de 7.8 ciclos por segundo y algunos investigadores aseguran que hay además micro pulsaciones con frecuencias de menos de 1 ciclo por segundo y tanto como 25 ciclos por segundo.

El campo magnético de la tierra tiene una especie de metabolismo energético lento, lo que causa que el campo geomagnético aumente y disminuya en ciclos de quinientos mil años. Las capas actuales de roca magnética en la tierra, han disminuido su fuerza de intensidad magnética en un 90%, de 4 gauss a 0.4 y 0.5 gauss. Como todos los organismos vivos necesitamos estar expuestos a esa fuerza magnética de la tierra, cualquier cosa que nos ayude a mantener el nivel apropiado de exposición a ella, debería ser beneficioso para los humanos. El Dr. Robert Becker, nominado dos veces para el Premio Nóbel de Medicina, reconoce que esta habilidad de los campos magnéticos de alterar la actividad dentro del sistema nervioso puede traducirse en un potencial terapéutico benéfico. Si realmente el cuerpo humano posee un sistema bioelectrónico de control, esto puede ser la causa por la cual los magnetos pueden influenciar en el cuerpo y restaurar la salud.

Se ha descubierto, que la polaridad negativa-norte de los magnetos produce cambios bioenergéticos y psicológicos diferentes que la polaridad positiva del polo sur. También se ha notado que ciertas frecuencias de los campos magnéticos oscilatorios aceleran la cicatrización de los tejidos mientras que otras frecuencias parecen inhibir la curación.

El Dr. H. L. Bansal en su *Terapia magnética*, resume así la influencia beneficiosa de los imanes:

1. Cuando un imán es aplicado al cuerpo humano, el paso de ondas magnéticas a través de los tejidos y las corrientes secundarias son inducidas. Cuando se presenta este choque de corrientes con ondas magnéticas, se presenta aumento de la temperatura, producto del impacto de los electrones en las células del cuerpo. Los impactos son muy efectivos para reducir dolores e hinchazones de los músculos.
2. El movimiento de la hemoglobina en la sangre es acelerado mientras que el calcio y los depósitos de colesterol en la sangre son disminuidos. Los materiales adheridos al lado interior de las venas, los cuales provocan presión arterial alta, son disminuidos y tienden a desvanecerse. La sangre es limpiada y la circulación es aumentada. Las actividades del corazón se facilitan y el dolor desaparece.
3. Las funciones de autonomía de los nervios son normalizadas de tal forma que los órganos internos recobran su propia función.
4. La secreción de hormonas es promovida con el resultado que el brillo de la piel de la juventud es preservado y todas las dolencias, debido a la falta de secreción de hormonas, son aliviadas y curadas.
5. La circulación de la sangre y de linfa son activadas, por lo tanto, todos los nutrientes son fácil y eficientemente llevados a cada célula del cuerpo. Estas ayudan en el metabolismo en general
6. Las ondas magnéticas penetran en la piel, tejidos grasos y huesos, vigorizando los órganos. El resultado es mayor resistencia a las enfermedades.
7. El flujo magnético promueve la salud y provee energía por eliminar desórdenes y estimulando las funciones de los varios sistemas del cuerpo, normalmente, el circulatorio, nervioso, respiratorio, digestivo y urinario.
8. El funcionamiento del tratamiento magnético por reformar, resucitar y promover el crecimiento de las células, rejuveneciendo los tejidos del cuerpo, fortaleciendo los decaídos y corpúsculos inactivos y aumentando de nuevo el número.
9. Los imanes tienen excepcionales efectos curativos en ciertas quejas como dolores de muelas, rigidez de hombros y otras coyunturas, dolores e hinchazones del cuello del útero (sponcyllitis), eczema, asma y heridas.

10. ¿Cómo afectan los imanes el metabolismo humano? El tratamiento magnetico tiene el efecto de excitar todos los sistemas del cuerpo. Es recomendado por lo general, un tratamiento continuo, una vez al día, por una semana o dos para obtener un estado de salud. (esto se refiere a imanes muy fuertes como los usados en la profesión médica.

Nota: Como el trabajo de imanes en el metabolismo humano es principalmente a través de la circulación de la sangre, la cual contiene hemoglobina, es pertinente verificar el contenido de hierro en el cuerpo. El cuerpo humano adulto contiene de 4 a 5 gramos de hierro. La mayoría de eso se presenta en la sangre como un componente de la hemoglobina y el resto en cantidades pequeñas en los músculos, llamados myoglobín. La función de estos componentes es llevar oxígeno a los pulmones y músculos y a otras partes del cuerpo. Sin hierro no se generaría energía y sin energía, el corazón y la respiración se pararían. Por eso vemos que el hierro es tan esencial en nuestra vida y el hierro es el que sufre las influencias del magnetismo radical.

La utilización de campos magnéticos con fines terapéuticos se concentra en la producción de los mismos por medio de corrientes eléctricas de mediana o alta frecuencia, tratando de utilizar su aspecto vibratorio o térmico. Así mismo se utilizan la mayoría de las radiaciones electromagnéticas tanto para diagnóstico como para tratamiento.

La utilización del magnetismo de mediana intensidad producida por imanes naturales queda olvidada y hasta la década de los 70, el Dr. Richard Broeringmeyer descubre que un campo magnético puede detectar las alteraciones del pH de los órganos internos en forma directa y cualitativa, es decir, un campo biomagnético.

Revisando la literatura sobre la utilización de campos magnéticos en seres vivos, solo existen estudios de la aplicación de campos electromagnéticos de alta intensidad y por lo tanto, tóxicos, pero no hay ningún estudio sobre la influencia de campos magnéticos de mediana intensidad producida por imanes naturales, de orden de 1,000 a 50,000 gauss.

Han aparecido en el mercado todo tipo de implementos como plantillas, asientos, almohadas, colchonetas y masajeadotes con imanes en el orden de 700 gauss con propiedades supuestamente curativas, pero que en realidad sirven como relajantes y para prevenir la polarización de los órganos internos, pero no son curativos.

Fue hasta el descubrimiento, por el Dr. Isaac Goiz Durán del Par Biomagnético, que se ha comprendido la dualidad física, biológica y energética de los organismos vivos y de sus manifestaciones tanto en la salud como en la enfermedad.

Independientemente del sustento técnico y científico del procedimiento, podemos dividir en dos grandes ramas el conocimiento del Biomagnetismo Médico: primero. Como elemento de diagnóstico y segundo, como elemento terapéutico, ya que en ambos tiene una aplicación universal, toda vez que no depende de una patología en particular, sino del par que se forma a expensas de dicha patología y que la identifica plenamente.

Pero vamos a ver cual fue el proceso, a través de los siglos, que ha hecho posible semejante descubrimiento que ya está cambiando la terapéutica médica moderna.

Breve historia del uso de los imanes como medio de curación

Cuenta la leyenda que las propiedades de los magnetos fueron descubiertas por accidente por un pastor griego llamado Magnes, el cual, mientras cuidaba sus ovejas, se dio cuenta que los clavos de sus sandalias eran misteriosamente atraídos hacia una gran roca a causa de una misteriosa y desconocida e invisible fuerza. La atracción tenía tal fuerza, que Magnes tuvo que hacer uso de todas sus fuerzas para poder separar sus sandalias de la roca. A esta roca se le conoció como piedra de Magnes, que aun lleva ese nombre y que a la fecha se conoce como Magnetita. De acuerdo con la misma leyenda, el asombro de Magnes ante la fuerza de esta gran roca magnética lo llevó a insertar pedazos de esa roca en sus sandalias, lo cual le permitía recorrer grandes distancias sin sentir fatiga. Aunque esta leyenda pueda o no ser verdad, lo cierto es que se han usado fragmentos de roca similares a esa, con propósitos curativos, desde muchos siglos antes de los

antiguos griegos. Una gran variedad de culturas antiguas, incluyendo la China, Indias Occidentales, la Árabe, Hebrea y las primeras dinastías de los Egipcios, ya usaban magnetos por sus propiedades curativas. Según la leyenda, Cleopatra, buscando retardar el envejecimiento, dormía con imanes en la frente.

En el Siglo III a.C, Aristóteles escribió acerca de las propiedades de los magnetos naturales llamándolos “magnetos blancos”. En el siglo I d.C. Plinio el Viejo, un historiador romano habló acerca del uso de imanes para curar desórdenes de los ojos.

También en el siglo I, un grupo de científicos chinos empezaron a documentar los efectos sutiles del campo magnético de la tierra en la salud y enfermedad de los humanos, usando brújulas muy sensibles para monitorear las condiciones geomagnéticas. En el siglo III d.C., el gran médico Galeno (Pérgamo, Turquía, 129-216) recomendaba el uso de imanes para tratar problemas de estreñimiento y un sinnúmero de otras dolencias. Para el siglo IV d.C., Marcel, el filósofo y médico francés, recomendó usar un magneto colgado al cuello para aliviar los dolores de cabeza. Alejandro de Tralles, en el siglo VI usaba magnetos para aliviar dolores de articulaciones y en el siglo IX, el médico islámico, Ibn Sina, también conocido como Avicena, reportó como es que pudo tratar las depresiones con magnetoterapia.



GALENO



AVICENA

Alrededor del año 1000, un médico persa documentó el uso de magnetos para mejorar algunas condiciones de gota y espasmos musculares. Y en la China, el matemático Shen Kua (1030 – 1090) fue el primero que escribió acerca del uso de una aguja magnética para indicar direcciones, que fue el antecedente de la brújula. Ese instrumento se basa en el principio de que si se suspende un imán en forma de aguja, de tal manera que pueda girar libremente, uno de sus extremos siempre apuntará hacia el norte.

Más tarde, en el año 1100, Chu Yu informó que la brújula se utilizaba también para la navegación entre Cantón y Sumatra.

La primera mención de la brújula fue dada por un inglés, Alexander Neckham (1157 – 1217).



Los magnetos fueron usados por muchos médicos y curanderos para aliviar diferentes problemas de salud hasta el siglo XVI cuando Paracelso (Einsiedeln, Suiza, 1493-1541) no solamente demostró que los magnetos curaban algunos malestares, sino que detalló los diferentes efectos curativos de las polaridades magnéticas norte – sur sobre los organismos vivos. Paracelso está entre los primeros que aseguraron que la tierra en sí misma es un magneto gigantesco. En sus escritos acerca de magnetoterapia, comenta que “el magneto es el rey de todos los secretos”.



La aplicación práctica más antigua del magnetismo, se debe a la cultura china, cuando inventaron la brújula, la cual se empezó a usar en Occidente como instrumento para la navegación por el siglo XIII. En ese mismo siglo, el francés Petrus Peregrinus realizó importantes investigaciones sobre los imanes, pero sus descubrimientos solo se superaron 300 años después

cuando el médico británico William Gilbert publicó su libro “*De Magnete*” en 1600, sobre la electricidad y el magnetismo, en el que comprendió el conocimiento que se tenía en su época sobre los fenómenos magnéticos. Analizó las diferentes posiciones de la brújula y propuso que la tierra es un enorme imán, lo que constituyó su gran contribución. En esa forma pudo explicar la atracción que ejerce el polo norte sobre el extremo de una aguja imantada. Gilbert también se dio cuenta que cada imán tiene dos polos, el norte (N) y el sur (S) que se dirigen hacia los dos polos terrestres. Descubrió que los polos iguales se repelen y los polos distintos se atraen y que si un imán se calienta pierde sus propiedades magnéticas, las cuales vuelve a recuperar si se le enfría a la temperatura ambiente.

En 1750, el geólogo Británico John Mitchell demostró que la repulsión y atracción entre los dos polos disminuye a medida que aumenta el cuadrado de la distancia entre ellos.

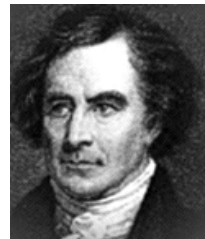
En 1777, la Real Sociedad Francesa de Medicina examinó los estudios de curaciones con magnetos que hizo un abad francés llamado Le Noble. Sus reportes en cuanto a los efectos de los tratamientos con imanes fueron tal favorables, que concluyeron que los magnetos estaban destinados a jugar un papel muy importante en la práctica médica futura y que ya estaban empezando a ser usados también en el campo de física experimental. Es interesante notar que años más tarde, la misma Real Sociedad Francesa de Medicina condenó el trabajo sobre “magnetismo animal” hecho por Franz Antón Messmer, el cual usaba “pases magnéticos” sobre los pacientes usando energía de “magnetismo humano” en vez de imanes propiamente dichos. Franz Antón Messmer (1734-1815) nació en la ciudad alemana de Iznang. A la edad de 32 años completó su formación médica en la Universidad de Viena con una teoría sobre la influencia de los planetas sobre las enfermedades humanas. Messmer estaba convencido que el sol, la luna y la tierra poseían fuerzas magnéticas que afectaban al sistema nervioso y a la energía del cuerpo humano, tanto Messmer como Paracelso aseguraban que un sutil e invisible fluido magnético o fuerza de la naturaleza, se intercambiaba entre el cielo y la tierra y que esta fuerza magnética podía curar y energetizar a los seres vivos. Su hipótesis era que los magnetos podían reproducir esa fuerza de la naturaleza y los aplicaba para curar. Luego descubrió que usando algunos “pases magnéticos” con sus manos, obtenía el mismo resultado que con los magnetos. Aunque en su época lo tacharon de charlatán, es probable que sus teorías no estaban lejos de la verdad acerca del magnetismo animal.



Figure 22
Franz Anton Mesmer (1734-1815)



En 1819, el físico danés Hans Christian Oersted (Rudkøbing, Dinamarca, 1777-1851) demostró plenamente la relación entre el magnetismo y la electricidad. Su experimento puso de manifiesto la producción de campos magnéticos por parte de los conductores al ser atravesados por una corriente, teorías que después fueron desarrolladas por Ander-Marie Ampere (Lyon, Francia, 1775-1836) Ørsted logró demostrar este hecho en el año 1819, cuando descubrió que una aguja magnética se desvía al paso de la corriente por un conductor situado en sus proximidades. Este



descubrimiento constituye en realidad la base fundamental del electromagnetismo y, por lo tanto, el fundamento de toda la electrotécnica moderna.

Ampere al tomar conocimiento del descubrimiento de Oersted, elaboró en unas cuantas semanas un trabajo matemático donde expone una completa teoría sobre el fenómeno que hemos mencionado. En él, formula una ley sobre el electromagnetismo (comúnmente llamada Ley de Ampere) en la cual se describe matemáticamente la fuerza magnética interactuando entre dos corrientes eléctricas y el físico y matemático francés Jean Dominique Francois Arago (Estugel, Francia 1786-1853) logra magnetizar un pedazo de hierro colocándolo cerca de un cable recorrido por una corriente. A partir de este descubrimiento, el inglés Michael Faraday (Newington, Inglaterra, 1791-1867) consiguió esbozar las leyes generales que regían el comportamiento electromagnético de la materia. Acertó en su explicación sobre el fenómeno, atribuyéndolo

a las partículas eléctricas en movimiento y no a un fluido continuo e invento la noción del campo magnético como un espacio surcado de líneas de fuerza invisibles que provocan los movimientos por diferencias de energía.

Si Oersted y André Marie Ampère habían obtenido magnetismo por electricidad, ¿por qué no se podía invertir el procedimiento y producir electricidad por magnetismo? Un imán es susceptible de engendrar magnetismo por influencia en un trozo cercano de acero, efecto que se explica en la doctrina de Ampere, por ser el magnetismo un conjunto de corrientes moleculares. Si corrientes microscópicas, se pregunta Faraday, producen magnetismo en el hierro, ¿por qué una corriente normal, macroscópica no provocará corrientes similares en el conductor vecino? En 1831, Faraday descubrió la inducción y así demostró que es factible crear corrientes inducidas al introducir una barra imanada en el interior de una bobina sin usar en el experimento una batería.



Más o menos al mismo tiempo, Samuel Hanemann (1755-1843), el desarrollador de la Homeopatía, también experimentó con imanes para la curación de varios desórdenes de la salud.

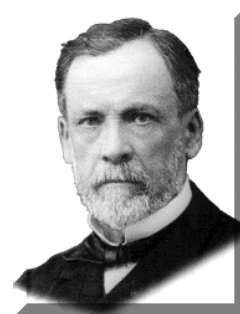
En 1833, Carl Friedrig Gauss (Brunswick, Alemania 1777-1855) inventó un magnetómetro bifilar para medir el magnetismo, cuyas unidades hasta la fecha llevan su nombre. Pensó en una teoría electromagnética que sería muy semejante a la ley universal de la gravitación, pero dicha teoría fue ideada más tarde, en 1873 por James Clerk Maxwell (Edimburgo, Escocia 1831-1879). Maxwell nació el mismo año en que Faraday hizo su gran descubrimiento y fue él quien dio forma matemática y cuantitativa a las explicaciones de sus predecesores en el campo electromagnético. Maxwell estableció que la luz está constituida por ondulaciones transversales del mismo medio, lo cual provoca los fenómenos eléctricos y magnéticos. Su obra máxima fue el *Treatise on Electricity and Magnetism* (1873).



Unos años después, el famoso científico francés Luis Pasteur (Dole, Francia, 1822-1895) escribió sobre los descubrimientos que había realizado acerca del efecto de los magnetos en el proceso de fermentación.

A pesar que el uso de los imanes se desarrolló en Europa durante el tiempo del Dr. Pasteur, el interés por la magnetoterapia alcanzó también popularidad en los Estados Unidos. Varias compañías euro-americanas patentaron varios artefactos de magnetoterapia asegurando que eran maravillosos para todo tipo de males, desde cólicos menstruales hasta impotencia y calvicie.

Posteriormente, los estudios de magnetismo se centraron en el origen atómico y molecular de las propiedades magnéticas de la materia. En 1905, el físico francés Paul Langevine (Paris, Francia, 1872-1946) desarrolló una teoría sobre la variación, con la temperatura, de las propiedades magnéticas de las substancias paramagnéticas, basada en la estructura atómica de la materia.



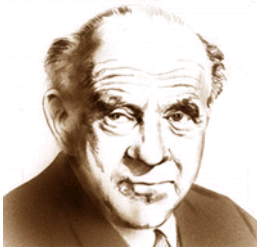
La teoría de Langevine fue ampliada por el físico francés Pierre Ernst Weiss quien postuló la existencia de un campo magnético interno, molecular, en los materiales como el hierro. Este concepto, combinado con la teoría de Langevine, sirvió para explicar las propiedades fuertemente magnéticos como la piedra imán.

La teoría del físico danés Niels Hernia D. Bohr (Copenhagen, Dinamarca, 1885-1962) sobre la estructura atómica, permitió comprender las propiedades atómicas y mostró porque el magnetismo aparece en los elementos de transición, como el hierro, en los lantánidos o en los compuestos que contienen estos elementos.

Los Estadounidenses Samuel Abraham Goudsmit (La Haya, 1902-1978) y Geoge E. Uhlenbeck (1900-1988) pusieron de manifiesto la existencia del espín del átomo o giro que los electrones efectúan sobre sí mismos y se comportan como pequeños imanes en un momento magnético definido. El momento

magnético de un objeto es una magnitud vectorial que expresa la intensidad y orientación del campo magnético del objeto.

Por los años 20, el Dr. C: J: Thacher fundó la Chicago Magnet Co., con productos para coser en la ropa o para la suela de los zapatos que ofrecían curar casi todas las enfermedades sin tomar medicamentos. Los resultados, especialmente para quitar el dolor de piernas, eran bastante prometedores, especialmente si se usaban constantemente dentro de los zapatos.

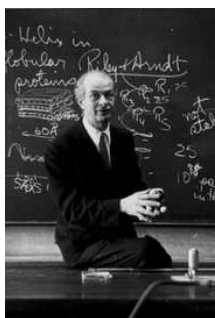


En 1927, el físico alemán Werner Karl Heisenberg (Würzburg, Alemania, 1901-1976), Premio Nobel de física en 1933, basado en la mecánica cuántica, dio una explicación detallada del campo molecular de Weiss. Más tarde, muchos científicos predijeron muchas estructuras atómicas del momento magnético más complejas, con diferentes propiedades magnéticas.

Términos y Efectos de la Energía

| CATEGORIA DEL MAGNETISMO | DEFINICION | EFFECTOS ASOCIADOS A LA ENERGIA |
|--------------------------|--|---|
| Ferromagnetismo | Efectos magnéticos a limadura de hierro asociada con magnetos permanentes | Puede influir en la curación de ciertos problemas de salud. Bioefectos de polo norte contra polo sur |
| Electromagnetismo | Campos magnéticos producidos por el flujo de electrones en corrientes eléctricas | Tiene efectos positivos y negativos en la salud. Dependiente de la frecuencia para sus bioefectos. Puede alterar los ritmos bioeléctricos del cerebro y del corazón |
| Biomagnetismo | Campos magnéticos débiles generados por las corrientes de iones y actividad celular | El DNA humano oscila en un rango de actividad biomagnética de gigahertz |
| Magnetismo Animal | Corrientes muy sutiles de Ch'i y prana | La fuerza de la vida tiene un magnetismo muy sutil. Probablemente un nivel de energía etérico. |
| Magnetismo sutil | Las energías sutiles de los chacras, cuerpos etéricos, astrales, mentales y campo del aura | Las formas del pensamiento siguen una ley "sutil" de atracción magnética. |
| Paramagnetismo | Atraído débilmente hacia campos magnéticos fuertes. | La tierra con alto paramagnetismo, puede ayudar al desarrollo de las plantas permitiendo una mayor penetración del campo geomagnético |
| Diamagnetismo | Débilmente rechazado por campos magnéticos fuertes. | Efectos biológicos desconocidos |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Geomagnetismo | Campos magnéticos generados por la tierra. Frecuencia clave (Resonancia de Schumann) = 7.8Hz ciclos por segundo | Puede actuar como transportador de energía en las sanaciones espirituales. Toda vida depende de mantener un nivel mínimo de energía geopática para mantenerse saludable. Las construcciones de acero y de concreto pueden no permitir el paso al campo magnético de la tierra y producir Síndrome de deficiencia del campo magnético. Este síndrome se puede asociar con "tensión geopática". |
| Magnetismo Solar | Campos magnéticos sutiles y convencionales generados por la actividad solar. Incluye frecuencias gigahertz y prana. | El magnetismo solar afecta al campo geomagnético. La luz solar y las tormentas solares magnéticas están asociadas con aumento de ataques al corazón y enfermedades del corazón. La vida depende, tanto de la luz solar como del prana solar |
| Magnetismo Cósmico y Astral | Sutiles corrientes magnéticas que emanan de las estrellas, galaxias y cuerpos celestiales. | El magnetismo sutil de los astros y otras formas más elevadas, influyen en nuestro cuerpo astral y nuestras chakras. Posiblemente, la base energética de la astrología. |



En 1954, Linus Carl Pauling (1901- 1994) uno de los primeros químicos cuánticos, fue ganador del Premio Nóbel de Química en 1954 por sus descubrimientos sobre las propiedades magnéticas de la hemoglobina, una sustancia presente en la sangre que contiene hierro.

El interés por este tipo de terapia se expandió hasta países tan remotos como Rusia, la India y Japón. En la India hay un gran número de investigadores que trabajan al respecto desde hace más de cuarenta años. A fines de los años 50, la investigación sobre magnetoterapia fue publicada en Japón, donde ha sido ampliamente comercializada.

En el año 1954, el Dr. Demetrio Sodi Pallares empieza a usar

electromagnetismo para el tratamiento de la artritis. Recomendando un balance adecuado alto en potasio y bajo en sodio para facilitar el movimiento de los iones que producen corrientes bioeléctricas dentro del sistema nervioso del cuerpo.

La utilización de campos magnéticos con fines terapéuticos, se concentra a la producción de los mismos por medio de corrientes eléctricas de mediana o alta frecuencia tratando de utilizar el aspecto vibratorio o térmico de los mismos. Es lo que se conoce actualmente como diatermia médica de onda corta o ultracorta. Se utilizan la mayoría de las radiaciones electromagnéticas tanto para diagnóstico, como son los rayos X o la resonancia magnética o para tratamiento como son las radiaciones en ciertos casos de cáncer.



Sin embargo, no se usaron terapias con imanes naturales de mediana intensidad hasta la década de los 70, cuando el Dr. Richard Broehringmeyer descubre que un campo magnético puede detectar las alteraciones del pH de los órganos internos en forma indirecta y cualitativa, es decir, un campo biomagnético. Dice el Dr. Broehringmeyer: "Se ha establecido clínicamente que el Polo norte detiene la actividad de la proteína, atrae fluidos, contrae, vaso-contrae, aumenta la alcalinidad, actúa como sedante o inhibe el dolor, disminuye la actividad, aumenta los iones de potasio, disminuye los iones anormales de

calcio, y disminuye la concentración de iones de hidrógeno. Se puede decir que el Polo norte es la energía normalizadora. Norma¹⁹²liza el estado alcalino del cuerpo pero nunca produce una condición demasiado alcalina. Oxigena el cuerpo, pero nunca produce radicales libres oxidados. Tiene un efecto estabilizador, no importa cuanto tiempo dure la exposición a él.”

Como se aprecia, el Dr. Broehringmeyer no alcanzó a intuir que existen dos cargas biomagnéticas en resonancia, es decir, un par biomagnético que posteriormente se pudo constatar y que identifica cada patología de los organismos vivos.



Dr. Isaac Goiz Durán, Médico Cirujano egresado de la Universidad de Puebla y fisioterapeuta graduado en la Escuela de Medicina Física del Hospital Americano Británico. Es fundador del Centro de Investigación de Biomagnetismo Médico. En 1999 recibió el grado de Doctor en Medicina Bioenergética de la Universidad Internacional de Oxford, Inglaterra.

Fue hasta 1988, cuando el Dr. Isaac Goiz Durán, médico mexicano, nacido en Puebla, Pue. descubrió el primer par biomagnético, revolucionando así todas las teorías fisiopatológicas, entendiendo que las enfermedades virales y bacterianas están en estrecha relación, que las primeras condicionan recíprocamente a las segundas y son simultáneas tanto en su génesis como en su presencia morbosa y en sus consecuencias finales.

El Par Biomagnético

El primer par biomagnético que el Dr. Goiz entendió, fue el de VIH, descubriendo que se trata de un par bien definido con polos de carga contraria que se ubican en el timo y en la parte Distal del coxis. Fue denominado timo/recto, y es el que hasta la fecha identifica el Virus VIH.

El Par Biomagnético confirma que la polarización bioenergética de un órgano, trae como consecuencia a corto o mediano plazo, procesos degenerativos finales. El Polo Biomagnético, así como la medición cuantitativa e indirecta de los mismos mediante imanes de mediana intensidad (1000 o más gauss) es la base de todo el estudio que ahora culmina con el entendimiento de las patologías orgánicas desde el punto de vista de la bioenergética, así como su correlación clínica y su tratamiento por medio de campos magnéticos con o sin la asociación de otros procedimientos terapéuticos.

El Par Biomagnético se puede definir como el conjunto de cargas que identifican una patología, constituido por dos cargas principales de polaridad opuesta que se forman a expensas de la alteración fundamental del pH de los órganos que las soportan.

Dentro de los procesos físico químicos de la materia orgánica, el átomo de hidrógeno se encarga de asociar a otros átomos y de mantener dicha asociación estable, con un equilibrio de cargas positivas y negativas, definiendo con ello las propiedades ácido-básicas, toda vez que el elemento hidrógeno actúa en dos sentidos, cuando actúa como elemento electronegativo, cuando actúa como ión, electropositivo.

Este equilibrio cinético de cargas nos permite entender el concepto fundamental de neutralidad energética y que aunque posee diferente polaridad, no interfiere en el proceso vital de la homeostasis celular u orgánica, mientras esté en resonancia bioenergética.

Las disfunciones en los órganos que soportan las distorsiones del pH se curan mediante el fenómeno de despolarización, el cual se consigue aplicando un campo magnético de polaridad igual a la del campo bioenergético producido por el organismo, para empujar los iones de hidrógeno, contra los radicales libres de polaridad contraria de acuerdo a la Ley Universal de cargas.

¹⁹² 1998 Grant Gerondale www.azunimags.com Dr. Plilpott Approved Magnetic Therapy Products

Diagnóstico biomagnético por identificación de los polos biomagnéticos

La identificación de los polos biomagnéticos obedece a la resonancia energética del polo imán con el del organismo en estudio. Dentro del límite energético normal, no hay ninguna manifestación medible ni con imanes del orden de 1000 gauss ni con mayores concentraciones energéticas, porque los tejidos están en un pH próximo al neutro (7).

En nuestra práctica creemos conveniente iniciar el rastreo de los órganos estudiados con el polo norte o negativo del imán rastreador, pero también pueden realizarse con el imán con el polo positivo, solo que al parecer, los focos biomagnéticos con polaridad positiva son más pequeños, energéticos y únicos, en cambio, los polos negativos, son más amplios, suaves y ocasionalmente pueden ser múltiples, es decir, que un polo biomagnético positivo puede hacer resonancia, ocasionalmente, con dos o más polos negativos.

En realidad, el hemicuerpo izquierdo se mantiene fijo en su dimensión, tanto que el derecho es el que nos da las manifestaciones de elongación o contracción, con lo que podemos definir cualitativamente el órgano alterado.

La mejor forma de rastrear los polos biomagnéticos es con el paciente en decúbito supino sobre una base firme y especialmente de madera o material aislante para evitar interferencia con los imanes. La ropa debe ser ligera.

No es necesario quitar los zapatos al paciente porque los tacones dan la referencia para valor el acortamiento o la elongación del miembro inferior derecho, pero también puede hacerse sin zapatos poniendo una marca en los talones que nos sirva de referencia para la medición.

Se recorren los puntos a valorar excitando todas y cada una de los puntos de rastreo

del cuerpo, descubiertos hasta la fecha, con lo que podemos definir, cualitativamente, el órgano alterado. Todos estos puntos de referencia nos pueden dar información sobre la patología que está representada por el Par Biomagnético, por lo mismo, siempre debemos buscar dos puntos que lo identifiquen con polaridad contraria.

Inmediatamente se aplica el imán positivo en el punto correspondiente, de acuerdo a la lista de Pares Biomagnéticos.

En la actualidad, 2004, se proponen siete grupos de pares biomagnéticos:

1. Pares regulares: que agrupan a las patologías comunes soportada por una sola entidad microbiológica, llámense virus, bacterias, hongos o parásitos
2. Pares especiales: disfunciones de órganos o sistemas sin la presencia de microorganismos patógenos.
3. Pares disfuncionales: específicamente de glándulas de secreción interna.
4. Pares complejos: que definen algunas patologías disfuncionales pero que abarcan otros sistemas o tejidos.
5. Reservorios: en donde pueden estar alojados microorganismos patógenos por tiempo indefinido.
6. Pares temporales: se forman por un trauma principalmente y ceden espontáneamente al curar al paciente.
7. Pares asociados, que son infinitos en número pero que definen las patologías crónico degenerativas, sindrómicas, tumorales y en general, toda la patología que no se ajusta a un solo microorganismo.

A continuación una tabla de dichos Pares por orden alfabético de punto de reacción:

Pares biomagnéticos

| | Punto | Localización | Par biomagnético | Patología | | Sintomatología |
|----|-----------------------------|--|-----------------------------------|--|---|--|
| 1 | Aductor | Entrepierna, porción media (bilateral) | Aductor - Aductor | VIH 2 | V | Considerado retrovirus. Trastornos de uretra y pubis. Ardor en el pene y vagina. Comezón en ingles. |
| 2 | Agujero | Orificio del cardias, sobre boca del estómago | Agujero - agujero | <i>Giardia Lamblia</i> | P | Se fija y reproduce en el intestino. Por alimentos contaminados, nauseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea pútrida. |
| 3 | Anexo | A los lados de los órganos sexuales | Anaxo - ano | Paramoxi virus | V | Comezón, irritación y resequedad de los órganos sexuales. |
| 4 | Angina | Debajo de la mandíbula, sobre la angina | Angina - Angina | Herpe (2) | V | Algodoncillo en la boca. |
| 5 | Angulo/Gonión | Angulo de la mandíbula | Angulo - Angulo | <i>Estafilococo fragilis</i> | B | Gengivitis. Mal olor bucal. Fragilidad capilar de las encías. |
| 6 | Ano | A los lados del pliegue intergluteo | Ano - Ano | Papiloma virus | V | Checar también próstata recto. Ningún cáncer puede solo ser producido por un virus. Se le atribuye cáncer intrauterino .Produce ojo de pescado en la planta del pie. |
| 7 | | | Ano -. Píloro | Levadura | H | |
| 8 | Apéndice | Entre pubis y cadera | Apéndice - Pleura | Estaphylococo aureus cuag. + | B | Pleuritis, apendicitis. Problemas laringe, traquea y pleura. Pericarditis, aritmias. |
| 9 | | | Apéndice - Timo | Ángeles | E | Inmunoincompetencia. Mejora función inmunológica. |
| 10 | | | Apéndice - lengua | Viruela | V | Asociada con una bacteria genera verrugas planas |
| 11 | Antecuern o | Atrás del polo | Antecuern o - antecuern o | <i>Aerobacter aerogenus</i> | B | Parece encefalitis |
| 12 | Aquiles | Tendón posterior entre pierna y talón(bilateral) | Aquiles - Aquiles | Shigellia | B | Manifestación intestinal. Trastornos digestivos. Transmite por hielos. Evitar deshidratación, distención abdominal del ombligo para abajo. |
| 13 | Área de Dolor | | Area Dolor- Riñón mismo lado | Temporal AD - R. + | T | Por trauma físico químico o psicológico. |
| 14 | Articulación | | Articulación - Riñón izq. | Traumatis mos | T | Artrosis crónica |
| 15 | Atlas | Nuca (bilateral) | Atlas - Atlas | Juana | E | Líbido sexual. Problemas de frigidez. |
| 16 | Auriculo ventricular | En el esternón izq. | Auriculo ventricular - riñón izq. | Taquicardia paroxística | F | |

| | | | | | | |
|----|-----------------------|---|--------------------------|------------------------------------|------|--|
| 17 | Axila | (bilateral) | Axila - Axila | Rabia | V | Sintomatología laringea. Otitis y sinusitis crónica. Asma. Problemas S.N.C. Manifiesta agresividad. Alteración en tiroides, paratiroides y parótida. Sinusitis crónica, Cistitis crónica, tirar cepillo de dientes |
| 19 | Bazo | Costilla 11 y 12 (arriba de cola de páncreas) | Bazo - Bazo | <i>Yersinia Pestis</i> | B | Tos continua. Genralemnte sin expectoración. Flujo vaginal. Hombres azoospermia. |
| 20 | | | Bazo - Bazo | Disfunción del Bazo | D.G. | Altera factores anguineos. |
| 21 | | | Bazo - Duodeno | Leucemia | F | Verdadera Leucemia. Trastormnos de la médula. 90% consecuencia de Brucelosis. Destruye médula que empieza a generar glóbulos blancos. Problemas pulmonares. Anemias. |
| 22 | | | Bazo - Hígado | <i>Brusella</i> o Fiebre de Malta | B | Hepatitis I. Falsa Leucemia. Brucelosis o Fiebre de Malta. El Bazo transforma las plaquetas en deterioro en glóbulos blancos. Puede dar imagen de hepatitis. Transmitido por lacteos. |
| 23 | | | Bazo - Punta de Páncreas | Verruga Común | V | |
| 24 | Braquial | En el plegue del codo | Braquial - Braquial | <i>Estreptococo A</i> | B | Persona a persona. Manifestación cutanea. Cuando se asocia con estreptococo G(vejiga-Vej.) da psoriasis. Cuando se instala en el Cardias problemas cardíacos. |
| 25 | Bulbo Raquídeo | En la nuca | Bulbo - Cerebelo | New Castle | V | Gripe aviaria. Puede provocar parálisis de los músculos de ventilación. Ataxia cerebelosa. Marcha torpe o tambaleante. Problemas de equilibrio. Conducta agresiva. Transmitida por aves. |
| 26 | | | Bulbo - Pineal | Guillén Barré | V | Diferentes Virus. Mareo, fatiga, parálisis y debilidad en miembros y músculos respiratorios. Muy contagioso. |
| 27 | | Poner imán en medio de la manzana | Bulbo - Tiroides | Meningitis | V | Pruce muerte por insuficiencia ventilatoria. Bulbo no envía mensajes para activar músculos ventilatorios |
| 28 | | | Bulbo - Vejiga | Dengue hemorrágico | V | Secretan grandes cantidades de mucoproteinas. Al impactar el par es posible que vomiten. |
| 29 | Bursa | | Bursa - Bursa | <i>Actimomicas</i> | B | Bursitis del hombro Afecta miembros superiores. Significa miedo. |
| 30 | Cadera | Costado del cuerpo (bilateral) | Cadera Cadera | Clamidya neumoniae | B | Impacta pulmón. Simula neumanía. Afecta coagulación. Produce sangrado. Puede confundirse con TBC. En mujer flujo vaginal y sangrado. Asociado con Pseudomona y Yersinia, falso cancer. |

| | | | | | | |
|----|----------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|------|--|
| 31 | Calcaneo | Talón (bilateral) | Calcáneo - Calcáneo | <i>Ricketisia.</i> | B | Dolor lumbar. Fatiga miembros inferiores. Junto con Muñeca prodece Alzheimer. Debilidad muscular y articulaciones. Se transmite por pulga de perro o gato. Alzheimer si se asocia con muñeca-muñeca. |
| 32 | Cáliz renal | | Cáliz renal - Uretero mismo lado | Herpes V | V | Vías urinarias. Manifestaciones pélvicas |
| 33 | Canto | Canto externo del ojo | Canto - Canto | Aspergillus | H | Puede generar Glaucoma. Combinados con otros puede dar enfermedades oftálmicas peligrosas. Micosis de cuero cabelludo. |
| 34 | Cápsula renal | Sobre el punto del riñón | Cáps. - Renal.- Cáps.Renal | <i>Proteus Mirabillis</i> | B | Verdadero Lupus eritematoso sistémico. Alteraciones renales. Cápsula crece y oprime los riñones. Pigmentación en la cara en forma de mariposa. |
| 35 | Cápsula Renal | Grasa que cubre los riñones. Sobre punto riñón | Cápsula Renal - Riñón | Alex | R | Reserv VII |
| 36 | Cardias | Extremo inferior del esternón | Cardias - Suprarrenales | <i>Estreptococo B</i> | B | Muy agresivo .Escarlatina. Esófago de Barret (várices esofágicas). Fiebre reumática. Dolor Articular. |
| 37 | Carina | Entre el pezón y el esternón (bilateral) | Carina - Carina | Aftosa virus | V | Fiebre Aftosa. Aftas en la boca. Muy común. Trasmitada por lacteos. Síntomas traqueales y bronquiales. |
| 38 | Carótida | A los lados de la manzana de Adán. Sobre clavícula hacia centro. | Carótida - Carótida | Miramar | E | Hipertensión arterial |
| 40 | Cava | Entre las escápulas. Se checa dorsalmente lado der. altura del corazón | Cava - Cava | Trycophyto | H | Pie de atleta. Dolor de espalda. Dermoprada se usa para desinflamar. Tuja 30. Tiña corporal y cabeza. Mal olor de pies. |
| 41 | Cerebelo | Sobre el bulbo | Cerebelo - Bulbo | New Castle virus | V | |
| 42 | Cervicales | | Cervical-Deltoides | Valantidium tifo | P | Crea una membrana que cubre las paredes bronquiales causando insuficiencia respiratoria, retención de líquido, inflamación (edema). |
| 43 | | | Cervicales - Sacro | Disfunción Parasimpática | D.G. | Disfunción del sistema nervioso simpático. Mala circulación, sudoración, palpitaciones, colon irritable. |
| 44 | | | Cervicales - Supraespino | Valantidium tifo | B | Crea una membrana que cubre las paredes bronquiales causando insuficiencia respiratoria, retención de líquido, inflamación (edema). |
| 45 | | | Cérvico - dorsal | Pasciano | E | Dolor de codo. Tennis Elbow |

| | | | | | | |
|----|--------------------------|---|---------------------------|--|---|--|
| 46 | | | 1a. Cervical - piloro | Plasmodium falsiparum | P | Puede invadir los glóbulos rojos. Tipo de paludismo |
| 47 | Nervio Ciático | Pierna posterior, entre hueso popíteo e isquión (bilateral) | Ciático - Ciático | Poliomielitis | V | Afecta médula y produce atrofia. Revisar ciático en toda su longitud. Alteraciones nerviosas. Puede ser unilateral. Parálisis. |
| 48 | Ciego | Arriba de apéndice | Ciego - Ciego | Triconom a | V | Hay que encontrar bacteria. Incl. no patógena. |
| 49 | | | Ciego- Riñón Derecho | Klepsiella Pneumoniae | V | Sangrados, colitis, mala digestión |
| 50 | Clítoris | | Clítoris - Clítoris | <i>Espiroqueta E</i> | B | Irritación rectal, sangrado. Trastornos pélvicos. |
| 51 | | | Clítoris - Sacro | <i>Espiroqueta E</i> | B | Irritación rectal, sangrado. Trastornos pélvicos. |
| 52 | Codo | Sobre el codo bilateral | Codo - Codo | Castañeda | P | Detiene algunas disfunciones oculares. Cataratas. Aplicarlo después de quitar micosis. |
| 53 | Cola de Páncreas | más a la izquierda (sobre el costado) | Cola de Páncreas - Hígado | Costridium Botulium | P | Genera toxina altamente venenosa para el organismo. Puede generar metástasis en procesos cancerosos. Por encurtidos y enlatados. Problemas intestinales, dolor muscular, cólicos y gases. |
| 54 | Colon ascendente | Un poco más interno que el duodeno. | Colon asc. - Colon desc. | Herpes 1 Zóster | V | Faja de la reina. Ulceraciones en espacios intercostales |
| 55 | | | Colon asc. - Riñón dere. | <i>Klepsiella Pneumoniae</i> | B | Sangrados, colitis, mala digestión. Hemophilus Influenza |
| 56 | Colon descendente | Lado izquierdo debajo del cinturón. | Colon desc - Colon desc. | Enterobacter cloacae | V | Problemas digestivos, gases, mala absorción, detiene el colón y desplaza al otro lado del abdomen. Sangrado rectal hemorroides. Transmisión por animales. Estos no padecen (producen Vit. C-acidosis, no tiene conciencia patológica-miedo). Se ayuda con Bismuto. |
| 57 | | | Colon desc - Hígado | <i>Pasteurella Hepatitis A</i> | B | Pasteurela. Ictericia (piel y ojos amarillentos), debilidad, falta de apetito, dolor muscular. |
| 58 | | | Colon desc - Riñón izq. | <i>Pasteurella</i> | B | |
| 59 | | | Colon desc. - Recto | Olazo | E | Obstrucción intestinal. Despolarizar para remediar. G196 |
| 60 | Colon transverso | Debajo del ombligo | Colon transv. - Vejiga | <i>Vibriocholerae</i> | B | Peligroso. Se neutraliza pero síntomas pueden seguir por algún tiempo. Dolor estómago, diarrea, dolor cabeza. Cistitis (cambiar la polaridad) Veratrum Alb. |
| 61 | Comisura | Comisuras de la boca bilateral | Comisura - Comisura | Herpes IV | V | Fuegos en la boca. |

| | | | | | | |
|----|-----------------------------|---|---|----------------------------------|---|---|
| 62 | Condral | Catilago que une costillas flotantes | Condral - Condral | Pneumosis Carini | B | Se manifiesta en pulmones. Tos crónica, flemas bronquitis crónica. Micosis en manos. |
| 63 | Conducto de Vesícula | | Conducto de Vesícula - Riñón derecho | <i>Espiroqueta</i> | B | Producen falsa diabetes. Desactivan la producción de insulina. Se debe recorrer todo el conducto para descartar que está infectado. |
| 64 | Conducto de Pancreas | | Conducto Pancreas- Riñón izq. | <i>Espiroqueta</i> | B | Producen falsa diabetes. Transmitida por piquetes de animales, garrapatas, ácaros |
| 65 | Cola de caballo | Pelvis por atrás | Cola de caballo - Cola de Caballo | Herpes | V | |
| 66 | Contraciego | sobre la ingle (lado izquierdo) | Contraciego - Contraciego | <i>Bordetella Pertusis</i> | B | Moco y flema en el tubo digestivo Gases. Principal causa de la necrosis de cabeza de fémur y de gran parte de las enfermedades vasculares de las extremidades inferiores.(Várices). En la mujer flujo vaginal. Diarrea. |
| 67 | Coronarias | En el corazón lado iz. | Coronaria(a delante) - Pulmón(atrás) | <i>Estreptococo A</i> | B | Obstrucción coronaria |
| 68 | Costal | En los costados a la altura del pezón | Costal - Costal | <i>Proteus Mirabillis</i> | B | Manifestación pleural, pulmonar y diafragmático. Puede producir derrame pleural. |
| 69 | | | Costal - hígado | <i>Borrelia Hepatitis F</i> | B | Espiroqueta del género Borrelia. Diarrea crónica. Transmitida por piquete de garrapata. |
| 70 | Costilla 1a | | Costilla 1a - Costilla 1a | <i>Trycophyto</i> | B | Pie de atleta. Dermoprada se usa para desinflamar. Tuja 30. Omicosis en las uñas.Mal olor de pies. |
| 71 | Costo hepático | | Costo Hepático- Costo Hepatico | <i>Borellia</i> | B | Displacias. Crecimiento de algún órgano. Megacólon, elefantiasis. Destruye tejidos conforme avanza. |
| 72 | Costodiafragmático | Lado izq. Debajo costillas. (contralateral al perihepático) | Costodiafragmático - Costodiafragmático | Trepanozoma Cruzi | H | Mal deChagas. Transmitido por pulga o mosca panteonera. Pulmón insuficiencia ventilatoria. En el corazón insuf. cardíaca. En el páncreas diabetes falsa. |
| 73 | Coxis | Parte final de la columna vertebral | Cóxis - Cóxis Vertical | Rotavirus | B | Ataca y mata las células epiteliales del intestino delgado impidiendo la absorción de alimentos. Trastornos pélvicos: digestivos, renales, sexuales, etc. |
| 74 | Craneal | A la mitad de la nariz (va un poco inclinado) | Craneal - Craneal | <i>Bacilo Antrax</i> | B | Pólipos nasales. Otitis, laringitis, conjuntivitis. Mala visión. Fotofobia. Moco, quistes tumor hipofisiario. |
| 75 | Cresta iliaca | Atrás sobre el hueso iliaco | Cresta iliaca - cresta iliaca | <i>Trepanozoma Ganbi</i> | B | Trasmitido por animales. Principal causa de parálisis en los caballos. |

| | | | | | | |
|----|-------------------|---|------------------------------|--|----|--|
| 76 | Cuadrado | A los costados de la columna, en la espalda | Cuadrado - Cuadrado | Treponem a palidum | B | Sífilis. Se confunde con falsa artritis, causando reumatismo articular falso. Dolores dorso- lumbares. Asociado con deltoides produce espondilitis anquilosante. |
| 77 | Cuadriceps | Parte anterior del muslo | Cuadriceps - Cuadriceps | Magda | B | Generalmente Izq. - Dere. +. Regula dislexia. Intoxicación por bismuto. Insecticidas. Dolor de cintura cadera y pélvis. Simula reumatismos. Ingesta de verduras. |
| 78 | Cúbito | Entre el codo y la muñeca, lado del meñique (bilateral) | Cúbito - Cúbito | Herpe 3 | B | Mucosas de nariz, oído y ojo. Afecta internamente las mucosas. |
| 79 | Cuello | Costado del cuello. Altura 2a dorsal. | Cuello - Cuello | Blastocistis hominis | P | Principal causante de convulsiones. Dermatitis |
| 80 | Dedo gordo | Punta del dedo | dedo gordo/dedo gordo | <i>Rickettsia</i> | B | Pie de atleta, uñas enterradas |
| 81 | Deltoides | Músculo del hombro | Deltoides - Deltoides | Sífilis por Treponem a Palidum | B | Se confunde con falsa artritis, causando reumatismo articular falso. Dolores dorso- lumbares. Asociado con cuadrado - cuadrado, produce espondilitis anquilosante, anemia, anomalía de la sangre |
| 82 | | | Deltoides - Riñón mismo lado | Leismania | P | Manifestaciones cutáneas |
| 83 | | | Deltoides- cervical | Balantidium Tifo | P | Crea una membrana que cubre las paredes bronquiales causando insuficiencia respiratoria, retención de líquido, inflamación (edema). |
| 84 | Diafragma | Debajo de los pezones (bilateral) | | Cándida Albicans | H | Candidiasis. Algodoncillo. Aplicar Istatina. |
| 85 | | | Diafragma - Riñón mismo lado | <i>Brusela Abortus</i> | B | Produce aborto porque inflama la cavidad pélvica. En el hombre produce otros trastornos. |
| 86 | Dorsal 2 | | Dorsal 2 - Dorsal 2 | <i>Legionela</i> | B | Aires acondicionados fuentes. Afecta bronquios y pulmones. Médula se confunde con esclerosis múltiple. |
| 87 | Dorso | Altura del brassiere. | Dorso - Lumbar | <i>Meningococo B</i> | B | Se ubica en el conducto medular. Espina bífida. Vía de entrada del cisticercos al cerebro. Si se asocia con gonococo produce artritis reumatoide deformante. |
| 88 | Duodeno | Debajo del píloro, altura del cinturón | Duodeno - Bazo | Leucemia | | Se confunde con brucelosis. |
| 89 | | | Duodeno - Duodeno | Disfunción Duodenal | DG | Cólon irritable. Colitis nerviosa. En duodeno se fermenta comida. |

| | | | | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----|--|
| 90 | | | Duodeno - Riñón derecho | Diabetes Mellitus | C | Diabetes verdadera, la única causada por la deficiencia del páncreas en la producción de la hormona insulina que es la que controla el paso de la glucosa a las células. |
| 91 | | | Duodeno - Riñón Izq. | Clamidia tracomatis | B. | Infertilidad. Afecta el sistema de coagulación de la sangre produciendo inflamaciones genitales, conjuntivales, intestinales, respiratorias. Además puede causar: uretritis, epidermitis, proctitis, conjuntivitis, cervicitis, endometritis, perihepatitis. Carnosidad delante del ojo (pterigiones) cuando se relaciona con enterovirus. |
| 92 | Esternocleidomastoideo | Debajo Mastoideo | E.C.M. - E.C.M. | Disfunción parasimpática | DG | Disfunción del sistema nervioso simpático. Mala circulación, sudoración, palpitaciones, colon irritable. |
| 93 | Epiplón | Ambos lados del ombligo. | Epiplón - Epiplón | <i>Estafilococo Albus</i> | B | Causante del acné vulgar Puede aparentar una falsa diabetes. No hay producción de insulina por quedar atrapado el páncreas entre dos polos. Checar glucosa y dosificar insulina. |
| 94 | Escápula | Centro del homóplato (bilateral) | Escápula - Escápula | Microbacterium Leprae | B. | Lepra. Es muy agresivo, ataca la piel produciendo desfiguraciones y al sistema nervioso causando atrofia en extremidades, pérdida de los dedos, y ceguera si llega a atacar al ojo. Produce una toxina (lisosima) que produce trastornos a nivel sistémico. Dedos de tambor. Cuando existe un fenómeno tumoral y coincide con esta bacteria es canceroso. Provoca formación de cálculos renales y vesiculares. |
| 95 | Esófago | Al lado de la tráquea, lado derecho. | Esófago - Esófago | Fasiolopsis buski | P | Fasciola Hepática. Ictericia. Produce cadaverina, toxina que puede causar convulsiones. Problemas traqueal, digestivo cardíaco. Obstruye flujo normal del hígado. Hiporexia. |
| 96 | | | Esófago - Vejiga izq. | <i>Hitoplasm a Caps.</i> | H | Trastornos tanto de vejiga como digestivos. |
| 97 | Esternón | | Esternón - Suprarenales | Lucio | E | Poliglobulia. Exceso de glóbulos rojos en la sangre. |
| 98 | Estómago | Debajo del esternón | Estómago - Píloro | <i>Clostridium Perfringens</i> | B | Problemas digestivos. |
| 99 | | | Estómago - Suprarenales | Sarampión, Dermatitis atópica | V | En el niño pasajero. En adultos se manifiesta con sangrado de tubo digestivo alto. Puede dar úlceras. |
| 100 | | | Estómago - Estómago | Disf. Estómago | DG | Cólicos estomacales. Mala digestión. Eructos. Gastritis boca del estómago. |

| | | | | | | |
|---------|------------------------|---|------------------------------|--|----|--|
| 10 1 | Femur | | Femur - femur | | | Micosis. RESERVORIO DE HONGOS. Impactar además codo - codo. |
| 10 2 | Flanco | Debajo de la última costilla | Flanco - Flanco | <i>Yersinia Intestinalis</i> | B. | Problemas tubo digestivo. |
| 10 3 | Gluteo | Nalga, checar varios puntos | Glúteo - Glúteo | Parásitos intestinales | P | Cubrir todo el gluteo |
| 10 4 | | | Glúteo - Píloro | <i>Vellonella</i> | B | Trastornos digestivos. |
| 10 5 | | | Hiato - Esófago | Enterobacter Neumania e | B | Problemas pulmonares. Neumonitis. Halitosis. |
| 10 6 | Hiato esofágico | Debajo del punto del esófago | Hiato - testículo derecho | <i>Helicobacter pilori</i> | B | Hiperacidez. Causante de úlceras gástricas . Análisis clínicos llegan a confundirlos con otras bacterias. La hernia hiliatal es gralmente. por la afección de una bacteria. Eliminando esta desaparecen los síntomas. Altera producción de espermas en el testículo. |
| 10 7 | | | Hiato - lengua | Triquinella spirallis. Triquinosis | P | Por ingestión de carne de cerdo mal cocida. Embutidos y salchichas. |
| 10 8 | Hígado | Debajo de la caja torácica, lado derecho, probar varios puntos. | Hígado - Cola de Páncreas | Enterobacter Numoniae | B | Problemas pulmonares. Neumonitis. Halitosis. |
| 10 9 | | | Hígado - riñón der. | Cirrosis hepática | | |
| | | | Descendente - Hígado | Hepatitis A <i>Pasteurella</i> | B | Ictericia (piel y ojos amarillentos). Debilidad, falta de apetito, dolor muscular. |
| 11 0 | | | Pleura derecha - Hígado | Hepatitis B | V | Única viral de ADN |
| 11 1 | | | Hígado - Hígado | Hepatitis C | T | Toxina. Se desconocen virus. Es por intoxicación del Hígado por ingesta de grasas y aceites crudos. Chocolates corrientes tamales, margarina. También por muchas medicinas alopáticas |
| 11 2 | | | Duodeno - Hígado | Hepatitis D <i>Chlamidia tracomatis</i> | B | Produce infecciones urogenitales, linfogranuloma venereo, produce esterilidad en la mujer. |
| 11 3 | | | Cólon ascendente - Hígado | Hepatitis E <i>Klepsiella</i> | B | Neumonías en personas debilitadas. |
| 11 4 | | | Costal - hígado | Hepatitis F <i>Borrelia</i> | B | Diarrea crónica. Enfermedad de Lyme, transmitida por garrapatas. Lesión cutánea de forma anular, |

| | | | | | | |
|-----|--------------------|---|--|---|------|---|
| 115 | | | Cólon transversal - Hígado | Hepatitis G <i>Vibrio colerae</i> | B | Se contrae por ingesta de alimentos o agua contaminados. Produce diarrea y deshidratación. |
| 116 | | | Cola de páncreas - Hígado | Hepatitis H <i>Clostridium botulinum</i> | B | Por ingestión de la bacteria que se encuentra en conservas. Interrumpe el impulso nervioso |
| 117 | | | Bazo - Hígado | Hepatitis I <i>Brucella</i> | B | Se adquiere en los productos lácteos. Nódulos en el bazo, ganglios y venas. |
| 118 | | | Píloro - Hígado | Hepatitis J Enterobias | P | Oxiuros |
| 119 | | | Cabeza de páncreas - hígado | Hepatitis K <i>Estafilococo aureus (-)</i> | B | |
| 120 | | | Esternón - Suprarenales | Hepatitis L Lucio Escherichia coli | E | Poliglobulia |
| 121 | | | Hígado - Riñón derecho | Cirrosis hepática | C | Diferentes orígenes (amiba, alcohol, trauma, toxina) Se confunde con enfermedad perihepática. |
| 122 | | | Hígado - Riñón izq. | Ameba hepática | P | Abseso hepático por ameba que pasa del píloro al hígado. |
| 123 | Hipofisis | En medio de la frente | Sistema sensorial supratentorial - hipofisis | | | Depresión Aguda (avena c/papas) |
| 124 | Hipófisis | Centro de la frente | Hipófisis - Ovario | Cármén | DG | Disfunción ovárica. Puede producir amenorrea. |
| 125 | | | Hipófisis - Bulbo | Diabetes insípida | C | Sed intensa, poliuria. Hiperglucemia severa. |
| 126 | | | Hipófisis - Hipófisis | Disf. Glándular | D.G. | La Hipófisis dirige la función de las demás glándulas. Galactorrea. |
| 127 | | | Hipófisis - Vejiga | Dengue | V | Dengue común. Dolor articulaciones. Como gripa con moco. |
| 128 | Húmero | Entre el codo y el hombro -triceps | Húmero - Húmero | <i>Enterobacter Neumonía</i> | B | Neumonitis, halitosis otitis, laringitis. (Vías aéreas superiores) |
| 129 | Iliaco | Parte superior de la cadera en la espalda | Iliaco - Iliaco | Elena | E | Maneja el movimiento peristáltico del intestino. Disfunción tubo digestivo. Estreñimiento. Sobrepeso por mala digestión y captación en los tejidos. |
| 130 | Índice | Dedo índice bilateral | Índice - Índice | <i>Escherichia Coli</i> | B | No es patógena |
| 131 | Infraaxilar | | Infraaxilar - Infraaxilar | Pleuritis Viral | V | Dolor torácico intenso agravado por tos y la inspiración |
| 132 | Interciliar | Entre la cejas | Interciliar - Bulbo Raquídeo | David | E | Se regula el carácter. Exceso de timidez. Carácter fuerte. |

| | | | | | | |
|-----|----------------------------|--|---|------------------------------------|---|---|
| 133 | Interiliaco | Entre cejas | Interiliaco - Sacro | Congreso | R | Reserv. Parásitos. |
| 134 | Isquiión | Debajo de la nalga | Isquiión - Isquiión | Oncocercosis | P | Triquina. Carnes no cocidas. |
| 135 | Lacrimonal | En el punto más alto de la nariz | Lacrimonal - Lacrimonal | <i>Hemophilus influenza</i> | B | Rinitis, laringitis. Produce hemorragia nasal. Hemophilus Influenza |
| 136 | Laringe | arriba y abajo de la tiroides. | Laringe - Laringe | Bacilo Pertusis | B | Tos crónica. Tosferina. |
| 137 | Latisimo | Punta del hueso de la escápula | Latisimo - latisimo | <i>Yersinia Pneumoniae</i> | B | Problemas pulmonares. Neumonitis. Halitosis. |
| 138 | Lengua | Desde la comisura bucal, casi al oído. | Lengua - Lengua | Sarna o Escabiasis | P | Acaro. Escabiasis o Sarna. Se manifiesta con problemas en la piel causando ampollas y picazón. Dermatitis. Alopecia areata. (Cae pelo en mechones) Si se asocia con otro par puede producir falso cáncer en la boca o laringe. Se trasmite por el pelo de animales. |
| 139 | Ligamento hepático | Al lado y abajo de la vesícula biliar. | Ligamento hepático - Riñón derecho | Adenovirus | V | Fiebre, distensión de abdomen. Afecta adenoides y ganglios. Se confunde con catarro común con inflamación de ganglios |
| 140 | 4a. Lumbar | 4a. Vértebra lumbar | 4a. Lumbar - 4a. Lumbar | <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | B | Gonococo, checar Mandíbula |
| 141 | Lóbulo Post. Hígado | | Lóbulo posterior del hígado/ riñón der. | Intoxicación por metales | | Fatiga, irritabilidad, totalmente acabado. Envenenamiento por metales, cianuro y cereales de caja, Teflón |
| 142 | Lunar | Cualquier lunar | Lunar - riñón mismo lado | Hanta | V | Causa cancer en los lunares |
| 143 | Malar | Sobre el pómulo | Malar - Malar | Enterovirus | V | Enteritis. Diarrea acuosa. Dolor de cabeza Se confunde con VIH. |
| 148 | Mandíbula | Debajo del mentón | Mandíbula - Mandíbula | <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> | B | Puede producir gingivitis, piorrea.(sangrado dientes). Cuando se asocia con meningococo puede producir verdadera artritis reumatoide. Rastrear ambos lados. Despolarizar en punta barba. |
| 149 | Mango | Esternón | Mango - Mango | Coxsackie | V | De cada lado del esternón. Laringe, nariz y vías aereas. |
| 150 | Mastoides | Debajo del lóbulo de la oreja | Mastoides - Mastoides | Filaria | P | Sus toxinas pueden producir crisis convulsivas. Si pasa al cerebro o los ojos puede ser peligrosa causando tumores intracraneales. Por picadura de mosco. |
| 151 | Mediastino | Arriba y debajo del timo | Mediastino - Mediastino | <i>Proteus Mirabilis</i> | B | Síntomas laringeos, pulmonares y bronquiales. Por cercanía al Timo puede dar inmunodeficiencia falsa. |
| 152 | Muñeca | | Muñeca - Muñeca | <i>Rickettsia</i> | B | Dolor cuello y brazos. Junto con el par calcaneo produce Alzheimer. |
| 153 | Muñón | | Muñón . Muñón | Guadalupe | R | Reserv.Universal. Cicatrices tanto internas como externas. |

| | | | | | | |
|-----|---------------------------|--|-----------------------------------|--|------|--|
| 154 | Nariz | | Nariz - Nariz | Toxoides | | Rinitis alérgicas. Dolor de cabeza, mareo, diarrea. La mucosa sigue produciendo moco aunque no haya exitante. Se confunde con vih. Infecciones crónicas que simulan enfermedades. |
| 155 | | | Nerv. Ingui.dere. - Hígado | Roseola | V | Manchas rojizas. Puede dar sintomatología hepática. Gralmente. Nerv. Ing. Dere. |
| 156 | | | Nerv.ingui.dere.- Articulacion | Reumatis mo Mono articular | C | Monoarticular. No Viral o Bacterial. .Art. - N.I. +. Reumatismo no infeccioso. |
| 157 | Nervio Femoral | Cerca del Poplíteo | Nervio femoral - nervio femoral | Herpe VI | V | Alergias en las entrepiernas, comezón. Bilateral |
| 158 | Nervio Inguinal | Arriba de la ingle | Nervio inguinal - Nervio inguinal | VIH 3 | V | Problemas uretrales. Dolores de espalda baja. |
| 159 | | | Nervio inguinal - hígado | Roseola | V | Enfermedad benigna. Erupción poliforma. Incubación 2 a 3 semanas. Fiebre, tos, faringitis, conjuntivitis. |
| 160 | Nervio vago | | Nervio vago/riñón | Benavides | E | |
| 161 | Oído | Sobre el canal auditivo | Oído - Oído | Toxoplasma Gondii. | P | Vida muy larga. Se transmite por animales. Heces de gato. Llega a destruir estructuras del oído. Ojo para embarazo. |
| 162 | Ojo | Sobre el ojo | Ojo - Ojo | Citomegalovirus | V | Esclerosis múltiple o lateral.Cuando hay lesión medular no se puede regenerar. Debilidad muscular, parálisis. Falsas esclerosis cuando alguna bacteria oporime médula. |
| 163 | Omblico | Vertical, abajo - | Omblico - omblico | Para coágulos | | Con esternón/suprarrenales, trombo, émbolo, coágulo |
| 164 | Oreja | Sobre el cartílago auricular, arco | Oreja - Oreja | Leni | E | Intoxicación. Mejora función de los 12 pares craneales. Olfatorio, oftálmico, motorocular, córnea, trigémico, patético, motorocular externo, facial, auditivo, intermediario de reinberg, glosofaríngeo, vago, hipogloso mayor y espinal. Tics nerviosos. Paralisis facial, neuralgia del trigémico. |
| 165 | Ovario | Al lado del útero | Ovario - Ovario | Disfunción ovárica | D.G. | Es natural o secundaria a un proceso inflamatorio. |
| 166 | | | Ovario - Utero | Durán | E | Embarazo. <u>No despolarizar</u> . Si marca útero se checa con polo + |
| 167 | Palma | Palma de la mano bilateral | Palma - Palma | Plasmodium Vivex | P | Paludismo o malaria. |
| 168 | Cuerpo de Páncreas | sección superior e izquierda del abdomen | Páncreas - Páncreas | Pancreatitis o Ramsés | E | Se produce por toxinas, o metales (mercurio, plomo) que genera un estado psicótico con conductas atípicas afectando el S.N.C. Se asocia con Faciola hepática. Hipocalcemia. Dar Potasio |

| | | | | | | |
|-----|---------------------------|---|---|---|------|---|
| 169 | Cabeza de Páncreas | Abajo y a la izquierda del estómago | Páncreas (cabeza) - Suprarrenales | <i>Estafilococo Dorado cuagulasa (-)</i> | B | Reflujo gastroesofágico. Cáncer de cabeza de páncreas. Puede dar falsa diabetes. Halitosis. |
| 170 | Paratiroides | Debajo del oído a la al lado de la tiroides | Paratiroides - paratiroides | Disfunción glandular | D.G. | Regula el calcio. (Síndrome Hipocalcemia) Osteoporosis. Este es arrastrado por las vitaminas liposolubles(A;D;F) al torrente sanguíneo. La calcitonina producida por la PT la lleva a lo huesos. Cuando no funciona no hay fijación en estos. |
| 171 | | | Parietal - parietal | Encefalitis viral | V | Moquillo. Enfermedad del sueño o fiebre cerebral. Desquicio. Secreción de mucosa y lágrimas. Transmisión por animales u otro infectado. |
| 172 | Paravertebral | Vertical en la vértebra | Paravertebral - paravertebral | Loja | E | Radiculopatías |
| 173 | Parietal | | Parietal - Riñón contra lateral | Goiz | E | El riñón es el único órgano que se puede alterar sin patología. Deja de funcionar correctamente por estar polarizado. El riñón siempre + el Parietal -.La gente puede traer un hemicuerpo más corto, que se debe corregir. |
| 174 | | | Parietal(bral .Izq.) - Cólón transv. | Entomaebia histolítica | P | Muy agresiva. Infiltra cerebro Quiste amebiático. |
| 175 | Parótida | Al lado del punto de la mandíbula | Parótida - Parótida | Lolita | E | Disfunción de la parótida que produce parotina que a su vez evita la producción de insulina, tiroxina, calcitonina. Baja en hormonas. Páperas. |
| 176 | | | Parótida - Parótida y Pudendo - pudendo | Parotiditis | F | Tumefacción dolorosa de las glándulas salivales, especialmente las parótidas. A veces, por alteraciones de los testículos o del sistema nervioso. Resequedad extrema de las mucosas. |
| 177 | Párpado | Párpado arriba del ojo | Párpado - Párpado | <i>Neisseria catarralis</i> | B | Catarro común. Si se combina con gonorrea, gingivitis y otitis, se confunde con sinusitis. |
| 178 | Pericardio | Un poco a la izquierda del cardias | Pericardio - Pericardio | Estafilococo Aureus ouagulasa (+) | B | Pericarditis. Manifestación inicial en la garganta. Arritmia y patología cardíaca. |
| 179 | Perihepático | Borde inferior del hígado. | Perihepático - perihepático | <i>Morganella tifo</i> | B | Transmitido por carne mal cocida y mariscos. Trastornos hepáticos y digestivos. Diarrea, anorexia. |
| 180 | Peritoneo | Membrana cubre intestinos | Peritoneo - Pleura | Moisés | R | Reservorio de Bacterias. Acumula proteínas, azúcares, agua. |
| 181 | Píloro | | Píloro - Hígado | Oxiuro Enterobius versiculari | P | Enterobios vermiculares. Buscar la bacteria. Complementar con herbolaria u homeopatía. |

| | | | | | | |
|-----|-----------------------|---|---------------------------------|---|------|--|
| | | | | s | | |
| 182 | | Debajo de la vesícula. Arriba y derecha del ombligo | Píloro - Píloro | Disfunción | D.G. | P. controla el paso de los alimentos al intestino. Si no funciona no hay control. |
| 183 | | | Píloro - Riñón Izquierdo | Amebiasis intestinal | P | Sabor en la boca a vómito o metal. |
| 184 | | | Píloro - Uretero | Miselio Intestinal | H | Altamente patógeno. Explosivo. Diarrea acuosa. |
| 185 | Pineal | Coronilla, punto más alto del cráneo | Pineal - Bulbo raquídeo | Guillan Barré o Polirradículo | V | Muy contagioso. Parálisis, debilidad de miembros respiratorios, mareo, fatiga. |
| 186 | | | Pineal - Pineal | Disfunción pineal | D.G. | Vitiligo o hiperqueratosis. Actúa en la pigmentación, sexualidad y las suprarrenales. Producción corticoides. Se lesiona por traumas. |
| 187 | | | Prepineal - vejiga | <i>Kriptococo</i> | B | Afecta el cerebro |
| 188 | Piso orbital | Abajo del ojo | Piso orbital - Piso orbital | Glaucoma, Reovirus | V | Trastornos nerviosos. Fotofobia. Glaucoma cuando hay micosis. Reo fiebre, faringitis, diarrea |
| 189 | Pleura | Del lado derecho a la altura del corazón a un costado | Pleura - Apéndice | <i>Estafilococo Aurus cuagulasa (+)</i> | B | Grave cuando se asocia con pericardio pericardio |
| 190 | Pleura | Costado abajo axila | Pleura - Peritoneo | Moisés | R | Reserv. Bacterias. Impactar y volver a rastrear. |
| 191 | | Se impacta del mismo lado los dos imanes | Pleura - Pleura | <i>Pseudomonas Auroginosa</i> | B | Muy común en los hospitales. Causantes de muerte súbita en los niños. Causante de metástasis cuando hay procesos tumorales cancerosos. |
| 192 | | Se impacta de los dos lados | Pleura - Pleura | Pleuritis | V | Rara. Simula una neumonía o bronquitis con fiebre. |
| 193 | | | Pleura derecha - Hígado | Hepatitis B | V | Única Hepatitis viral de ADN. Cambio cepillo. Chequeo familia. Cuando hay Sarcoma de Capotsi, no es VIH. |
| 194 | Plexo Cervical | Entre la clavícula y el cuello | Plexo Cervical - Plexo Cervical | <i>Streptococo Fecalis</i> | B | Se transmite por alimentos y vinos. Afecta extremidades superiores y cuello. Se introduce en el cordón medular y lesiona médula pudiendo causar cuadraplejía. Falsa esclerosis múltiple. |
| 195 | Plexo Lumbar | Lumbo - sacro, hueso pélvico | Plexo lumbar - plexo lumbar | <i>Enterococo</i> | B | Diarrea, puede haber sangrado rectal. Tubo digestivo |
| 196 | Polígono | Se ubica en el temporal atrás de sien | Polígono - Polígono | Orf | V | Virus de la viruela ovina. Nódulo de los ordeñadores |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------|---|
| 197 | Polo | En los cuernos de Moisés | Polo - Polo | Abraham | E | Equilibrio vertical. Dislexia. Tartamudeo. |
| 198 | Pómulo | Parte más gorda del cachete | Pómulo - Riñón contralateral | Plasmodium vivax | P | Paludismo, Malaria. Se rascan los dos pómulos. Fibrimialgia. |
| 199 | Popítleo | Hueco posterior detrás de la rodilla | Popítleo - Popítleo | <i>Neumococo</i> | B | Se manifiesta primero en tubo digestivo. Puede pasar a la cavidad pélvica o pulmonar ocasionando Neumonía o pulmonía. |
| 200 | Próstata | Entre el sexo y el ano | Próstata - Próstata | Disfunción | D.G. | Disfunción de la Próstata |
| 201 | | | Próstata - Recto | Papiloma virus | V | Produce condiloma y verúgas en vagina y pene. Ningún virus puede generar cáncer. Asociado con Leprae produce mioma y quistes. |
| 202 | Pudendo | Piegue inguinal | Pudendo - Pudendo | Parotiditis o Paperas | V | Afecta testículos. Puede alterar irreversiblemente la producción de semen en los niños. Asociado con Parótida Parótida verdadero Síndrome de Schögen. |
| 203 | Punta de Páncreas | | Punta Páncreas - Bazo | Verruga común | V | |
| 204 | Quiasma | | Quiasma - Quiasma | Lucina | E | Regula el flujo linfático del organismo. |
| 205 | Radio | Entre codo y muñe-ca, lado del pulgar | Radio - Radio | Microsporium | H | Boca, oído, ojo ,nariz. Micosis. Después de quitar micosis, impactar codo - codo. |
| 206 | Rama Izquierdo | | Rama Izquierdo - Rama Izquierdo | <i>Estreptococo C</i> | B | Transmite huevo crudo. Tubo y órganos digestivos. |
| 207 | Rama mandíbula | Debajo de la sien, sobre la mandíbula | Rama mandíbula - bilateral | <i>Estafilococo Epidermis</i> | B | Problemas de piel, junto con perirenal/perirenal |
| 208 | Recto | Abajo del coxis | Recto - Recto | <i>Pseudomonas Aureoginosa</i> | B | Causa metastasis. |
| 209 | | | Recto - Timo | VIH 1 (SIDA) | V | Polaridad invertida no es SIDA. Escherichia coli en el timo y viron de ADN en el recto. Asociada con un parásito destruye el timo y no es curable. |
| 210 | Retrohepático | Parte trasera del hígado | retrohepático - retrohepático | Acaros | P | Por pelo de animales, fiebre terciaria, vómito, obstrucción laríngea |
| 211 | Riñón | | Riñón - cápsula renal mismo lado | Ale | R | Reservorio específicamente de VIH. Disfunción renal. |
| 212 | Riñón | Costillas falsas | Riñón - Deltoides | Leismania | P | Manifestaciones cutáneas |

| | | | | | | |
|---------|-------------------------|------------------------------|---|--|------|---|
| 21 3 | | | Riñón - Pómulo contralat. | Plasmodiu m vivex | P | Paludismo malaria. Gralmente pómulo izq. Fibromalgia(dolor articular) Se confunde con artritis o reumatismo. |
| 21 4 | | | Riñón - Riñón | Tétanos por Clostridiu m tetanie | B | Produce toxina que puede llevar a la muerte. Dolor lumbar. Hipertensión. Confusión mental, fiebre, catarro agudo, confusión mental. Piquetes o mordidas de animales venenosos. Dar Ledum Palustre. |
| 21 5 | | | Riñón - Sacro contralateral | Disfunció n intestinal | D.G. | Ruidos intestinales, gases, flatulaciones. |
| 21 6 | | | Riñón - Temporal contralat. | Goiz | E | |
| 21 7 | | | Riñón - Uretero(mis mo lado) | Machín | E | Cólico menstrual o cólico o cálculo nefrítico. Herpe 4 |
| 21 8 | | | Riñón der. - Conducto de vesícula | <i>Espiroque ta</i> | B | Producen falsa diabetes. Desactivan la producción de insulina. Se debe recorrer todo el conducto para descartar que está infectado. |
| 21 9 | | | Riñón der. - Duodeno | Diabetes Mellitus | C | Verdadera Diabetes. No hay producción de insulina. Se debe inyectar. Menos del 1% de las diabetes detectadas. Pueden ser genéticas. Las falsas son curables. |
| 22 0 | | | Riñón der. - Hígado | Cirrosis Hepática | C | Diferentes orígenes (amiba, alcohol, trauma, toxina) Se confunde con enfermedad perihepática. Cirrosis hepática falsa es Morganella. |
| 22 1 | | | Riñón der. - vesícula | Catarro Común | V | Causado por una gran variedad de virus o bacterias qu+G204e se aloja+G197n en las vías respiratorias. |
| 22 2 | | | Riñón Izq. - Conducto de Páncreas | <i>Espiroque ta</i> | B | Producen falsa diabetes. Desactivan la producción de insulina. Se debe recorrer todo el conducto para descartar que está infectado. |
| 22 3 | | | Riñón Izq. - Duodeno | Chlamydi a Trachomia tis | B | Infertilidad. Afecta el sistema de coagulación de la sangre produciendo inflamaciones genitales, conjuntivales, intestinales, respiratorias. Además puede causar: uretritis, epidermitis, proctitis, conjuntivitis, cervicitis, endometritis, perihepatitis. Carnosidad delante del ojo cuando se relaciona con enterovirus. |
| 22 4 | Saco femoral | Vena interna de la pierna | Saco de Douglas – Nervio femoral | Norkwar | V | Afecta toda la cavidad pélvica. Asociado con hongos o bacterias puede ser mortal. |

| | | | | | | |
|-----|----------------------------------|--|-----------------------------|---|---|---|
| 225 | Sacro | Entre las nalgas | Sacro - Sacro | <i>Proteus Mirabillis</i> | B | Infección, irritación y lesión de la cola de caballo. Inflamación de los órganos sexuales. Infertilidad problemas musculares en movimientos y articulaciones de miembros inferiores. |
| 226 | Seno auriculo-ventricular | | Seno A. V. - Riñón | Ana Alicia Arritmia | E | Taquicardia |
| 227 | Seno frontal | Arriba de la ceja | Seno frontal - Seno frontal | Sinusitis frontal | V | Infección y congestión de los senos paranasales puede deberse a diversas causas como son: infección en vías respiratorias altas, fractura de huesos, sistema inmunológico deprimido. |
| 228 | Seno nasal | Entre nariz y pómulo | Seno nasal - seno nasal | Sinusitis nasal | V | IDEM |
| 229 | Sien | Al lado del ojo | Sien - Sien | Isaac | E | Irrigación sanguínea cerebral y pulmonar. Efisema es la consecuencia de la asociación de este par con el microbacterium Leprae. Hipertensión. Dolor de cabeza, decaimiento. |
| 230 | Sigmoides | Izquierda y abajo del epiplón | Sigmoides - Recto | R-40 | V | Se transmite por vacunación antipolio. Puede producir trastornos digestivos y de los órganos sexuales. 80% de estudios de papiloma están equivocados. Se confunde. |
| 231 | Subclavia | Punto medio clavicular | Subclavia - Subclavia | Bacilo difterioide | B | Difteria. Manifestación laringotraqueal. Tos crónica. Edema generalizado. Inflama arterias. Producido por lacteos. |
| 232 | Supraciliar | Sobre el interciliar | Supraciliar - Bulbo | Vivian | E | Puede haber problemas psicológicos. Sofrológicos. Inconformidad consigo mismo. Es el área de la glándula de crecimiento. En los jóvenes puede inhibir este e inclusive generar enanismo. También existe alteración de PH. Aborto o embarazo no deseado. Si están mutilados, se sufre y se altera. |
| 233 | Supraespinal | Sobre el trapecio (bilateral) | Supraespinal - Supraespinal | Microbacterium tuberculosis | B | Tuberculosis. Bacilo de Koch. Produce cálculos renales y vesiculares. En algunas ocasiones es el factor de malignidad en caso de presentarse el fenómeno tumoral. Abscesos en el cuerpo |
| 234 | Suprahepático | A la altura de la mama | Suprahep. - Suprahep. | <i>Clostrydium Malignum</i> | B | Afecta diversos órganos. Hígado, pulmón. Insuficiencia respiratoria. |
| 235 | Suprapúbico | Arriba del pubis | Suprapúbico - Suprapúbico | HTL V | V | Retrovirus. Prurito, comezón. |
| 236 | Suprarrenal | Sobre la columna al centro del torax (punto del brassiere) | Suprarrenal - Recto | Leptospira | P | P de animales domésticos. Parecido a la sarna. Problemas tubo digestivo, vías aéreas y mucosas. Gases rectales. |

| | | | | | | |
|---------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------|---|
| 23 7 | | | Suprarrenal - Suprarrenal | Disfunción suprarrenal. | D.G. | Mal de Addison con edema gral. Falta de producción de corticoides. Fatiga crónica. Incapacidad de respuesta a inflamaciones. Dolores en los senos. Paciente ha tenido trauma o coraje. |
| 23 8 | | | Suprarrenales - todo el frente | Asma alérgico | C | Las suprarrenales no están fabricando corticoides. Dificultad respiratoria causada por la contricción de las vías respiratorias (broquios). |
| 23 9 | Temporal | Arriba del oído | Temporal - Temporal | Tifo Exant virus hemolítico | V | Transmitido por pulgas de roedores. Dolores cabeza, irritabilidad, nerviosismo, fiebre, migraña, confusión mental. Produce trastornos de conducta. Da positivo a reacciones febriles. |
| 24 0 | | | Temporal dere. - Temporal dere. | Bonilla | E | Disminuir excesiva agresividad |
| 24 1 | | | Temporal Iz - Temporal iz. | Polioma | V | Transmiten roedores. Altera sueño, apetito, equilibrio. Alteraciones psicológicas. |
| 24 2 | Tensor Facialata | Muslo externo parte superior. | Tesor FaL. - Tens. Facl. | <i>Giardinea vaginalis</i> | B | Vaginitis. Flujo vaginal, sangrado, abortos, problemas vaginales. |
| 24 3 | Testículo | (bilateral) | Testículo - Testículo | <i>Yersinia - Pestis</i> | B | Tos continua. Genralemnte sin expectoración. Azoospermia. Flujo Vaginal. |
| 24 4 | | | Testículo - Testículo | Disfunción de los testículos | D.G. | Falta producción testosterona. |
| 24 5 | Tibia | Abajo de la rodilla, parte anterior | Tibia - Tibia | Malasesia Furfur | H | Agresivo. Coloración rojiza de la piel. Simula escarlatina o psoriasis. Manchas en la piel. Puede confundirse con Psoriasis o escarlatina. Puede introducirse a colon, vejiga etc. Ulceras varicosas, + Leprae, ulceras supurantes. |
| 24 6 | Timo | | Timo - Apéndice | Angeles | E | Mejora producción y calidad de glóbulos blancos y eleva linfocitos. |
| 24 7 | | Sobre el inicio del esternón. | Timo - Parietal | Rubeola | V | Dolor de cabeza. Malestar general. Altamewnte agresiva. Puede afectar mácula ojo. |
| 24 8 | | | Timo - Recto | VIH 1 (SIDA) | V | Se afecta producción de hormonas del Timo (CD3 y CD4) así como linfocitos T4. |
| 24 9 | | | Timo - Suprarenales | Alvaro | E | Armoniza las hormonas. Menopausia. Oclusión intestinal. Dar Opium. |
| 25 0 | | | Timo - Timo | Disfunción Glandular | D.G. | T. rige producción de linfocitos T del sistema linfático. Al fallar se produce la inmunodeficiencia. |
| 25 1 | | | Tiroides - Bulbo | Meningococo | V | Meningitis viral. |

| | | | | | | |
|---------|------------------------|--|---|---------------------------------|------|---|
| 25 2 | Tiroides | Al lado izq. de la manzana de Adán | Tiroides - Tiroides | Disfunción Glandular | D.G. | Hormona tiroidial rige el peso. Bocio, temblor en manos. Retención de líquidos. |
| 25 3 | Tráquea | Manzana de Adán (centro o derecha) | Tráquea - Tráquea | Influenza | V | Manifestaciones catarrales, sinusitis, rinitis etc. |
| 25 4 | Trocanter Mayor | Costado del cuerpo. Unión de pierna con cadera | Trocanter mayor - Trocanter mayor | Salmonella Tifo | B | Alimentos contaminados por heces fecales debido a la falta de asepsia. Etapas de enquistamiento da dolor en la espalda(dorso-lumbar) Trastornos digestivos, diarrea. Evitar deshidratación. Arsenicum Alb. y Baptisia. |
| 25 5 | | | Trocanter mayor - riñón del mismo lado | Bacilo Paratífico | B | Paratifoidea, Trastornos gastrointestinales, tubo digestivo. Muy agresivo, moco y sangre rectal. |
| 25 6 | Trocanter menor | Entre el sexo y la ingle | Trocanter menor - trocanter menor | VIH (4) | V | Vaginitis, irritación , inflamación. |
| 25 7 | | | Trompa - Ovario | Paty | E | Embarazo extrauterino |
| 25 8 | Trompa | Entre el útero y los ovarios | Trompa - Trompa | Parvovirus | V | Transmiten animales domésticos. Principal causa de infertilidad. Irritabilidad. Quinta Enfermedad. |
| 25 9 | | | Trompa - Ovario | Embarazo extrauterino | | Tratar de correr el producto hacia el útero |
| 26 0 | Uretero | Del costado del ombligo a la vejiga | Uretero - Uretero | Varicela | V | 2a causa de infertilidad femenina .La polarización de los ureteros es la causante de la infertilidad al impedir que el espermatozoide y óvulo (de cargas contrarias) llegen a unirse en el útero. Trastornos en ureteros. Dermatitis. Se confunde con trastornos renales Nefritis (B-E-Colli). Causa Diabetes Mellitus. |
| 26 1 | | | Uretero- Caliz Renal | Herpe (5) | V | Virus que provoca transtornos en las vías urinarias y órganos genitales causando: uretritis, vaginitis, cistitis, etc. |
| 26 2 | Uretra | Debajo de vejiga | Uretra - Uretra | Corona Virus | V | Reservorio. Virus generalmente por extirpación de órganos. Seguirlo del ombligo a la vejiga, no confundirlo con ovario- trompa. Uretritis. Puede ser causa de infertilidad en la mujer. Se trasmite por gatos y conejos. Se confunde con insuficiencia renal. |
| 26 3 | Útero | Arriba de la vejiga | Útero - Ovario | Durán | E | Embarazo. <u>No despolarizar</u> . Si marca útero se checa con polo +. No es genético, es por Meningococo |
| 26 4 | | | Útero - Útero | Roberta | E | Falso embarazo. Arroja moco o lombriz. También genera bulimia ye que simula embarazo y genera vómito. RESERVORIO. Puede ocultar parásito, bacteria o virus. |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|------|---|
| 265 | Vagina | Sexo | Vagina - Vagina | Yolanda | R | Reservorio de Virus (Corona Virus!) |
| 266 | Vagina | | Vagina - Vagina | <i>Yersinia Pestis</i> | B | Tos continua. Genralemnte sin expectoración. Flujo vaginal. Hombres azoospermia. RESERVORIO VIRAL. |
| 267 | Vago | Cuello lado iz. Hacia la angina | Vago - Riñón | Benavides | R | RESERVORIO UNIVERSAL Puede haber hongos, parásitos, virus o bacterias. |
| 268 | Válvula Iliocecal | Conecta al intestino delgado con el intestino grueso. | Válvula Iliocecal - Riñón der. | Tricomonas | B | Causa vaginitis o prurito. Se puede llegar a alojar en intestino o boca. Problemas en piernas. Trastornos digestivos. |
| 269 | Vejiga | Sobre el hueso púbico | Vejiga - Bulbo | Dengue hemorrágico | V | Se presentan bruscamente con fiebre alta, cefalea, dolores musculares y articulares. Mareo, fatiga, parálisis y debilidad en miembros y músculos respiratorios. Sangrados. |
| 270 | | | Vejiga - Cólón transv. | <i>Vibrio cholerae</i> | B | Peligroso. Se neutraliza pero síntomas pueden seguir por algún tiempo |
| 271 | | | Vejiga - Hipófisis | Dengue | V | Se presentan bruscamente con fiebre alta, cefalea, dolores musculares y articulares. Mareo, fatiga, parálisis y debilidad en miembros y músculos respiratorios. |
| 272 | | | Vejiga - Vejiga | <i>Estreptococo G</i> | B | Vejiga infectada se contrae y obliga a orinar frecuentemente. Niños nicturia, adultos incontinencia. Asociado con Estreptococo A produce Psoriasis. Se transmite por orina o por piquetes o cortadas. |
| 273 | | | Vejiga - Vejiga | Disfunción de la vejiga | D.G. | |
| 274 | Vesícula | En el reborde costal del lado derecho | Vesícula - Riñón derecho | Catarro común | V | Causado por una gran variedad de virus o bacterias qu+G204e se aloja+G197n en las vías respiratorias. |
| 275 | Vesícula | Reborde costal derecha de centro | Vesícula - Vesícula | Prada | R | RESERVORIO DE VIRUS. Se puede guardar cualquier Virus. El mas común VIH |
| 276 | Uretra | | | Corona Virus | V | Mas amplio en el hombre. En la mujer restringido. Se le atribuye el SARS. Este se produce con la asociación Bacinia veras un hongo patógeno. Se confunde con insuficiencia renal y más si se encuentra el par de cuadrado lumbar. |

Conclusiones

Estamos entrando en la Era de Acuario, y según la Astrología, el planeta Urano gobierna a Acuario. Comenzó a moverse a través de ese en marzo de 2003 y estará ahí hasta 2010. Neptuno es un planeta femenino y gobierna el signo de Piscis. También gobierna el amor, lo magnético y la conciencia cósmica. Es muy interesante que vayamos a tener un planeta eléctrico masculino moviéndose a través de un signo

magnético femenino por siete años. Nuestro Universo ha sido eléctrico por eones de tiempo. En julio de 1999, la tierra abrió sus vórtices para recibir el flujo triple de energía magnética. Nos estamos moviendo lentamente dentro del universo magnético. Parece ser que el periodo de tiempo de siete años donde Urano se mueve a través de Piscis es el periodo de transición desde la energía eléctrica hacia la energía magnética. La energía eléctrica es poderosa, la energía magnética es suave y gentil. Para el momento que Urano salga de Piscis, la Tierra debería estar experimentando la suave y gentil energía magnética de Neptuno. El magnetismo será aprovechado en todos los ámbitos.

Por todo esto y por la larga historia y desarrollo que ha tenido que sufrir el uso de los magnetos como medio de curación, podemos llegar a la conclusión de que el Biomagnetismo, aplicado con el método de Par Biomagnético, es ya una realidad que está revolucionando la manera de diagnosticar y de curar, sin el uso de drogas dañinas. Esto, como todo en la vida, no es una casualidad, se ha tenido que pasar por un proceso difícil, enmendando errores y sufriendo amenazas y desdenes, pero, poco a poco, se está logrando el reconocimiento médico y académico del método, primeramente por la Universidad de Loja en Ecuador, donde el Dr. Goiz ya imparte una cátedra y ahora, La Universidad de Chapingo, al instituir este diplomado en su Programa Universitario de Medicina Tradicional y Terapéutica Naturista. Poco a poco van en aumento los alumnos del Dr. Goiz, todos nosotros convencidos que se necesita trabajar mucho para dar a conocer el método a todo el mundo. Cada paciente que curamos es un granito de arena que ponemos en este mundo tan escéptico y que a la larga será de mucha ayuda para el bien de la humanidad.

Bibliografía

- Gerber Richard, M. D. 2000. *A Practical Guide to Vibrational Medicine*. Harper Collins Publishers, Inc. New York, N. Y.
- Goiz Durán, Isaac Dr. 1999. *El Par Biomagnético*. Medicinas Alternativas y de Rehabilitación, S. A. de C. V. Edo. De México.
- Goiz Durán, Isaac, Dr. *El Fenómeno Tumoral* 2004 Impresos Aztlán , S-. A. de C. V., México, D. F. 2ª Edición.
- Wosniak, Robert *Trance y trauma; Los Desórdenes nerviosos funcionales y la Mente Subconsciente*. Leganes, Madrid
- www.astrogeo.com.cl/biografia
- www.astrocosmo.org/biografia

CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE CERO POSITIVO

María del Roble Treviño Escamilla

Presentación

Este trabajo de investigación está desarrollado en la ciudad Monterrey, Nuevo León, México. Entre el periodo de 1989 – 2004. Este documento empieza su narración en abril de 1989. En ese tiempo se hizo un trabajo de investigación por parte de diferentes instituciones como el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, que pretendían demostrar científicamente que la técnica del “Biomagnetismo” funcionaba para tratar de resolver los problemas físicos de los seropositivos.

A lo largo de este trabajo de investigación trataremos el caso específico de la paciente la Sra. María del Roble Treviño Escamilla, quien fue detectada infectada con VIH en el año de 1989, se hará mención a los tratamientos a los que se sometió tanto por parte de la medicina alópata como por medio de la técnica del Biomagnetismo.

Se describirá en esta tesina las diferentes reacciones que provocó este caso entre los médicos involucrados en el caso.

Se describirá la evolución que ha tenido la paciente a lo largo de estos últimos 16 años.

Introducción

En 1989 el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida era la noticia del momento, había pánico a nivel mundial al saber que existía un virus tan letal que podría exterminar a gran parte de la población, en especial a la comunidad “gay”, hasta se llegó a pensar que podría ser un castigo “Divino” por la conducta de los homosexuales.

El tratamiento sugerido por la medicina alópata en contra de esta enfermedad, hasta el día de hoy, ha estado en constante experimentación, sin poder dar una solución concreta al problema, porque si bien es cierto, que el virus del “Sida” existe según los científicos, ellos no han podido aislarlo y someterlo a pruebas para encontrar algún remedio efectivo para tratarlo.

Debido a esta experimentación es que la mayoría los medicamentos usados contra este mal, son tan agresivos que es más el daño que causan en el paciente, que lo que realmente llegan a curar en su organismo.

Hasta la fecha, los científicos no tienen aún la certeza de cómo combatir esta enfermedad puesto que el virus que lo causa sigue siendo un desconocido para la medicina convencional.

En el caso clínico de ésta investigación, trataremos de demostrar que el Biomagnetismo y la Medicina Natural, son la mejor opción actualmente para el tratamiento de los pacientes con VIH.

La medicina alópata, esta fundamentada en los principios de la anatomía, de la fisiología, de la física, de la química, de la biología, de la antropología y demás ciencias que la nutren.

El enfoque clínico del diagnóstico y del tratamiento alópata se limita a observar los signos y síntomas de una enfermedad. Según los principios del Biomagnetismo esta forma de estudiar y tratar esta enfermedad y otras son erróneas, porque no tratan la raíz de la enfermedad, solo se basan en curar los síntomas.

Se sabe que el virus de la inmunodeficiencia humana es el causante del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, sin embargo hasta ahora, no hay evidencia formal de curación y menos de su prevención, aun con los principios, los medios y los recursos con los que cuenta la medicina alópata, se pronosticaba que para el año 2000 llegaría la vacuna que pondría un alto a esta enfermedad, más sin embargo ésta nunca llegó. El virus de inmunodeficiencia humana responde como cualquier otro virus a los principios teóricos y a la misma fisiopatología de cualquier otro virus patógeno, llámese catarro común, hepatitis B, meningitis, New Castle o cualquier otro que contenga información genética “ADN” y “Capside”, que provoquen la infección celular y la manifestación orgánica específica de su variedad patógena; sin embargo estas manifestaciones son provocadas por las vacunaciones masivas que como elemento de prevención viral nos han impuesto. Actualmente no existen medicamentos específicos que los destruyan, es el mismo organismo el que consigue eliminarlos en la mayoría de los casos los padecimientos de estas enfermedades, la medicina alópata no tiene elementos terapéuticos para controlar y menos erradicar las enfermedades virales y solo asisten sintomáticamente al enfermo.

Los genios de la medicina occidental aseguran que el virus de la inmunodeficiencia es el responsable de la alteración de la producción y hasta la destrucción del linfocito “T” y esto es aceptado totalmente sin cuestionar lo anterior, pero nosotros podríamos afirmar según los postulados del Biomagnetismo que ningún virus por si mismo es capaz de destruir células en forma masiva y menos aún tejidos que se regeneran eficientemente como en el caso de los linfocitos.

En congresos mundiales del Sida se nos comunica año con año, cuantos millones de pacientes infectados existen con un costo económico abrumador, la sociedad, los médicos y los grupos de enfermos exigen más y mas recursos económicos a los gobiernos para su mantenimiento, investigación y para adquirir medicamentos curativos. Existen diferentes ángulos de vista, los más radicales mencionan que todo esto se ve con regocijo por parte de industriales y comerciantes del área farmacéutica y hospitalaria puesto que todos obtienen ganancias millonarias de estos tratamientos.

Así se podría entender como es que, en un lapso de más de 20 años no se ha podido curar y menos prevenir el Sida.

Si la medicina alópata, homeópata y naturópata no han podido curar un solo caso de Sida y menos borrar la huella inmunológica dejada por el virus ¿Porque entonces no se acepta o se intenta comprobar por lo menos la tesis que asegura poder identificar, clasificar y curar el complejo VIH-SIDA por medio del Biomagnetismo?

Ciertamente este nuevo procedimiento de diagnóstico y tratamiento viene a alterar el orden común de esa cadena poderosa de intereses económicos.

También nos podríamos cuestionar ¿En donde es que quedan los principios éticos, filosóficos, morales y humanistas para curar al ser humano antes que cualquier otro interés de orden económico, social o financiero?

Las pruebas serológicas de Elisa y Western Blot en un 70% son falsos positivos ya que están detectando otro virus patógeno como el de la hepatitis B, el Guillan Barre, algún adenovirus, parvovirus o cualquier otro que de alguno de los parámetros que se estudian en el sistema inmunológico o de algún antígeno.

Independientemente de todo, de las investigaciones, de que si entendemos la fisiopatología viral, se que si las pruebas serológicas están mal fundamentadas o que si el Biomagnetismo sea el sistema ideal para entender y tratar enfermedades o que si la memoria inmunológica no se borra, lo importante es que el paciente se cure clínicamente.

Justificación

Esta tesina tratará de justificar y hacer explícito como es que la técnica del Biomagnetismo da mejores resultados al tratamiento en pacientes con VIH y cómo esto se comprueba clínicamente por medio de exámenes de laboratorio y lo más importante, comprobar la mejora de la calidad de vida del paciente durante el tratamiento.

El Biomagnetismo utiliza diferentes herramientas, entre ellas, las propiedades de los imanes así como las respuestas corporales que actúan en el organismo humano de diferentes maneras, a continuación se citan algunas de estas respuestas:

- Estimulan los puntos de acupuntura y meridianos, por esto pueden ser utilizados específicamente para aliviar el dolor.
- Tiene influencia positiva en las células sanguíneas debido a que magnetizan al núcleo de hierro de las moléculas de hemoglobina.
- Aumentan el flujo sanguíneo y elevan la temperatura corporal.
- Se acelera la asimilación de sales, debido a la magnetización de los iones metálicos.
- Tienen influencia sobre los impulsos nerviosos, por lo que pueden utilizarse como anestésico y para controlar los ataques epilépticos.
- Tienen efectos positivos sobre el anabolismo y el catabolismo.
- En caso de enfermedades infectocontagiosas, la aplicación de campos magnéticos, desconfigura los campos de los microorganismos patógenos, debilitándolos o causándoles la muerte.

Sanar a través del Biomagnetismo es poco convencional para la medicina tradicional, pero no por esto deja de ser efectivo. La terapia Biomagnética es sencilla, barata y libre de peligros para el paciente.

El Biomagnetismo medicinal es una ciencia y un arte, es semejante al magnetismo ya que trabaja en las líneas de electricidad del organismo, su aplicación es un arte al hacer la selección de imanes de fuerza diferente para aliviar dolencias diversas en diferentes partes del cuerpo, es un sistema de tratamiento que cubre un campo vasto de terapias y puede aliviar casi todos los defectos funcionales de los sistemas del cuerpo humano.

Este trabajo intenta demostrar que es el biomagnetismo más efectivo que los tratamientos convencionales, para tratar a la población más vulnerable y que tenga acceso a este sistema.

El par biomagnético es una propuesta novedosa, de bajo costo y de efectividad probada y aprobada por un sector médico que conoce las ventajas de este nuevo modelo médico que no requiere equipo caro ni sofisticado y que además esta libre de efectos secundarios nocivos, por todo esto constituye una valiosa alternativa para tratar los mas diversos problemas de salud desde una perspectiva científica mas humana, donde la finalidad única se centra en aliviar el dolor y recuperar la salud del paciente y no en los beneficios económicos que pudieran obtenerse de el.

El biomagnetismo presenta conceptos novedosos para el diagnostico y tratamiento de diversos padecimientos, en la magnetoterapia se aplica un solo polo ya sea positivo o negativo, es unipolar, haciendo circular la energía, en cambio el “Par Biomagnético” aplica al mismo tiempo los dos polos positivo y negativo, para restablecer el pH normal de los órganos afectados, mostrando una alta efectividad para recuperar la salud en un plazo corto y a un costo muy bajo.

Hipótesis

Este trabajo intenta demostrar por medio del seguimiento de un caso específico que la técnica del Biomagnetismo es más efectiva que los tratamientos convencionales de medicina alópata para tratar a la población contagiada del virus del VIH.

Objetivos

1. Lograra dar el tratamiento adecuado a los pacientes infectados del mal llamado “enfermedad del Siglo XX”.
2. Demostrar que el tratamiento del Biomagnetismo es más efectivo, práctico, barato y sin efectos colaterales indeseables para el ser humano.
3. Por medio de la técnica del Biomagnetismo restablecer en el paciente la esperanza de vida y que así vea superado el trauma psicológico que provocar el diagnostico en la persona.

Límites

1. Nos enfrentamos con el escepticismo de los medico alópatas.
2. También con la divergencia de ideas de los científicos unos apoyando la existencia del virus y otros los llamados “disidentes” que afirman que el virus no existe, que el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida es provocada por agentes estresantes.

Avances

1. Este sistema es tan efectivo que tira por tierra el tratamiento actual alópata, por ser inocuo, barato, y no invacibo a la vez que no provoca efectos colaterales en el organismo del paciente.
2. No solo se puede tratar físicamente al paciente sino también es posible tratarlo a distancia con Biomagnetismo, se tiene antecedentes de curación a distancia, ejemplo a un paciente que vive en Los Ángeles California, diagnosticado con el Síndrome de la Inmunodeficiencia se le ha tratado por 2 años con buenos resultados sin que halla tomado tratamiento alópata, actualmente goza de excelente estado físico.

Datos históricos

En Octubre de 1988, se descubre el primer “Par Biomagnético”, que identifica al virus de inmunodeficiencia humana, así se explica primero teóricamente y después prácticamente que el virus debe tener un órgano específico polarizado hacia la acidez que lo soporte y que esta en resonancia energética y vibracional con otro foco biomagnético de polaridad contraria de la misma intensidad, en donde se establece una bacteria que le fabrica una mucoproteína específica que lo hace patógeno.

El “Par Biomagnético” se basa en su frecuencia, intensidad, su longitud de onda y su resonancia, específicamente entre la Escheruchia Coli que según no es patógena en su habitat natural, es decir en el tubo digestivo, pero si lo es cuando esta fuera de el, especialmente en el mediastino y mas aun cuando se infiltra hasta el Timo produciendo la inmunodeficiencia por irritación o degeneración del Timo.

Peor aun cuando se asocia a otros microorganismos patógenos en el mismo espacio, llámese virus, hongo o parásito, le dan mayor aporte destructivo y por los aportes metabólicos, principalmente enzimáticos como la lizozima, la properdina, la histamina, los polipéptidos, el interferón o de productos como la urea, el ácido úrico y todos los demás productos metabólicos propio de los microorganismos patógenos. Los linfocitos “T” no se destruyen sino que dejan de “codificar”, agotándose en el torrente sanguíneo, linfático y tumoral.

Del VIH y del SIDA se ha hablado mucho a lo largo de más de 20 años, existen dos versiones sobre su origen, una de los científicos que aseguran que el virus existe y la otra de los científicos disidentes, según los primero el virus fue trasmitido de una especie de monos del continente africano, cuando examinaron muestras de sangre de 200 monos, encontrando que el 70% de ellos tenían un virus parecido al VIH, pero que no hacia daño al mono y aun así pensaron que el virus se trasmito del mono al humano y después supuestamente trasmitida por inmigrantes, visitantes o traficantes hacia América, en donde primeramente se

infecto a homosexuales de Nueva York y San Francisco, no se explica como se presentó tan violentamente y casi al mismo tiempo en Haití y en Estados Unidos de América. Los científicos disidentes afirman que crearon el VIH para distraer la atención que se tenía en el cáncer, ya que se gastaban cifras billonarias durante años sin que se hallara hasta la fecha la etiología y el tratamiento para curarlo, eso mismo ocurrió con la tuberculosis en los años 50's y 60's he hicieron el negocio redondo al sacar los famosos timbres para ayudar a combatir la enfermedad, después hicieron lo mismo con la poliomielitis en los años 60's y 70's dando origen a instituciones para la protección de los niños. Tomando en cuenta estas teorías se piensa que los laboratorios diseñaron un virus semejante al de la hepatitis B y que lo infectaron premeditadamente a homosexuales, logrando así, distraer la atención del cáncer, acabar con el grupo social con practicas atípicas sexuales y por ultimo justificar el gasto millonario en investigaciones farmacológicas, con excelente beneficio económico. Otra parte de los científicos disidentes afirman que el virus del sida no existe ya que no se tienen todos los elementos que se necesitan para afirmar que el actual virus del sida lo sea porque no cumple con todas las especificaciones, como por ejemplo, no se tiene una fotografía del virus, nos lo muestran como una caricatura en forma de mina marina, una esfera con protuberancias, entre los virólogos la reputación de Galo esta en el suelo, ellos dicen que la enfermedad de la inmunodeficiencia si existe mas no es provocada por un virus sino por agentes estresantes, biológicos, físicos, químicos, nutricionales y psicológicos.

El sida apareció como una enfermedad común entre homosexuales del centro de África, Zaire, Costa de Marfil y Ruanda, presentándose por igual en hombres que en mujeres, tomando en cuenta la prostitucion, las condiciones higiénicas, los rituales donde se intercambiaban fluidos como la sangre, llamando la atenciones hecho de que las prostitutas no se infectaban aun teniendo relaciones sexuales con pacientes infectados de VIH.

En Estados Unidos de Norteamérica, a finales de 1981, el Dr. Gottlieb, fue de los primero en notar que algo extraño pasaba, ya que en menos de tres meses había atendido a cuatro pacientes con una rara infección pulmonar "neumonía por Pneumocistis Carini", que se consideraba como una enfermedad oportunista que afectaba a los pacientes con cáncer en estadios avanzados o en pacientes trasplantados, pero estos pacientes no se ajustaban al perfil ya que eran jóvenes de 30 años en promedio, con antecedentes de buena salud y no de enfermedades crónicas o agudas, solo que presentaban deterioro serio del sistema inmunológico y que eran homosexuales y tres de ellos con vida sexual promiscua, el Dr. Gottlieb comunico estos casos a las autoridades de salud en Junio de 1981 y el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta publico el primer informe sobre el extraño padecimiento. Después del informe se recibieron llamadas de médicos de San Francisco y Nueva York informando de casos similares en jóvenes homosexuales pero que además de que padecían Pneumocistis Carini, algunos pacientes presentaban lesiones con hiperpigmentación de la piel, típicas del Sarcoma de Kaposi, que era común ver en personas mayores y de ascendencia mediterránea, también presentaban Cándida Albicans, Herpes oral y genital cuyas lesiones tardaban mucho en sanar, bacterias como la leptospira, toxoplasma y demás. En todos los casos se reporto una marcada baja de Linfocitos.

En agosto ya se reportaban más de 100 casos, en ese tiempo se pensó que esta enfermedad era exclusiva de homosexuales dándole el nombre de Gay Inmunodeficiency Syndrome, pero a principios de 1982 aparecen casos en otros grupos sociales y así se acepta que no era exclusiva de homosexuales.

En Octubre de 1983 se acepta una definición de esta nueva enfermedad "El SIDA es un padecimiento que se caracteriza por la aparición de un cierto numero de enfermedades oportunistas, con una deficiencia de la inmunidad de tipo celular, sin que exista causa anterior conocida por lo tanto es adquirida.

En 1983 se identifica primero en Francia y después en Estados Unidos al responsable, el Virus de Inmunodeficiencia Humana "VIH". En 1985 se comienzan las primeras pruebas de detección.

El los años de los 90's el Sida se convierte en pandemia cuyo crecimiento es continuo y sostenido, la OMS reporto en Febrero de 1992 que se reportaban desde el inicio de la epidemia hasta el presente año 446,681 personas que habían desarrollado la enfermedad, ciertamente esta cifra menor a la real, las

evidencias permitían estimar que la cantidad real era de 20 millones de personas infectadas, de los cuales la mayoría desarrollaban en los primeros años la enfermedad, la mayoría de los casos se concentraban en América 252,977 casos estando el 80% de ellos en los Estados Unidos, en segundo lugar México y en tercero Brasil.

En México los primeros casos fueron detectados en 1983 y después de un análisis se puede afirmar que la epidemia se inicio en 1981. En Marzo de 1987, la Dirección General de Epidemiología de la Secretaria de Salud publico el primer numero de Boletín Mensual de SIDA, señalando que para esa fecha se había acumulado en nuestro país 344 casos y seis años después la misma fuente señalo que al 31 de Enero de 1992 existían 9,293 casos notificados, tomando en cuenta que este numero no es real porque los casos no son reportados fielmente.

Para entonces el Sida dejo de ser un problema exclusivo de los grupos homosexuales y para hacer una enfermedad que no distingue preferencia sexual, sexo, nivel socioeconómico ni lugar de residencia, aparecen casos en los sectores mas desprotegidos, en áreas rurales, también baja la notificación de casos atribuidos a las transfusiones sanguíneas por las medidas tomadas y por impedir el comercio de sangre.

Desarrollo del tema

Caso Clínico

Diagnostico de la enfermedad

Durante la exposición que a continuación se hará de parte de este autor se mencionara el caso clínico de la paciente Ma del Roble Treviño Escamilla, quien presento cuadro de la enfermedad denominada VIH en base a exámenes aplicados y que posteriormente modificaron su resultado en base a la aplicación de terapias basadas en Biomagnetismo.

La paciente fue detectada con el virus del VIH el día 24 de Mayo de 1989, (*no se cuenta con los exámenes probatorios de Elisa y Western Blot realizados en la fecha antes mencionada*), el examen con fecha más antigua de los que tiene en su poder la paciente es uno de tipo Elisa del día 8 de Septiembre 1994 y un Western Blot realizado el día 11 de Octubre 1996 ambos dando resultados positivos.

Los primeros exámenes donde la paciente dio positivo con el virus del SIDA no se pudieron rescatar debido a que se hicieron en institución publica y en estos organismos no proporcionan estos documentos a los pacientes.

Sin embargo se obtienen por parte de la paciente, los exámenes de gabinete de Biometría Hemática, Química Sanguínea, General de Orina y Coprocultivo, además del expediente clínico, también en la fecha de sus primeros exámenes se le aplicaron vacunas y prueba de tuberculina con resultado negativo.

La señora Ma del Roble Treviño Escamilla registra una primera nota médica el 21 de Junio de 1989 en la consulta externa del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey y a partir de esta fecha y hasta el año 1992 su estado clínico es estable y considerado bueno pues no presenta ningún síntoma de enfermedad o debilidad corporal a lo largo de estos 4 años.

En este lapso de tiempo también se somete a Terapias Psicológicas en el Hospital Psiquiátrico del Hospital Universitario, este tratamiento fue consecutivo por espacio de tres años.

El caso de nuestra paciente también está evidenciado por un primer examen de CD4 y CD8 que se practicó el 27 de Febrero de 1992, en el Departamento de inmunológica del Hospital Universitario, en estos años cuando la enfermedad del VIH aun no se estudiaba tan afondo solo estos exámenes se realizaban; los valores obtenidos en esta prueba fueron CD4: 54%, Valor Absoluto: 734/mm. Y CD8: 30%, Valor Absoluto: 408/mm., con una relación de CD4 y CD8: 1.8 (Fig. 1)

Examen de CD 4 y CD 8 (Figura 1)

Tratamiento de Biomagnetismo

Nuestra paciente tiene un primer contacto con la técnica del Biomagnetismo a finales del año 1992, donde por medio de un reportaje transmitido en la ciudad de Monterrey conoce al Dr. Silverio Javier Salinas Benavides quien afirma que la enfermedad del Sida es curable, el primer acercamiento entre el Dr. Salinas y nuestra paciente es en la ciudad de Laredo Tamaulipas en Octubre del mismo año. Inmediatamente se empieza el tratamiento con el par biomagnetico (iniciación en el tratamiento).

El par biomagnetico es la utilización de los dos polos de carga en el cuerpo de la persona enferma.

La base del par biomagnetico es el pH del organismo, cuando el pH es ácido es campo propicio para que se instalen virus y hongos en el cuerpo humano, si el pH es alcalino entonces se instalan bacterias y parásitos. El uso del par biomagnetico es bipolar (positivo y negativo) como se explico anteriormente, estas dos cargas hacen que el ambiente alcalino o ácido del organismo se normalice; el pH del cuerpo que se considera normal es en una proporción de 7.3 ± 0.5 , eliminando así el habitat del microorganismo y por lo tanto destruyéndolo a el también.

Al mismo tiempo de que tomaba su tratamiento Biomagnetico, nuestra paciente asistía a terapias psicológicas que tomaba en el Hospital Universitario durante tres años, siendo en el ultimo año cuestionada por su buen estado físico y nuestra paciente comento que estaba siendo tratada con biomagnetismo y esto causo interés al jefe de medicina preventiva y al jefe del departamento de inmunológica. A raíz de esto se lleva a cabo una reunión con el Dr. Silverio y los jefes de los departamentos antes mencionados del Hospital Universitario. Como resultado de esta reunión se propone realizar un protocolo de investigación para demostrar científicamente que el par biomagnetico puede eliminar los síntomas del VIH.

Participa en la formación de este protocolo junto con el Dr. Silverio Salinas, el Dr. Francisco González – jefe responsable del departamento de medicina preventiva del Hospital Universitario de la UANL-, el Dr. Mario César Salinas –jefe responsable del departamento de inmunológica del Hospital Universitario de la UANL- , un grupo de pacientes infectados de Sida y participando también la fundación del Sur Oeste de Investigación Biomédica de San Antonio Texas. En esta última institución se llevó a cabo la realización de los exámenes demostrativos del cultivo de medula ósea y carga viral, que en ese tiempo todavía no se realizaban en el Hospital Universitario de la UANL.

Como parte del proceso de experimentación con biomagnetismo que se proponía con los pacientes infectados de VIH del Hospital Universitario, era necesaria la obtención de resultados genéticos. Fue así que en Junio de 1993 el Dr. Silverio Salinas dono un TERMOCICLADOR de ADN al departamento de inmunología del Hospital Universitario, en la ciudad de Monterrey, para hacer por primera vez en Latinoamérica el examen genético del VIH por medio de RCP (PCR por sus siglas en inglés) Reacción en Cadena de la Polimeraza.

Dentro del protocolo establecido el Dr. Mario César Salinas Carmona, Jefe del Departamento de inmunológica y el Dr. Francisco Gonzáles, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva ambos del Hospital Universitario de la UANL, realizaban la evaluación de los efectos clínicos, inmunológicos y de antígenos de la terapia Biomagnetica en pacientes con VIH.

En Noviembre de 1993 inicia formalmente en Monterrey el proyecto de tratamiento con biomagnetismo a personas infectadas con el virus VIH.

El primer paso fue confirmar que realmente los pacientes seleccionados tuvieran Sida, para estos fines se practicó el PCR a todos los participantes y así determinar la presencia del VIH en las células CD4, la tarea era negativizar el PCR para confirmar que el virus del Sida ya no existía en las células de los pacientes a raíz del tratamiento de biomagnetismo.

Los CD4 y CD8 son células del sistema inmunológico que sirven para defender al organismo de agentes patógenos. Los CD4 están relacionados directamente con la defensa de los linfocitos “B”, al igual que los linfocitos CD8 se encargan de la citotoxicidad. Existen dos tipos de respuesta de los linfocitos CD4 y CD8, una que corresponde al CD4 que coordina la respuesta inmune activando a los linfocitos “B”, así como estimulando la citotoxicidad mediada por los CD8 según el fenotipo del microorganismo invasor y la otra respuesta que corresponde a los CD8. Otra parte del sistema inmunológico del organismo humano son los linfocitos activados “B” (células encargadas de la respuesta humoral), que se encargan de elaborar anticuerpos neutralizantes que se dirigen en contra del virus en la respuesta a estos agentes infecciosos, los linfocitos CD4 activan a los linfocitos CD8 o comúnmente llamados “células citotóxicas”, y favorecen la producción de anticuerpos para facilitar la respuesta citotóxica de los linfocitos NK “Natural Killers”.

Los anticuerpos que median esta respuesta son producidos por las células plasmáticas, que derivan de los linfocitos “B” y la citotoxicidad favorecida por estos anticuerpos es la que se encarga de reconocer células cancerosas o infectadas por virus.

Los CD8 tienen un papel decisivo en el control inmunológico de las infecciones virales y su respuesta depende de la actividad de las células “T” (cooperadoras), en resumen el control de la viremia se establece a partir de los CD8 y de su habilidad de preservación y del mantenimiento funcional, siempre dependiendo de la respuesta de los linfocitos CD4.

En el caso de la infección de VIH con infección crónica se dan ambas respuestas inmunes específicas, humorales y celulares. Como en otras infecciones virales los CTL se generan en respuesta a la infección e inhiben la replicación del VIH por lo menos mediante dos mecanismos, uno a través de la destrucción directa de las células infectadas cuyo reconocimiento es medido por el receptor de células “T” y el otro es el mecanismo Humoral el cual se activa, cuando los CD4 destruyen células liberando anticuerpos que inhibe la replicación del VIH. Otros factores como las citocinas (interferones), que han demostrado inhibir la replicación del VIH al competir con el virus por ciertos cooperadores presentes en la superficie de las células y que son necesarios para que el virus las penetre.

Todas estas respuestas inmunológicas al VIH tienen como resultado limitar el nivel de viremia (presencia de virus) y esto se comprueba mediante la carga viral y se establece un punto de equilibrio cuando la respuesta inmune es lo suficientemente vigorosa, el punto de equilibrio o nivel de viremia, cuando este se encuentra en un punto muy bajo el resultado es una lenta progresión hacia la enfermedad. Este es el tipo de respuesta observada en los pacientes llamados “no progresores”, los cuales son personas infectadas por muchos años y que no han recibido tratamiento retroviral y que se mantienen sanas teniendo niveles de viremia extremadamente bajos y se ha detectado en ellos una potente respuesta de los CD8 específicos a VIH. Como es evidente el papel de los CD8 es crucial para controlar la viremia sin embargo, se ha visto que la disminución de los CD8 precede a la aparición de síntomas. Las células “T” cooperadoras del VIH específicamente controlan la magnitud, estado de activación y persistencia de los CD8.

De hecho la infección por VIH se caracteriza por un funcionamiento anormal de las células CD4, incluso antes de observarse una disminución en el número de estas células en los individuos con enfermedad en progresiva, es por la falta de una potente respuesta de las células “T” y CD8 citotóxicas VIH específicas. Por el contrario en personas con potente respuesta de estas células la carga viral (obtenida de un examen de laboratorio) es mínima, las células “T” cooperadoras cuando son activadas liberan citosina, que tiene una potente actividad antiviral. Sin embargo lo más probable es que el efecto predominante de las células “T” cooperadoras sea mediante la activación y potencia de la respuesta de los CD8.

Como ya se ha establecido, la respuesta de CD8 disminuye con la progresión de la enfermedad y esta trae como consecuencia la pérdida del control de la viremia, cuyas causas son: el agotamiento inmune, la falta de un adecuado funcionamiento de las células CD4, el fenómeno llamado escape inmunológico o factores del huésped.

La relación que debe de existir entre los CD4 y CD8 es de una proporción 2:1, la relación normal en porcentaje es de 0.6.

Cuando un virus penetra a nuestro organismo es detectado y fagocitado por células del sistema inmunológico llamadas macrófagos o "Presentadoras de Antígenos", además de fagocitarlo lo fragmenta y las deja en la superficie para que las reconozca las células CD4 o células "T" cooperadoras, estas juegan un papel muy importante en la respuesta inmune ya que ellas deciden en base a la información dada por los macrófagos cual es la respuesta mas adecuada para eliminar la infección.

Las evidencias indican que se presenta una recuperación inmune clínicamente significativa en la mayoría de las personas que logran alcanzar la supresión de la replicación viral por periodos prolongados. Con la terapia Biomagnética la

recuperación inmune se logra de una manera gradual pero segura y a su vez se logra el control de la viremia al negativizar el PCR.

El 24 Enero de 1994, dos años después de haber iniciado el tratamiento de biomagnetismo, nuestra paciente se realizó exámenes de CD4 y CD8 para saber la cantidad de células que estaban infectadas, el resultado fue de: CD4: 19%, Valor Absoluto de: 465/mm. Y de CD8: 30%, Valor Absoluto: 734/mm., con una relación de CD4 y CD8: 0.63, esto indicaba que la paciente estaba dentro de las cifras normales ya que la relación normal entre CD4 y CD8 debe ser 0.6.

El examen de PCR se realizaba cada 3 meses a los pacientes de la investigación. En Marzo de 1994 se obtuvo el primer paciente negativo en PCR y durante el mes de Junio del mismo año, 6 pacientes más obtuvieron la negatividad en el mismo examen, entre éstos nuestra paciente investigada Ma. Del Roble Treviño Escamilla sale negativa y en Octubre de 1994, 17 pacientes más dan el resultado negativo de virus de Sida, eso indicaba que el VIH ya no existía genéticamente en las células blancas de los pacientes, mejorando el estado de sus células CD4 y CD8 así como eliminando totalmente los síntomas de esta enfermedad en sus organismos.

Existen dos tipos de exámenes diferentes para detectar la presencia de anticuerpos anti VIH que son: ELISA y Western Blot. Ambos detectan la respuesta inmunológica anti-VIH.

El 8 de Septiembre de 1994 se realizó a nuestra paciente un examen de ELISA dando positivo. Este examen aún sale positivo, porque no es suficiente negativizar el PCR que demuestra genéticamente que el virus del sida ya no existe en su organismo, sino que también habría que negativizar el Elisa, que es la huella inmunológica que deja el virus, por lo tanto en este examen nuestra paciente que aún tiene la huella inmunológica que dejó el virus, pero a pesar de lo anterior su estado físico y clínico es inmejorable. (Fig. 2)



APDO. POSTAL 4355-H
MONTERREY, N. L.
MEXICO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TELS. 48-30-80 ó 48-50-80 EXT. 194.
C.P. 64000 MONTERREY, N. L.

FECHA 27-02-92

FOLIO 140

HOJA DE REPORTE PARA LA CUANTIFICACION Y RELACION DE CELULAS
COOPERADORAS (CD₄) Y SUPRESORAS (CD₈).

NOMBRE DEL PACIENTE: MA. DEL ROBLE TREVIÑO ESCAMILLA.

EDAD: _____ SEXO: FEMENINO TEL: _____

MEDICO QUE SOLICITA EL ESTUDIO: DR. ENRIQUE CAMACHO MEZQUITA

CONSULTA No. 7 INFECTOLOGIA

ESTUDIOS REALIZADOS PREVIAMENTE:

| | | | | | | | |
|---------------|----|----|-------|----------------------------------|----|----|-------|
| ELISA (Ac.) | NO | SI | _____ | WESTERN BLOT | NO | SI | _____ |
| ELISA (Ag.) | NO | SI | _____ | CD ₄ /CD ₈ | NO | SI | _____ |
| ROSETAS T | NO | SI | _____ | INTRADERMORREACCIONES | NO | SI | _____ |

RESULTADO:

| | | | | |
|------------------------------------|------|-----------------------------|-------------------|---------------------|
| CD ₄ = | 54 % | VALOR ABSOLUTO ₃ | CD ₄ = | 734 mm ³ |
| CD ₈ = | 30 % | | CD ₈ = | 408 mm ³ |
| CD ₄ /CD ₈ = | 1.8 | | | |

VALORES NORMALES.

CD₄ = 49 ± 11%
CD₈ = 26 ± 6%
RELACION DE CD₄/CD₈ = MAYOR DE 1


INTERPRETACION.

La cuantificación de linfocitos T Cooperadores (CD₄, LEU₄, OKT₄, ETC) y de linfocitos T supresores o citotóxicos (CD₈, LEU₈, OKT₈, ETC.) es útil para evaluar un aspecto de la respuesta Inmuno Celular. En condiciones normales es mayor la cantidad de Linfocitos CD₄ que la cantidad de Linfocitos CD₈.

En la infección con el retrovirus VIH los linfocitos T cooperadores disminuyen reflejando un aumento relativo de los linfocitos T supresores o citotóxicos, invirtiendo la relación entre cooperadores y supresores. La inversión de la relación entre cooperadores y supresores tiene valor pronóstico.

Dr. Mario César Salinas Carmona

Q.C.B. ERNESTO TORRES LOPEZ.



Hospital San José de Monterrey, S. A. de C. V.

| | | |
|--|-----------------------|--|
| NOMBRE: <i>MA. DEL ROBLE TREVINO DE MARTINEZ</i> | | CUARTO: <i>809</i> |
| EDAD: <i>36 AÑOS</i> | SEXO: <i>FEMENINO</i> | No. HOSPITALARIO: <i>EXTERNO</i> |
| FECHA DE TOMA: <i>8 SEPTIEMBRE 94</i> | | FECHA DE REPORTE: <i>8 SEPTIEMBRE 94</i> |
| HORA DE TOMA: | | |
| MEDICO: <i>DR. CARLOS DJLLMAN</i> | | |

BANCO DE SANGRE

| | EXAMEN | RESULTADO |
|----|-------------------------|---|
| | GRUPO SANGUINEO Y RH | <i>Cutoff = 0.192 Control Negativo = 0.092</i> |
| | PRUEBAS CRUZADAS | <i>Control Positivo = 1.687 Muestra = Mayor de 2.00</i> |
| | COOMBS DIRECTO | <i>Muestra diluida = Mayor de 2.000 Nota: Resultado positivo mayor de 0.192</i> |
| | COOMBS INDIRECTO | <i>Resultado negativo menor de 0.192</i> |
| XX | V. I. H. | <i>POSITIVO METODO = INMUNO ENSAYO ENZIMATICO ELISA</i> |
| | AG. DE LA HEPATITIS 'B' | METODO = |
| | AG. DE LA HEPATITIS 'C' | METODO = |

| PRODUCTO SOLICITADO | CANTIDAD | No. |
|---------------------------------|----------|-----|
| SANGRE TOTAL | | |
| SANGRE TOTAL FRESCA | | |
| PAQUETE CELULAR | | |
| PLASMA FRESCO RICO EN PLAQUETAS | | |
| PLASMA FRESCO CONGELADO | | |
| CONCENTRADO PLAQUETARIO | | |
| FERESIS | | |

| CRIOPRESIPITADOR | DATOS DEL DONADOR | | | | |
|------------------|---------------------|-------|-------|---------------------|-------|
| FOLIO | CANTIDAD / PRODUCTO | GRUPO | FOLIO | CANTIDAD / PRODUCTO | GRUPO |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CARGOS A REALIZAR

| | |
|--|----------------------------|
| ** SE RECOMIENDA CONFIRMACION CON WESTERN-BLOT | PRODUCTO ENTREGADO A _____ |
|--|----------------------------|

Examen ELISA realizado el 8 de Septiembre de 1994.

En Octubre de 1994 se presentan en el auditorio del la facultad de medicina de la UANL estos resultados del protocolo de investigación.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA
APDO. POSTAL 1363 MONTERREY, N. L., MEXICO

RESULTADO DEL TRATAMIENTO EXPERIMENTAL.

TOTAL DE PACIENTES: 56

CUMPLE CON REQUISITOS DE CRITERIO DE INCLUSIÓN:

30 DEL RESTO: 17 DESERTARON (30.35%).

9 FALLECIERON (16.07%). ESTOS 9 PACIENTES SE ENCONTRABAN AL INICIO DE LA TERAPIA EXPERIMENTAL EN FASE WALTER REED - DE 4 A 6, ES DECIR EN FASE AVANZADA DEL SIDA CON CAMBIOS DE GENERATIVOS E INFECCIONES OPORTUNISTAS MUY SERIAS E IMPORTANTES. SIN EMBARGO, BAJO LAS BASES DE LA COMPASIÓN SE ACEPTÓ SU INTEGRACIÓN AL ESTUDIO, AUNQUE FUERA DEL PROTOCOLO.

RESULTADOS DE LOS 30 PACIENTES QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y NO DESERTARON.

| | No. | % |
|---------------------|-----|------|
| MORTALIDAD | 2 | 6.66 |
| (WALTER REED 0-3). | | |

FIG.No.1

RESULTADOS DE LA R.C.P. DE 30 PACIENTES EN PROTOCOLO SE NEGATIVIZARON 19 PACIENTES DE 23 POSITIVOS NOS DA UN 82.60% QUE PREVIAMENTE RESULTARON POSITIVOS Y SÓLO 4 PACIENTES -- (17.39%) SE MANTUVIERON POSITIVOS DURANTE TODO EL AÑO QUE DURÓ LA INVESTIGACIÓN. DE LOS 5 NEGATIVOS DESDE EL INICIO, 1 PACIENTE (3.33%) RECIBIÓ TERAPIA EXPERIMENTAL UN AÑO ANTES. LOS CUATRO RESTANTES (13.33%) MANIFESTARON UN PERFIL CELULAR CD4 INMUNODEPRIMIDO CON CIFRAS MENORES A LOS 300.- DOS PACIENTES(8.69%) SE REINFECTARON DESPUÉS DE SER NEGATIVIZADOS, VÍA SEXUAL.

FIG. No. 2

DE LOS 19 PACIENTES NEGATIVIZADOS, DOS SE ENCUENTRAN INMUNODEPRIMIDOS POR LO QUE PODRÍA SER FALSOS NEGATIVOS (8.33%). ESTO NOS DEJA 17 PACIENTES NEGATIVIZADOS SANOS CLÍNICA E INMUNOLÓGICAMENTE HABLANDO CON UN PORCENTAJE TOTAL DE EFECTIVIDAD DE UN 70%.

FIG. No. 3

FIG. No. 4

FIG. No. 5

AUMENTARON SU RELACIÓN CD4/CD8 DESPUÉS DEL TRATAMIENTO: 13 PACIENTES LO QUE REPRESENTA UN 43.33% GLOBAL, DE LOS 30 PACIENTES EN ESTUDIO, CONSIDERANDO QUE 6 PACIENTES NO SE REALIZARON LOS EXÁMENES NOS QUEDAN 24 PACIENTES LOS QUE REPRESENTAN UN 54% DE AUMENTO REAL DE LA RELACIÓN CD4/CD8.

EVALUACION DE LOS EFECTOS CLINICOS, INMUNOLOGICOS Y ANTIGENICOS DE LA TERAPIA BIOFISICA EN PACIENTES CON SIDA POR VIB-1.

Dr. Silverio Javier Salinas Benavides, Dr. Mario César Salinas Carmona, Dr. Francisco González Rodríguez. Facultad de Medicina, U.A.N.L., Departamentos de Inmunología y Medicina Preventiva.

INTRODUCCION.- La Terapia Biofísica parte de la idea de que la estructura molecular del RNA del VIB-1 requiere de la acción de las cuatro fuerzas físicas (gravedad, electromagnetismo nuclear fuerte y nuclear débil) que mantiene unido al universo tal y como lo conocemos. Todos sabemos que el VIB-1 no resiste los agentes físicos como el aire y al temperatura de 60°C. Este estudio tiene como fin investigar "in vivo" si el virus del SIDA (VIB-1) resiste un agente físico no estudiado hasta hoy: La fuerza de un campo magnético de mediana intensidad.

OBJETIVO.- Demostrar cual es el efecto de la Terapia Biofísica en la calidad de vida del paciente con SIDA, en su respuesta inmunológica (relación CD4/CD8) y en la R.C.P. (reacción en cadena de la polimerasa).

MATERIAL Y METODO.- EL material que utiliza la Terapia Biofísica son 10 magnetos de 10 Tesla (10,000 gauss) de intensidad. Se requieren 5 ml. de sangre antes de la Terapia Biofísica y cada tres meses por un año. Todas las personas incluidas en el estudio tienen infección por VIB-1 demostrada por ELISA y confirmada por inmunolectrotransferencia (Western-Blot). A todas las personas VIB positivas incluidas en el estudio se les realizó la determinación de Linfocitos T totales (CD3) y las subpoblaciones CD4 y CD8, así como la reacción en cadena de la polimerasa para el VIB-1.

RESULTADOS.- De 56 pacientes ELISA y Western Blot positivos, se observó que después de la Terapia Biofísica, la relación CD4/CD8 mejoró en 40%. 20 negataron su R.C.P. (35.71%), 10 fallecieron (17.87%), 17 desertaron (30.35%) y 9 de ellos resultaron R.C.F. negativos desde el inicio (16.07%).

CONCLUSIONES.- La Terapia Biofísica negativiza el R.C.P. de pacientes con SIDA en un lapso de 3 a 8 meses, eleva la relación CD4/CD8 y mejora sus condiciones clínicas al menos en el 35.71%.

| Sample | Day of Co-culture | | | | | |
|--------|-------------------|-------|-------|-----------|-----------|-----------|
| | Day 3 | Day 5 | Day 7 | Day 10 | Day 14 | Day 21 |
| 012 | Negative | N | N | N | N | N |
| 036 | N | N | N | N | N | N |
| 066 | N | N | N | N | N | N |
| 077 | N | N | N | 3.8 pg/ml | 2.7 pg/ml | 3.7 pg/ml |

Note: PBL supernate → Negative

DEPARTMENT OF VIROLOGY & IMMUNOLOGY

SOUTHWEST FOUNDATION FOR BIOMEDICAL RESEARCH

P.O. BOX 760549

SAN ANTONIO, TEXAS 78245-0549
(210) 670-3269

FACIMILE COVER SHEET

TO: Dr. Silverio J. Salinas FROM: Glenn Michalek
 727-4448 FAX #: (210) 670-3329
 FAX # (210)-725-3349 DATE: 9-13-96
 NUMBER OF ☐: 2 CHARGE #: _____

MESSAGE:


Here are the results from the p²⁴ analysis.
 Samples 012, 036, and 066 are all negative. Sample
 077 is borderline positive on days 10, 14, and 21.
 If you have questions, call me at (210) 670-3299.

Glenn

IF YOU DO NOT RECEIVE THIS TRANSMISSION COMPLETELY OR CLEARLY
 ☐ (210) 670-3268/69

El 13 de Agosto de 1996 se realizaron Cultivos de Medula Ósea para el VIH, en la Fundación del Sur Oeste para la investigación Biomédica en la Ciudad de San Antonio Texas, a cuatro participantes del protocolo y todos salieron negativos.

Nuestra paciente tiene el número de referencia 036 en los exámenes anteriores, la toma fue en Hospital Universitario y se llevo al Departamento de virológica e inmunológica en San Antonio Texas.


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TELS. Y FAX 333-10-58, 348-30-80 ó 348-50-80 EXT. 194
C.P. 64460 MONTERREY, N.L.

APDO POSTAL 4355-H
MONTERREY, N.L.
MEXICO

DETERMINACION DE ANTICUERPOS ANTI VIH-(HTLV-III/LAV) POR EL METODO INMUNOENZIMATICO (E.L.I.S.A)

FECHA: 11/OCTUBRE/1996

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL ROBLE TREVIÑO

No. REG. _____ CONSULTA NO. _____


EDAD: 38 AÑOS SEXO: FEMENINO

DIRECCION: SAN JOSE # 129
ARBOLEDAS DE SAN JORGE

TELEFONO: 3-53-01-62

DR. QUE SOLICITA: _____

RESULTADO: P O S I T I V O . (As Mayor de 2.0)


INTERPRETACION: ANTICUERPOS POSITIVOS SIGNIFICAN EXPOSICION AL VIRUS SE CITA PARA REVISION CLINICA Y NUEVOS ESTUDIOS. SE RECOMIENDA REALIZAR LA PRUEBA DE INMUNOELECTRO-- TRANSFERENCIA (WESTERN BLOT) YA QUE EXISTEN PRUEBAS FALSAS POSITIVAS CON LOS METODOS DE ELISA.


DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA

DR. MARIO CESAR SALINAS CARMONA Q.C.B. VICENTE CASTILLEJA TORRES.

El 11 de Octubre de 1996 se realiza un examen de ELISA, resultando positivo.

Se realizó un examen de CD4 y CD8 en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario. El resultado de CD4 y CD8 el 11 de Octubre de 1996 fue: CD4: 23%, Valor Absoluto: 401/mm. y CD8: 36% Valor Absoluto: 627/mm. Con una relación favorable de CD4/CD8: 0.64.

Luego el 23 de Enero de 1997 se hace por primera vez el examen de Carga Viral en Laboratorio de Cenetron, de Austin Texas.

 **CENETRON**
clinical laboratories

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| LAST: Trivino | FIRST: Maria | PATIENT #: 036 |
| REFERRING FACILITY: SAL | DATE RECEIVED: 1/22/97 | DATE REPORTED: 1/23/97 |
| CENETRON #: 8488 | | |

| Test | Results | Dynamic Range |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| HIV RNA Quantitation Assay by PCR | 1,748 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |

ll

CENETRON DIAGNOSTICS, LLC · 2170 Woodward Street · Austin, Texas 78744 · Phone (512) 445-5398 · FAX (512) 445-5515
CLIA No. 45D0907734 · Medicare No. 00T45W · CAP No. 67045-01

Se realizo un examen de CD4 y CD8 en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario.

El resultado de CD4 y CD8 el 28 de Abril de 1997 fue: CD4: 19%, Valor Absoluto: 314/mm. y CD8: 56% Valor Absoluto: 925/mm. con una relación de CD4/CD8: 0.33

Después se hace otros dos exámenes de Carga viral realizado en Austin, Texas el 5 de Mayo y el 6 de Diciembre de 1997, en estos exámenes se observa que la paciente mejora la carga viral en 7 meses.

Carga Viral es el número de copias del VIH en sangre, es más preciso que el PCR, porque por cada 2 VIH que hay en la célula blanca, existen 98 VHI en el suero, por lo tanto es la cantidad de virus que existen en el organismo por unidad de volumen en sangre

Results to be faxed 6/5/97


| CEN # | LAST NAME | FIRST NAME | PATIENT # | TEST | Results | Reference/ Dynamic Range |
|-------|-----------|------------|-----------|------|------------------------------|-----------------------------------|
| 10800 | Rivera | Elizabeth | 078 | 2001 | 7,072 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 10801 | Vela | Jorge | 079 | 2001 | >1,000,000 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 10802 | Lozano | Jose | 020 | 2001 | 382,245 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 10803 | Soto | Victorino | 027 | 2001 | 388,909 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 10804 | Caballero | Juan | 050 | 2001 | 508,765 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 10805 | Ortiz | Zeferino J | 032 | 2001 | 61,225 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 10806 | Trevino | Maria | 036 | 2001 | 2,098 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 10807 | Galvan | Jorge | 012 | 2001 | No HIV RNA Detected | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |

Results to be faxed 12/6/9

| CEN # | LAST NAME | FIRST NAME | PATIENT # | TEST | Results | Reference/ Dynamic Range |
|-------|------------|------------|-----------|------|---------------------------|-----------------------------------|
| 7579 | Vela | George | 079 | 2001 | 284,264 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 7580 | Guadarrama | Rafeal | 077 | 2001 | 42,070 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 7581 | Lopez | Ricardo | 066 | 2001 | 76,879 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 7582 | Trivino | Maria | 036 | 2001 | 664 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 7583 | Galvan | Jorge | 012 | 2001 | < 400 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 7584 | Diaz | Oscar | 080 | 2001 | 43,073 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 7585 | Gutierrez | Jose | 081 | 2001 | 40,144 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |
| 7586 | Rivera | Elizabeth | 078 | 2001 | 532 HIV RNA Copies/mL | 400 - 1,000,000 HIV RNA Copies/mL |

P. 02
5124455615
FAX NO.
CH. INC

El 25 de Agosto 1998 se realiza Carga Viral en el Laboratorio del Hospital "Oca" de Monterrey N.L., México.




PINO SUAREZ 645 NTE. CONMUTADOR 375-74-05, 32, 33, 34 Y 78 MONTERREY, N.L., MEXICO

EXAMEN DE LABORATORIO

| | |
|--|---------------------|
| Nombre : MA. DEL ROBLE TREVIÑO ESCAMILLEDAD : 40 | Registro: 98-T00503 |
| DR(A) : A QUIEN CORRESPONDA | Num Emp : B01753 |
| Fecha : 25/Agosto/1998 | I.S.S.S.T.E. LEON |
| Estudio: CARGA VIRAL PARA HIV | Hora : 13:24 |
| | Folio : 98-020134 |
| | Cuarto: EXTER |

CARGA VIRAL PARA H.I.V.

RESULTADO= 3470 copias/ml. VALOR DE REFERENCIA: < 400 C/ML.



8 - f

El resultado de CD4 y CD8 el 25 de Agosto de 1998 fue: CD4: 18%, Valor Absoluto: 280/mm. y CD8: 63.3% Valor Absoluto: 1,033/mm.. con una relación de CD4/CD8: 0.27.

Se debe de tomar en cuenta que la carga viral es hecha en diferente aparato, la carga viral anterior fue hecha en Austin Texas, también la baja de CD4 y CD8 se debe al estado anímico de la paciente, ya que en ese año muere su esposo y el sistema inmunológico responde al estado anímico.

El 9 de Septiembre de 1998 se tomo un examen de Western Blot

D85.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES N.25
CONSULTA EXTERNA
INFECTOLOGIA
DR. EDUARDO ZAPATA

SOLICITUD DE LABORATORIO:
NOMBRE DEL PACIENTE M^o Roble Treviño Escamilla.
AFILIACION 4377-58-3842 FECHA 09/1x/98

BH. COMPLETA
V.S.G.
R.SANGUINEA
P.F.H.
ANTICUERPOS ANTI V.I.H.
V.I.H.
V.D.R.L.
BAAR.
CD4 CD8
G. DE ORINA
UROCULTIVO
TELE TORAX.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 25 I.M.S.S.
DR. EDUARDO ROGER ZAPATA DE LA GARZA
MEDICINA INTERNA CED. IV ZAGE-601028
MAT. 7113805 CED. PROF. 948217

WESTERN BLOT
VIH
POSITIVO
25 Sep 98
HIV (+)

El 27 de Noviembre de 1998 se hace Carga Viral en el Laboratorio del Hospital "Oca"

OCA HOSPITAL
PINO SUAREZ 645 NTE. CONMUTADOR 375-74-05, 32, 33, 34 Y 78 MONTERREY, N.L., MEXICO
EXAMEN DE LABORATORIO

| | | |
|--|-------------------|---------------------|
| Nombre : MA. DEL ROBLE TREVIÑO ESCAMILLA | Edad : | Registro: 98-T00802 |
| DR(A) : A QUIEN CORRESPONDA | Num Emp : B01753 | Hora : 12:27 |
| Fecha : 27/Noviembre/1998 | I.S.S.S.T.E. LEON | Folio : 98-029457 |
| Estudio: CARGA VIRAL PARA HIV | | Cuarto: EXTER |

=====

CARGA VIRAL PARA H.I.V.

=====

RESULTADO= 1900 CP/ML. ✓ LOG = 3.3 ✓ C/ML.


METODO: NASBA(NUCLISENS HIV-1 QT)

OBSERVACIONES:
LA CARGA VIRAL Y LA CUANTIFICACION DE CELULAS CD4 SON LA MEJOR FORMA PARA DETERMINAR LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL HIV
EL RESULTADO SE CONSIDERA SIGNIFICATIVO CUANDO LA DIFERENCIA DE LA VIRAL ENTRE DOS DETERMINACIONES ES MAYOR DE 0.5 DE LOGARITMO BASE 10.

NOTA: ESTE RESULTADO DEBERA SER INTERPRETADO POR UN MEDICO ESPECIALIZADO EN ESTA AREA.

[Handwritten Signature]

El 12 de Marzo de 1999 se tomo Carga Viral en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario, con la técnica NASBA (Nuclisens HIV-1 QT)

 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TEL Y FAX .329-42-11, 333-10-58
C.P. 64460 MONTERREY, N.L.



DETERMINACION DE CARGA VIRAL (VIH-1)

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL ROBLE TREVIÑO
FECHA: 12/marzo/1999 No. DE REGISTRO: _____
CONSULTA No. _____ REFERIDO POR: ISSTELEON
MEDICO QUE SOLICITA: _____

RESULTADO: 3100 COPIAS/ML ✓ LOG = 3.5 ✓

TECNICA: NASBA (NUCLISENS HIV-1 QT)


OBSERVACIONES:
1) LA CARGA VIRAL Y LA CUANTIFICACION DE CELULAS CD4 SON LA MEJOR FORMA PARA DETERMINAR LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIH.
2) EL RESULTADO SE CONSIDERA SIGNIFICATIVO CUANDO LA DIFERENCIA DE LA CARGA VIRAL ENTRE DOS DETERMINACIONES ES MAYOR DE 0.5 DE LOGARITMO BASE 10.
3) LA COMBINACION ACTUAL DE MEDICAMENTOS ANTI VIH PRODUCE GENERALMENTE UNA DISMINUCION DE 2 LOGARITMOS O MAS EN LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO.

Q. F. B.  A. GALLEGOS VELASCO.

DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA

El resultado de CD4 y CD8 el 2 de Marzo de 1999 fue: CD4: 13.7%, Valor Absoluto: 220/mm. y CD8: 68.95% Valor Absoluto: 1107/mm.. con una relación de CD4/CD8: 0.198.

Nota: en Diciembre del 1998 fallece su marido.

El 30 de Julio de 1999 se toma el examen de Carga Viral en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario y sale **indetectable por primera vez**, debajo de 200 copias/ml., con la técnica NASBA (Nuclisens HIV-1 QT)

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TEL Y FAX .329-42-11, 333-10-58
C.P. 64460 MONTERREY, N.L.

DETERMINACION DE CARGA VIRAL (VIH-1)

NOMBRE DEL PACIENTE: MA. DEL ROBLE TREVIÑO E.

FECHA: 30/JULIO/1999 No. DE REGISTRO: _____

CONSULTA No. _____ REFERIDO POR: ISSTELEON

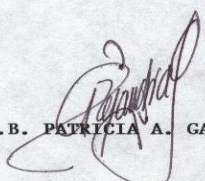
MEDICO QUE SOLICITA: DR. GONZALEZ


RESULTADO: POR DEBAJO DEL LIMITE DE DETECCION.
(200 COPIAS/ML)

TECNICA: NASBA (NUCLISENS HIV-1 QT)

OBSERVACIONES:


- 1) LA CARGA VIRAL Y LA CUANTIFICACION DE CELULAS CD4 SON LA MEJOR FORMA PARA DETERMINAR LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIH.
- 2) EL RESULTADO SE CONSIDERA SIGNIFICATIVO CUANDO LA DIFERENCIA DE LA CARGA VIRAL ENTRE DOS DETERMINACIONES ES MAYOR DE 0.5 DE LOGARITMO BASE 10.
- 3) LA COMBINACION ACTUAL DE MEDICAMENTOS ANTI VIH PRODUCE GENERALMENTE UNA DISMINUCION DE 2 LOGARITMOS O MAS EN LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO.


Q. F. B. PATRICIA A. GALLEGOS VELASCO.


DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA

El resultado de CD4 y CD8 el 29 de Julio de 1999 fue: CD4: 20.59%, Valor Absoluto: 286/mm. y CD8: 52.28%, Valor Absoluto: 726/mm., con una relación de CD4/CD8: 0.39 **Nota: van mejorando el estado de CD4 y CD8.**

El 10 de Febrero del 2000 se toma el examen de Carga Viral en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario y sale **indetectable por segunda vez,** con la técnica NASBA (Nuclisens HIV-1 QT)



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TEL Y FAX .329-42-11, 333-10-58
C.P. 64460 MONTERREY, N.L.

DETERMINACION DE CARGA VIRAL (VIH-1)

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL ROBLE TREVIÑO E.

FECHA: 10-FEBRERO-2000 **No. DE REGISTRO:** _____

CONSULTA No. _____ **REFERIDO POR:** _____


MEDICO QUE SOLICITA: DR. CANTU


RESULTADO: POR DEBAJO DEL LIMITE DE DETECCION. ✓

TECNICA: NASBA (NUCLISENS HIV-1 QT)


OBSERVACIONES:

- 1) LA CARGA VIRAL Y LA CUANTIFICACION DE CELULAS CD4 SON LA MEJOR FORMA PARA DETERMINAR LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIH.
- 2) EL RESULTADO SE CONSIDERA SIGNIFICATIVO CUANDO LA DIFERENCIA DE LA CARGA VIRAL ENTRE DOS DETERMINACIONES ES MAYOR DE 0.5 DE LOGARITMO BASE 10.
- 3) LA COMBINACION ACTUAL DE MEDICAMENTOS ANTI VIH PRODUCE GENERALMENTE UNA DISMINUCION DE 2 LOGARITMOS O MAS EN LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO.


Q.F.B. GRACIELA GUERRERO RAMIREZ



El resultado de CD4 y CD8 el 9 de Febrero del 2000 fue: CD4: 25%, Valor Absoluto: 424/mm y CD8: 55.5%, Valor Absoluto: 940/mm. con una relación de CD4/CD8: 0.45 Nota: van mejorando el estado de CD4 y CD8.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TEL Y FAX 329-42-11, 333-10-58
C.P. 64460 MONTERREY, N.L.

DETERMINACION DE CARGA VIRAL (VIH-1)

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL ROBLE TREVIÑO

FECHA: 17-JULIO-2000 No. DE REGISTRO: _____

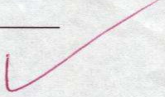
CONSULTA No. _____ REFERIDO POR: ISSSTE LEON


MEDICO QUE SOLICITA: DR. SALVADOR BLANCO A.


RESULTADO: POR DEBAJO DEL LIMITE DE DETECCION.

TECNICA: NASBA (NUCLISENS HIV-1 QT)

OBSERVACIONES:
1) LA CARGA VIRAL Y LA CUANTIFICACION DE CELULAS CD4 SON LA MEJOR FORMA PARA DETERMINAR LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIH.
2) EL RESULTADO SE CONSIDERA SIGNIFICATIVO CUANDO LA DIFERENCIA DE LA CARGA VIRAL ENTRE DOS DETERMINACIONES ES MAYOR DE 0.5 DE LOGARITMO BASE 10.
3) LA COMBINACION ACTUAL DE MEDICAMENTOS ANTI VIH PRODUCE GENERALMENTE UNA DISMINUCION DE 2 LOGARITMOS O MAS EN LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO.




DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA



Q. F. B. PATRICIA ALEJANDRA GALLEGOS VELASCO.

El 17 de Julio del 2000 se toma el examen de Carga Viral en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario y sale indetectable por tercera vez, con la técnica NASBA (Nuclisens HIV-1 QT)

El resultado de CD4 y CD8 el 24 de Julio del 2000 fue: CD4: 19.75%, Valor Absoluto: 543/mm y CD8: 51.22%, Valor Absoluto: 1409/mm. con una relación de CD4/CD8: 0.45

El 18 de Enero del 2001 se toma el examen de Carga Viral en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario y sale **indetectable por cuarta vez**, con la técnica NASBA (Nuclisens HIV-1 QT)

El resultado de CD4 y CD8 el 17 de Enero del 2001 fue: CD4: 30.58%, Valor Absoluto: 634/mm y CD8: 43.66%, Valor Absoluto: 905/mm. con una relación de CD4/CD8: 0.45



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TEL Y FAX .329-42-11, 333-10-58
C.P. 64460 MONTERREY, N.L.

DETERMINACION DE CARGA VIRAL (VIH-1)

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL ROBLE TREVIÑO E.

FECHA: 18-ENERO-2001 No. DE REGISTRO: _____

CONSULTA No. _____ REFERIDO POR: ISSSTELEON

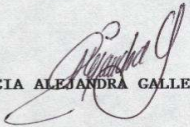
MEDICO QUE SOLICITA: DR. BLANCO (DR. AYALA)

RESULTADO: POR DEBAJO DEL LIMITE DE DETECCION.


TECNICA: NASBA (NUCLISENS HIV-1 QT)

OBSERVACIONES:

- 1) LA CARGA VIRAL Y LA CUANTIFICACION DE CELULAS CD4 SON LA MEJOR FORMA PARA DETERMINAR LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIH.
- 2) EL RESULTADO SE CONSIDERA SIGNIFICATIVO CUANDO LA DIFERENCIA DE LA CARGA VIRAL ENTRE DOS DETERMINACIONES ES MAYOR DE 0.5 DE LOGARITMO BASE 10.
- 3) LA COMBINACION ACTUAL DE MEDICAMENTOS ANTI VIH PRODUCE GENERALMENTE UNA DISMINUCION DE 2 LOGARITMOS O MAS EN LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO.


Q.F.B PATRICIA ALEJANDRA GALLEGOS VELASCO.

El 2 de Agosto del 2001 se el examen de Carga Viral en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario y sale **indetectable por quinta vez,** debajo de 200 copias/ml., con la técnica NASBA (Nuclisens HIV-1 QT)

 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TEL Y FAX 329-42-11, 333-10-58
C.P. 64460 MONTERREY, N.L.

DETERMINACION DE CARGA VIRAL (VIH-1)


NOMBRE DEL PACIENTE: MARTA DEL ROBLE TREVIÑO
FECHA: 02-AGOSTO-2001 No. DE REGISTRO: _____
CONSULTA No. _____ REFERIDO POR: ISSSTELEON
MEDICO QUE SOLICITA: DR. BLANCO

RESULTADO: POR DEBAJO DEL LIMITE DE DETECCION. **200 cp/ml.**

TECNICA: NASBA (NUCLISENS HIV-1 QT)


OBSERVACIONES:
1) LA CARGA VIRAL Y LA CUANTIFICACION DE CELULAS CD4 SON LA MEJOR FORMA PARA DETERMINAR LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIH.
2) EL RESULTADO SE CONSIDERA SIGNIFICATIVO CUANDO LA DIFERENCIA DE LA CARGA VIRAL ENTRE DOS DETERMINACIONES ES MAYOR DE 0.5 DE LOGARITMO BASE 10.
3) LA COMBINACION ACTUAL DE MEDICAMENTOS ANTI VIH PRODUCE GENERALMENTE UNA DISMINUCION DE 2 LOGARITMOS O MAS EN LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO.

Q.F.B. PATRICIA ALEJANDRA CALLEGOS VELASCO.



El resultado de CD4 y CD8 el 22 de Agosto del 2001 fue: CD4: 20.88%, Valor Absoluto: 220/mm y CD8: 15.22, Valor Absoluto: 165/mm. con una relación de CD4/CD8: 0.45

El 16 de Enero del 2002 se el examen de Carga Viral en el Laboratorio del Departamento de Inmunológica del Hospital Universitario y sale **indetectable por sexta vez**, debajo de 200 copias/ml., con la técnica NASBA (Nuclisens HIV-1 QT)

 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA
AVE. GONZALITOS No. 235 MITRAS CENTRO
TEL Y FAX .329-42-11, 333-10-58
C.P. 64460 MONTERREY, N.L.


DETERMINACION DE CARGA VIRAL (VIH-1)


NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL ROBLE TREVIÑO E.
FECHA: 16-ENERO-2002 No. DE REGISTRO: _____
CONSULTA No. _____ REFERIDO POR: _____
MEDICO QUE SOLICITA: DR. JUAN MANUEL CANTU

RESULTADO: POR DEBAJO DEL LIMITE DE DETECCION. 200 cp/ml.


TECNICA: NASBA (NUCLISENS HIV-1 QT)

OBSERVACIONES:
1) LA CARGA VIRAL Y LA CUANTIFICACION DE CELULAS CD4 SON LA MEJOR FORMA PARA DETERMINAR LA EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIH.
2) EL RESULTADO SE CONSIDERA SIGNIFICATIVO CUANDO LA DIFERENCIA DE LA CARGA VIRAL ENTRE DOS DETERMINACIONES ES MAYOR DE 0.5 DE LOGARITMO BASE 10.
3) LA COMBINACION ACTUAL DE MEDICAMENTOS ANTI VIH PRODUCE GENERALMENTE UNA DISMINUCION DE 2 LOGARITMOS O MAS EN LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO.


Q.F.B. PATRICIA ALEJANDRA GALLEGOS VELASCO


DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA

El examen de CD4 y CD8 se realiza en el Laboratorio del Hospital San José el 14 de Enero del 2002 y el resultado fue: CD4: 31%, Valor Absoluto: 1054/mm y CD8: 48%, Valor Absoluto: 1632/mm. con una relación de CD4/CD8: 0.6. **Nota: la relación de CD4 y CD8 es normal**

|  SPECIALTY LABORATORIES 2211 Michigan Avenue Phone 800•421•7110 Santa Monica, CA 90404-3900 Fax 310•828•6634 | | Patient: MARIA DEL ROBLE, TREVINO Sex: F Age - DOB: Patient ID: NotSpecified Physician: SAGASTEGUI, M. Collection Date: 5/6/02 Client Accession # Specialty Accession # 002-2430365 Received Date: 6/7/02 1:23:00 AM PST Result Status: Complete Reported Date: 6/9/02 5:57:00 PM PST Report Comments: | | | | | | | | | |
|---|---------|--|-----------------|-----------|------|----------------|--------------------|-------|-------|--|--|
| HOSPITAL DE LA OCA LABORATORIO Attn: Monica Sagastegui Pino Suarez 645 Nte. Col. Centro Monterrey, N.L., CP 64000 Tel / Fax: 011-5283751405 / 011-5283757405 | | | | | | | | | | | |
| HIV-1 RNA ULTRAQUANT [BDNA] | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Analyte</th> <th>Result</th> <th>Reference Range</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIV-1 RNA</td> <td>< 50</td> <td>< 50 copies/mL</td> </tr> <tr> <td>HIV-1 RNA (log 10)</td> <td>< 1.7</td> <td>< 1.7</td> </tr> </tbody> </table> | Analyte | Result | Reference Range | HIV-1 RNA | < 50 | < 50 copies/mL | HIV-1 RNA (log 10) | < 1.7 | < 1.7 | | |
| Analyte | Result | Reference Range | | | | | | | | | |
| HIV-1 RNA | < 50 | < 50 copies/mL | | | | | | | | | |
| HIV-1 RNA (log 10) | < 1.7 | < 1.7 | | | | | | | | | |
| <p>This test or one or more of its components was developed and its performance characteristics determined by Specialty Laboratories. It has not been cleared or approved by the U.S. Food and Drug Administration. The FDA has determined that such clearance or approval is not necessary. This test is used for clinical purposes. It should not be regarded as investigational or for research. This laboratory is certified under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 ('CLIA') as qualified to perform high complexity clinical laboratory testing.</p> | | | | | | | | | | | |
| Page 1 Albert Rabinovitch, MD, PhD, Chief Medical Officer | | | | | | | | | | | |
| https://www.datapassportmd.com/Files/822r1628290.htm | | 11/06/2002 | | | | | | | | | |

Esta toma fue la última en realizarse, el 7 de Junio del 2002 en el Specialty Laboratorios, en Santa Mónica California USA., que es mas sensible, y el resultado es indetectable por séptima vez por debajo de 50 copias/ml. HIV RNA

El examen de CD4 y CD8 se realiza en el Laboratorio del Hospital “Oca” el 6 de Mayo del 2002 y el resultado fue: CD4: 28.6%, Valor Absoluto: 1108.25/mm y CD8: 51%, Valor Absoluto: 1991.75/mm. con una relación de CD4/CD8: 0.56.

Metodología

El magnetismo es una de las cuatro fuerzas fundamentales en la naturaleza, este fenómeno se produce por el movimiento de partículas cargadas como en los electrones, teniendo así una estrecha relación entre el magnetismo y la electricidad, por lo tanto toda la materia tiene magnetismo.

El magnetismo ya era conocido en tiempos antiguos por los griegos, los romanos, los chinos y las principales culturas americanas.

Los imanes naturales y los artificiales están “polarizados” es decir, que cada uno de ellos tiene dos partes o extremos llamados polo norte y polo sur. Los polos iguales se repelen y los opuestos se atraen.

En ese tiempo sus propiedades las consideraban mágicas, después los chinos inventaron la brújula. En el siglo XIII el francés Petrus Peregrinus hizo importantes descubrimientos sobre el uso de los imanes, pasaron 300 años hasta que el médico británico William Gilbert, observó que la tierra se comportaba como un gigantesco imán, el geólogo John Michell demostró que la atracción o repulsión entre dos polos magnéticos disminuye a medida que aumenta el cuadrado de la distancia entre ellos. A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX se investigaron las teorías de la electricidad y del magnetismo.

En 1819 el físico danés Hans Christian Oersted, observó que una aguja podía ser desviada por una corriente eléctrica, demostrando plenamente la relación entre la electricidad y el magnetismo.

El francés Andre Marie Ampere, estudio las fuerzas entre cables e hizo circular corrientes eléctricas y el físico francés Dominique Francois Arago, magnetizó un pedazo de hierro colocándolo cerca de un cable. En 1831, Michael Faraday descubrió que el movimiento de un imán en las proximidades de un cable introduce en el una corriente eléctrica. Oersted demostró que una corriente eléctrica crea un campo magnético, mientras Faraday demostró que puede emplearse un campo magnético para crear una corriente eléctrica, la unificación de las teorías de la electricidad y el magnetismo fue realizado por el físico británico James Clero Maxwell, quien predijo la existencia de ondas electromagnéticas e identificó la luz como un fenómeno electromagnético.

Después los estudios sobre el magnetismo se centran en el origen atómico y molecular de las propiedades magnéticas de la materia. En 1905 el físico francés Paul Langevin desarrollo una teoría sobre la vibración con la temperatura d las propiedades magnéticas de las sustancias paramagnéticas, basada en la estructura atómica de la materia, constituyendo uno de los primeros ejemplos de la descripción de propiedades microscópicas a partir de las propiedades de los electrones y los átomos.

La teoría de Langevin fue ampliada por el físico francés Pierre Ernst Weiss, quien postulo la existencia de un campo magnético interno molecular en los materiales como el hierro, este concepto combinado con la teoría de Langevin sirve para explicar las propiedades de los materiales fuertemente magnéticos como la piedra imán.

La teoría del físico danés Niels Bohr, sobre la estructura atómica, permitió comprender las propiedades atómicas y mostró porque el magnetismo aparece en los elementos de transición, como el hierro, en los lantanidos o en compuestos que incluyen estos elementos.

Los físicos estadounidenses Samuel Abraham Goudsmit y George Eugene Uhlenbeck, demostraron en 1925 que los electrones tenían espín y se comportaban como pequeños imanes con un momento magnético definido, el momento magnético de un objeto es una magnitud vectorial que expresa la intensidad y orientación del campo magnético del objeto.

El físico alemán Werner Heisenbeg, basado en la mecánica cuantica, dio una explicación detallada del campo molecular de Weiss en 1927, mas tarde otros científicos predijeron muchas estructuras atómicas del momento magnético mas complejas y con diferentes propiedades magnéticas.

Una barra imantada o un cable que trasporta corriente puede influir en otros materiales magnéticos sin tocarlos físicamente, porque los objetos magnéticos producen un “campo magnético”, estos campos magnéticos suelen representarse mediante “líneas de campo magnético” o “líneas de fuerza”, en cualquier punto la dirección del campo magnético es igual a la dirección de las líneas de fuerza y la intensidad del campo es inversamente proporcional al espacio entre las líneas.

En el caso de una barra imantada, las líneas de fuerza salen de un extremo y se curvan para llegar al otro extremo, estas líneas pueden considerarse como bucles cerrados, con una parte del bucle dentro del imán y otra fuera, en los extremos del imán, donde las líneas de fuerza están mas próximas, el campo magnético es mas intenso en los lados del imán, donde las líneas de fuerza están mas separadas el campo magnético es mas débil, según su forma y su fuerza magnética, los distintos tipos de imán producen diferentes esquemas de líneas de fuerza.

Los campos magnéticos influyen sobre los materiales magnéticos y sobre las partículas cargadas en movimiento, en términos generales, cuando una partícula cargada se desplaza a través de un campo magnético experimenta una fuerza que forma ángulos rectos con la velocidad de la partícula y con la dirección del campo, como la fuerza es siempre perpendicular a la velocidad, las partículas se mueven en trayectorias curvas.

Las diferentes propiedades magnéticas de los materiales, con base a la reacción del material ante un campo magnético, han permitido su clasificación en diamagnéticos, paramagnéticos y ferromagnéticos.

Cuando se coloca un material diamagnético en un campo magnético se induce en el un momento magnético de sentido opuesto al campo, esta propiedad se debe a las corrientes eléctricas inducidas en los átomos y moléculas individuales, muchos materiales son diamagnéticos, los que presentan un diamagnetismo mas intenso son el bismuto metálico y las moléculas orgánicas que como el benceno tienen una estructura cíclica que permite que las corrientes se establezcan con facilidad.

El comportamiento para magnético, como el hierro, mantiene un momento magnético incluso cuando el campo magnético externo se hace nulo, este efecto se debe a una fuerte interacción entre los momentos magnéticos de los átomos o electrones individuales de la sustancia magnética que los hace alinearse en forma paralela entre si, en circunstancias normales, los materiales ferromagnéticos están divididos en regiones llamadas “dominios”. En cada dominio los momentos magnéticos atómicos están alineados en paralelos, los momentos magnéticos de dominio diferente no apuntan necesariamente en la misma dirección, aunque un trozo de hierro normal puede no tener un momento magnético total, puede inducirse su magnetización colocándolo en un campo magnético, que alinea los momentos de todos los dominios.

La energía empleada en la reorientación de los dominios desde el estado magnetizado hasta el estado desmagnetizado se manifiesta en un desfase de la respuesta al campo magnético aplicado conocido como “histéresis”.

Los materiales ferromagnéticos pierden sus propiedades cuando se calientan por encima de una temperatura conocida como punto de “Curie” llamada así en honor de Pierre Curie, quien descubrió el fenómeno en 1895.

En los últimos años la mejor comprensión de los orígenes atómicos de las propiedades magnéticas ha llevado al descubrimiento de otros tipos de ordenamiento magnético.

Se conocen casos en los que los momentos magnéticos interactúan de tal forma que les resulta energéticamente favorable alinearse entre si en sentido antiparalelo, estos materiales se llaman antiferromagnéticos.

También se han hallado otras configuraciones mas complejas de los momentos magnéticos atómicos, las sustancias ferromagnéticas tienen al menos dos clases distintas de momentos magnéticos atómicos que se orientan de forma antiparalela, como ambos momentos tienen magnitudes diferentes permiten un momento magnético neto, al contrario que en un material antiferromagnético, donde todos los momentos magnéticos se anulan entre si, curiosamente la piedra imán es ferrimagnética y no ferromagnética, en este material existen dos tipos de Ion hierro en momentos magnéticos diferentes.

Se han encontrado disposiciones aun más complejas en las que los momentos magnéticos están ordenados en espiral, los estudios de estos ordenamientos han proporcionado mucha información sobre las interacciones entre los momentos magnéticos en sólidos.

En los últimos 100 años han surgido numerosas aplicaciones del magnetismo y de los materiales magnéticos, el electroimán es la base del motor eléctrico y del transformador.

En épocas mas recientes el desarrollo de nuevos materiales magnéticos ha influido notablemente en la resolución de los ordenadores o computadoras, es posible fabricar memorias de computadoras utilizando “dominio burbuja”, los cuales son pequeñas regiones de magnetización, paralelas o antiparalelas a la

magnetización global del material, cualquiera que sea su sentido la burbuja indica uno o cero y es como un dígito en el sistema binario empleado por los ordenadores, los materiales magnéticos también son componentes importantes de las cintas y discos para almacenar datos.

Los imanes grandes y potentes son cruciales en muchas tecnologías modernas, los trenes de levitación magnética utilizan poderosos imanes para elevarse por encima del los rieles y evitan el rozamiento, los imanes superconductores se emplean en los aceleradores de partículas mas potentes para mantener las partículas aceleradas en una trayectoria curva y enfocarlas.

En la medicina moderna, el magnetismo se ha empleado en forma limitada, no obstante es una herramienta valiosa e insustituible ya que la exploración mediante resonancia magnética nuclear es vital para diagnósticos que de otra forma serian imposibles, la tomografía utiliza campos magnéticos de gran intensidad para visualizar el interior del organismo humano.

Existe una alternativa medica basada en las propiedades magnéticas de los componentes del campo humano, el cual las células tienen minúsculas propiedades biomagnéticas, así cada célula, tejido, órgano sistema, componentes químicos asimiladas o desechadas por ellos producen su propia energía magnética con un campo magnético limitado proporcionalmente.

Debido a la presencia de cantidades eléctricas de fuerza diferente son generadas y afectadas inevitablemente por los campos magnéticos. Los campos de energía o magnéticos de los diferentes órganos no se quedan estáticos sino que están sujetos continuamente a variaciones producto del estado de actividad, descanso o influencias externas como son la entrada al cuerpo de sustancias en forma de comida o bebida, a las exposiciones a fuentes magnéticas naturales o artificiales.

Para mantener la salud física es esencial que el equilibrio en los campos individuales están balanceados magnéticamente para que se conserve el equilibrio magnético entre los diferentes órganos y sistemas, cualquier perturbación o fluctuación anormal puede incrementar o disminuir la energía magnética de tejidos u órganos particulares generando a su vez alteraciones en el organismo entero y por lo tanto en la salud.

Lo infinitamente pequeño como lo infinitamente grande, tiene comportamientos semejantes de atracción y repulsión magnética y de cinética de sus partículas o elementos y obedecen a las mismas leyes fundamentales de carga y de resonancia que finalmente amotinen el equilibrio universal, sin llevarnos como se predijo a un colapso final en donde toda la materia se concentraría y quedaría anulado el proceso vital, sin el espacio necesario para sus manifestaciones.

El átomo del hidrogeno, a pesar de su estructura tan elemental juega sin duda el papel mas relevante en los procesos bioquímicos ya que se encarga de asociar a otros átomos y de mantener dicha asociación estable con un equilibrio de cargas tanto positivas como negativas, definiendo con ello las propiedades ácido-base, toda vez que el mismo elemento "hidrogeno" actúa en los dos sentidos, cuando actúa como elemento electronegativo y cuando actúa como ion: electropositivo. Este equilibrio cinético de cargas permite entender el concepto fundamental de neutralidad eléctrica en donde las cargas tanto positivas como negativas persisten en un nivel eléctrico final de igual magnitud aunque de diferente polaridad que no interfiere con los procesos vitales de la homeostasis celular u orgánica mientras estén en resonancia bioenergética.

Es común que se asocie a los fenómenos eléctricos con los magnéticos, así que los eléctricos son consecuencia inmediata de los magnéticos, los campos magnéticos pueden existir sin la presencia de los eléctricos por lo tanto las cargas negativas como las positivas pueden sustituir los estados energéticos puros como consecuencia de campos en resonancia magnética, ya sean generados por la cinética de los electrones de los elementos o como consecuencia de las concentraciones de hidrógenos en los compuestos orgánicos.

Las concentraciones de hidrogeniones son medidos por medio de reactivos que determinan el pH de la sustancia que soporta la concentración ya sea en déficit, exceso o en equilibrio pero hasta ahora no es posible hacerlo en forma directa, en los órganos internos de los seres vivos.

El Dr. Richard Broeringh Meyer, logro la medición de los polos biomagnéticos generados por la concentración anormal de hidrogeniones en forma externa, cualitativa e indirecta por medio de la resonancia energética de campos magnéticos de mediana intensidad que nos permiten saber de inmediato la presencia de los polos biomagnéticos así como su polaridad específica. De acuerdo a sus observaciones solo se generan disfunciones en los órganos que soportan las distorsiones del pH y no le concede valor terapéutico al fenómeno de la despolarización tal vez porque no intuyo el *par biomagnético*.

Es común para el médico medir la temperatura corporal, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia ventilatoria, la conducción eléctrica de los nervios periféricos, los procesos eléctricos del corazón pero muy pocas veces los aspectos eléctricos puros como la capacidad al esfuerzo máximo, procedimiento común en fisioterapia y solo el biomagnetismo médico puede medir la bioenergía producida por la concentración alterada de los hidrogeniones o de los radicales libres, que a su vez se generan por la presencia de microorganismos o de toxinas en los órganos que los soportan ya que toda la materia obedece a cambios de presión, de temperatura, de humedad o de atracción electromagnética, de tal suerte que cuando un órgano sale de su nivel de energía en donde a pesar de dicha alteración se siguen llevando a cabo los procesos de su metabolismo los campos magnéticos de mediana intensidad pueden medir en forma indirecta y cualitativa dichas distorsiones provocando el acortamiento o la elongación del hemicuerpo derecho, el hemicuerpo izquierdo se mantiene estable porque el corazón lo despolariza en cada latido al producir una onda electromagnética alterante.

De acuerdo con la teoría del Dr. Richard Broeringh Meyer y de acuerdo con la lógica del proceso y ambos con base en la "ley universal de cargas" la despolarización debe conseguirse aplicando un campo magnético de polaridad contraria a la del campo bioenergético, producido por el organismo para atraer a los iones de hidrógeno o los radicales libres de polaridad contraria hacia el exterior del organismo. También el Dr. Richard Broeringh Meyer aceptó que solo habría disfunciones secundarias a los procesos de polarización de los órganos internos y que en el caso de los polos con cargas positivas se producirían excitaciones funcionales en los de polaridad negativa y darían una disminución de su función normal.

El *par biomagnético* confirma que la polarización bioenergética de un órgano trae como consecuencia a corto o mediano plazo procesos degenerativos finales.

El polo biomagnético así como la medición cualitativa e indirecta de los mismos por medio de los imanes de mediana intensidad es la base de todo el estudio que ahora culmina con el entendimiento formal de las patologías orgánicas desde el punto de vista de la bioenergía, así como de su correlación clínica y de su tratamiento por medio de campos magnéticos con o sin la asociación de otros procedimientos terapéuticos de orden farmacológico o quirúrgicos.

De acuerdo con los antecedentes expuestos sobre el descubrimiento, desarrollo y aplicación terapéutica del magnetismo, el *par biomagnético se define como el conjunto de cargas que identifican una patología y que está constituido por dos cargas principales de polaridad opuesta que se forman a expensas de la alteración fundamental del pH de los órganos que la soportan*.

De esta dualidad bioenergética se desprende otro principio fundamental llamado *nivel energético normal* (NEN).

El NEN define los límites bioenergéticos en donde se lleva a cabo todos los procesos metabólicos celulares de los organismos humanos y que en razón de la temperatura no puede salirse del límite de 36° a 37° donde la absorción electromagnética está en el orden de los 400 armstrongs, debido a que el pH está muy próxima al valor neutro de la escala convencional con tolerancia de apenas 3 décimas en ambos sentidos.

Las consideraciones fisiológicas, bioquímicas, biológicas, inmunológicas, psicológicas y hasta sofrológicas de los organismos humanos se llevan a cabo en condiciones de normalidad dentro de este nivel de energía y quizás el considerar que la patología también se lleva a cabo dentro de estos niveles

energéticos, es lo que nos ha hecho tan ineficientes en nuestros tratamientos médicos, porque la naturaleza dentro de estos niveles de energía es perfecta y no admite errores.

La alteración bioenergética del NEN obedece a la ley del todo o nada es decir que existen fenómenos naturales que sacan todo un órgano de su nivel energético normal en un cierto límite, después del cual el fenómeno persiste independientemente de que la condición que lo causó persista o no parece ser que dicho límite está en el orden de los mil Gauss o sus equivalentes energéticos, ya que la despolarización bioenergética por medio de imanes naturales también obedece a cargas superiores a los mil Gauss y no tienen efectos potenciales magnéticos inferiores, pero en ambos casos tanto en dolarización como en la despolarización el efecto es similar, es decir que por arriba de los mil Gauss la despolarización es efectiva y definitiva sin importar que se apliquen campos mucho más energéticos, se han probado hasta 50 mil Gauss y el efecto es totalmente similar.

Debe de existir un dieléctrico natural que permita que las cargas en condiciones naturales normales no se fundan dentro del NEN, ya que este a su vez actúa como tal en relación a los focos biomagnéticos que se forman en condiciones de patología o de disfunción orgánica, es decir que, en tanto el NEN actuó como dieléctrico para la formación y estabilidad de cada *par biomagnético*, existe otro dieléctrico que permite la homeostasis, aspecto que no es considerado en la bioquímica pero sí en la bioenergética.

No se entiende aun porque (cuando se entienda se acabarían las enfermedades) se polariza en un instante todo un órgano hacia el lado positivo por exceso de iones de hidrógeno cayendo en un estado de acidez en su totalidad y esto a su vez condiciona como consecuencia necesariamente lógica la dolarización de otro órgano en sentido opuesto, es decir hacia la alcalinidad, por el déficit de hidrogeniones y presencia de radicales libres complejos con polaridad negativa.

Como principal teoría de la génesis del polo positivo, tal vez se trate de la presencia de un elemento muy activo con polaridad negativa (el flúor), que asociado con metales pesados, que sirven como catalizadores, inician la acumulación cualitativa de iones de hidrógeno en un proceso inverso a la desintegración anatómica es decir, una reacción en cadena de sentido inverso que condensa la materia por acumulación exagerada de hidrógenos.

El hidrógeno es el principal aglutinante de la materia orgánica y constituye el enlace más fuerte de las moléculas, pero además desde el punto de vista cinético, es la cremallera que une los átomos de carbono, oxígeno, nitrógeno y de todos los demás componentes de las sustancias orgánicas, puesto que se comporta simultáneamente como electronegativo cuando es elemento y como electropositivo cuando es ion y todo esto depende de la dinámica de la nebulosidad energética conocida como electrón.

Por lo anterior se debe de considerar las manifestaciones normales de los organismos dentro de un nivel energético común y a las manifestaciones patológicas fuera de él, así pues en el polo positivo empieza a suceder una serie de fenómenos como consecuencia inevitable y cruelmente lógica de la carga biomagnética, en primer lugar se establece una acidosis del órgano afectado, enseguida se acorta la materia y por lo mismo el órgano decrece en sus dimensiones, posteriormente ocurre la disfunción del órgano y finalmente ocurren fenómenos degenerativos, todo esto con la presencia de virus.

En el polo negativo ocurren fenómenos semejantes pero de polaridad contraria es decir negativa, en primer lugar se establece una alcalosis del órgano que soporta el polo negativo, inmediatamente después ocurre la distensión de su materia que condiciona a su vez un estado de flogosis y de edema, posteriormente ocurre la distensión del órgano y finalmente procesos degenerativos, todo esto con la presencia de bacterias. Aun que las dos consecuencias finales de ambos polos son las mismas, degeneración de materia, dicha degeneración es diferente en su manifestación.

En el caso de los polos biomagnéticos con polaridad negativa la degeneración es de tipo retráctil o cicatricial y en la polaridad positiva se produce lisis y dispersión del tejido.

Cuando se forma un Polo Biomagnético, se asocia siempre a otro de polaridad contraria y en estricta resonancia bioenergética ya que en teoría ambos polos presentan la misma intensidad de carga, la misma frecuencia biomagnética y el mismo número de partículas elementales, por lo que no es posible inhibir el polo de un par biomagnético con el de otro par, *solo se puede desactivar cada Par Biomagnético empujando sus cargas internamente, una contra otra, pero no la de un par contra la de otro par.*

Resultados

La paciente tratada con Biomagnetismo actualmente con 16 años de sobrevida goza de excelente estado físico, mental y social.

Después de 13 años de haber sido detectada con el virus del Sida y observar la mejoría abalada por exámenes de laboratorio y salir indetectable en seis ocasiones, con un aparato que contaba a partir de 200 copias y el último examen que se realizó fue con un aparato más sensible que cuenta a partir de 50 copias, estos exámenes confirmaban que el virus de Sida ya no existía en su organismo, además según el sistema del biomagnetismo, el Dr. Isaac Goiz Duran creador de este sistema confirma por medio del parbiomagnético que el virus no está presente; por lo anterior la paciente toma la decisión de no hacerse más exámenes, porque para ella era un agonía continua realizarse cada 6 meses los exámenes.

Además de que la paciente goza de un estado de salud inmejorable confirmado clínicamente,

Conclusiones

El restablecimiento y curación del organismo que padece el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida es excelente cuando se trata con la técnica del Biomagnetismo, ya que desaparecen todos los síntomas y se vuelve a un estado de salud físico, social y mental.

Se puede mantener saludable al paciente cuando este lleva una vida sana sin excesos, con una alimentación adecuada, practicando alguna técnica de relajación, teniendo apoyo psicológico profesional, apoyo familiar y de amigos, y lo más importante seguir tratándose con biomagnetismo cuando algún agente patógeno lo ataca.

Bibliografía

- Galván, Jorge A. *Sobrevivientes del Sida*, Walter Koch. Diciembre del 2001, El Monte California, USA.
- Giraldo, Roberto. *Sida y agentes estresantes*, Universidad de Antioquia. Junio del 2002, Medellín, Colombia.
- Goiz Durán, Isaac. *El Sida es Curable*, Xalostoc. Mayo del 2000, México D. F.
- _____. *Es pionero y descubridor del Par Biomagnético y de la Bioenergía, creando así un nuevo modelo médico*

LA FIEBRE TIFOIDEA Y EL PAR BIOMAGNÉTICO

Antonia López Hernández

Presentación

En base a mi experiencia en la aplicación de Biomagnetismo Médico me he dado cuenta que la fiebre tifoidea provocada por la bacteria *Salmonella typhi* es muy común encontrarla en esta región de la cuenca del Papaloapan, la que por su clima caluroso prevalece la costumbre de ingerir alimentos y agua en la calle requiriéndolo así en muchas ocasiones por las labores que se desempeñan, puesto que la mayoría de los habitantes son obreros campesinos, jornaleros, pescadores, ama de casa.

Siendo las fuentes de trabajo mas importantes los Ingenios de San Gabriel en Cosamaloapan e Impulsora de la Cuenca del Papaloapan en Carlos A. Carrillo Ver. donde se procesa la caña de azúcar durante el periodo de zafra que dura mas o menos de diciembre a mayo, es decir, seis meses, hay mucho movimiento como es el corte de la caña el acarreo al batey del ingenio y como la mayoría de los caminos son de terracería, la polvareda es abundante así como el (tizne), partículas pequeñas que despiden las chimeneas del ingenio en forma de humo y que al caer tanto cerca como a distancias muy lejanas llevadas por el aire, forman una capa negra en el piso y por lo regular los trabajadores comen con las manos tiznadas como vulgarmente decimos por acá, en el campo y en donde las carretas esperan para ser descargadas de la caña que transportan se ve comiendo a los trabajadores sin ninguna higiene.

Además que para el uso domestico se proveen los habitantes de las aguas del río Papaloapan, el cual esta altamente contaminado por los desechos que los ingenios antes mencionados, el rastro municipal y los habitantes desalojan en él. Las aguas negras que despide el ingenio y que van a los campos pasando un gran caño por el centro de dos colonias de la población presentan un ambiente muy propicio para que se plorifere esta enfermedad y es mi deseo comunicar que hoy la medicina cuenta con una alternativa sumamente valiosa que permite que la curación de la fiebre tifoidea sea mas económica, breve y eficaz. Me refiero al Biomagnetismo Médico.

Introducción

Hablar de *Salmonella typhi*, sus consecuencias tratamiento y curación de manera muy sencilla es mi propósito en este trabajo que con mucho gusto hago ya que desde mi infancia mi sueño mas preciado era el de poder curar, quise ser medico universitario de profesión, mas los recursos económicos con que contaban mis queridos padres que hoy, son ya finados y dada la numerosa familia que ellos tuvieron no me fue posible.

Iniciándome en el magisterio con solo la preparación de secundaria, estudiando mas tarde en el Instituto de Capacitación Federal del Magisterio la carrera de Profesora continuando mas tarde con la licenciatura en educación primaria cursada en la Universidad Pedagógica Veracruzana (UPV).

Encontrando gran satisfacción al ejercer mi profesión, siendo que por 31 años labore en las aulas de las escuelas veracruzanas en donde tuve en mis manos lo mas preciado de la creación “los niños” almas pequeñas que afloran a la vida y que en nosotros los adultos esta el deber de formar para que sean útiles en la vida.

Llega el momento de la jubilación y siempre con la firme idea de aprender medicina natural y habiendo llegado a mi vida dos años antes conocer las bondades del Biomagnetismo Médico a través del Doctor Juan Antonio Aguilar Castillo Médico en toda extensión de la palabra, me ilusiona la idea de poder aprender su

aplicación. Comunicándome el doctor Aguilar que no era necesario ser Doctor universitario para capacitarse en tan noble alternativa como lo es el Biomagnetismo Médico que viene a revolucionar el siglo XXI como un avance maravilloso para el alivio a los males que aquejan la humanidad hoy en día.

Es por ello que manifiesto las experiencias vividas al tratar personas con tifoidea en mi práctica con Biomagnetismo Médico.

La bacteria *Salmonella typhi* es una enfermedad infectocontagiosa de origen hídrico transmitida principalmente por los alimentos, es muy común encontrarla en climas tropicales, es resistente a las bajas temperaturas se destruye por calentamiento por 60°C de 15 a 20 minutos, su tratamiento con alopátia es peligroso, costoso, tardado y con consecuencias secundarias irreversibles, en tanto que tratada con Biomagnetismo Médico su curación es mas económica rápida natural y eficaz con ésta avanzada alternativa de la medicina moderna y descubrimiento de el Par Biomagnético por el Doctor Isaac Goiz Duran en el año de 1988 quien día a día cuenta con mayor número de alumnos tanto en México como en otros países, que con gran amor han acogido esta maravillosa alternativa de la medicina viajan, constantemente a lugares apartados de las grandes urbes para dar a conocer y curar con Biomagnetismo Médico.

Capítulo I la fiebre tifoidea (*salmonella typhi*)

Enfermedad infectocontagiosa del aparato digestivo transmitido por la bacteria *Salmonella typhi*, una de tantas bacterias que desde hace millones de años han poblado la tierra y que a medida que pasa el tiempo se han extendido conforme se ha dado la evolución de la flora y la fauna, el estado microbiano ha estado presente conociéndose hasta la actualidad una gran versatilidad entre ellas. La bacteria antes mencionada, es común en muchos países del mundo, la cual penetra en la mucosa intestinal, invade la sangre y conduce a una infección generalizada con manifestaciones clínicas.

La *Salmonella typhi* es un bacilo gran negativo móvil, perteneciente a la tribu *Salmonella* de la familia enterobacteriaceae, es una *Salmonella* adaptada al hombre limitada al intestino, resiste a las bajas temperaturas y permanece siendo viable durante varias semanas en el agua; es destruida por calentamiento 60°C durante 15 o 20 minutos.

La fiebre tifoidea llamada también fiebre enteral puede ser adquirida por cualquier persona pero ocurre mas a menudo en áreas tropicales siendo la cuenca del papaloapan una de ellas y donde se encuentra ubicado el pueblo de Carlos a Carrillo y Cosamaloapan así como otros pueblos circunvecinos.

La infección por *Salmonella typhi* tiene origen hídrico. Por la capacidad que tiene para permanecer viable en el suelo permite que llegue a través del riego a hortalizas y a aguas estancadas así como también a lagunas, donde habitan mariscos y otras especies comestibles llegando de esta manera al organismo humano. La contaminación mas común es por alimentos, aguas contaminadas y por el mismo hombre ya que esta bacteria permanece en la escreta del humano, algunas personas la pueden llevar por semanas o años, en un promedio del 2 al 5% se convierten en portadores permanentes siendo estas personas que clínicamente no están enfermos pero que pueden transmitir la enfermedad.

Síntomas

El periodo de incubación: este período oscila entre 10 o 14 días rara vez llega a los 21, los síntomas que presenta la persona pueden ser leves o severos presentándose de manera gradual con manifestaciones como, fiebre la cual es clásicamente vespertina elevándose diariamente hasta llegar a los 39 y 40°C al término de una semana. El paciente presenta malestar general, dolor de cabeza, pálido, apático, decaído, dolores musculares, letargia, dolor abdominal, falta de apetito, lengua saburral (la faringe se congestiona y puede confundirse con una faringoamigdalitis), nausea, vómito, estreñimiento sobre todo al inicio, seguido de diarrea, siendo esta mas común en los niños pequeños, presentándose también crecimiento del baso e hígado

, en algunos casos brotes de manchas conocida como roseola tifoídica, puede ocurrir que haya paso de bacterias a la sangre, lo que llamamos bacteriemia ocasionando fiebre muy elevada. La enfermedad en curso benigno dura de 3 a 4 semanas.

Complicaciones

Entre las complicaciones graves de la tifoidea, tenemos la perforación intestinal, la meningitis, artritis, hepatitis, daño a la médula ósea, la endocarditis, alteración en la coagulación sanguínea, llegando en algunos casos a afectar el estado de conciencia, los pacientes hablan incoherencias, efectuando movimientos desordenados.

Diagnóstico

El examen de la escrota del hombre en el laboratorio es la forma mas común de diagnosticar la fiebre tifoidea, pudiendo ser también identificada en la sangre y en otros líquidos corporales. La que mas se utiliza es la reacción de Widal conocida como reacciones febriles requiriéndose días de la enfermedad ya que en los primeros puede dar negativo o resultados falsos, por el momento los métodos mas confiables son el aislar la bacteria en la sangre, orina o excremento del enfermo.

Tratamiento

Lo más usual es el tratamiento con antibióticos por 7 días, control de la fiebre, dieta blanda, reposo en cama por 3 semanas más o menos. Uno de los medicamentos más efectivos es el cloranfenicol ya que antes del descubrimiento del mismo la mortalidad por fiebre tifoidea era del 10 al 15% disminuyendo con tal descubrimiento al 1 o 3%.

Si hay necesidad sueros intravenosos y si permanecen residuos de dicha enfermedad como al inicio dar tratamiento por 5 días nada más. Llegando en casos extremos a extirpar la vesícula biliar.

Prevención

La precaución más importante es el lavado de las manos antes y después de ir al baño así como también antes de preparar o ingerir los alimentos, las personas que viajan deben tener sumo cuidado en el agua que toman y los alimentos que consumen, principalmente en zonas tropicales. Cuando el agua no sea potable o la leche no este pasteurizada hiérvalas correctamente, seleccione y lave los alimentos, frutas y verduras, evite la presencia de moscas en la cocina, no consuma comidas en la calle, asee cuidadosamente los utensilios de uso diario, principalmente del enfermo con Salmonella typhi así como el baño, evitando así que la proliferación sea extendida.

Capítulo II

Magnetismo médico

Al hablar de magnetismo nos remontamos hasta el gran pasado cuando Jesucristo a través de la imposición de sus santas manos poseedoras de un gran fluido magnético que emana de todo el cuerpo, siendo las manos donde su manejo es mas práctico y es por ello que a través de ellas curaba las enfermedades que aquejaban al ser humano que con gran fe acudía a recibir. Recordamos también al gran filósofo y matemático tales de Mileto que con otros personajes de su época descubrieran las propiedades de un mineral llamado magnetita el cual una de sus principales características era de atraer piedras del mismo tipo y cuerpos de hierro.

Desde la antigüedad se le han atribuido virtudes curativas a la energía magnética y a los campos magnéticos. Desde los egipcios, en uno de sus papiros aparece la receta de un ungüento aplicable a heridas

en la cabeza donde se menciona “hierro meteorito” que algunos interpretan como el imán natural magnetita. En documentos posteriores se menciona el mineral baltu (“hierro vivo”) de similar interpretación. Los griegos y los romanos también atribuían efectividad a los “tratamientos magnéticos”; por ejemplo, el griego Hipócrates ya lo recomendaba como curación para la infertilidad femenina. En los escritos de Plutarco pueden contarse la curiosa referencia de que un imán permanente pierde su fuerza si se le restriega con ajo. También hay observaciones de las supuestas virtudes curativas de la magnetita en escritos antiguos, persas, árabes y bizantinos. Se dice que Cleopatra usaba una piedra magnetita en la frente para conservar su juventud.

En el siglo XVI el médico filósofo y alquimista suizo Paracelso (theophrastus bombas tus von hohenheim, 1493-1541) utilizó imanes permanentes para tratar de curar la epilepsia, la diarrea y las hemorragias; desde luego, sin ningún fundamento científico a la luz de la ciencia contemporánea. Algunos de sus criterios subsisten hasta hoy en forma de pseudo ciencia como por ejemplo la supuesta diferencia en aplicar un polo norte o un polo sur magnético en diferentes terapias.

En los siglos siguientes se multiplicaron en toda Europa los partidarios (y también los detractores) de la energía magnética. Así es posible encontrar referencias del siglo XVIII sobre la aplicación de los imanes permanentes en la atenuación de dolores en general. La terapia magnética alcanzó su mayor grado de popularización en Francia a finales del siglo XVIII cuando Franz Friedrich Antón Mesmer (1734-1815), un médico austriaco precursor en los campos del psicoanálisis y del hipnotismo, inauguró en París “un salón de curaciones” que incluía tratamientos magnéticos y atendía a la nobleza en vísperas de la revolución francesa.

En 1785; 4 años antes del inicio de la revolución francesa, médicos prestigiosos presionaron a Luís XVI para que investigara las supuestas curaciones de Mesmer. Luís XVI hizo que la academia francesa de las ciencias nombrara una comisión que incluía personas de renombre como Jean Baill astrónomo de la corte, Antoine Lavoisier, pionero en los estudios de la química, el doctor Joseph Guillotin de Lugubre celebridad y Benjamín Franklin.

La comisión concluyó que las curaciones estaban solo en las mentes de las personas que las esperaban. El informe desfavorable para las teorías de Mesmer hizo que este perdiera su prestigio y pasara el resto de su vida en el olvido.

Sin embargo a pesar de la continuada descalificación de estos métodos por parte de la comunidad científica, la terapia magnética se hizo bastante popular entre la gente común.

A finales del siglo XIX era posible encontrar catálogos en las grandes tiendas Norteamericanas ofertando ropa y sombreros magnéticos para entregar por correo. Los anuncios prometían que el magnetismo aplicado correctamente cura a cualquier enfermedad, independientemente de cual sea su causa. Aun hoy en día es posible encontrar escritos donde se afirma que la energía magnética es buena prácticamente para todo.

El misticismo, las exageraciones y las falsedades que desde sus inicios acompañaron el uso del magnetismo en la medicina, de cierta forma desestimularon por mucho tiempo el desarrollo de investigaciones científicas serias acerca de sus posibles efectos terapéuticos. Al avanzar el siglo XX el interés popular por la terapia magnética había decaído y hacia los años 40 prácticamente no se publicaban artículos acerca de los efectos fisiológicos de los campos magnéticos.

Biomagnetismo médico

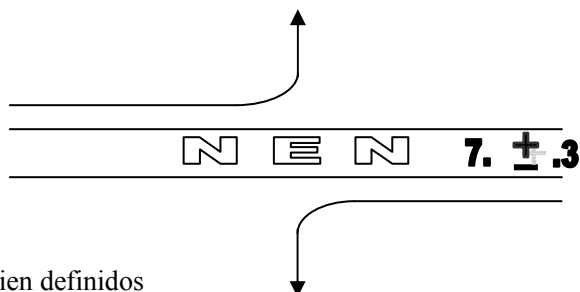
El doctor Isaac Goiz Duran con una experiencia de mas de 25 años en la medicina vive momentos deprimentes para con los pacientes, busca el porque no la recuperación después de agotar todos los medio y adelantos con que cuenta la alopatía, homeopatía, acupuntura y otras alternativas ya conocidas para curar las enfermedades que enfrenta el mundo moderno. Con nociones ya de magnetismo se da la tarea de encontrar una nueva alternativa que alivie el dolor que tanto percibe a su alrededor y después de múltiples investigaciones y comprobaciones recibe como una gran bendición el descubrimiento de el Par

Biomagnético, conocimiento que comparte con sus alumnos al enseñar esta nueva y muy avanzada alternativa de la medicina actual. Este nuevo concepto de la medicina viene a revolucionar todas las teorías al entender que las enfermedades virales y bacterianas están en estrecha relación y que las primeras condicionan recíprocamente a las segundas y son simultáneas, tanto en su génesis como en su presencia morbosa, como en sus consecuencias finales es decir los procesos degenerativos irreversibles. Este nos lleva hasta la génesis del fenómeno y nos define el órgano que esta generándolo, su polaridad; el virus o la bacteria que lo identifica y la alteración de dos o mas de estos microorganismo, es decir, nos lleva a la raíz del problema.

Podemos dividir en dos grandes ramas el Biomagnetismo Médico, primero como diagnostico y segundo como elemento terapéutico.

El Biomagnetismo Médico es un método alternativo de diagnostico, tratamiento y curación. Restablece la salud al reequilibrar el PH (potencial de hidrógeno) de los órganos internos a través de la coordinación de imanes en el cuerpo humano puesto que el PH es óptimo para la salud de los organismos vivos y cuya alteración se debe a la presencia de microorganismos patógenos que lo distorsionan.

El Biomagnetismo Médico es un procedimiento de orden físico y natural así como externo que no produce efectos colaterales indeseables. Los imanes naturales de mediana intensidad no son tóxicos ni producen alteraciones en el cuerpo humano, el Par Biomagnético comprueba que hay una resonancia, vibración y energética entre dos órganos con polaridad contraria.



Tiene tres elementos bien definidos
(Polo + PH ácido) = Positivo = Rojo

sur

Nivel energético normal NEN= Salud
(Polo – PH alcalino) = Negativo = Negro

Nor

Polo positivo el cual se genera por exceso de acides y da lugar a que puedan subsistir y codificarse los virus.

NEN en donde el PH es prácticamente neutro y es donde se llevan acabo todas las funciones vitales normales de un organismo humano sano.

Polo negativo en el cual se genera por deficiencia del H⁺ y por la presencia de radicales libres complejos con polaridad negativa donde el PH es alcalino y permite la presencia y desarrollo de bacterias y otros gérmenes que alteran la salud.

Capítulo III

El par biomagnético y la tifoidea

Siendo la fiebre tifoidea una enfermedad infecto contagiosa peligrosa y delicada que da malestar general, deprime y debilita; y, que al ser tratada con antibióticos para su recuperación en ocasiones no cede y causa

estragos en el organismos al complicarse, agravando la situación, así como también dejando secuelas por las complicaciones sufridas, siendo una de las causas de la falsa diabetes que tantos mexicanos padecen y que cada día se extiende mas.

En mi experiencia con la aplicación de Biomagnetismo Médico he podido constatar que en la región conformada por la cuenca del Río Papaloapan en los poblados de Cosamaloapan, Carlos a Carrillo Ver; y lugares circunvecinos es muy común encontrarla por ser esta una zona tropical los que por su geografía y costumbres dan como resultado, principalmente en primavera y verano numerosos casos de Salmonella typhi siendo consecuencia viable, las condiciones en que vive la mayoría de los habitantes de esta zona ya que algunos viven de la pesca en el río o lagunas de la región, por lo que la diversidad de peces con que se cuenta están altamente contaminados, por la cantidad de desecho y basura que es arrojada al río, la falta de agua potable, de drenaje, el consumo de antojitos y aguas frescas que se expenden en la calle y que son altamente consumidas por la situación de los trabajos que se desempeñan en dichos poblados, así como el clima tan caluroso, mismo que se ve reflejado en las infecciones gastrointestinales. Tanto en casos leves como severos.

El Biomagnetismo Médico alternativa descubierta en 1988 por el Dr. Isaac Goiz Duran es altamente efectiva en el diagnostico y curación de la Salmonella typhi siendo identificado con el Par: Trocáncer Mayor - Trocáncer Mayor y que al ser impactado, la persona se recupera muy rápido, por lo que decidí manifestar esta comunicación que es para mi de gran importancia en la salud.

Del mes de mayo del 2003 al mes de diciembre del 2004 he tratado sesenta y dos casos de Salmonella typhi con excelentes resultados tres de ellos diagnosticados graves por la alopatía.

Primer caso: paciente de sexo femenino visitada a domicilio señora Rosa Hermida de González de 69 años de edad: presentaba un cuadro de debilidad general con fiebre, dolor abdominal, dolor de cabeza, malestar en lo riñones, pálida, demacrada sin apetito y con insomnio, habiendo tenido ya tratamiento de tres meses con medicina alopática. Permaneciendo internada por cuatro días en el I.M.M.S.

Fue dada de alta por no encontrar la causa de su gravedad. La visite en su domicilio al medio día haciendo el rastreo general con Biomagnetismo Médico encontrando el Par Trocáncer Mayor - Trocáncer Mayor y a unas escasas dos horas de haberla impactado se inicio la recuperación reapareciendo el apetito ingiriendo dieta blanda y por la noche durmió muy bien. A los 15 días estaba muy recuperada, lo que no se logró después de largos meses de tratamiento con alopatía se logró en muy corto tiempo con Biomagnetismo Médico siendo impactada una vez más para que su recuperación fuera total. Hasta la fecha goza de cabal salud su alimentación es normal, aumento de peso, su aspecto físico y dinámico demuestra su satisfactoria recuperación lo cual demuestra una vez mas la eficacia de esta alternativa que es el Biomagnetismo Médico.

Segundo caso: sexo masculino niño Fernando Ramírez Hernández de 13 años de edad.

Este niño presentaba un cuadro de malestar general, fatiga, palidez, temperatura, diarrea, vómito, perdida de apetito y soñoliento. Ya había tomado tratamiento del I.M.M.S. Por una semana, y al no presentar ninguna mejoría solicitó su mamá atención con Biomagnetismo Médico, fue rastreado encontrándose el Par Trocáncer Mayor - Trocáncer Mayor que identifica a la Salmonella typhi. Cómo a los 10 minutos de ser impactado presento un fuerte dolor de cabeza, palidez, sudoración y vómito al retirar los imanes del cuerpo cumplido el tiempo requerido 20 minutos se sintió muy decaído permaneciendo en reposo unas 5 o 6 horas iniciando así su recuperación, presentándose poco a poco el apetito indicándosele dieta blanda por unos 8 o 15 días, impactándose nuevamente a los 8 días como un reforzamiento pues ya no marcó Trocáncer Mayor - Trocáncer Mayor restableciéndose y volviendo a sus actividades cotidianas y a la escuela en un lapso no mayor de 10 días.

Tercer caso: sexo femenino señora Esther Cruz Rodríguez de 58 años de edad.

Esta persona fue visitada en su domicilio pues estaba postrada en cama desde hacía un mes con decaimiento general fuerte dolor abdominal , dolor de cabeza temperatura y muy demacrada ya había recibido tratamiento por tres médicos generales y un internista, permaneciendo internada en un centro de salud por tres días donde al no reaccionar a los tratamientos auguraron un posible cáncer de estomago sin mencionar órganos específicos ya que su cuadro era grave llegando un día a la inconciencia como ella lo manifestara posteriormente la visita antes mencionada se dio entre las 17 y 18 p.m. después de ser rastreada y encontrando muy marcado el Par Trocánter Mayor - Trocánter Mayor fue impactada sintiéndose muy decaída logrando concebir el sueño hasta pasadas mas o menos unas tres horas después del impacto, durmiendo profundamente y al despertar de un nuevo día como a las 10:00 a.m. sé sintió todavía débil para levantarse, mas se volvió a dormir y como a la hora y media despertó nuevamente con mucho apetito y por su propio pie se levanto a pedir alimento, tomando en el momento atole de avena y mas tarde ingirió alimentos suaves dieta blanda tolerándolos ya que, durante un mes entubo con nauseas y vómitos, cedió el dolor abdominal iniciándose así una rápida y total recuperación. A los 10 días mas o menos se presentó a su trabajo un poco débil, siendo nuevamente impactada encontrándose únicamente su sistema nervioso un poco alterado recuperándose día a día ya que al recobrar su apetito fue aumentando de peso y físicamente cambio su aspecto pálido y demacrado por una mujer contenta tranquila y dinámica, pues ella es de carácter alegre, mismo que ayudó para su recuperación manifestando que come de todo hasta la fecha lapso de tiempo 6 meses.

Tengo a bien mencionar otros casos más que fueron diferentes en su manifestación y de rápida recuperación con un solo impacto.

Cuarto caso: sexo masculino Rolando Zarate Delgado de 20 años de edad, este joven se presentó con su mamá ella ya había sido tratada con Biomagnetismo Médico y al sentirse mal él con un fuerte dolor de cabeza acudieron a la terapia , esto fue por la noche 10 p.m. mas o menos , efectuándose el rastreo encontrándose Par Trocánter Mayor - Trocánter Mayor, impactando de inmediato y lo mas maravilloso fue que al momento de retirar los imanes transcurrido el tiempo requerido, el dolor de cabeza había desaparecido y al otro día pudo desempeñar su trabajo en el campo donde él labora sin presentar recaída o molestia alguna hasta la fecha, siendo el lapso transcurrido de diez y nueve meses.

Quinto caso: sexo femenino señora Olga Zamudio Zarrabal de 26 años de edad.

Esta persona al regresar de su trabajo como a las 10 a.m. mas o menos presentó un malestar general, dolor de cuerpo y desgano acudiendo a terapia por tener conocimiento del caso del joven antes mencionado, siendo rastreada de inmediato encontrándose el Par Trocánter Mayor - Trocánter Mayor aplicándose la respectiva terapia , durmiendo bien y al día siguiente se presentó a su trabajo como de costumbre a las 8 a.m. sin molestia alguna como si nada hubiera pasado, no habiendo ninguna molestia posterior, lapso de tiempo 18 meses y medio mas o menos a la fecha.

Sexto caso: sexo masculino Camilo Torres Lara 19 años de edad, viviendo muy cerca de mi domicilio por lo que no hubo problema para recibir la terapia ya que el malestar se presentó de madrugada, cuando el sintió un fuerte dolor abdominal con ganas de defecar después de ello se recostó por unos 5 minutos mas o menos pues el dolor no le permitía caminar, presentándose también palidez en el rostro, fue rastreado con Biomagnetismo Médico encontrándose el Par Trocánter Mayor - Trocánter Mayor y al término de la sesión el dolor había cedido sin molestarlo jamás así como ningún otro síntoma que manifieste esta infección lapso de tiempo 14 meses.

Séptimo caso: sexo femenino señora Evangelina Ordóñez Bautista de 62 años de edad.

Esta señora había sido atendida en el I.M.M.S. Dos días antes de que me llamaran para que le diera terapia porque la temperatura y la diarrea no cedían , en el I.M.M.S no habían diagnosticado Salmonella typhi únicamente habían dado tratamiento para una infección de el estomago sin especificación alguna, como dije antes, la mencionada señora continuaba con la diarrea lo que fue preocupante para sus hijos decidiendo que fuera tratada con Biomagnetismo Médico haciendo la vista a su domicilio a las 18 horas

p.m. ya que su estado crítico no le permitía viajar, al realizarse el rastreo se encontró el Par Trocánter Mayor - Trocánter Mayor fue impactada, al retiro de los imanes fue nuevamente al baño pero desde ese momento se inició su recuperación pues ya sola mente una vez más evacuó durmiendo bien y al otro día ya no había temperatura ni diarrea siendo impactada una vez más a los cuatro días para reforzar su recuperación, a los 15 días estaba perfectamente bien. Gozando de cabal salud hasta la fecha tiempo transcurrido 18 meses.

Octavo caso: sexo masculino Margarito Arriola Méndez de 33 años de edad.

Nuevamente esta terapia es dada a domicilio porque la persona no puede levantarse se encuentra con temperatura, diarrea y dolor de cuerpo en general, estando ya con tratamiento alopático por cuatro días y no ver mejoría en su malestar no habiendo sido diagnosticada la *Salmonella typhi* sino únicamente infección estomacal. Su tía persona que ya conocía esta bella alternativa solicita mi servicio, pues dice esta persona sentir que se muere cuando llega a la casa de ella ya sin fuerzas para caminar, esta persona es rastreada encontrando la bacteria que nos marca Trocánter Mayor - Trocánter Mayor es la que estaba causando el malestar general que el sentía, aplicándole la terapia con Biomagnetismo Médico siendo impactante para mí que al otro día amaneció muy bien y al tercer día se fue a trabajar, el trabajo que desempeña es de chofer, como pude darme cuenta su recuperación fue inmediata desempeñando sus actividades sin malestar alguno completamente recuperada.

Noveno caso: sexo femenino señora Victoria Sosa Cruz de 65 años de edad.

Este caso como los anteriores también fue con visita domiciliaria ya que la persona presentaba diarrea dolor abdominal y de cabeza.

Por la madrugada es tratada por un médico alópata quien ordena medicamentos para el dolor de estomago y antibióticos para la diarrea pasa das 24 horas y por la tarde continúa sintiéndose mal, es rastreada con Biomagnetismo encontrándose el Par Trocánter Mayor - Trocánter Mayor causal de la sintomatología. Es impactada y al otro día amaneció muy recuperada recibiendo a los 8 días una terapia mas, continuando esta de manera muy favorable recuperándose de inmediato y continuando con su alimentación normal, en 10 días estaba totalmente bien desempeñando sus labores sin molestias posteriores asta la fecha.

Décimo caso: sexo masculino Jorge Lara Delgado 14 años de edad. Este joven es traído a terapia por su abuelita señora que se trata con Biomagnetismo y conociendo sus maravillosos resultados solicita sea tratado pues, el se encuentra muy decaído apenas pudo llegar al lugar donde sería atendido, de inmediato se acostó, ya no podía mas mantenerse en pie se sentía muy mareado y sin fuerzas físicas, fue rastreado normalmente encontrando la bacteria que le estaba provocando este malestar y esta era la *Salmonella typhi* transcurridos unos 60 minutos después de la terapia regresó por su propio pie a su domicilio que esta unos 500 metros de distancia mas o menos.

Como a los 6 días nueva mente es revisado comprobando que su recuperación había sido rápida, continuando sus agitadas actividades de joven completamente reestablecido

Decimoprimer caso: sexo masculino Iván Torres Valerio.

Teniendo conocimiento de esta nueva alternativa que a venido a evolucionar y a proporcionar alivio en muchos males que nos aquejan la abuelita de este joven solicita el servicio de Biomagnetismo Médico.

El venia padeciendo ya por un par de meses dolor de cabeza únicamente y estaba siendo tratado en el I.M.M.S. Para lo que ya se había solicitado un traslado a la ciudad de Orizaba, Ver; con el neurólogo con la finalidad de hacerle un estudio en la cabeza, pues la doctora que lo que atendía en Cosamaloapan diagnosticaba problemas psicológicos. Al ser rastreando se encontró sistema nervioso alterado y *Salmonella typhi* dando como resultado una recuperación inmediata con dos impactadas y 8 días de dieta blanda, por lo que una vez mas se comprueba la eficacia del Biomagnetismo Médico en la recuperación de la *Salmonella typhi* identificada con el Par Trocánter Mayor - Trocánter Mayor.

Decimosegundo caso: sexo masculino señor Luís Cobos Mata de 49 años edad.

Este señor se presenta a solicitar atención pues el ya conocía esta disciplina medica.

El siente malestar general decaimiento, poco apetito y en ocasiones náuseas pensando que esto es provocado por que tiene mucho tiempo que el no se purga y dado que prevalece como costumbre en esta zona, el purgarse. Al hacerse el rastreo normal en el cuerpo se encontró el Par Trocáncer Mayor - Trocáncer Mayor que identifica a la bacteria que hemos venido mencionando fue impactado y al término de la sesión se le recomendó dieta blanda y reposo ya que su trabajo es pesado desempeñando el oficio de tablero y tiene que lidiar con ganado en el campo, mas sucedió que al otro día sintió dolor de cabeza y temperatura elevada 40 grados centígrados permaneciendo acostado y manifestando posteriormente que sufrió una sudoración excesiva, bajando después la temperatura y calmándose el dolor de cabeza estando otro día mas en reposo y al cuarto día es nuevamente impactado. La recuperación se dio de inmediato no encontrándose ya Trocáncer Mayor - Trocáncer Mayor. Desempeñando a partir del sexto días sus pesadas labores acudiendo 8 días después, para manifestar su recuperación satisfactoria e ingiriendo dieta normal por requerirlo así sus labores.

Décimo tercer caso: sexo femenino señora Jessica Avendaño Rodríguez de 18 años de edad. Esta persona es tratada en el I.M.M.S. Por que presentaba dolor de estomago y nauseas diagnosticándole padecimiento en la vesícula biliar la cual tenia que ser extirpada para recuperar su salud cosa que preocupó mucho a su mamá pues ella presentaba embarazo de 4 meses y ve esto como algo peligroso para su hija mas conociendo ella Biomagnetismo Médico solicita atención para salvar a su hija de una operación. La señora es rastreada como de costumbre encontrándose el Par Trocáncer Mayor - Trocáncer Mayor siendo impactada en el acto y posteriormente indicándole cuidados en su alimentación y citándole para un nueva revisión en 15 días a la que no se presentó ya que su recuperación fue inmediata evitándose la intervención quirúrgica por lo que pudo viajar a la ciudad de Guadalajara requiriéndolo así el trabajo de su esposo, donde se encuentra actualmente recuperada con un hermoso bebé el cual no recibió efecto alguno del padecimiento de la joven madre.

Pares encontrados en los casos mencionados

Primer impacto

Nombre: Sra. Rosa Hermida de González.

Goiz Derecho

Hiato Vagina - Helicobacter Piloni

Baso - Hígado - Brusela Común

Punta de Dedo Índice- Punta de Dedo Índice- Echirechia Coli

Trocáncer Mayor - Trocáncer Mayor- Salmonella Typhi

Segundo impacto

E. C. M. - E. C. M. – Sistema Nervioso Simpático

Ureteros - Ureteros – Varicela

Colon Transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae

Aquiles -Aquiles – Shigella

Tercer impacto

Pineal – Pineal – Disfunción

Duodeno – Duodeno – Disfunción

Cervical – Sacro – Sistema Nervioso Parasimpático

Punta de Páncreas – Hígado – Clostridium Botulinum

Nombre: Fernando Ramírez Hernández

Goiz Derecho

Punta de Dedo Índice – Punta de Dedo Índice- Echerechia Coli
Colon transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae
Trocánte Mayor – Trocante Mayor – Salmonella Typhi
Baso – Hígado – Brusela Común

Segundo impacto

Diafragma - Riñón – Brusela Abortus
Duodeno – Duodeno – Disfunción
Aquiles – Aquiles – Shigella

Nombre: Esther Cruz Rodríguez

Goiz Derecho

Hipófisis – Bulbo – Diabetes Insípida

Temporal Derecho – Temporal Izquierdo – Thyfus – Exantemático – Virus

Colon Transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae

Trocánte Mayor – Trocánte Mayor – Salmonella Typhi

Punta de Dedo Índice – Punta de Dedo Índice – Echirechea Coli

Segundo impacto

Externocleido Mastoideo – Externocleido Mastoideo

Hiato – Vagina – Helicobacter Piloni

Baso - Hígado – Brusela Común

Diafragma – Riñón – Brusela Abortus

Timo – Timo – Disfunción

Tercer impacto

E. C. M – E. C. M – Sistema Nervioso Simpático

Pineal – Pineal – Disfunción

Costo – Hepático – Borrelia

Duodeno – Duodeno- Disfunción

Nombre: Rolando Zarate Delgado

Pineal – Pineal – Disfunción

E. C. M. – E. C. M. – Sistema Nervioso Simpático

Duodeno – Duodeno – Disfunción

Trocánte Mayor – Trocánte Mayor – Salmonella Typhi

Nombre: Olga Zamudio Zarrabal

Goiz Derecho

E. C. M. – E. C. M. – Sistema Nervioso Simpático

Duodeno – Duodeno – Disfunción

Trocánte Mayor – Trocánte Mayor – Salmonella Typhi

Aquiles – Aquiles – Shigella

Nombre: Camilo Torres Lara

E. C. M. – E. C. M. – Sistema Nervioso Simpático

Colon transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae

Trocánte Mayor – Trocánte Mayor – Salmonella Typhi

Aquiles – Aquiles – Shigella

Nombre: Evangelina Ordeñes Bautista

Goiz Derecho

Punta de Dedo Índice – Punta de Dedo índice – Echirechea coli

Colon transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae

Trocánter Mayor – Trocánter Mayor – Salmonella Typhi
Aquiles – Aquiles – Shigella

Nombre: Margarito Arrijoja P.

Timo – Timo – Disfunción
Punta de Dedo Índice – Punta de Dedo Índice – Echirechea coli
Colon Transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae
Trocánter Mayor – Trocánter Mayor – Salmonella Typhi
Aquiles – Aquiles – Shigella

Nombre: Victoria Sosa Cruz

E. C. M. – E. C. M. – Sistema Nervioso Simpático
Diafragma – Riñón – Brusela Abortus
Colon Transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae
Trocánter Mayor – Trocánter Mayor – Salmonella Typhi
Aquiles – Aquiles – Shigella

Primer impacto

Nombre: Jorge Lara Delgado

Pómulo Izquierdo – Riñón Derecho – Malaria
Colon Transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae
Trocánter Mayor – Trocánter Mayor – Salmonella Typhi
Punta de Dedo Índice – Punta de Dedo Índice – Echirechea Coli

Segundo impacto

Goiz Derecho
E. C. M. – E. C. M. – Sistema Nervioso Simpático
Ureteros – Ureteros – Varicela
Duodeno – Duodeno – Disfunción
Trocánter Mayor – Trocánter Mayor – Salmonella Typhi
Aquiles – Aquiles – Shigella

Primer impacto

Nombre: Luís Cobos Mata
Punta de Dedo Índice – Punta de Dedo Índice – Echirechea Coli
Ureteros – Ureteros – Varicela
Vejiga – Vejiga – Estreptococo G
Trocánter Mayor – Trocánter Mayor – Salmonella Typhi

Segundo impacto

E. C. M. – E. C. M. – Sistema Nervioso Simpático
Pómulo Izquierdo – Riñón Derecho – Malaria

Nombre: Jessica Avendaño I.

Hiato Vagina – Helicobacter Piloni
Baso - Hígado – Brusela Común
Trocánter Mayor – Trocánter Mayor – Salmonella Typhi
Colon Transverso – Vejiga – Cólera por Vibro Cholerae

Análisis de resultados

Por los casos antes expuestos es que tengo a bien presentar este trabajo sobre Biomagnetismo Médico y el Par Trocánter Mayor - Trocánter Mayor.

Dándome cuenta que dado el punto Geográfico donde se ubica Carlos A. Carrillo, Cosamaloapan y pueblos circunvecinos donde el clima es calido húmedo, mismos que son bañados por las aguas del Río Papaloapan y en las riveras del cual se ubican dos grandes ingenios donde se procesa la caña de azúcar estos son san Gabriel en Cosamaloapan Ver; e Impulsora de la Cuenca del Papaloapan antes San Cristóbal en Carlos a. Carrillo Ver; el cual fuera el coloso de la Industria Azucarera en la década de los 60, 70.

Por lo que los habitantes de esta zona en su mayoría son obreros, campesinos, pescadores, jornaleros, amas de casa y en poco número ganaderos y comerciantes.

Pudiendo constatar que las condiciones en que viven la mayoría de los habitantes son bastantes insalubres, dado que los ingenios tiran al río numerosos desechos así como abundante basura que los mismos habitantes arrojan y los que viven en la rivera que cuentan con fosa séptica estos desalojan las heces fecales al río, por lo que cada día esta mas contaminado y es con esta agua con la que cuentan los habitantes, para el lavado de la ropa, cocina, e higiene personal, siendo muy pocos lo que utilizan el agua de pozo donde cuentan con agua potable la que no es de muy buena calidad en época de lluvias hay numerosas pozas que se llenan de agua y son focos seguros de múltiples infecciones ya que también la mayoría de los caminos son de terrecería.

Mencionando nuevamente los Ingenios estos a pesar que cuentan con más de un siglo de existencia, aun sus obreros y empleados no cuentan con comedores ni higiene para ingerir sus alimentos, ya que en el ingenio se labora las 24 hrs.; del día se turnan las guardias, por lo que tienen que comer dentro de la factoría, aunándose también las personas que trabajan en el campo durante la zafra período de seis meses mas o menos en que se efectúa el corte y la molienda de la caña de azúcar la cual para su corte es quemada y quienes la cortan comen con las manos sucias y a pleno campo donde el polvo es abundante.

Los encargados de manejar las máquinas que transportan las carretas con caña a los Ingenios para su proceso tienen que recorrer largos caminos, por lo que tienen que comer en numerosos estanquillos que no cuentan con la debida higiene siendo que la mayoría están ubicados en la calle, algunos muy cerca de los caños de aguas negras, habiendo en Carlos A. Carrillo un caño grande llamado Candalloa por donde el Ingenio Impulsora de la Cuenca del Papaloapan arroja las aguas negras hacia los campos, despidiendo este un olor fétido y en cuyas riveras muchos habitantes han construido sus viviendas siendo esto un gran foco de infección ambiental.

Tenemos también el rastro municipal el cual arroja al río antes mencionado los desechos como excremento, sangre y todos los desperdicios que son desalojados por el mismo como pude darme cuenta nuestro querido río es un gran foco de infección latente.

Aunado a la costumbre tan arraigada en el Mexicano la de consumir tacos a todas horas del día y en cualquier lugar repercute como es normal en la salud. Las necesidades y las costumbres ya que una condiciona a la otra y se unen para quebrantar la salud por las infecciones adquiridas principalmente Salmonella Typhi.

Conclusiones

Las condiciones del medio ambiente, situación geográfica, clima, costumbres influyen en la proliferación de Salmonella typhi; por lo que me di cuenta que siendo esta enfermedad tratada con antibióticos los cuales como se ha comprobado son dañinos a la salud causando daños secundarios convirtiéndose en algunos casos como un círculo vicioso, curando una patología y apareciendo otra y así sucesivamente resultando también mas tardado y costoso el tratamiento, pues hay ocasiones en la que la persona tiene que ser internada, aplicarle suero intravenoso y en casos extremos extirpar la vesícula biliar, trayendo esto consecuencia al organismo ya que no es nada aconsejable la extracción de órganos corporales y guardando dietas demasiado rigurosas que muchas personas de escasos recursos no pueden llevar .

En cambio si la persona es tratada con Biomagnetismo Médico la curación es mas rápida, natural y efectiva, sin daños irreversibles sin rigurosas dietas y sin peligro de ser internados y mucho menos extracción de órganos, si no que con un cuidado normal y sano la recuperación es mas pronta y eficaz, por lo que es de gran ventaja esta nueva alternativa de la medicina moderna descubierta por el doctor Isaac Goiz Duran en el año de 1988.

Por lo que es muy recomendable que las personas que se ven afectadas por Salmonella Typhi sean tratadas con Biomagnetismo Médico por ser más conveniente tanto económicamente como beneficioso al organismo, y que detecta muy a tiempo cualquier padecimiento previene y cura la patología en su raíz primitiva lo cual es primordial para restablecer la salud de manera muy natural.

Comunicando también que cada día hay mas personas capacitadas para ejercer el Biomagnetismo Médico gracias al noble corazón del dr. Isaac Goiz Duran quien comparte este descubrimiento tan avanzado en las alternativas medicas y que viene a mitigar en gran parte los padecimientos que vive la humanidad, llegando a personas de muchas comunidades alejadas de las grandes ciudades donde se cree que hay alivio para todos los males, pues en su gran mayoría los alumnos del Dr. Goiz Duran se convierten en viajeros para que esta avanzada disciplina Medica sea conocida y aceptada y puedan lograrse así los objetivos, una mejor calidad de vida para el ser humano de cualquier estatus social y lugar donde resida.

Recomendaciones

Para lograr una mejor calidad de vida el ser humano necesita resolver principalmente las causas que de manera directa o indirecta afectan sus actividades de cualquier índole, por ejemplo en la región de Cosamaloapan y Carlos A. Carrillo Veracruz, donde se vive la problemática de la contaminación tan elevada en las aguas del río Papaloapan y que son usadas por los habitantes de los pueblos ribereños para cubrir sus necesidades primordiales, por lo que es muy recomendable que las autoridades de los dos municipios antes mencionados tomen carta en él asunto, siendo que este río que ocupara en años atrás el sexto lugar en el mundo por su caudal hoy este muy enzovado y dañado por los desechos que se desalojan hacia el, se necesita que tomen medidas estas grandes factorías para el tratado de sus aguas y que estas no desemboquen ni al río ni a los campos pues contaminan la tierra y el agua mismas que son indispensables para la obtención de alimentos que consume el hombre y siendo que la fiebre tifoidea en este caso es el tema abordado en este trabajo, es adquirida principalmente por medio de los alimentos.

Es de gran importancia también que la Secretaría de Salubridad y Asistencia vigile los expendios de comidas y aguas frescas que abundan en las calles por la necesidad de las labores que desempeñan las mayorías de sus habitantes en esta región cañera, hay un sin numero de ellos y no cuentan con la debida higiene en la elaboración de los antojitos, y que el ser humano haga conciencia de que la higiene personal es determinante en las enfermedades que se adquieren principalmente por la alimentación, es el caso de la fiebre tifoidea que en primavera y verano afecta grandemente a los pobladores quebrantando su salud.

Debiendo tener sumo cuidado en su tratamiento y recuperación la que con alopátia no es aconsejable, existiendo ya una nueva alternativa como lo es el Biomagnetismo Médico el cual nos brinda la oportunidad de una pronta y eficaz recuperación en este padecimiento vivido en esta región.

Bibliografía

- Consulta a Internet www.google.com – fiebre tifoidea y magnetismo
Fernández Beatriz I. 1994. *Cuide a sus hijos*. México editorial trillas.
Goiz Duran Isaac. 1999. *El Par Biomagnético*. Medicinas Alternativas y Rehabilitación, S.A. de C.V. Luís Moya No. 5, San Pedro Xalostoc. Edo. De México c.p. 55310 Dic.
Jawetz Ernest; Melnick Joseph y Adelberg Edward A. 1981. *Manual de Microbiología Médica*. Editorial el manual moderno, S.A. México 11 D. F.

Kumate Jesús; Gutiérrez Gonzalo; Muñoz Onofre y Santos José Ignacio. *Manual de Infectología*. Editorial Méndez. Col. Copilco Universidad México DF.
Revista súper mente. Editorial posada. Dic. 1980. Pág. 28.



El ingenio impulsora de la cuenca del Papaloapan



Camino de terracería



Desalojo de aguas negras atravesando la Col. "La Paz" C.A. C. Ver.



Desalojo de aguas negras a travesando la Col. "Ignacio Zaragoza" C.A. C. Ver.



Desalojo de aguas negras hacia los campos por medio del Cano Candalloa.



Desalojo de aguas negras hacia los campos por medio del Cano Candallo.

EPILEPSIA Y FIBROMIALGIA

Armando Manuel Martínez Garay

Presentación

Después de haber tomado el curso de Biomagnetismo Médico impartido por el Dr. Isaac Goiz Duran y al través del tiempo que ha transcurrido en el estudio y la profundidad del mismo, así como de su practica, se han tenido infinidad de casos de enfermedades que han sido curadas bajo este novedoso sistema que nos ha llevado a planos de conciencia sobre las mismas, no solamente se ha logrado el restablecimiento en la salud de muchas personas también se ha logrado que las mismas personas que han sido beneficiadas logren una estabilidad emocional llegando a la conciencia del origen de sus enfermedades.

Es importante que al lograr la conciencia en la que tanto se ha mencionado que no existen las enfermedades, existen los enfermos. Al tomar esta conciencia se ha logrado mantener la salud en forma definitiva, llevando a las personas a desarrollar nuevos caminos e inquietudes dentro de nuestra área de actividades siendo en el municipio de Gral. Escobedo, N. L. Y la zona metropolitana de la capital del Estado.

Dentro de las muchas y variadas patologías atendidas, hemos incursionado de manera mas específica en los de la Epilepsia y la Fibromialgia, enfermedades que en todos los campos de la medicina tradicional y de acuerdo a los tratamientos con los que se atienden estas patologías, analgésicos como base y relajantes musculares, antiansiolíticos, antidepresivos, diversos medicamentos para lograr el sueño hasta llegar a campos de la Psiquiatría.

Es importante que al ser analizadas por sus síntomas o signos no se están tratando estas y muchas enfermedades desde la etiología de las mismas, hemos escogido este tema porque es la base del sufrimiento de mucha gente que no ha logrado la verdadera estabilidad y armonía física que tanto hemos buscado y que al través de este novedoso descubrimiento del “Par Biomagnético” , hemos logrado su cura total.

Hay gentes como el Doctor Isaac Goiz Duran, inteligentes y con visión, preocupados por alcanzar las metas de la salud que nos permitan estar mejor cada día y lograr la estabilidad orgánica para nosotros y nuestras futuras generaciones.

Este trabajo es un tributo a aquellos que contribuyen con este fin y que realmente son personas de acción que no se quedan solo en leyes de obediencia, sin investigación y sin acción sobre las mismas.

Epilepsia

Introducción

Una de cada 20 personas tiene una crisis epiléptica en su vida y una de cada 200 tiene epilepsia. Esto supone que en España hay unas 300.000 personas con epilepsia. La mayor parte de ellas lleva una vida normal.

Durante siglos, e incluso actualmente, la epilepsia ha sido una enfermedad temida, asociada a la locura o a abducciones demoníacas. Aunque hoy día se sabe que la epilepsia es una enfermedad del cerebro, todavía quedan prejuicios entre las personas que hacen que con cierta frecuencia la persona con epilepsia sea discriminada en las relaciones sociales, familiares y laborales.

Preguntas más frecuentes sobre la epilepsia:

- ¿Cómo se manifiesta la epilepsia?
- ¿Qué causa la epilepsia?
- ¿En qué personas aparece la epilepsia?
- ¿Por qué se produce la epilepsia?
- ¿Cómo se diagnostica la epilepsia?
- ¿Se trata la epilepsia?
- ¿Qué problemas conlleva la epilepsia?
- ¿Se puede trabajar?
- ¿Se puede adquirir un seguro médico?
- ¿Se pueden tener hijos?
- Niños en el colegio
- Relaciones personales
- Conducción de vehículos
- Seguridad en casa
- Deportes

¿Qué hacer ante una crisis epiléptica convulsiva?

La epilepsia se manifiesta mediante crisis epilépticas que pueden tomar varias formas. Pueden aparecer como convulsiones caracterizadas por la actividad desordenada de los brazos y piernas acompañada por lo general de mordedura de lengua y emisión de orina. En el argot médico las convulsiones se denominan crisis generalizadas tónico-clónicas. En otras ocasiones aparecen de forma menos aparatosa como una falta de respuesta a estímulos durante la que la persona se queda con la mirada fija, ausente, asociándose en ocasiones movimientos automáticos (como tragar repetidamente o frotarse las manos). Estas crisis se denominan crisis parciales o focales o bien ausencias, dependiendo de las características particulares.

¿Qué causa la epilepsia?

Las crisis epilépticas pueden ser la manifestación de problemas muy variados y pueden deberse a problemas tan diversos como un tumor cerebral, una malformación, una meningitis, una conmoción cerebral causada por un golpe en la cabeza, un exceso en la toma de bebidas alcohólicas, etc. En algunos casos no se encuentra la causa de la epilepsia o es de carácter familiar.

Por otro lado cualquier persona puede presentar una crisis aislada en condiciones excepcionales. Por ejemplo, la falta de sueño, el abuso de drogas estimulantes (anfetaminas, cocaína), el alcohol o la fiebre pueden todos ellos aumentar el riesgo de tener crisis. Todo depende del llamado dintel para la epilepsia. Por ejemplo, algunas personas tienen una alta resistencia para tener crisis (un alto dintel) y por más factores provocadores a las que se las pueda someter no tendrán crisis. Por el contrario, hay personas con un dintel muy bajo que facilita el que tengan crisis. Generalmente la resistencia o facilidad para tener crisis está asociada a factores hereditarios poco conocidos.

¿En qué personas aparece la epilepsia?

La epilepsia puede aparecer a cualquier edad: desde la primera infancia hasta la ancianidad, aunque suele ser más frecuente en los dos extremos de la vida. La epilepsia no tiene prejuicios: afecta por igual a hombres y mujeres, ricos y pobres, y a personas de cualquier raza.

¿Por qué se produce la epilepsia?

Las crisis epilépticas se producen por una alteración de las células cerebrales (las neuronas) en un lugar del cerebro (crisis focales) o por una excitabilidad general del cerebro en su conjunto (crisis generalizadas). Las crisis focales suelen ser debidas a lesiones cerebrales (un tumor, una malformación o una cicatriz). Por otra parte, en las crisis generalizadas no se suele encontrar una anomalía evidente en el cerebro y posiblemente sean debidas a una anomalía en la regulación de la comunicación de las células cerebrales tal vez de causa genética.

¿Cómo se diagnostica la epilepsia?

No hay una prueba única para diagnosticar la epilepsia. De hecho lo más importante para su diagnóstico es obtener una descripción detallada de las crisis. Por ello, es fundamental ir al neurólogo acompañado de un familiar o testigo de la crisis.

Una vez hecho el diagnóstico se complementa con pruebas que ayudan a detectar cual es el origen de las crisis. Las pruebas más importantes son la Tomografía Axial Computerizada (o TAC) cerebral, la Resonancia Magnética Cerebral y el electroencefalograma. Las dos primeras son útiles para ver la estructura del cerebro y pueden detectar la presencia de tumores, cicatrices, quistes, malformaciones cerebrales, etc. Por otra parte, con el electroencefalograma se obtiene el registro de la actividad eléctrica cerebral que indica la posible excitabilidad del cerebro y la localización de esta excesiva excitabilidad. En ocasiones, es necesario el registro de las crisis epilépticas mediante un sistema de circuito cerrado de video-electroencefalograma para poder diagnosticar con seguridad la epilepsia o para poder determinar el lugar cerebral de origen de las crisis.

¿Se trata la epilepsia?

La epilepsia es una enfermedad tratable. Afortunadamente, casi dos tercios de las personas que la padecen pueden ser controladas con la medicación antiepiléptica. Sin embargo, el tercio restante que presentan crisis son resistentes a múltiples tratamientos y, en ocasiones, necesitan una operación en el cerebro para controlar las crisis. Otros tratamientos útiles para personas seleccionadas con epilepsia de difícil control son la dieta cetógena o la implantación de un marcapasos en el nervio vago.

¿Qué problemas conlleva la epilepsia?

Las personas con epilepsia, especialmente si las crisis no están bien controladas, tienen una serie de limitaciones y problemas en relación a las crisis o a la toma de medicación.

¿Se puede trabajar?

La capacidad para trabajar depende de la frecuencia de las crisis. En las epilepsias benignas (bien controladas) las personas pueden llevar a cabo cualquier actividad, aunque hay ciertas profesiones que no pueden realizar como por ejemplo ser conductor profesional, piloto, militar o policía. En las personas con crisis frecuentes las posibilidades de conseguir o mantener un empleo son escasas.

Esto es en general debido, en mayor medida, a la reacción de los demás ante las crisis que al propio impedimento que suponen las mismas.

Un problema que se plantean con frecuencia las personas con epilepsia es si necesitan declarar su epilepsia al solicitar un empleo. Muchos prefieren ocultarlo y hacerse valer en el trabajo con la esperanza de que su superior cuando se entere sopesa sus probadas habilidades personales con su enfermedad. De hecho, diversos trabajos de investigación han demostrado que las personas con epilepsia tienen menos accidentes

en el trabajo, faltan menos al mismo y son más "leales" a la empresa, comparados con personas sin esta enfermedad.

¿Se puede adquirir un seguro médico?

Muchos seguros médicos privados no aceptan cobertura por enfermedades preexistentes, entre ellas la epilepsia, por lo que estas personas no pueden acceder a la medicina privada.

¿Se pueden tener hijos?

Las mujeres con crisis epilépticas tienen una serie de problemas especiales. Con frecuencia expresan preocupación por el control de la natalidad, la posibilidad de que la medicación o las crisis puedan provocar malformaciones en los niños durante el embarazo, la posibilidad de que sus hijos hereden la epilepsia o el hecho de si podrán cuidar correctamente de ellos tras el nacimiento.

Aunque en general el riesgo de malformaciones es bajo y hay muy pocos tipos de epilepsia hereditarios, ideas del pasado arraigadas en la población, asociadas a un desconocimiento de la enfermedad hacen que estas preocupaciones sean una fuente de sufrimiento. De hecho hay mujeres que deciden no tener hijos basándose en ideas erróneas sobre la epilepsia.

Niños en el colegio: dado el desconocimiento general sobre lo que es la epilepsia, el niño con epilepsia puede sufrir una importante discriminación y rechazo por parte de profesores y compañeros. Las crisis epilépticas, especialmente las convulsiones, provocan con frecuencia "terror" en los que la observan (profesores y compañeros del niño), lo que hace que se tienda a apartar al niño de la actividad normal. Un aspecto de especial preocupación para profesores y padres es qué nivel de riesgo es aceptable para un niño con epilepsia. ¿Puede llevar una vida normal, hacer deporte, nadar, acudir a actividades extraescolares (campamentos de verano, por ejemplo)? o, por el contrario, ¿debe estar especialmente protegido? La decisión es difícil y depende en gran medida del tipo de crisis y frecuencia de las mismas. En general, es conveniente que lleve una vida lo más "normal" posible, para lo que se precisa una buena comunicación entre padres y profesores y un conocimiento de la enfermedad por ambas partes.

Relaciones personales: Indudablemente las personas con epilepsia activa tienen mayores problemas de relación que las personas normales.

Esto se debe fundamentalmente al desconocimiento y miedo respecto a la enfermedad que persiste en la sociedad, por lo que una buena información levantará estas barreras. Conducción de vehículos: la ley prohíbe conducir a las personas con epilepsia activa (con crisis en el último año).

Seguridad en casa: Los accidentes domésticos son con mucha frecuencia causa de daños corporales y, en ocasiones, mortales. Las personas con epilepsia están sujetas a la posibilidad de que una crisis les perturbe la conciencia mientras están realizando cualquier tarea cotidiana por lo que el riesgo de accidentes es relativamente alto. Estas personas necesitan tomar una serie de precauciones especiales en casa: ducharse mejor que bañarse, poner barandillas en los baños, colocar en los baños puertas que se abran hacia afuera (para no bloquear la entrada de ayuda en caso de crisis), evitar las puertas de cristal.

Deportes: Las personas con epilepsia no controlada pueden hacer la mayor parte de los deportes tomando las precauciones adecuadas. Lo más importante es tener sentido común y procurar no hacer deporte en solitario. La mayor parte de las personas con epilepsia pueden montar en bicicleta o a caballo, nadar, correr, jugar al fútbol, Indudablemente, ciertos tipos de deportes de riesgo deben de evitarse (escalada, boxeo, buceo a alta profundidad, ala-delta).

Consejos prácticos para personas con epilepsia

Toma la medicación cada día como fue prescrita por tu médico, no bebas alcohol o tomes drogas, ten sentido común en la práctica de los deportes, si eres mujer, habla con tu neurólogo sobre los posibles problemas que puede tener el embarazo o los anticonceptivos.

¿Qué hacer ante una crisis epiléptica convulsiva?

Actúa con calma, protege a la persona de que se de golpes sin sujetarla excesivamente. Retira los muebles u objetos de su alrededor, afloja el cuello de la camisa, pon a la persona (caída en el suelo) de medio lado, pon una almohada o ropa debajo de la cabeza para que no se dañe, Espera a que se pase la crisis (lo que casi siempre ocurre en menos de cinco minutos) y no pongas nada en su boca para evitar que se muerda la lengua.

¿Cuándo llamar al médico de urgencias?

Si es la primera crisis que ha tenido en su vida, si se ha hecho heridas durante la crisis o se ha golpeado la cabeza, si la crisis dura más de 5 minutos, si la persona está embarazada, es diabética o hipertensa.

Epilepsia Definición

Es un trastorno cerebral que involucra convulsiones recurrentes.

Causas, incidencia y factores de riesgo

La epilepsia es un trastorno que involucra convulsiones repetidas de algún tipo. Las convulsiones ("ataques") son episodios de alteración de la función cerebral que producen cambios en la atención o el comportamiento y se producen por una excitación eléctrica anómala del cerebro.

En algunas ocasiones, las convulsiones se relacionan con una condición temporal, como exposición a drogas, supresión de algunos medicamentos o niveles anormales de sodio o glucosa en la sangre. En estos casos, es posible que las convulsiones repetidas no recurran una vez que se corrija el problema subyacente.

En otros casos, la lesión cerebral (p. ej. apoplejía o lesión en la cabeza) hace que el cerebro se vuelva excitable de manera anormal. En algunas personas, una anomalía hereditaria afecta las neuronas del cerebro, lo que conduce a convulsiones. En algunos casos no se puede identificar una causa.

Algunas de las causas más comunes de las convulsiones son:

- Idiopática (de causa no identificable)
- Generalmente comienza entre los 5 y los 20 años de edad
- Se puede presentar a cualquier edad
- No se presentan otras anomalías neurológicas
- A menudo, se presentan antecedentes familiares de epilepsia o convulsiones
- Condiciones de desarrollo o genéticas presentes al nacimiento o lesiones perinatales, en cuyo caso las convulsiones generalmente comienzan en la infancia

Anomalías metabólicas

- Pueden afectar a personas de cualquier edad
- Complicaciones de diabetes mellitus

- Desequilibrios electrolíticos
- Insuficiencia renal, uremia (acumulación tóxica de residuos)
- Deficiencias nutricionales
- Fenilcetonuria (PKU); en pocas ocasiones puede causar convulsiones en bebés
- Otras enfermedades metabólicas tales como error metabólico congénito
- Consumo de cocaína, anfetaminas, alcohol u otras drogas recreativas
- Síndrome de abstinencia de alcohol
- Síndrome de abstinencia de drogas, particularmente barbitúricos y benzodiazepinas

Lesión cerebral puede afectar a cualquier edad, la incidencia más alta se presenta en adultos jóvenes es más probable que se presente si las membranas cerebrales están dañadas las convulsiones generalmente comienzan dentro de los dos años después de la lesión convulsiones tempranas (dentro de las dos semanas después de la lesión), que no necesariamente indican que se desarrollarán convulsiones crónicas (epilepsia). Tumores y lesiones cerebrales que ocupen espacio (como hematomas) pueden afectar en cualquier edad, pero es más común después de los 30 años de edad inicialmente son más comunes las convulsiones parciales (focales) puede evolucionar a convulsión tónico-clónica generalizada. Trastornos que afecten los vasos sanguíneos accidente cerebro vascular es la causa más común de las convulsiones después de los sesenta años de edad. Trastornos degenerativos (demencia senil de tipo Alzheimer o síndromes orgánicos cerebrales similares) en la mayoría, afecta a los ancianos Infecciones.

Pueden afectar a todas edades, pueden ser una causa reversible de las convulsiones las infecciones cerebrales como meningitis y encefalitis pueden producir convulsiones, absceso cerebral infecciones severas agudas de cualquier parte del cuerpo infecciones crónicas (como la neurosífilis) Complicaciones del SIDA u otros trastornos inmunes.

El trastorno convulsivo afecta a cerca del 0,5% de la población; del 1,5 al 5,0% de la población puede presentar una convulsión en su vida. La epilepsia puede afectar a personas de cualquier edad.

Entre los factores de riesgo se encuentran antecedentes familiares de epilepsia, lesión de la cabeza u otra condición que produzca daño al cerebro. Los siguientes factores pueden presentar un riesgo de empeorar las convulsiones en una persona con un trastorno convulsivo bien controlado con anterioridad:

- Embarazo
- Falta de sueño
- Pasar por alto dosis de los medicamentos para la epilepsia
- Consumo de alcohol u otras drogas
- Ciertos medicamentos de prescripción
- Enfermedad
- Síntomas

La gravedad de los síntomas puede variar mucho, desde simples accesos de mirada fija hasta pérdida de la conciencia y convulsiones violentas. Para muchos pacientes, es estereotipado (la misma situación una y otra vez) mientras algunos pacientes tienen muchos tipos diferentes de convulsiones que producen síntomas diferentes cada vez. El tipo de ataque que una persona experimenta depende de una variedad de factores, como la parte del cerebro que se encuentra afectada, la causa y la respuesta individual. En algunas personas se presenta un aura, que consiste en una sensación extraña (como hormigueo, olor o cambios emocionales) justo antes de cada convulsión. Las convulsiones se pueden presentar de manera repetida sin explicación.

Síntomas de las convulsiones generalizadas

Las convulsiones generalizadas afectan todo o la mayor parte del cerebro. Entre ellas se encuentran convulsiones pequeño mal y gran mal.

Convulsiones de pequeño mal:

Movimientos mínimos o inmovilidad (por lo general, a excepción del "parpadeo") que puede parecer una mirada en blanco Pérdida repentina y breve del conocimiento o la actividad consciente que puede durar sólo unos segundos

- Se repite muchas veces
- Ocurre más a menudo en la niñez
- Disminución del aprendizaje (con frecuencia se cree que el niño sueña despierto)

Convulsiones tónico-clónicas (gran mal):

- Contracciones musculares violentas de todo el cuerpo Rígido y duro. Afecta una parte importante del cuerpo
- Pérdida del conocimiento. La respiración se suspende temporalmente, luego se "suspira"
- Incontinencia urinaria
- Mordeduras en la lengua o las mejillas
- Confusión después de la convulsión
- Debilidad después de la convulsión (parálisis de Todd)

Síntomas de las convulsiones parciales

- Las convulsiones parciales afectan solo una parte del cerebro.
- Convulsiones parciales simples (focales):
- Contracciones musculares de una parte específica del cuerpo
- Sensibilidad anormal
- Puede presentarse náusea, sudoración, enrojecimiento de la piel y pupilas dilatadas
- Pueden presentarse otros síntomas focales (localizados)
- Convulsiones parciales complejas:
- Automatismo (ejecución automática de conductas complejas sin percepción consciente)
- Sensibilidad anormal
- Puede presentarse náusea, sudoración, enrojecimiento de la piel y pupilas dilatadas
- Pueden presentarse otros síntomas focales (localizados)
- Emociones recordadas o inapropiadas
- Cambios en la personalidad o agudeza mental
- Se puede perder o no el conocimiento
- Alucinaciones o alteraciones olfativas (olor) o gustativas (sabor), si la epilepsia está focalizada en el lóbulo temporal del cerebro
- Signos y exámenes

El diagnóstico de la epilepsia y de los trastornos convulsivos requiere antecedentes de convulsiones recurrentes de cualquier tipo. Un examen físico (que comprende una revisión neuromuscular detallada) puede ser normal o puede mostrar funcionamiento cerebral anormal en relación con áreas específicas del cerebro.

Un electroencefalograma (EEG), una lectura de la actividad eléctrica del cerebro, puede confirmar la presencia de varios tipos de convulsiones. Este puede, en algunos casos, indicar la ubicación de la lesión que está causando la convulsión. El EEG a menudo puede ser normal entre convulsiones, por lo que puede ser necesario efectuar un monitoreo prolongado con EEG.

Los exámenes pueden incluir varias pruebas de sangre para descartar otras causas temporales y reversibles de las convulsiones, entre estos se pueden mencionar:

- CSC

- Examen de química sanguínea, glucosa en la sangre
- Pruebas de función hepática
- Pruebas de función renal
- Exámenes para enfermedades infecciosas
- Análisis del LCR (líquido cefalorraquídeo)

Los exámenes para determinar la causa y localización del problema pueden incluir procedimientos tales como:

- IRM o TC de cabeza
- Punción lumbar (punción espinal)

Entre los trastornos que pueden causar síntomas similares a las convulsiones se pueden mencionar: accidentes isquémicos transitorios, ataques de ira o pánico y otros trastornos que provocan pérdida del conocimiento.

Tratamiento

Para el tratamiento de las convulsiones, por favor ver primeros auxilios en caso de convulsiones.

Si se ha identificado una causa subyacente de las convulsiones, ésta debe ser tratada, lo que puede detener la aparición de otras convulsiones. Esto puede incluir la reparación quirúrgica de tumores o lesiones cerebrales u otros tratamientos alternativos. Los anticonvulsivos por vía oral pueden reducir el número de convulsiones futuras. La respuesta es individual y los medicamentos y las dosis utilizadas pueden requerir ajustes periódicamente. El tipo de medicamento que se utiliza depende del tipo de convulsión ya que algunos tipos de convulsiones responden bien a un medicamento y pueden responder muy poco (e incluso empeorarse) con otros.

La necesidad de seguimiento depende del tipo de convulsión y de los medicamentos utilizados. En algunos medicamentos se deben monitorear sus efectos colaterales y niveles sanguíneos.

Para algunos pacientes, el uso de varios medicamentos puede ser inadecuado. Esta se denomina epilepsia refractaria. De estas personas, algunas se pueden beneficiar de la cirugía cerebral para remover las células cerebrales anómalas que están provocando las convulsiones. Para otras se implanta un estimulador del nervio vago en el tórax, lo que puede ayudar a reducir el número de convulsiones.

Los pacientes deben portar accesorios de alerta médica para que se pueda obtener el tratamiento médico oportuno si se presenta una convulsión.

Grupos de apoyo

El estrés causado por la presencia de las convulsiones (o ser responsable de alguien con convulsiones) se puede aliviar mediante la vinculación a un grupo de apoyo, en el que los miembros comparten experiencias y problemas en común. Ver grupo de apoyo para epilepsia.

Expectativas (pronóstico)

La epilepsia puede ser una condición crónica, de por vida. En algunos casos, sin embargo, la necesidad de medicamentos se puede reducir e incluso eliminar con el tiempo. Algunos tipos de epilepsia infantil se resuelven o mejoran con la edad. Un período de cuatro años sin convulsiones puede indicar la posibilidad de reducir o suspender los medicamentos.

La muerte o daño cerebral permanente a causa de las convulsiones es poco común pero puede ocurrir si la convulsión es prolongada o si se presentan dos o más convulsiones en un período corto (estado

epiléptico). La muerte o el daño cerebral son, más a menudo, causados por la falta prolongada de respiración y la resultante muerte del tejido cerebral por falta de oxígeno. Existen algunos casos de muerte súbita e inexplicable en pacientes con epilepsia.

Si la convulsión ocurre mientras la persona está conduciendo u operando equipo peligroso, se pueden presentar lesiones serias, por lo cual estas actividades se deben restringir en personas con trastornos convulsivos mal controlados.

Es posible que las convulsiones poco frecuentes no restrinjan significativamente el estilo de vida de la persona, por lo que el trabajo, el estudio y la recreación no necesariamente se deben limitar.

Complicaciones

- Convulsiones prolongadas o numerosas sin recuperación completa entre ellas (estado epiléptico)
- Lesiones causadas por caídas, golpes y la propia mordida.
- Lesiones durante una convulsión mientras se está conduciendo u operando maquinaria
- Inhalación de líquido a los pulmones y como resultado neumonía por aspiración
- Daño cerebral permanente (accidente cerebro vascular u otro daño)
- Dificultad de aprendizaje
- Efectos secundarios de los medicamentos

Muchos medicamentos anti-epilépticos producen defectos congénitos, por lo que las mujeres que desean quedar embarazadas deben informar a su médico con anterioridad para ajustarlos.

Situaciones que requieren asistencia médica

Se debe llamar al número local de emergencia (como el 911) si es la primera vez que una persona tiene una convulsión o si se presenta una convulsión en una persona sin un brazalete de identificación médica (con instrucciones que expliquen qué se debe hacer). En el caso de alguien que haya presentado convulsiones con anterioridad, se debe llamar una ambulancia para cualquiera de las siguientes situaciones de emergencia:

- Es una convulsión más larga de las que la persona presenta normalmente o es un número inusual de convulsiones para la persona
- Se repiten las convulsiones en pocos minutos
- Se repiten las convulsiones cuando la conciencia o comportamiento normal no se ha recuperado entre ellas (estado epiléptico)
- Se debe buscar asistencia médica si aparecen nuevos síntomas, incluyendo efectos secundarios posibles de los medicamentos (somnolencia, inquietud, confusión y sedación), también si se presentan náuseas/vómitos, prurito, pérdida del cabello, temblores, movimientos anormales o problemas de coordinación.

Prevención

En general, no existe una prevención conocida para la epilepsia. Sin embargo, con una dieta y reposo adecuados, la abstinencia de drogas y alcohol se puede disminuir la probabilidad de precipitar una convulsión en una persona con epilepsia.

Se debe reducir el riesgo de lesión en la cabeza mediante el uso de cascos durante actividades de riesgo, lo cual puede ayudar a disminuir la posibilidad de desarrollar epilepsia.

Aspectos genético moleculares de la susceptibilidad a desarrollar epilepsia Idiopática

Resumen

Existen más de 40 formas clínicas de Epilepsia que se clasifican de acuerdo con su etiología y/o con su forma de presentación clínica.

El término de Epilepsia Idiopática se reserva para aquellos casos afectados de convulsiones y en los que no se puede detectar lesiones estructurales en el cerebro ni anomalías neurológicas. A pesar de que existen numerosos estudios que han confirmado la importancia de los factores genéticos en la aparición de la EI, estos aparentan ser complejos y probablemente involucran un locus con expresividad variable o varios loci con expresión fenotípica similar (epistaxis). Además, los factores ambientales representan una influencia variable.

En los últimos años se han mapeado genes mayores que puedan estar relacionados con susceptibilidad para desarrollar Epilepsia. De este modo, se han clonado tres genes autosómicos y uno mitocondrial como responsables del desarrollo de algunas formas particulares de Epilepsia.

Además, varios estudios de ligamiento genético han proporcionado evidencia, algunas veces inconsistente, sobre la influencia de otros 5 loci en la susceptibilidad para desarrollar Epilepsia (6p21.2, 6q23-25, 8q24, 8p, 10q). En algunas ocasiones, el mismo locus ha sido ligado a diferentes formas de Epilepsia y en otras una forma de Epilepsia ha mostrado ligamiento a varios loci.

La Epilepsia es una enfermedad neurológica caracterizada por un marcado incremento de la excitabilidad neuronal que induce un número recurrente de convulsiones, la gran mayoría de las veces autolimitadas, en la ausencia de un factor precipitante (1,2). Los ataques pueden permanecer confinados a una alteración elemental o compleja de la conducta, o pueden progresar a convulsiones focales o generalizadas. Las convulsiones se definen como generalizadas cuando la clínica y los cambios fisiológicos indican el compromiso de ambos hemisferios cerebrales desde el inicio de la descarga epiléptica y como parciales si las descargas epilépticas comprometen inicialmente un solo hemisferio o parte de este.

La Epilepsia es la enfermedad neurológica más frecuente. En los países desarrollados la prevalencia es aproximadamente de 0.2 %, lo que hace de ella la enfermedad neurológica más prevalente, siendo 10 veces más frecuente que la Esclerosis Múltiple y que las enfermedades de neurona motora (3). En los países en vía de desarrollo, como en los latinoamericanos, la prevalencia oscila entre 1.3 % en Sao Paulo a 4.2 % en ciudad de México (4). En Colombia y más específicamente en Medellín, nuestro grupo ha determinado que existe una prevalencia de 2.14% (5).

Existen más de 40 formas clínicas de Epilepsia que se clasifican de acuerdo con su etiología y/o con su forma de presentación clínica (6)(Tabla 1). El término de Epilepsia Idiopática se reserva para aquellos casos afectados de convulsiones y en los que no se puede detectar lesiones estructurales en el cerebro ni anomalías neurológicas. De acuerdo con el tipo de convulsión la Epilepsia Idiopática (EI) puede ser subdividida en Epilepsia Idiopática Generalizada (EIG) y Epilepsia Idiopática Parcial (EIP) (también denominada Epilepsia Focal Benigna (EFB)). La EIG es muy común y representa cerca del 40% de todas las formas de Epilepsia hasta la edad de los 40 años (7). En algunas ocasiones, individuos afectados con EIG pueden desarrollar diferentes tipos de convulsiones generalizadas, lo que define entonces algunas formas específicas de EIG como por ejemplo Convulsiones Tónico Clónico Generalizadas (CTCG), Ausencias Infantiles (AI) Ausencias Juveniles (AJ) y Epilepsia Mioclónica Juvenil (EMJ). Al mismo tiempo, la EI con CTCG puede ser subdividida en Gran Mal Aleatorio (GMA) si las convulsiones ocurren en cualquier momento del día, o en Gran Mal del Despertar (GMD), si ellas ocurren en un corto periodo de tiempo después de despertarse.

Tabla 1
Clasificación abreviada de los síndromes epilépticos (ILAE, 1989)

| |
|--|
| 1. Epilepsias relacionadas a la localización (focales, locales, parciales) |
| 1.1. Idiomáticas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia Focal Benigna de la niñez (EFB) |
| 1.2. Sintomáticas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia Parcial Continua Progresiva Crónica • Epilepsia del Lóbulo Temporal • Epilepsia Extratemporal |
| 2. Epilepsias Generalizadas |
| 2.1. Idiopáticas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones Neonatales Benignas (CNB) • Epilepsia de Ausencia de la Niñez (EAN) • Epilepsia Mío clónica Juvenil (EMJ) • Epilepsia con Convulsiones Tónico Clónico Generalizadas (EICTCG) |
| Gran Mal del Despertar (GMD) |
| Gran Mal Aleatorio (GMA) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Otras Epilepsias Idiopáticas Generalizadas (OIG) |
| 2.2. Criptogénicas o Sintomáticas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia Mío clónica Progresiva (EMP) • Espasmos Infantiles • Encefalopatía mio clónica Temprana |
| 3. Síndromes especiales |
| <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones Febriles |

A pesar de que existen numerosos estudios que han confirmado la importancia de los factores genéticos en la aparición de la EI, estos aparentan ser complejos y probablemente involucran un locus con expresividad variable o varios locus con expresión fenotípica similar (epistasia). Además, los factores ambientales representan una influencia variable (7,8,9).

En los últimos años se han mapeado genes mayores que puedan estar relacionados con susceptibilidad para desarrollar Epilepsia. De este modo, se han clonado tres genes autosómicos y uno mitocondrial como responsables del desarrollo de algunas formas particulares de Epilepsia.

Además, varios estudios de ligamiento genético han proporcionado evidencia, algunas veces inconsistente, sobre la influencia de otros 5 loci en la susceptibilidad para desarrollar Epilepsia (6p21.2, 6q23-25, 8q24, 8p, 10q). En algunas ocasiones, el mismo locus ha sido ligado a diferentes formas de Epilepsia y en otras una forma de Epilepsia ha mostrado ligamiento a varios loci (Tabla 2).

Tabla 2
Genética de las Epilepsias

| Forma Clínica | Locus | Gen | Referencia |
|--|------------------------------|-------------|---|
| Parciales | | | |
| Epilepsia Autosómica Dominante Nocturna del Lóbulo Frontal. | 20q13.2 | CHRNA4 | (10) Steinlein et al. 1995 |
| Epilepsia Parcial | 10q | ? | (12)Ottman et al. 1995 |
| Generalizadas | | | |
| Mioclónicas Progresivas | | | |
| Epilepsia Mioclónica Progresiva del tipo Unverricht-Lundborg | 21q22.3 | Cistatina B | (13)Virtaneva et al., 1996; (14) Pennacchio et al. 1996 |
| Epilepsia Mioclónica Progresiva causada por MERFF | MtDNA | tRNA(lis) | (16)Schoffner et al. 1990 |
| Enfermedad de Batten | 16p12.1-11.2 | CLN3 | (15)IBDC 1995 |
| Epilepsia Mioclónica Progresiva del tipo Lafora | 6q23-25 | ? | (17)Serratosa et al. 1995 |
| Epilepsia Progresiva con retardo mental | 8p | ? | (18)Tahvanainen et al. 1994 |
| Idiopáticas Generalizadas | | | |
| Epilepsia Mioclónica Juvenil | 6p21.2-p11 (EJM1). | ? | (23) Liu et al., 1995, (24)(21) Greenberg et al., 1995,1996, (22) Serratosa et al., 1996. |
| Epilepsias Idiopáticas Generalizadas | 8q24 | ? | (20)Zara et al. 1995 |
| Convulsiones Neonatales Benignas | 20q13.2 (EBN1), 8q24 (EBN2). | ? | 25)Leppert et al. 1989, (26)Lewis et al. 1993 |

En los siguientes párrafos daremos una breve descripción de algunos de los resultados obtenidos mediante análisis genético-molecular de algunas formas particulares de Epilepsia.

Epilepsias Parciales

Epilepsia Nocturna del Lóbulo Frontal Autosómica Dominante (ENLFAD): esta es una Epilepsia Parcial, que se inicia en la niñez, caracterizada por convulsiones frecuentes, violentas y breves que ocurren preferencialmente en horas de la noche,. El locus responsable para el desarrollo de esta entidad fue localizado mediante el análisis de una gran genealogía australiana en el intervalo cromosómico 20q13.2-q13.3 (10). Cuando se examinó la subunidad alfa del receptor neuronal de acetilcolina (CHRNA4), cuya localización cromosómica corresponde a la región descrita anteriormente, se encontró que en los individuos afectados existía una sustitución de una Serina a Fenilalanina sobre el codon 248 del gen (CHRNA4) (10). Esta mutación ocurre en el dominio M2 de transmembrana, parte fundamental del poro iónico del receptor nicotínico. La evidencia experimental sugiere que la sustitución sobre el codon 248 resulta en una sensibilidad incrementada del receptor de acetilcolina que puede conducir a la actividad epiléptica que se observa en ENLFAD(11). Recientemente otro locus de susceptibilidad para el desarrollo de Epilepsia

Parcial ha sido localizado sobre el cromosoma 10q en una genealogía de tres generaciones que mostraba un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia reducida (12).

Epilepsias Generalizadas

Epilepsia Mioclónica Progresiva del tipo Unverricht-Lundborg (EMP): esta es una forma de Epilepsia heredada en forma autosómica recesiva y caracterizada por convulsiones tónico-clónicas y mioclónicas desencadenadas por diversos estímulos, con un periodo de inicio entre los 6 y los 15 años y con una tasa de progresión variable en el tiempo, dentro y entre familias. Las convulsiones tienden a disminuir entre los 25 a los 30 años de edad pero para ese periodo de tiempo se ha desarrollado una demencia que oscila entre moderada a severa. A diferencia de otras Epilepsias mio clónicas progresivas, no se observan cuerpos de inclusión o de almacenamiento intracerebrales y su diagnóstico se realiza con base en la historia clínica, las anomalías electroencefalográficas típicas y la exclusión de otras formas de Epilepsias mio clónicas progresivas (Enfermedad de Lafora, MERRF, Lipofuscinosis Ceroide neuronal y Sialidosis). El locus responsable para el desarrollo de EMP fue localizado en un intervalo de 175 Kilo bases en la región cromosómica 21q22.3 por Virtaneva et al. (13). A partir de esta región Pennacchio et al.

(14) aislaron el gen que codifica la cistatina B. El nivel de expresión de este gen se ha encontrado significativamente disminuido en individuos afectados por EMP. Esta disminución en la expresión del gen de la Cistatina B esta relacionada con la presencia de una mutación que origina un corte y empalme erróneo, y con una mutación en el codon de paro en dicho gen de algunos de los individuos afectados (13). Las cistatinas son inhibidores de las proteáceas de cisteína que se encuentran ampliamente distribuidos en las células y tejidos, de las cuales la Cistatina B juega un papel muy importante en la protección de la célula de las proteáceas de cisteína que salen de los lisosomas. No obstante los hallazgos anteriores, todavía no se puede esclarecer como aparece el fenotipo epiléptico a partir de este cuadro bioquímico.

Lipofuscinosis Ceroide Neuronal (LCN): estas son un grupo de desordenes neuronales heredados, que se caracterizan por la acumulación de lipopigmentos auto fluorescentes (Ceroide y lipofuscina), en las neuronas y en otros tipos de células. Clínicamente se han podido reconocer al menos cinco subtipos. Enfermedad de Bateen (Lipofuscinosis Ceroide Juvenil) es un desorden neurodegenerativo de la niñez heredado recesivamente, caracterizado por pérdida de la visión, convulsiones y disturbios psicomotores. En países desarrollados se ha estimado como el cuadro neurodegenerativo más frecuente de la niñez. Los análisis genéticos han localizado el locus responsable del desarrollo de la enfermedad en el cromosoma 16p12.1-11.2, a partir del cual un gen denominado CLN3 ha sido recientemente aislado(15). Este gen presenta una pérdida de la continuidad o interrupción (delección) de 1.02 Kilo bases en un grupo de pacientes. Otros pacientes muestran mutaciones puntuales (de una sola base) en el mismo gen que cosegregan con la enfermedad. La proteína de 438 aminoácidos codificada por CLN3 no tiene similitud con las proteínas previamente descritas y su función permanece desconocida hasta el momento.

Epilepsia Mioclónica y enfermedad de Fibras Rojas Rasgada (MERFF): es una enfermedad transmitida mitocondrialmente, caracterizada por Epilepsia, mioclonus y retardo mental progresivo.

Es ocasionada por mutaciones en la horquilla TjC del gen mitocondrial tRNA^{Lys} lo que conduce bioquímicamente a defectos en los complejos I y IV de la cadena de fosforilación oxidativa (15).

Como la capacidad de generación de ATP mitocondrial se ve notablemente disminuida, se produce una afección progresiva de los tejidos nervioso y muscular.

Epilepsia Mioclónica Progresiva del tipo Lafora: esta es una enfermedad recesiva autosómica caracterizada por Epilepsia, mioclonus, demencia y cuerpos de inclusión intracelulares positivos al ácido periódico de Schiff. Su inicio se presenta durante la niñez tardía o la adolescencia y la enfermedad conduce a un desenlace fatal durante la década de inicio de la sintomatología.

Mediante el uso de una técnica de mapeo genético llamada mapeo por homocigotidad, Serratosa et al. (17) hallaron ligamiento de esta enfermedad al cromosoma 6q23-25.

Epilepsia Progresiva con Retardo Mental (EPRM): esta es una enfermedad autosómica recesiva caracterizada por CTCG, con un inicio entre los 5-10 años, retardo mental severo y progresivo durante los 2-5 años posteriores al inicio de la primera convulsión. Esta entidad ha sido reportada en genealogías provenientes de Finlandia y se ha demostrado fuerte ligamiento al cromosoma 8p (18).

Epilepsia Idiopática Generalizada (EIG): Todas las formas de Epilepsias Generalizadas descritas anteriormente son encefalopatías epileptogénicas y cursan con disminución de la actividad psicomotora de los individuos afectados. las EIG que vamos a describir no cursan con deterioro, al menos, evidenciable clínicamente de las funciones mentales superiores. Estas formas de EIG han mostrado una concordancia en gemelos monozigóticos mayor de 95% lo que demuestra, casi que definitivamente, una etiología genética (19). Además, el subtipo de EIG fue el mismo en todos los pares de gemelos monozigóticos lo que definitivamente proporciona evidencias a favor del componente genético. En 2 artículos siguientes de esta serie, que tratan sobre nuestras investigaciones en Epilepsia, se presentará evidencia definitiva que demuestra el papel de genes mayores en la etiología para desarrollar estas formas de EIG. Los estudios familiares han mostrado claramente que existe agregación familiar pero el modelo mendeliano no es definitivamente claro.

En ocasiones, hemos encontrado familias con diferentes formas de EIG e individuos que cambian su forma fenotípica de la entidad a través del tiempo, incluso se encuentran formas, que podríamos llamar electroencefalográficas, en las que no se desarrollan convulsiones pero existe definitivamente transmisión familiar de caracteres electroencefalográficos alterados como el patrón de punta aguda onda lenta de 2.5 a 5 ciclos por segundo. Diferentes tipos de modelos como el dominante autosómico, recesivo autosómico, interacción de dos loci y modelos poligénicos, han sido sugeridos como una explicación de la forma hereditaria que subyace a EIG (20).

Epilepsia Mioclónica Juvenil (EMJ) : caracterizadas por brincos mioclónicos en las horas del despertar, es la forma de EIG que ha sido más extensivamente estudiada a nivel genético. En 1988 Greenberg et al. (21) estudiaron una familia de probandos diagnosticados como afectados de EMJ y demostraron ligamiento a dos marcadores del cromosoma 6p. El factor del propeptidín BF y el complejo mayor de histocompatibilidad HLA. Subsecuentes estudios confirmaron este hallazgo y refinaron la localización de el locus (EJM1) a 6p21.2-p11 (22,23,24). Además se ha descrito asociación de la enfermedad entre alelos de los loci DRB1 y DQB1 de la región del HLA (27,28,29,30,31).

No obstante los anteriores hallazgos, algunos investigadores no han podido confirmar dicho ligamiento e incluso han presentado evidencia en contra de ligamiento a esta región cromosómica (32,33). Los anteriores hallazgos sugieren que existe heterogeneidad genética de EMJ pero también subrayan la importancia de una caracterización fenotípica rigurosa desde el punto de vista clínico de tal manera que se obvие la heterogeneidad no debida a razones genéticas (34). Sobre este último punto, un estudio reciente de Greenberg et al. (24) sugiere que la EMJ con gran mal del despertar está ligada a EJM 1, mientras que EIG con gran mal aleatorio no.

Usando una aproximación no paramétrica denominada sib-pair, Zara et al. (20) proporcionaron evidencia para ligamiento a 8q24 de las EIG en familias pesquisadas a partir de probandos afectados con este tipo de EIG. Esta misma región ha sido previamente implicada en la susceptibilidad ha desarrollar Convulsiones Familiares Benignas Neonatales (EBN2) (35), una Epilepsia Generalizada heredada como un carácter autosómico dominante del que se ha mostrado estar ligado al cromosoma 20q (EBN1)(35). Interesantemente, 8q24 es una región de sintenia conservada con una región del cromosoma 15 de ratón donde la mutación stargazer fue mapeada.

Stargazer es una mutación recesiva que conduce a un fenotipo que semeja, de una manera muy cercana, a una Epilepsia de ausencias con espigas-ondas generalizadas y es posible que las mutaciones en la otra contraparte humana puedan predisponer a Epilepsia Generalizada.

El gran rango de expresiones fenotípicas dentro de familias afectadas de EIG que incluye mioclonías, ausencias, CTCG, individuos asintomáticos con EEG anormales y aún convulsiones febriles, da cuenta de la complejidad del carácter epiléptico, la complejidad de su análisis y sugieren la posibilidad de que ciertas mutaciones sobre loci específicos conduzcan a un incremento sostenido de la excitabilidad neuronal dependiendo del trasfondo genético y medioambiental y de sus interacciones.

¿Qué es el Síndrome de la Fibromialgia?

El síndrome de la fibromialgia es una condición que afecta los neurotransmisores de los músculos ocasionando dolor crónico. Esta condición ocasiona dolores generalizados a través de todos los músculos, tendones y ligamentos del cuerpo. No es artritis. Los criterios de definición de la fibromialgia los estableció el Colegio Americano de Reumatólogos en 1990. La Organización Mundial de la Salud, la define como una condición dolorosa, no articular, que envuelve los músculos, y es la causa más común de dolor músculo esquelético crónico y generalizado. El dolor ocasionado por la fibromialgia es impredecible. El dolor varía de día a día. Los pacientes que padecen de esta condición nunca pueden predecir como se sentirán al otro día. El dolor afecta varias partes del cuerpo, como lo hombros, la cadera, las piernas, los brazos y hasta los músculos de los ojos. El paciente tiene agotamiento, siempre se siente cansado y el dolor puede ser incapacitante. El sueño, en los pacientes de fibromialgia, es tan liviano que nunca llega a dormirse lo suficientemente profundo como para descansar y restaurar su cuerpo.

Presentan dificultad para dormir y quedarse dormidos.

Síntomas: Existen una serie de síntomas ligados a esta condición. Además del agotamiento y el dolor los pacientes pueden presentar todos o algunos de los siguientes síntomas:

Entumecimiento, es una rigidez en los músculos, especialmente al despertar o cuando hay cambios de clima.

Dolores de cabeza o de cara, este dolor se manifiesta por las áreas del cuello o de los hombros, o por la zona temporomandibular. El paciente presenta dolor en la mandíbula y en la cara.

Trastornos Digestivos, muchos pacientes presentan malestar estomacal, estreñimiento o diarrea.

Vejiga irritada, los pacientes con fibromialgia experimentan frecuencia de orinar, o necesitan con urgencia orinar sin que tengan ninguna infección de la vejiga. Cosquilleo, (parestesia) esta es la sensación de hormigueo en las extremidades.

Dolores de pecho, estos dolores son conocidos como "costocondralgia". Este dolor se manifiesta donde las costillas se unen con el esternón.

Problemas de Memoria, los pacientes se quejan de dificultad para concentrarse, tienen lapsos de la memoria, se confunden al hablar o al escribir, se vuelven torpes.

Esto puede variar de día a día.

Desequilibrio, muchos pacientes presentan problemas de desequilibrio, o mareos.

Mayor Sensibilidad, el paciente puede presentar alergia a sustancias que antes no lo era, y mucha sensibilidad al ambiente, a la luz, al ruido y a los olores. Los cambios de temperatura afectan agudamente al paciente. Sienten que su cuerpo es un barómetro del tiempo, pues el cuerpo le duele más cuando el tiempo está húmedo.

Dolores de cabeza fuerte o dolor en la cara, los pacientes pueden experimentar dolores de migraña, tensión, estos dolores se pueden localizar detrás de los ojos.

Manos y pies fríos, es una sensación inusual de filo en las extremidades, que puede estar acompañado por cambios en color en ellas. Esto es conocido como Fenómeno de Raynaud.

Depresión o ansiedad, a pesar de que a muchos pacientes se les diagnostican depresión o desórdenes de ansiedad esto a menudo son resultados de los dolores crónicos y el malestar de fibromialgia más que de ser la causa de estos síntomas.

Causas: Los investigadores están estudiando y buscando las causas del síndrome de fibromialgia. Actualmente existen diferentes universidades llevando a cabo investigaciones que conduzcan a conocer la causa de este síndrome y se esta llevando a cabo investigaciones en el campo de la neuroendocrinología, inmunología, cardiología y fisiología del ejercicio. Hay evidencia que el síndrome de fibromialgia se manifiesta en personas que han sufrido algún trauma físico al cuerpo, alguna enfermedad o estrés emocional agudo.

Diagnóstico: No existe en la actualidad ningún análisis de laboratorio, examen radiológico u otro para diagnosticar fibromialgia. El diagnóstico se hace basado en la eliminación de otras causas parecidas (un diagnóstico de exclusión). Los criterios del Colegio Americano de Reumatólogos establece que el diagnóstico de fibromialgia debe estar presente el dolor por los menos durante tres meses y tener 11 de 18 puntos dolorosos. Estos puntos causan dolor al ser presionados, pero no transfieren el dolor a otra parte. También se requiere que los puntos estén presentes en los cuatro cuadrantes del cuerpo. El médico tiene que estar consciente que los puntos puede que no estén 'activos' todos el mismo día.

Tratamiento: Hasta hoy no existe cura para la fibromialgia lo que tratamos de hacer es aminorar los síntomas. Hay varias opciones de tratamiento para el paciente de fibromialgia pero todas ellas se tienen que llevar a la vez. El paciente tiene que tomar los medicamentos que le prescribe el médico, debe de ejercitarse (levemente), aprender técnicas de relajación y seguir una dieta regular.

Medicamentos: Para aliviar los dolores y mejorar el sueño el médico le receta dosis bajas de medicinas que aumentan el nivel de serotonina (la serotonina es una sustancia química en el cerebro que controla el dolor y el sueño), como la fluoxetina, paroxetina, setralina.

Muchos pacientes tienen que tomar medicamentos para trastornos digestivos y alergias.

Terapia Física: Como el masaje, la liberación miofascial, el uso de calor, movimiento y tratamientos quiroprácticos.

Ejercicio: Es muchas veces de gran provecho. Para el paciente de fibromialgia lo recomendado es hacer ejercicios en una alberca donde la temperatura sea agradable.

Tratamientos Alternativos: Los pacientes de fibromialgia están descubriendo que pueden aliviar sus dolores con tratamientos tales como la yoga, tai chi, manejo del estrés, asesoramiento alimenticio y la acupuntura. El apoyo emocional de la familia y amistades es muy importante para aliviar los síntomas inquietantes que padece el paciente. La familia debe de apoyar a el paciente a hacer los cambios necesarios en su estilo de vida.

Existen grupos de apoyo. Las personas que tengan dificultades ajustando su vida con el síndrome de fibromialgia deben de buscar ayuda profesional.

Bibliografía

- Beck-Mannagetta G, et al. Genetics of the Epilepsies. Springer-Verlag, Berlin (1989).
Berkovic SF, Howell RA, Hopper JL, Hay DA, Andermann E. A twin study of epilepsy. *Epilepsia* 1990;31:813

- De Lorenzo R J. In Gradly, W.G. Daroff, R.B. Fenichel, G. M. and Marsden, C.D. (eds), *Neurology in Clinical Practice*, Butterworth-Heinemann, Boston 1991, pp 1443-1478.
- Delgado Escueta AV, Greenberg DA, Weissbecker K, Liu A, Treiman L, Sparkes R, Park MS, Barbetti A, Terasaki PI. Gene mapping in the idiopathic generalized epilepsies: juvenile myoclonic epilepsy, childhood absence epilepsy, epilepsy with grand mal seizures, and early childhood myoclonic epilepsy. *Epilepsia* 1990;31(suppl. 3): S19-S29.
- Durner J, Janz D, Zingsem J, Greenberg DA. Is juvenile myoclonic epilepsy associated with an HLA-antigen? *Epilepsia* 1992; 33: 814-816.
- Durner M, Sander T, Greenberg DA, Johnson K, Beck-Mannagetta G, Janz D Localization of idiopathic generalized epilepsy on chromosome 6p in families of juvenile myoclonic epilepsy patients. *Neurology* 1991; 41:1651-1655.
- Elmslie FV, Williamson MP, Rees M, Kerr M, Kjeldsen MJ, Pang KA, Sundqvist A, Friis ML, Richens A, Chadwick D, Whitehouse WP, Gardiner RM. Linkage analysis of juvenile myoclonic epilepsy and microsatellite loci spanning 61 cM of human chromosome 6p in 19 nuclear pedigrees provides no evidence for a susceptibility locus in this region. *Am J Hum Genet* 1996; 59:653-663
- Emilio Casas Mercado, Sanatorio Guadalupano, Guadalupe 205 4° Piso Int. 408, Celaya, Gto. C.P. 38000, Tel. y Fax (461) 612-5805, Emergencias 044-461-11-70270
- Esta Guía presentación fue elaborada por el Dr. Santiago Arroyo. Miembro del Grupo de Estudio de la Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología 1999.
- Forman SA, Yellen G, Thiele EA. Alternative mechanism for pathogenesis of an inherited epilepsy by a nicotinic AChR mutation. *Nat Gen* 1996; 13:396-397.
- Greenberg DA, Delgado-Escueta AV, Wideltz H, Sparkes RS et al. Juvenile myoclonic epilepsy (JME) may be linked to the Bf and HLA loci on human chromosome 6. *Am J Med Genet* 1988; 31:185-192.
- Greenberg DA, Delgado-Escueta AV. The chromosome 6p epilepsy locus: exploring mode of inheritance and heterogeneity through linkage analysis. *Epilepsia* 1993; 34(suppl 3):S12-S18
- Greenberg DA, Durner M, Resor S, Rosenbaum D, Shinnar S. The genetics of idiopathic generalized epilepsies of adolescent onset: differences between juvenile myoclonic epilepsy with random grand mal and with awakening grand mal. *Neurology* 1995; 45: 942-946
- Greenberg DA, Durner M, Shinnar S, et al.. Association of HLA class II alleles in patients with juvenile myoclonic epilepsy compared with patients with other forms of adolescent-onset generalized epilepsy. *Neurology* 1996; 47:750-755.
- IBDC. Isolation of a Novel Gene Underlying Batten Disease, CLN3. *Cell* 1995; 82: 949-957.
- ILAE. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes: Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1989; 30:389-99
- ILAE-Italian League Against Epilepsy Genetic Collaborative Group. Concordance of clinical forms of epilepsy in families with several affected members. *Epilepsia* 1993; 34:819-826.
- Jiménez I, Mora O, Jiménez M, Zuluaga L, Isaza R, Sánchez J, Uribe CS, Blanco R, Arcos-Burgos M. Complex segregation analysis of non myoclonic idiopathic epilepsy with tonic-clonic seizures in Antioquia, Colombia. *Human Genetics* 1996; 2: 214-218.
- Leppert M, Anderson VE, Quattlebaum T, Saufler D et al. Benign familial neonatal convulsions linked to genetic markers on chromosome 20. *Nature* 1989; 337: 647-648.
- Lewis TB, Leach RJ, Ward K, et al. Genetic heterogeneity in benign familial neonatal convulsions: identification of a new locus on chromosome 8q. *Am J Hum Genet* 1993; 53: 670-675.
- Liu AW, Delgado-Escueta AV, Serratosa JM, Alonso ME, Medina MT, Gee MN, Cordova S, Zhao HZ, Spellman JM, Ramos-Peek JM, Donnadiu FR, Sparkes RS. Juvenile myoclonic epilepsy locus in chromosome 6p21.2-p11: linkage to convulsions and electroencephalography trait. *Am J Hum Genet* 1995; 57:368-381

- Malafosse A, Dulac O, Leboyer M, et al. Linkage studies of benign familial neonatal convulsions in six French families. *Epilepsia* 1990;31:816
- Mauricio Arcos-Burgos¹⁹³¹⁹⁴, L. Guillermo Palacio¹, Ofelia Mora², Jorge Luis Sánchez^{1,2}, Marta Jiménez¹, Iván Jiménez¹
- Obeid T, El Rab MOG, Daif AK, et al.. Is HLA-Drw13 (W6) associated with juvenile myoclonic epilepsy in Arab patients? *Epilepsia* 1994;35:319-321.
- Ottman R, Lee JH, Risch N, Hauser WA, Susser M. Clinical indicators of genetic susceptibility to epilepsy. *Epilepsia* 1996; 37: 353-361. environmental factors in the etiology of epilepsy. *Ann Neurol* 1996 ; 39: 442-449.
- Ottman R, Risch N, Hauser WA, Pedley TA, Lee JH, Barker-Cummings C, Lustenberger A, Nagle KJ, Lee KS, Scheuer ML, Neystat M, Susser M, Wilhelmsem KC. Localization of a gene for partial epilepsy to chromosome 10q. *Nat Gen* 1995 ; 10:56-60
- Pennacchio LA, Lehesjoki AE, Stone NE, Willour VL, Virtaneva K, Miao J, D'Amato E, Ramirez L, Faham M, Koskiniemi M, Warrington JA, Norio R, de la Chapelle A, Cox DR, Myers RM. Mutations in the gene encoding cystatin B in progressive Myoclonus epilepsy (EPM1). *Science* 1996 ; 271:1731-4.
- Scheuer M.L and Pedley TA. The evaluation and treatment of seizures. *New Eng J Med.* 1990; 1468-1474.
- Schoffner JM, Lott MT, Lezza AMS, Seibel P, Ballinger SW, Wallace DC. Myoclonic Epilepsy and ragged red fiber disease (MERRF) is associated with a mitochondrial DNA tRNA^{Lys} mutation. *Cell* 1990; 61:931-937.
- Serratosa et al.. *Hum Mol Genet* 1995; 4:1657.
- Serratosa JM, Delgado-Escueta AV, Medina MT, Zhang Q, Iranmanesh R, Sparkers RS. Clinical and genetic analysis of a large pedigree with Juvenile Myoclonic Epilepsy. *Ann Neurol* 1996; 39:187-195.
- Shorvon SD and Farmer PJ. Epilepsy in developing countries: a review of epidemiological sociocultural, and treatment aspects. *Epilepsia* 1988; 29 (Suppl.1):S36-S54.
- Shorvon SD. The epidemiology and treatment of chronic and refractory epilepsy. *Epilepsia* 1996;37(Suppl 2):S1-S3
- Steinlein OK, Mulley JC, Propping P, Wallace RH, Phillips HA, Sutherland GR, Scheffer IE, Berkovic SF. A missense mutation in the neuronal nicotinic acetylcholine receptor alpha 4 subunit is associated with autosomal dominant nocturnal frontal lobe epilepsy. *Nat Gen* 1995; 11:201-3
- Tahvanainen E, Ranta S, Hirvasniemi A, Karila E, Leisti J, Sistonen P, Weissenbach J, Lehesjoki A.E and De La Chapelle A. The gene for a recessively inherited human childhood progressive epilepsy with mental retardation maps to the distal short arm of chromosome 8. *Proc Natl Acad Sci USA* 1994; 91:7267-7270.
- Virtaneva K, Miao J, Träskelin AL, Stone N, Warrington JA, Weissenbach J, Myers RM, Cox DR, Sistonen P, de la Chapelle A, Lehesjoki AE. Progressive Myoclonus Epilepsy EPM1 locus maps to a 175-Kb interval in distal 21q. *Am J. Hum Genet* 1996; 58:1247-1253.
- Whitehouse WP, Rees M, Curtis D, Sundqvist A, Parker K, Chung E, Baralle D, Gardiner RM. Linkage analysis of idiopathic generalized epilepsy and marker loci on chromosome 6p in families of patients with juvenile myoclonic epilepsy: no evidence for an epilepsy locus in the HLA region. *Am J Hum Genet* 1993; 53:652-662
- Zara F, Bianchi A, Avanzini G, Di-Donato S, Castellotti B, Patel PI, Pandolfo M. Mapping of genes predisposing to idiopathic generalized epilepsy. *Hum Mol Gen* 1995; 4(7):1201.
- Zuluaga L, Soto C, Jaramillo D, Mora O, Betancur C, Londoño R. Prevalencia de Epilepsia en Medellín, Colombia, 1983. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1988. 104;4:331-344.

¹⁹³ Instituto Neurológico de Antioquia . Medellín ,Colombia

¹⁹⁴ Universidad de Antioquia . Medellín ,Colombia

Aplicación medica del “par biomagnetico”

En los procesos de sanación de acuerdo al sistema del “Par Biomagnético” y al través del tiempo que llevan las patologías en cada paciente hemos aprendido que el Biomagnetismo aplicado con el sistema innovador del “Par Biomagnético” nos lleva a lograr resultados sorprendentemente rápidos sin la necesidad del uso de fármacos en cualquiera de sus presentaciones y/o formulaciones disponibles, así y en tratamiento de las patologías que sostienen esta Tesina describimos el proceso de curación que llevamos en cada una de nuestras pacientes atendidas y que nos han llevado a feliz termino de sanación.

En el caso de epilepsia sabemos y entendemos que en este proceso, de acuerdo a la aplicación del par Biomagnético buscamos un parásito que está soportando la sintomatología de nuestro paciente y que da el origen al proceso convulsivo además de las bacterias que soportan la presencia del mismo y virus que agraven la sintomatología.

En el caso expuesto y de acuerdo a la constancia que nos entrega de su total proceso de restablecimiento y el logro de que su fármaco dependencia fuese dejada en su totalidad, presentamos a continuación la metodología que nos llevó al total restablecimiento.

En la primera sesión se impacta el par Parietal-Transverso que nos indica la presencia de la entomaeba histolitica, parásito, cabeza de páncreas – suprarrenales, estafilococo aureus cuagulasa negativa, bacteria que estaba soportando al parásito, axila – axila, virus de la rabia y Supraespinoso – Supraespinoso, micobacterium tuberculoso, virus.

Con estas impactaciones la paciente Sra. Sofía nos informa que en primera instancia no vuelve a tener un proceso convulsivo.

En la segunda sesión se encuentra piso orbital – piso orbital, virus Orf, braquial – braquial, estreptococo A y diafragma – diafragma, hongo Cándida albicanus.

Con esta sesión y al través del tiempo confirmamos que ya no había ausencias y que hasta la fecha no las ha tenido y por consecuencia el proceso convulsivo se retiró por completo, ahora nos quedaba la fármaco dependencia que se había formado en el tiempo de 21 años de padecer de este síndrome en el cual se le hicieron varias revisiones y se le impactaron pares que definen el carácter, la integridad y obviamente las nuevas patologías que iba adquiriendo. A la fecha es paciente que ha estudiado el “Par Biomagnético” impartido en la ciudad de Monterrey en el año de 2004 y en su practica está ayudando y contribuyendo a la salud de nuestros hermanos.

Aplicación del “par biomagnetico” en la fibromialgia

En este proceso curativo y en especial de la Sra. Irma en el año de 2003 se presenta para su tratamiento encontrándose en esta primera sesión los pares correspondientes a su restablecimiento y que son Pómulo derecho – Riñón contra lateral, paludismo-malaria, de acuerdo a nuestro conocimiento es el causante de la patología que nos lleva a esta enfermedad y que de acuerdo a su testimonio empezó a ceder de inmediato el malestar que abrumaba a este paciente, estaba soportado por Treponema palidum en el deltoides medio – deltoides medio, cuadrado – cuadrado y estreptococo A, coronarias – pulmón.

En la segunda sesión se encuentra actinomicas, Bursa – Bursa, parotiditis, pudiendo – pudiendo y Parotida – Parotida que en combinación reconstituye la función y ojo – ojo que hace resonancia al citomegalovirus.

Estas sesiones dieron por resultado el total restablecimiento de nuestra paciente que hasta la fecha es atendida de cualquier manifestación que llega a tener y ha logrado rehacer su vida en una forma optimista y con un animo sorprendente de vitalidad.

Enviado Vía Internet el día 25 de Julio de 2003 a solicitud de Armando Martínez Garay

"Soy Irma Zermeño y quiero exponer mi caso: Hace 5 años comencé con síntomas muy fuertes de dolor muscular y articular que se presentaba con inflamación, éstos se presentaban en todo el cuerpo, no eran zonificados. Consulté varios especialistas y los resultados de los análisis que me hicieron siempre salieron negativos, aparentemente no tenía ningún padecimiento físico y lo atribuyeron a una depresión mayor. Estuve en tratamiento con analgésicos sólo para disminuir las molestias, pero las dosis iban en aumento y no lograban erradicar mis malestares. La prescripción de medicamentos fue en aumento, de analgésicos suaves, hasta llegar sedantes pre-operatorios. Finalmente un neurólogo me diagnosticó "Fibromialgia" y comencé nuevamente a probar medicamento tras medicamento para intentar controlar mis dolores. Llegué a un grado de intoxicación alarmante, para ese entonces ya había tomado además de los analgésicos de base, antidepressivos, antiansiolíticos, relajantes musculares de todos tipos y pastillas para dormir. Mi estado empeoró muchísimo, al grado de que me recomendaron viera un psiquiatra, pues me había vuelto un paciente depresivo-maniaco y prácticamente no me levantaba de la cama.

Mi historia clínica tiene la firma de médicos generales, especialistas, pasando por distintas áreas, hasta un psiquiatra y yo seguía empeorando. Un día decidí dejar el medicamento por completo, me negué a seguir un tratamiento que en lugar de hacerme sentir bien me tenía sumida en una situación difícil. Una amiga de mi hermana, quién también había padecido de fibromialgia, me recomendó visitar al Sr. Armando Martínez, y me explicó un poco acerca de esta alternativa para curar mi enfermedad. Guiada por el testimonio de ella, pues después de tanto ir y venir con médicos que me habían "vendido" la idea de que nunca me iba a aliviar de mi fibromialgia, me había vuelto un poco incrédula a la idea de que pudiera curarme del todo, pero después de haber constatado su asombrosa mejoría, decidí ir.

Visité al Sr. Armando Martínez el 25 de abril por primera vez y desde la primer semana sentí un cambio drástico de mejoría. Al primer mes yo podía levantarme por las mañanas sin dolor alguno, podía dormir mucho mejor, sentía que realmente era un sueño reparador y podía estar levantada ¡Más de 10 horas al día! y sin cansancio. A la fecha puedo considerarme curada, mi energía ha aumentado, el dolor desapareció por completo, la inflamación no volvió a presentarse, mi estado de ánimo mejoró muchísimo, el funcionamiento de mi estómago volvió a ser normal, y la verdad siento como si hubiera vuelto a nacer, con ese optimismo, con esas ganas vivir.

Puedo darle el crédito completo de mi recuperación total al Sr. Armando Martínez que canalizó con éxito sus conocimientos de par-Biomagnético. Sólo me resta agradecerle el que me haya devuelto mi salud. ¡Gracias!"

Testimonio de Curación

Agosto de 2003

Yo me acerque al Sr. Armando Martinez por lo siguiente:

En marzo del 2000 se me presentaron durante un viaje unos sintomas de ansiedad, pánico y desequilibrio muy fuertes, como antecedente les informo que a la edad de 10 años sufrí un golpe y me dejó una secuela de convulsiones para lo que tomaba un tratamiento de tegretol 1c, si yo no descansaba se presentaba una crisis convulsiva por agotamiento físico; al no poder consiliar el sueño, mi ansiedad crecía y el miedo a convulsionar era más grande, se acompañó todo esto de dolores musculares que cada día eran más fuertes.

Buscando una respuesta a lo que me sucedía, había desfilado por doctores, exámenes de orina y sangre, los cuales siempre indicaban que yo estaba muy bien, pero mis dolores se acrecentaban y mi estado anímico empeoraba más, cuando me insistían los doctores que todo era mi imaginación y me preguntaban si yo quería llamar la atención, siendo que tengo la suerte de tener una hermosa familia y un buen esposo.

Un día visito a un neurologo este me indica que padesco de Fibromialgia y me recetan ansiolíticos, antistamínicos y antidepresivos y me indican que esto no se cura, aun así continuaba trabajando como secretaria administrativa, como madre de 3 hijos de 10, 8 y 2 años respectivamente y como ama de casa y esposa.

Un año después mi hija de 2 años enfermo de influenza y a los 2 días yo también, mis dolores aumentaron, traía temperatura tan alta que me desmaye en el hospital, estuve con suero y me dieron de alta, era tal mi estado de cansancio, que en el trabajo me incapacitan 2 meses por no poder realizar eficientemente mi trabajo, (imaginense como me sentía); durante este tiempo encontré a la mamá de una amiga que asombrada de ver mi mal estado me pregunto que me estaba sucediendo, había bajado 10 kilos en 1 año de 55 kg. ya estaba en 45 kg. y mido 1.60 m estaba bajo tratamiento especial con una nutrióloga y no veíamos resultados, me mantenía con vitaminas Materna y con Gatorade para no deshidratarme puesto que tenía una diarrea crónica de hace ya tiempo, y me recomendó visitar a Armando.

Al día siguiente le llamé y ese mismo día me recibió, desde ese día un 16 de junio de 2002 no he vuelto a sentir un dolor muscular, mis dolores de cabeza fueron disminuyendo y se controló mi ansiedad y mi diarrea desapareció, me recomendó el doctor dejar mis medicamentos anticonvulsivos para desaparecer por completo los dolores de cabeza,

fuimos eliminando todos los medicamentos en un tiempo de 6 meses con mucho esfuerzo de mi parte y consejos de Armando, porque desgraciadamente yo ya tenía una adicción a los medicamentos. Inicié el año 2003 sana y sin tomar ningún medicamento. Yo al momento de ir con Armando y sentir esta maravillosa mejoría considero que ese día volví a nacer, con otra oportunidad en el mundo para ser mejor, han pasado ya 8 meses sin que yo tome medicamentos (ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivos y para el dolor), no tengo convulsiones ni ausencias y efectivamente no tengo dolores de cabeza, veo todo mejor al no estar medicada, actualmente cualquier malestar me lo atiende de inmediato con Armando para no dar oportunidad a que se agrave el problema. Lo recomiendo ampliamente para que otras personas puedan estar tan bien o mejor que yo.

Quedando a sus ordenes:
Sofía Fernández Vizcaíno Tel 83 81 33 02
Monterrey N.L.

¿SON REALMENTE LAS VACUNAS UNA GARANTIA PREVENIBLE CONTRA LAS ENFERMEDADES?

Luz Elena Delgado Amaya

Presentación

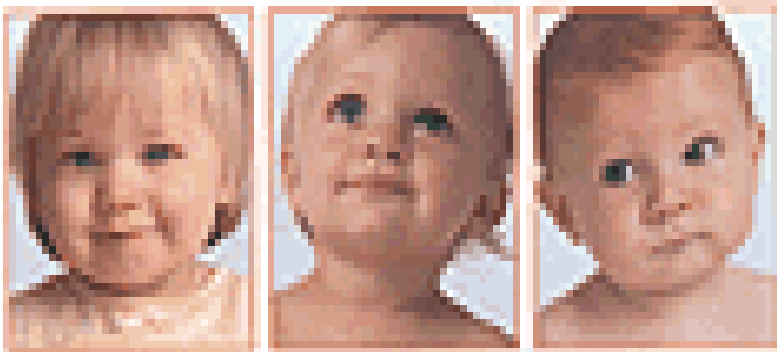
Los primeros años de vida de los bebés son claves para el desarrollo de las características esenciales que formarán su personalidad. De sus vivencias en esta etapa dependen la definición de su carácter, la formación de los valores que lo acompañarán por el resto de su vida, como la diferenciación entre el bien y el mal, la forma en que se relacionará con los demás, su educación y sobre todo que se encuentren saludables y que los padres son los responsables de que les sean aplicadas todas sus vacunas en el tiempo necesario.

Es por eso que en México, que es uno de los países de iniciativas mundiales a favor de las condiciones de salud y bienestar de la niñez, las cuales han sentado precedente al haber establecido, entre otros compromisos, la decisión de reducir los indicadores de mortalidad infantil y preescolar, así como la mortalidad materna y la desnutrición.

Ha la fecha se han alcanzado impactos benéficos en la mortalidad de las enfermedades prevenibles por la vacunación, que incluye enfermedades tan antiguas como: la viruela, poliomelitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis entre otras más.

El uso de dichas vacunas ha sido obligatoria y su distribución gratuita en todas las Instituciones del Sector Salud en cada estado a niños menores de 5 años.

Es por esto que, mi interés personal es el darles a conocer todas y cada una de las enfermedades prevenibles con dichas vacunas, que han existido desde tiempos remotos, su historia y su evolución a la fecha y algunas experiencias propias con el Par Biomagnético-Bioenergético.



Introducción

Recuerdo que en 1999, terminaba la campaña de vacunación triple viral (sarampión, rubeola, paperas), en los menores de 5 años, en una comunidad de la periferia de la ciudad de León, Gto., con gente de escasos recursos y se estuvo vacunando en los meses de Octubre y Noviembre del mismo año, y que para el 09 de Diciembre surge un brote de sarampión en dicha comunidad en los niños mayores de 6 años; siendo esto caótico para las autoridades y personal de la Secretaria de Salud; porque en cada brote que aparecía, de cada manzana de dicha comunidad se tenía que movilizar al personal de Salud a vacunar para proteger a los

adultos, tan solo eran 9 manzanas a la redonda de donde se encontraba el caso de sarampión que eran familias completas con complicaciones muy severas.

Al informar a las autoridades de Salud, que en varios países se habían presentado brotes de sarampión, en las cuales se encontraban Brasil, Argentina, Republica Dominicana, Uruguay, Colombia, Costa Rica , Canada y; en México reportarían tan solo 29 casos, la mayoría de las personas que eran de grupos de edad fuera de los protegidos por Esquema Nacional de Vacunación, siendo que la realidad eran mucho más casos de brotes de sarampión, en los cuales hospitales públicos y privados, imss, se encontraban internados muchas personas por complicaciones del sarampión; los cuales algunos jóvenes y adultos fallecieron por que la transformación del sarampión fue más agresivo en las personas de mayor edad. Esto lo comento porque, antes de conocer el Par Biomagnético-Bioenergético no entendía el porque las epidemias se han seguido presentando, puesto que en la práctica y experiencia de 4 años manejando más de 100 niños por diferentes causas que según han sido vacunados por dichas vacunas y que han tenido trastornos constantes y tratamientos tan agresivos por los médicos; y que con el Par Biomagnético-Bioenergético al instante tienen su recuperación y sin ningún medicamento y se encuentran bien. Se enferman de las patologías propias de la niñez como en el adulto y que estamos propensos a enfermedades, pero ya no con la misma agresividad de cuando han llegado a mis manos por primera vez a la consulta y diferentes problemas o infecciones, pero no los mismos que cuando los rastree la primera vez; tan solo con mi familia: nietos y en tantos niños que he consultado con éxito, y no han tenido que gastar en consulta médica o comprar medicamentos que para mi, son obsoletos.

En una experiencia personal, en el mes de Octubre del 2004, se nos obligo a todo el personal de Salud a ser vacunados contra la influenza, porque se esperaba un brote y que podíamos ser contagiados; yo no quise aplicarme dicha vacuna que entre broma y broma les decía a mis compañeras: “que prefería morirme por la enfermedad por si sola y no por una vacuna”; después de un mes vi a compañeras que enfermaban de gripe muy fuerte, hubo una de ellas en especial que tuvo que ser internada por complicaciones de la influenza y que ya había sido vacunada, después de ella hubo otras mas que les ataco muy fuerte y tardaron en aliviarse. Por lo que yo me ofrezco desde un principio a checarlas y platicarles del Par Biomagnético-Bioenergético, lo cual fue motivo de burla para ellas, comentarios malos; ya que piensan que es algo malo, inexplicable, no creíble para ellas; pero sin embargo una sola persona que es médico del Sector Salud ha estado enferma y he aplicado el Par Biomagnético-Bioenergético, pero no lo acepta. Pero aún así con sus comentarios su asombro es notorio; cuando en ocasiones he estado enferma y al siguiente día me presento a trabajar como si nada me pasara, como a continuación detallo:

A finales del año, me enfermo de influenza y con el Par Biomagnético-Bioenergético en dos días me recupero y sin tener tanta agresividad, sin necesidad de tanto medicamento, solamente medios físicos y así niños por lo igual que habían sido vacunados llegan a consulta conmigo gravemente enfermos, después de haber pasado por varios médicos llegan conmigo y al instante se recuperan con el Par Biomagnético-Bioenergético. Al final de esta tesina les comentaré de algunas experiencias que he tenido con personas que ya han sido vacunadas y que se encuentran enfermos por: difteria, tos ferina, tétanos, poliomieltis, sarampión, paperas, rubéola, varicela, hepatitis b, influenza, infección por neumococos.

Dichas enfermedades son más agresivas al hacerle la resonancia de un virus o bacteria muy frecuentemente el neumococo, estreptococo, por sinusitis viral, por guillen barre, virus de la rabia o hasta por VIH y que les daré mis ejemplos de la cronicidad de las amígdalas y de infecciones respiratorias y que los médicos las manejan como “Asmas” y al yo consultarlos encuentro las enfermedades anteriormente mencionadas.

Aunque se han hecho grandes progresos hacia la interrupción de la transmisión de las enfermedades antes mencionadas, en la mayoría de los países de las América, dichas enfermedades continúan circulando en varias áreas de la región.

Historia y descubrimiento de las vacunas

La búsqueda de remedios para prevenir las enfermedades infecciosas fue un objetivo de los médicos desde tiempos remotos para disminuir y, potencialmente erradicar muchas de las enfermedades infecciosas que producían gran mortalidad a nuestros antepasados.

¿Que significa la palabra vacuna?

Deriva del latín *vacca*, que significa vaca.

Es la suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivados o sus fracciones con el objeto de inducir inmunidad activa protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente.

Inicialmente, *vacunar* quería decir pegar la enfermedad; *vacunación* era inoculación de la vacuna; *vacuno* era el fluido usado para esta operación y *vacunado* era aquel a quien se le hacía la inoculación de la vacuna.

¿Cuál fue la primera vacuna?

A raíz de que las vacas padecían la *vaccina* o viruela que era una enfermedad que producían una erupción en las ubres de estos animales. Debido a esto los campesinos sabían que los ordeñadores podían contagiarse de la viruela de las vacas, y además observaron que si había una epidemia de viruela, estos trabajadores enfermaban en raras ocasiones.

¿Quién descubrió la primer vacuna de la viruela?

En 1776 el médico británico Edwar Jenner inventó la primer vacuna contra la viruela. Dedicó más de veinte años de su vida a estudiar esta cuestión.

Tras escuchar a una lechera de su pueblo: “Yo no cogeré la viruela mala porque ya he cogido la de las vacas”. A partir de ese momento inició la práctica de dicho experimento.

Edwar Jenner



¿En qué consistió el experimento?

Consistió en la introducción de viruela vacuna procedente de una pústula de una ordeñadora a un niño de ocho años de edad. La vacuna procedía de una pústula del brazo de una ordeñadora, a quien había contagiado la vaca de su señor. Se le inyectó al niño a través de dos cortes superficiales en el brazo. El séptimo día se quejó de pesadez en el hombro; el noveno, perdió el apetito, tuvo algo de frío y un ligero dolor de cabeza y paso la noche inquieto, pero al siguiente día volvió a encontrarse bien. A raíz de que Jenner veía que no le hacía reacción alguna procedió a inyectarle nuevamente materia virulosa que había extraído con anterioridad de una pústula humana; pero no dio lugar a ningún ataque de viruela, solamente

presentaba los síntomas anteriores. Al cabo de unos meses le volvió a inocular materia virulosa, que en esa ocasión no produjo ningún efecto visible en el cuerpo.

Jenner, demostró las ventajas de la vacunación contra la viruela, ya que no producía pústulas, no ocasionaba riesgos de muerte ni era foco de contagio a través de las personas vacunadas.

Casi dos siglos después, en 1979, la Organización Mundial de la Salud, proclamó oficialmente erradicada la viruela en todo el mundo.

¿En qué consistió la ley de vacunación?

En 1874 entró en vigor en Alemania la Ley de Vacunación, la cual consistía en la obligatoriedad de la vacunación contra la viruela a todos los niños en su primer año de vida, siempre y cuando no hubiesen contraído la enfermedad con anterioridad y a los menores de doce años que no hubieran sufrido la viruela en los cinco años anteriores.

En esta misma época, en Francia hubo una grave epidemia de viruela, que causó la muerte a 20,000 franceses. En cambio en el ejército alemán, bien vacunado, sólo se produjeron 300 muertes.

Al paso de los años surgió otro eslabón en la historia de las vacunas el cual se llamaba Louis Pasteur (1822-1895) de origen Francés, artífice del desarrollo de la bacteriología como nueva rama de la ciencia médica en las postrimerías del siglo XIX. Los estudios de Pasteur sobre la atenuación del cólera de las aves fue su mayor avance después del invento de Jenner.

Louis Pasteur



¿Cómo desarrollo dicho proyecto?

En 1881 realizó una demostración pública de vacunación, inoculando bacilos atenuados de ántrax a veinticuatro ovejas, una cabra, y cuatro vacas. Varios días después todas las ovejas y las cabras no vacunadas murieron. Las vacas y la cabra vacunada permanecieron sanas

En 1885 administró la vacuna de la rabia a un niño de nueve años de edad. Dicha vacuna estaba compuesta de agentes debilitados productores de la enfermedad, los cuales los obtuvo de la médula espinal de animales infectados de rabia y que con anterioridad se habían administrado a perros antes que a los humanos. Algunos colegas de Pasteur, vieron con horror dicho experimento ya que para ellos era algo muy delicado introducirles un microorganismo mortal en el cuerpo humano por lo que decidieron abandonar el laboratorio.

A pesar de las dificultades con que se enfrentó. Pasteur se consagró como uno de los héroes científicos en Francia.

La siguiente etapa fue el descubrimiento de las vacunas contra la difteria, el tétanos y la tuberculosis

La difteria constituía, junto con la viruela una de las principales causas de mortalidad infantil. Tras la implantación de la vacunación contra la difteria se consiguió disminuir diez veces el número de fallecidos en una década.

La vacuna contra la Tuberculosis llamada **(BCG)** Bacille Calmette Guérin, fue desarrollada en 1909. Calmette distribuyó gratuitamente la vacuna a médicos y comadronas, y se vacunó a 1317 lactantes, de los cuales 586 habían tenido contacto con la Tuberculosis. Tuvo un resultado impresionante; ya que solo diez de esos niños murieron.

Dicha vacuna consistía en la inactivación química de toxinas. Así se consiguieron los primeros toxoides, tétanos y difteria. Su preparación parte de sustancias tóxicas derivadas de los mismos. Tras la implantación de esa vacuna se consiguió disminuir diez veces el número de fallecidos en una década.

Siguiendo con los descubrimientos

Durante las décadas de 1970 y 1980 se introdujeron las vacunas formuladas con proteínas purificadas o polisacáridos capsulares.

Entre estas vacunas destacan la vacuna meningocócica, la vacuna neumocócica y la primera generación de vacunas comercializada contra el *haemophilus influenzae* tipo B.

La primera vacuna frente a la hepatitis B fue obtenida a partir de plasma de portadores de la enfermedad. Estos acontecimientos impulsaron el uso de la ingeniería genética para formular la primera vacuna DNA recombinante frente a la hepatitis B, autorizada en 1986.

¿Qué sucedió cuando se suspendió la vacunación en 1975?

Una vez olvidado o desconocido el peligro de enfermedades consideradas erradicadas (viruela) o lejanas (poliomielitis, difteria...) existieron movimientos que rechazaron la vacunación por falta de aceptación de sus efectos secundarios.

Así sucedió en Japón en 1975 con la vacuna de la tosferina. El rechazo de la población a los efectos adversos de esta vacuna de células enteras hizo que el Ministro de Salud suspendiera su aplicación. En 1973 se declararon 361 casos de tosferina en dicha ciudad; seis años después la cifra ascendió a 135,105 casos.

En ese entonces han existido movimientos anti-vacunas los cuales se oponen a la aplicación de la misma. A continuación se menciona un ejemplo muy llamativo acontecido en Boston hace justamente un siglo.

En Mayo de 1901 se declaró una epidemia de viruela en Boston. En dos años hubo 1,596 casos de esta enfermedad, de los cuales 270 murieron. Para hacer frente a la epidemia se comenzó un programa de vacunación.

Las personas que se negaban a recibir la vacunación tenían que pagar una multa de cinco dólares o permanecer quince días en la cárcel. De tal modo que a finales de este año se habían vacunado más de 400,000 personas. Los contrarios a la vacunación alegaban que en muchas ocasiones se estaba actuando con poder autocrático sin velar por los derechos civiles de las personas. Entonces decidieron dirigirse a la Corte Suprema para alegar dicho criterio; pero el falló fue a favor del Estado, argumentando que aunque el Estado no puede aprobar leyes que exijan la vacunación para proteger al individuo, si puede hacerlo para proteger la salud pública frente a una enfermedad peligrosa.

¿Que esperamos en la actualidad?

Uno de los principales retos es desarrollar una vacuna eficaz contra el SIDA, la epidemia más grave a la que nos enfrentamos en las últimas tres décadas. Además, se están investigando vacunas frente a enfermedades tan dispares como el cáncer, la enfermedad de Alzheimer y la caries dental.

Tipos de vacunas que existen en la actualidad

Para poder proteger a los niños contra enfermedades peligrosas es necesario que les sea administrada a muy temprana edad y con las correspondientes dosis de refuerzos, les garantiza una defensa eficaz frente a las enfermedades infecciosas de mayor difusión.

Como ya se explico anteriormente existen gérmenes que inducen en el organismo la fabricación de unas sustancias llamadas anticuerpos, que en un próximo contacto con los mismo microorganismos los destruirán antes de que se desarrolle la enfermedad. A esta inmunidad se le llama:

1. Activa y “suele ser para toda la vida” que se adquiere por dos vías: natural: que se adquiere con la enfermedad natural y la artificial: inducida por las propias vacunas.
2. Pasiva: Se adquiere por dos vías: natural: transferencia de anticuerpos madre e hijo a través de la placenta o calostro y artificial: inducida por inmunoglobina y antitoxinas.

Las vacunas pueden provocar reacciones, la mayoría benignas, como fiebre, y malestar general, así como erupción después de 2 a 7 días, dependiendo de la vacuna; inflamación en los ganglios y dolores articulares.

A continuación se detalla y especifica cada una de ellas con sus características, posibles efectos secundarios, recomendaciones médicas, terapias alternativas y edades de inmunización.

Las vacunas obtenibles hoy en día, protegen a los niños contra las siguientes enfermedades:

| VACUNA | ENFERMEDADES PREVENIBLES |
|---------------|--|
| DPT | Difteria, tosferina, tétanos |
| Sabin | Poliomielitis |
| Triple viral | Sarampión, paperas, rubeola |
| Varicela | Varicela |
| Pentavalente | Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis b, infecciones por influenza e |
| Neumococo | Neumococo |
| BCG | Tuberculosis |

D P T

Protege contra la difteria, tos ferina (coqueluche) y tétanos. Es una inyección combinada que protege las tres enfermedades siguientes:

1) Difteria

Es una bacteria llamada (*Corynebacterium Diptheriae*), la cual provoca una infección aguda que afecta a la garganta, la boca y la nariz que puede causar asfixia, pulmonía, fallas del corazón y parálisis.

Es una enfermedad que se presenta en los meses más fríos y afecta principalmente a los niños no inmunizados menores de 5 años.

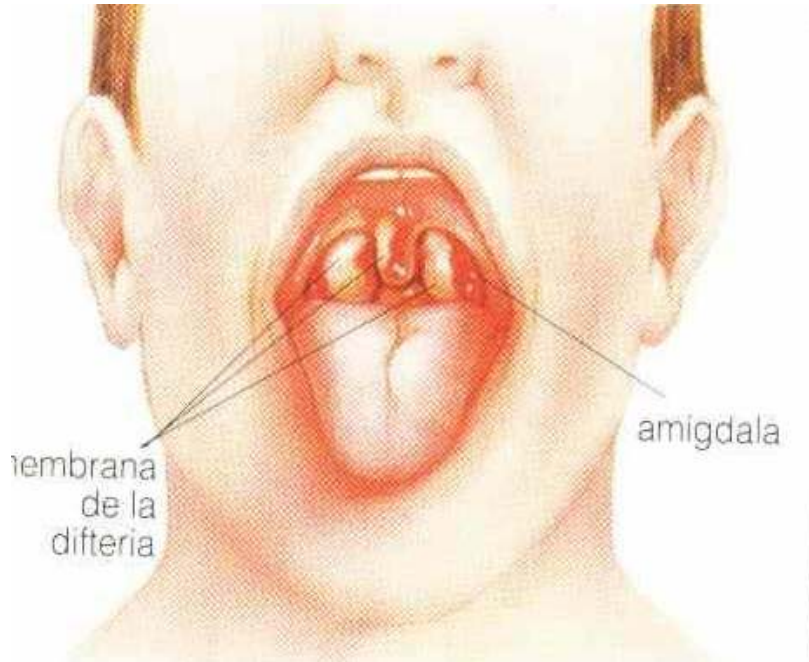
En México desde 1991 no se han registrado casos de dicha enfermedad.

Síntomas:

- Garganta irritada
- Fiebre baja
- Ganglios hinchados

Cuando dicha enfermedad pasa a la siguiente etapa, es posible que el paciente tenga dificultad para deglutir o para respirar; quizá también tenga secreciones profusas por la nariz, a demás de taquicardia.

Algunas cepas de la bacteria producen una exotoxina venenosa que viaja por el torrente sanguíneo y ataca los nervios, el corazón los riñones y los órganos reproductores. El resultado puede ser inflamación de los nervios y del corazón, insuficiencia cardiaca, choque e incluso la muerte.



La membrana grisácea que tapiza la garganta es un rasgo distintivo de la difteria.

Modo de contagio:

Dicha enfermedad se propaga por medio de las gotas diminutas que se expelen al toser, estornudar o con solo respirar.

Los portadores pueden expulsar microorganismos durante 6 meses o más.

Recomendaciones médicas

- ✓ La recuperación puede dilatarse, sobre todo si existen complicaciones cardiacas. Es indispensable el reposo en cama, de dos a tres meses en casos graves.
- ✓ Como es una enfermedad muy contagiosa, se debe de aislar a los enfermos.
- ✓ Para aniquilar la bacteria también se necesita un antibiótico por lo general penicilina o eritromicina.

2) Tos Ferina o Coqueluche

Es una bacteria llamada (*Bordetella Pertusis*), la cual es una enfermedad infantil contagiosa cada vez menos frecuente en nuestro país. La mitad de los casos se presentan antes de los 2 años y afectan con más gravedad a los que aún no tienen 12 meses amenazando su vida, especialmente si tiene menos de un año de edad que no han sido inmunizados, independientemente de la raza, el clima o la situación geográfica. Síntomas:

- Aparece un resfriado prolongado acompañado de tos
- Frecuentes accesos de tos violenta
- Arrojan muchas flemas gruesas
- Después de un ataque de tos vomita

- El sonido de su tos es como un estertor

La tos ferina tiene el riesgo de complicaciones graves como:

- Infecciones de oídos, pulmonía y convulsiones.

Modo de contagio:

Dicha enfermedad se propaga por medio de las gotas diminutas que se expelen al toser, estornudar o con solo respirar.

El período de incubación por lo general es de 7 días, casi siempre se manifiesta a los 10 días y nunca excede de 21 días.



A un niño pequeño le puede ser más fácil toser si se acuesta sobre el estómago, con la cabeza en una posición más baja y hacia un lado para drenar los pulmones.



Un niño más grande puede limpiar los pulmones de esputo si al toser se sienta derecho y con la cabeza hacia adelante.

Recomendaciones médicas:

- ✓ Por regla general, los bebés menores de seis meses deben hospitalizarse al contagiarse de dicha enfermedad, al igual que los niños mayores con síntomas graves, algunos también requieren respiración artificial, es necesario guardar cama.
- ✓ Los antibióticos prescritos acortan el curso de la enfermedad que dura aproximadamente 3 meses y así disminuir la posibilidad de contagiar a otros.

Terapia alternativa:

Se recomienda para tratarla; una infusión y los baños de tomillo. Una infusión de tusilago, gordolobo y regaliz, que se tomará tres veces al día.

Terapia alternativa

Cualquier terapia alternativa se debe utilizar estrictamente como auxiliar de la atención médica, como la Aromaterapia y masaje.

3) Tétanos

Es una enfermedad infecciosa del sistema nervioso causado por un microorganismo que generalmente penetra en el organismo a través de una herida, llamado (Clostridium Tetani), que es un tipo de bacteria o bacilo que se reproduce por medio de esporas. Estas se encuentran casi en cualquier lugar, pero sobre todo en la tierra, el polvo y el estiércol de vaca y caballo.

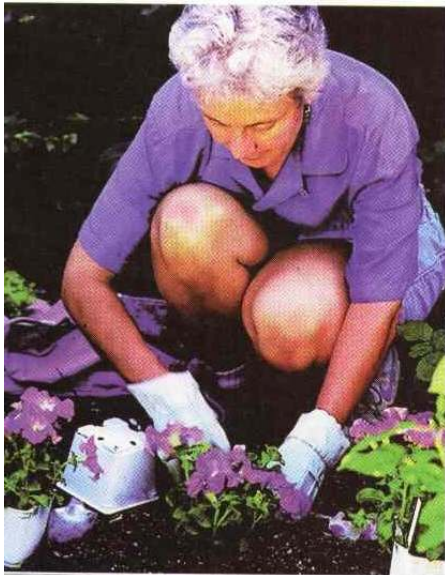
Síntomas:

- Rigidez de la mandíbula
- Dolor y hormigueo en el sitio de la lesión
- Dolor de cabeza
- Inquietud e irritabilidad
- Puede paralizarse la expresión facial
- Espasmos en los músculos de los brazos, las piernas y el cuello
- Puede ser difícil o imposible abrir la boca
- Produce espasmos que pueden afectar la respiración.
- Puede haber retención urinaria y estreñimiento.

Modo de contagio:

Toda persona que haya estado expuesta a alguna quemadura grave, herida punzante profunda, adictos a estupefacientes de aplicación intravenosa e incluso los recién nacidos son vulnerables al tétanos.

Las personas con actividades granjeras y jardineros son muy susceptibles. Por medio de las esporas tetánicas que se introducen en el cuerpo a través de heridas.



El uso de guantes al arreglar el jardín ayuda a protegerse contra el tétanos, pero, aun así, debe aplicarse una vacuna de refuerzo cada diez años.

Recomendaciones médicas:

- ✓ Es imprescindible limpiar perfectamente las heridas punzante profundas.
- ✓ A esto se debe seguir un régimen de 10 días de penicilina o tetraciclina.

Terapia alternativa:

El tétano siempre exige tratamiento médico intensivo y rápido. Durante la convalecencia, la fisioterapia y diversos tipos de masajes pueden contribuir al proceso de rehabilitación.

Las edades para la vacuna DTP:

Se debe aplicar a los 2, 4 y 6 meses, después otra dosis entre los 12 y 18 meses, después un refuerzo a los 4 y 6 años de edad.

Posteriormente a lo largo de la vida incluyendo adultos deben recibir un refuerzo cada 10 años.

Posibles efectos secundarios:

Fiebre, dolor e irritabilidad en el sitio donde es aplicada. En casos muy raros la inyección puede causar una fiebre alta y convulsiones.

Sabin

Es una vacuna que protege contra la enfermedad llamada Poliomiélitis.

Poliomiélitis

La poliomiélitis es una enfermedad muy contagiosa, que quiere decir (parálisis infantil, síndrome pospolio), que es causado por uno de los tres virus de la polio, la cual puede paralizar y matar al paciente. El sitio de la parálisis depende de la localización de la destrucción de las células en la médula espinal o en el tallo cerebral, pero característicamente es asimétrica. La letalidad en caso de parálisis varía del 2 al 10% y aumenta con la edad.

Existen dos tipos de vacuna antipoliomielítica de inmunización: la vacuna oral de SABIN, que es la que se usa en México para prevenir la poliomiélitis paralítica y la del virus inactivado de SALK, que se utiliza en varios países del continente Europeo y en Estados Unidos. Se recomienda la vacuna oral a la mayoría de los niños. También deben vacunarse los adultos que viajan a países donde la polio es común. Dicha vacuna no debe suministrarse a personas con sistemas inmunitarios débiles porque pueden contraer la enfermedad; en vez de esto se debe inyectar la vacuna de SALK.

Se desconoce su origen, pero algunos investigadores especulan que el envejecimiento agota más las células nerviosas originalmente afectadas por la polio.

Síntomas:

- Fiebre de baja intensidad
- Garganta irritada
- Otros síntomas parecidos a los de la gripe

A dicho cuadro clínico se le conoce como polio abortiva.

Un porcentaje mínimo de personas desarrollan los siguientes **síntomas**:

- Meningitis viral o aséptica
- Dolor de cabeza
- Rigidez en el cuello
- Dolor muscular y de espaldas
- En algunos casos espasmos musculares o parálisis.

Modo del polio, es dolor en el área donde la vacuna es aplicada.

Triple viral

Es una vacuna que protege contra las enfermedades del sarampión, paperas y rubéola. Es una inyección combinada que protege contra las tres enfermedades antes mencionadas.

1) Sarampión

Es una enfermedad muy contagiosa causada por un paramixovirus. También se le conoce como Morbilli, y en tiempos pasados se le llamaba sarampión de nueve días, para distinguirlo del más leve: el de tres días

(sarampión alemán o rubéola). Es muy común en los niños. Esta enfermedad puede afectar seriamente los oídos, causar convulsiones, daños en el cerebro y en ocasiones hasta la muerte.

Entre el 3° a 7° día aparece una erupción característica con manchas rojas pardiscas, que inicia en la cara y luego se generalizan, dura de 4 a 7 días. La enfermedad es grave en lactantes y adultos.

Sintomas:

De los 10 a los 14 días de exponerse al virus, se presentan los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Escorrimento nasal
- Ojos irritados y llorosos
- Tos seca
- Algunos niños les da diarrea

La enfermedad es muy contagiosa durante esta fase.

- En uno o dos días surgen diminutos puntos blancos en el interior de la boca
- Uno o dos días más tarde, brota la erupción cutánea característica de esta enfermedad por puntos rojizos generalizados, que pueden agruparse y formar grandes manchas por todo el cuerpo
- Comezón leve.

Modo de contagio:

Al tener contacto directo con el paciente en su fase inicial; por los estornudos que realice y por la tos que provoca y a la cual se puede estar expuesta un niño al contacto.



La erupción del sarampión se manifiesta por puntos rojizos generalizados que pueden agruparse y formar grandes manchas.

Recomendaciones médicas:

- ✓ A las personas que no fueron vacunados de niños se les debe suministrar una inyección de inmunoglobulina para el sarampión o inmunoglobulina sérica cuando se ha estado expuesto al virus.
- ✓ Se debe prescribir antibióticos para prevenir o tratar alguna infección secundaria.
- ✓ Llamar inmediatamente en caso de que sugiera alguna complicación como que el niño se queje de dolor en los ojos en presencia de una luz brillante, adormilamiento o estupor inusitados, fuerte dolor de cabeza y convulsiones.

Terapia alternativa:

Nutrición: Administrar complementos de vitaminas A, se recomienda no suministrar dosis importantes de esa vitamina a los niños, ya que corren el riesgo de intoxicarse.

2) Paperas

Es una enfermedad conocida también como (Parotiditis Epidémica), que son un trastorno viral que produce hinchazón y dolor en las glándulas salivares del cuello. Se propaga por medio de un virus llamado (Paramixovirus).

En alrededor de un tercio de los hombres contagiados que han rebasado la pubertad se presenta también inflamación e hinchazón en los testículos, lo que algunos casos producirá esterilidad. Durante la evolución de las paperas es común la meningitis aséptica, ocurre a menudo sin afecciones de las glándulas salivares y es la meningitis viral más común. Otras complicaciones neurológicas en pocas ocasiones incluyen encefalitis, síndrome de Guillen-Barre y Mielitis Transversa.

A las mujeres embarazadas no se les debe de administrar.

Sintomas:

- ✓ A los 18 días se presenta fiebre de baja intensidad
- ✓ Escalofríos
- ✓ Pérdida del apetito
- ✓ Garganta irritada e indisposición general
- ✓ La glándula salival parótida, que se encuentra entre el oído y la mandíbula, empieza a hincharse, primero de un lado y luego, casi siempre, también del otro.
- ✓ Dolor al masticar o tragar
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Fiebre

Modo de contagio:

Dicha enfermedad se propaga por medio de las gotitas de saliva que se expelen al estornudar, toser e incluso respirar, o al compartir otros artículos que entren en contacto con la saliva de una persona infectada.



El síntoma clásico de las paperas es la hinchazón y el dolor en las glándulas salivares del cuello y la mandíbula.

Recomendaciones médicas:

- ✓ Se le debe aislar al paciente hasta que la hinchazón del cuello y otros signos de la enfermedad desaparezcan totalmente.

- ✓ Los padres deben estar atentos a los síntomas de complicaciones graves y buscar atención médica de inmediato si surge alguna de las siguientes manifestaciones: fiebre que rebase los 39,5°C, vómito intenso o constante, inflamación testicular, letargo inusitado, zumbidos en los oídos y un fuerte dolor de cabeza.

Terapia alternativa:

Hidroterapia: Las compresas tibias o frías sobre el cuello pueden hacer que el paciente se sienta mejor. Un baño de esponja con agua fresca puede bajar la fiebre.

Nutrición: Chupar tabletas de cinc, puede contribuir a la curación.

3) Rubéola

Es una enfermedad infecciosa aguda, febril, caracterizada por una erupción eritema tosa. Los niños presentan pocos síntomas o ninguno, los adultos sufren un pródromo de 5 días constituido por fiebre, cefalalgia, malestar generalizado, coriza y conjuntivitis. En los infantes por regla general dura alrededor de 72 horas, de donde también es conocida como sarampión de tres días. La provoca un virus y a veces se confunde con el sarampión.

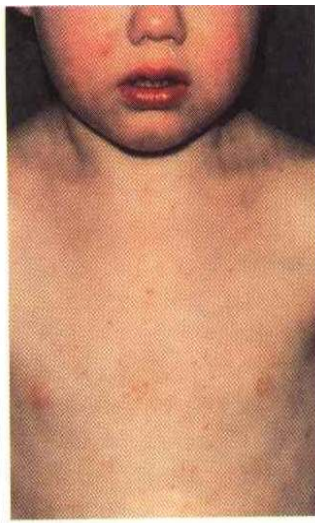
Los adultos y adolescentes no inmunizados contra la enfermedad también pueden contraerla. Sin embargo, los fetos en desarrollo son los que corren más peligro. Si una mujer embarazada queda infectada con el virus, puede causarle rubéola congénita a la criatura. Las posibles consecuencias son que el bebé nazca muerto o que sufra de defectos congénitos graves como: defectos auditivos, cataratas y defectos cardiacos.

Síntomas:

- Fiebre
- Garganta irritada
- Erupción en la piel rojiza moteada
- Dolor de cabeza
- Pérdida de apetito
- Generalmente la erupción comienza detrás de los oídos o en la cara, se extiende muy rápidamente hacia el tronco.

Modo de contagio:

Cuando la persona se encuentra en contacto directo con el enfermo se puede contagiar de dicha enfermedad.



La erupción de la rubéola generalmente empieza en la cabeza, se extiende con rapidez hacia el tronco y las extremidades, y desaparece en alrededor de tres días.

Recomendaciones médicas:

- ✓ Cuidados en casa

✓ Cuando un bebé nace con rubéola, requiere un tratamiento intensivo sobre todo si la contrajeron durante los tres primeros meses de gestación.

✓ La vacuna no debe suministrarse durante la gestación porque el feto puede contraer la rubéola congénita de los virus vivos de la vacuna.

Terapia alternativa:

Reflexología: Cuando los ganglios linfáticos se sienten blandos y se hinchan, puede recomendarse presionar puntos específicos en manos y pies para estimular el flujo de linfa.

Las edades para la vacuna Triple Viral:

Una inyección a los 12-15 meses y otra dosis entre 4-6 años de edad

Posibles efectos secundarios de vacuna Triple Viral:

Dolor en el sitio donde la vacuna es aplicada y un sarpullido en la piel. También glándulas inflamadas o leve dolor en las coyunturas, aunque éstos no son comunes.

Varicela

Es una enfermedad infantil muy contagiosa entre los 3 y 9 años. Un 5% de los niños la contraen en la adolescencia. Es causada por el virus de la (Varicela Zoster), una persona no inmunizada contra el virus de la varicela puede contraer la enfermedad al estar en contacto con alguien que tenga ronchas por una erupción vesicular. Usualmente no es muy fuerte, pueden presentarse complicaciones en algunos niños.

La infección con el virus del herpes humano (alfa) 3 es casi mundial. En las comunidades metropolitanas, como mínimo 90% de la población total en los comienzos de la vida adulta. Durante el 2000 se notificaron en México 114,079 casos en menos de 5 años, represento el 30.4% y la incidencia no disminuye sino hasta después de los 45 años de edad.

Esta es una vacuna que no se encuentra incluida en el esquema de vacunación; ya que no es obligatoria.

Sintomas:

- Aparece una erupción pruriginosa
- Es notable un grupo de pequeñas pápulas rojizas se convierten en vesículas y costras en un lapso de 24 horas
- Puede reaparecer años mas tarde en forma de erupciones vesiculares.
- Fiebre moderada
- Síntomas generales mínimos.

Modo de contagio:

Se trasmite por medio de contacto directo con una persona infectada. Es contagiosa uno o dos días antes de que aparezca la erupción pruriginosa. La enfermedad es contagiosa hasta que aparecen las costras del último grupo.

Por medio de la diseminación de gotitas de saliva o transmisión aérea de líquido de las vesículas o de secreciones de las vías respiratorias de enfermos de varicela.

Recomendaciones medicas:

- ✓ Si el paciente tiene un sistema inmunitario débil o complicaciones graves, necesitan atención médica, de no ser así no es necesario.
- ✓ Si el niño no soporta la comezón se debe de administrar una pastilla o ungüento antihistamínicos.
- ✓ Cualquier adulto que sea contagiado debe buscar atención médica por que de lo contrario puede traer complicaciones como: una pulmonía, una hepatitis E, incluso, una inflamación del cerebro llamada encefalitis.

Terapia alternativa:

Hidroterapia: Los baños calmantes a menudo alivian la comezón, por lo menos en forma temporal, se añade bicarbonato de sodio.

Las edades para la vacuna:

La inyección puede ser aplicada entre los 12 meses y 12 años de edad, pero se recomienda hacerlo de los 12 a los 18 meses. Adultos y adolescentes mayores de 13 años que no han sido vacunados contra la varicela deben recibir dos inyecciones durante un período de 4 a 8 semanas por lo menos.

Posibles efectos secundarios:

Dolor en el sitio donde la vacuna es aplicada, erupción de la piel y fiebre.

Pentavalente

Es una vacuna que previene cinco enfermedades con una sola aplicación: Difteria (ver Pág. 13), Tosferina (ver Pág. 16), Tetános (ver Pág. 18), Hepatitis B e Influenza Tipo B.

Hepatitis B

Se le llama hepatitis viral, es la inflamación del hígado a causa de uno de los cuatro virus de la hepatitis que son: A, B, C o D. En esta ocasión hablare de la hepatitis B, que es la que nos interesa y que es la única de ADN.

La hepatitis B se localiza en la sangre, el semen, la saliva y otros líquidos del organismo. Y puede traer problemas permanentes del hígado o la muerte.

Es una enfermedad transmisible, aguda que afecta gravemente la funciones del hígado y tiende a evolucionar hacia la cronicidad, cirrosis y cáncer hepático. El inicio suele ser insidioso, con anorexia, molestias abdominales vagas. La gravedad va desde las formas no manifiestas que se detectan solo mediante pruebas de función hepática, hasta casos fulminantes y mortales de necrosis hepática aguda; comúnmente la enfermedad es mas leves en los niños.

La tasa de letalidad en pacientes hospitalizados es aproximadamente del 1%, es mayor en personas que tienen más de 40 años de edad.

Sintomas:

- Fiebre
- Fatiga
- Náuseas
- Diarrea
- Pérdida del apetito
- Dolores musculares y articulaciones
- Posteriormente aparece la ictericia característica : coloración amarillenta en ojos y piel.
- También puede presentarse orina oscura y heces muy claras.

Modo de contagio:

Se propaga mediante transfusiones de sangre, agujas hipodérmicas contaminadas, contacto sexual, compartiendo utensilios de cocina como: platos, vasos, cubiertos, etc. Y otras exposiciones a líquidos corporales.

De la madre al hijo en el momento del nacimiento (peri natal o vertical) por contacto de persona a persona (horizontal). En la fase de portador crónico puede persistir por años.



La ictericia de la piel y de las partes blancas de los ojos es un rasgo distintivo de la hepatitis.

Recomendaciones médicas:

- ✓ Es altamente recomendable inmunizar a todos los bebés contra la hepatitis B.
- ✓ También se debe aplicar a los trabajadores de atención a la salud, a los miembros de la familia, a la pareja sexual de personas enfermas.
- ✓ Quien cuide al paciente debe ser muy escrupuloso y lavarse perfectamente las manos.
- ✓ Debe evitarse el alcohol y medicamentos que sean tóxicos para el hígado.

Terapia alternativa:

Nutrición: Una nutrición adecuada es decisiva para recuperarse de la hepatitis viral. La comida debe ser baja en grasas.

Influenzae o gripe:

Es una infección respiratoria muy común y sumamente contagiosa, es causada por el virus de la (Influenzae), algunas personas erróneamente llaman gripe al resfriado o cualquier otro trastorno de las vías respiratorias superiores. Pero en realidad la gripe es una enfermedad más grave que el resfriado común.

No sólo puede producir pulmonía, sino que puede perjudicar seriamente el cerebro, la sangre, los huesos, la garganta y el área alrededor del corazón de un niño y puede llegar a ser mortal, que periódicamente produce brotes epidérmicos limitados.

Sintomas:

- Similares a los del resfriado fuerte
- Fiebre
- Garganta irritada
- Dolores musculares
- Escurrecimiento nasal
- Tos
- Dolor de cabeza; pero aparecen de forma más repentina, son más intensos y se prolongan más.

Modo de contagio:

Se disemina de persona a persona mediante pequeñas gotas de saliva o secreciones nasales o faringales.

Al inhalarse las partículas virales se sitúan en el epitelio pulmonar de las vías respiratorias y en este sitio se replica.

Recomendaciones médicas:

- ✓ No requiere atención médica; a no ser que se desarrollen complicaciones graves.
- ✓ Se puede prescribir un antibiótico con el fin de evitar una pulmonía secundaria.
- ✓ Beber demasiados líquidos.

Terapia alternativa:

Aromaterapia: Inhalar en una cuchara aroma de aceite de canela con agua.

Homeopatía: Durante la etapa inicial se recomienda acónito y nuez vómica.

Las edades para la vacuna pentavalente:

Una inyección aplicada a los 2 meses, otra a los 4 meses, 6 meses.

Posibles efectos secundarios:

Dolor en el área donde la vacuna es aplicada y fiebre.

Neumococo

Es una bacteria responsable de enfermedades como pulmonía (en los pulmones), otitis media supurada (en los oídos), sinusitis (en las membranas de los senos paranasales), Bacteremia (circulación de bacterias en la sangre) y meningitis (en el cerebro), entre otros (Streptococcus Pneumoniae).

Estas infecciones pueden ser muy peligrosas en los niños pequeños, en los ancianos, y en las personas que tienen ciertas condiciones de salud de alto riesgo; ocurren más a menudo durante los meses de invierno.

La infección agresiva que representa dicha enfermedad puede causar daños en el cerebro y la muerte. En los lactantes, las manifestaciones iniciales pueden consistir en vómito y convulsiones.

Tan solo en México se calcula que cada año cerca de 80,000 niños padecen neumonía, convirtiéndose en la tercer causa de mortalidad infantil.

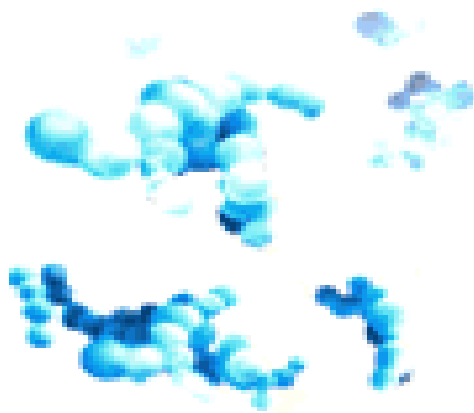
Esta vacuna no se encuentra incluida en el esquema de vacunación; ya que no es obligatoria.

Sintomas:

- Escalofríos
- Fiebre
- Dolor pleural
- Tos productiva con flema rojiza
- Taquicardia
- Malestar general y debilidad

Modo de contagio:

Por medio de la diseminación de persona a persona mediante pequeñas gotas de saliva o secreciones nasales o faringes, como la influenza o los resfriados comunes, esto es, por las pequeñas gotas de saliva que atraviesan el aire al toser o estornudar, o por contacto directo - como por las manos, cuando el portador no se las lava - o través de los besos.



En la actualidad, el tratamiento de las enfermedades producidas por el **neumococo** es difícil y costoso porque requiere de antibióticos cada vez más modernos que puedan destruir a esta bacteria. Además, requieren, en muchos casos, de hospitalización.

Recomendaciones medicas:

- ✓ Enseñar a los niños a lavarse las manos regularmente con agua y jabón. Esto ayuda a evitar la diseminación de la infección.
- ✓ Evitar el polvo, humo del tabaco y otras sustancias que pueden interferir con la respiración y que hacen a los niños más propensos a enfermarse.
- ✓ Informar a la persona vacunada, que en las primeras 48 hrs. Después de la vacunación, puede presentar fiebre de 38°C, dolor ligero en el sitio de la inyección, endurecimiento limitado o enrojecimiento.
- ✓ En caso de fiebre debe bañarse con agua tibia, no utilizar medicamentos, ingerir líquidos abundantes.

Edades para la vacuna:

Una inyección es aplicada a los 2, 4 , 6 meses y otra entre 12 y 15 meses.

Una nueva vacuna ofrece a los niños protección contra las infecciones causadas por el neumococo. Es más eficaz contra las enfermedades graves causadas por el neumococo, como la bacteremia, la meningitis y la pulmonía o neumonía. La vacuna puede ser eficaz para prevenir las infecciones del oído y la sinusitis. La vacuna antineumocócica es muy segura y puede ser aplicada en un sitio separado, pero al mismo tiempo que otras vacunas.

Posibles efectos secundarios:

Fiebre moderada y dolor en el sitio donde la vacuna es aplicada.

BCG

Tuberculosis (T B C)

También conocida como (TISIS), es una antigua enfermedad que sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo. La enfermedad se propaga por inhalación de bacilos (*Mycobacterium Tuberculosis*), Normalmente cuando los bacilos penetran en los pulmones, provocan una reacción inflamatoria.

Alrededor del 95% de las personas bien alimentadas que presentan TBC diseminada primaria se curan por completo. En el caso de las personas débiles o desnutridas por la edad o una enfermedad, los bacilos se multiplican silenciosamente durante meses o años antes de producir un síntoma. Caracterizada por un inicio gradual de indiferencia, irritabilidad y anorexia; posteriormente cefálica, vómito en el 75% de los casos hay

pruebas de tuberculosis activa en cualquier otra parte del cuerpo o antecedentes de tuberculosis en familia. Desde el momento de la infección el riesgo de presentar tuberculosis extrapulmonar es mayor en los dos años posteriores y puede persistir durante toda la vida en forma de infección latente.

Síntomas:

- Disminución de peso
- Fatiga
- Fiebre crónica
- Sudoraciones nocturnas
- Tos crónica
- La infección puede atacar- aún que con menor frecuencia- los riñones, el cerebro, el corazón, el hígado, la espina dorsal y otros órganos y huesos.

Modo de contagio:

La forma más común es por medio de los bacilos que flotan en el aire, al ser expulsados por personas que presentan la infección activa.

Por ingestión de leche cruda o productos lácteos no pasteurizados. La tuberculosis extrapulmonar por lo común no es transmisible.

La pobreza, las condiciones sanitarias deficientes y el hacinamiento estimulan la propagación de la tuberculosis.

Recomendaciones médicas:

- ✓ Suministrar fármacos contra la tuberculosis, durante seis meses
- ✓ No dejar de tomar medicamentos; si el paciente se siente mejor; ya que puede provocar la reactivación de los bacilos sobrevivientes.
- ✓ Es imprescindible abstenerse de fumar y evitar el humo que expelen otros fumadores.
- ✓ Siempre debe cubrirse la boca y la nariz al toser y desechar inmediatamente los papeles usados.

Terapia alternativa:

Fototerapia: Exponerse a la luz del sol o a lámparas solares especiales reduce la transmisión de la enfermedad y puede estimular la curación.

Nutrición: Una dieta balanceada a base de frutas y verduras frescas, alimentos ricos en proteínas y productos integrales.

Las edades para las vacunas:

La primera se debe administrar en el nacimiento del bebé. Después el refuerzo cuando ingrese a la escuela y un refuerzo más a los 16 años de edad.

Posibles efectos secundarios:

Inflamación de los ganglios regionales en el caso de esta vacuna.

Relato de experiencias con pacientes que ya han sido inmunizados contra enfermedades que aparecen

Caso 1

Paciente: femenino de 8 años de edad

Historial: Desde que tenía meses de nacido, comenzó con una falsa "ASMA" y al rastrearla con Bioimanetismo-Bioenergetico, SE encuentran los siguientes pares:

Falsa asma

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1) Supraespinoso - Supraespinoso | Bacilo Tuberculoso |
| 2) Subclavia - Subclavia | Bacilo Difteroide |
| 3) Apéndice - Testículo | Virus |

Resultado: Este caso en especial llamó mucho la atención, ya que le aplicaron todas sus vacunas y presenta tuberculosis y difteria; al estar colocados los imanes en dichos pares, comienza a respirar normalmente, ya que nunca lo podía hacer sin inhalador o constantemente estar internada con oxígeno. En la segunda sesión el Par Biomagnético - Bioenergético fue:

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1) Angulo - Angulo | Estreptococo F |
|--------------------|----------------|

Refiere la mamá que al llegar a casa, le dice la niña a los abuelos, que puede dormir tranquila, “porque el aire le llegaba hasta el estómago”, lo cual les causó alegría y risa a la vez, y lo único que doy de tratamiento es polvo de fenogreco por la mañana y por la noche y la niña se encuentra perfectamente bien; por lo que la mamá casi se pone a llorar, ya que en ocho años todo lo que había gastado, y que relativamente en comparación con el Biomagnetismo se curan con tampoco costo y rápidamente.

Caso 2

Paciente: Masculino de 6 años de edad

Historial: Amigdalitis crónica programado para cirugía, toda su infancia con dolores musculares y articulares.

Pares:

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1) Dorsal - Lumbar | Meningococo |
| 2) Lengua - Lengua | Sarna |
| 3) Coxis - Coxis | Rotavirus |
| 4) Cuartas - Lumbares | Gonococo |

Resultado: Mejoro bastante en la primera rastreada que se le dio.

Caso 3

Paciente: Masculino de 10 años de edad

Historial: Amigdalitis crónica programado para cirugía.

Pares:

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1) Subclavia - Subclavia | Bacilo Difterico |
| 2) Angulo - Angulo | Estreptococo Fragilis |
| 3) Craneal - Craneal | Bacilo Del Antrax |
| 4) Seno Nasal - Seno Nasal | Senusitis Viral |

Resultado: paciente que no se le realiza cirugía ya que al impactar los pares biomagnéticos se tuvo un alivio total y segunda rastreadas no se encuentran más pares.

Caso 4

Paciente: Femenino de 30 años de edad

Historial: Amigdalitis hipertrofica, con tratamientos prolongados y últimamente para que le dijeran que no tiene nada y se encontró con el Par Biomagnético - Bioenergético.

Pares:

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1) Angulo - Angulo | Estreptococo Fragilis |
| 2) Mandíbula - Mandíbula | Neisseria Gonorreae |

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 3) Cuello - Cuello | Blastosistis Homminis |
| 4) Seno Frontal - Seno Frontal | Senusitis Viral |
| 5) Subclavia - Subclavia | Bacilo Difterico |

Resultado: se alivio la paciente con buenos resultados ya que ala semana ella habla con mas claridad. La capa grisácea desapareció y las amígdalas se desinflan también con muy buenos resultados, al impactar los pares biomagneticos.

Caso 5

Paciente: Masculino de 7 años de edad

Historial: Problemas bronqueales “falsa asma”

Pares:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1) Seno Frontal - Seno Frontal | Senusitis Viral |
| 2) Craneal - Craneal | Bacilo Del Antrax |
| 3) Costal - Costal | Proteus Mirabilis |
| 4) Parotida | Disfuncion Paratoides |
| 5) Dorsal - Lumbar | Meningococo |

Resultados: favorable ya que mejoro y no a vuelto a tener problemas y a estar con sus implantes de oxigeno con la primera impactada del par biomagnetico y con polvo fenogreco por la mañana, tarde y noche, dicho polvo de fenogreco lo utilizó como complemento alas falsas asmas ya que ase expulsar todas las secreciones acumuladas en los bronquios y pulmones ya que recibió que expulsaba secreciones verdosas de mal olor y hasta en ocasiones purulen tas.

Caso 6

Paciente: Masculino de 4 años de edad

Historial: Fiebre malestar general de dolor de garganta y glucosa alta.

Pares:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1) Seno Frontal - Seno Frontal | Senusitis Viral |
| 2) Nariz - Nariz | Toxoides |
| 3) Laringe - Laringe | Bacilo Pertusis |
| 4) Trocante Mayor - | Trocante Mayor Salmonella Tifo |
| 5) Dorsal - Lumbar | Meningococo |

Resultado: al momento de encontrar los pares biomagneticos y bioenergéticos comenzó a bajar la fiebre y al estar en estado limitante al quitar imanes empezó a caminar y después de una semana se encontró muy bien en su estado general.

Caso 7

Paciente: Masculino de 2 años de edad

Historial: “Asma Bronquial” internado en el IMSS y al llegar con migo tuvo fiebre y malestar general.

Pares:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1) Angulo - Angulo | Estreptococo Fragilis |
| 2) Angina - Angina | Herpes (2) |
| 3) Deltoides - Deltoides | Treponema Palidum |
| 4) Hgado - | Colondescendente Hepatitis “A” |
| 5) Diafragma | Candida Albicaus |
| 6) Coxis - Coxis | Rotavirus |

Resultado: este caso en la primera checada mejoro, bajo la fiebre y la tos desapareció. Al impactar los pares biomagneticos se fue muy bien también con fenogreco y se alivio con una sola checada.

Caso 8

Paciente: Masculino de 11 años de edad. Amigdalitis crónica, también programado para cirugía.

Pares:

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1) Seno Frontal - Seno Frontal | Senusitis Viral |
| 2) Estomago - Suprarrenales | Sarampión |
| 3) Subclavia - Subclavia | Bacilo Difterico |

Resultado: séle bajo la inflamación de las amígdalas y no hubo necesidad de cirugía ya que con el biomagnetismo el resultado fue favorable.

Caso 9

Paciente: Masculino de 10 años de edad

Historial: problemas bronquiales "FALSA ASMA", dolores en las articulaciones

Pares:

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1) Seno Frontal - Seno Frontal | Senusitis Viral |
| 2) Pomulo - | Riñoncontralateral Paludismo |
| 3) Laringe - Laringe | Bacilo Pertusis |
| 4) Hiato - Esófago | Enterobacter Neumoniae |
| 5) Sacro - Sacro | Proteus Mirabilis |
| 6) Cuartas - Lumbares | Gonococo |

Resultado: este caso hizo notar la mejoría ya que al impactar imanes se le quita los dolores articulares y musculares y es una persona normal y no con las limitantes de estar cansado.

Caso 10

Paciente: Masculino de 10 meses de edad

Historial: con problemas bronquiales de más de un mes de permanencia y con tratamientos por médico y no había mejora.

Pares:

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1) Angulo - Angulo | Estreptococo Fragilis |
| 2) Cuartas - Lumbares | Gonococo |
| 3) Timo - Recto | VIH |
| 4) Latisimus - Latisimus | Yerssenia Neumonae |

Resultado: se le quito la fiebre al impactar los pares y fue mejorando asta desaparecer la tos y a los dos días regreso y su estado era favorable y también se le dio polvo fenogreco.

Conclusiones

A lo largo de los cuatro años, en los cuales me he especializado y mejorado los conocimientos en el PAR biomagnetico-bioenergetico y al tener una experiencia laboral en vacunas de 18 años, la conclusión es que las vacunas no dan la efectividad que se dice de salud en la población infantil o será como se dice vulgarmente "al perro mas flaco se le cargan las pulgas", ¿Por qué? En la población mas desprotegida y marginada es donde se encuentran las enfermedades. Será mejor que las Autoridades pusieran mayor atención en la alimentación a la niñez, aunque la experiencia propia ha detectado con mayor frecuencia dichas enfermedades en personas con clase baja, media y alta. Y lomas sorprendente de las experiencias con

los pacientes que he visto en el tiempo en el cual e conocido mas afondo el par biomagnetico bioenergético y que ya fueron vacunados sigan a pareciendo las patologías que supuesta mente ya fueron protegidos.

¿O será cierto?, que acaso nos están proporcionando salud para el año 2000, cuando ya pasó desde hace 5 años y todavía se presentan brotes de epidemias en la población más marginada del país.

“La filosofía que ha prevalecido en la vacunación universal es la de lograr abatir cada vez más un mayor grado de morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades que pueden ser prevenibles por medio de vacunas y contribuir así a mejorar la calidad de vida , el bienestar y el desarrollo sostenido de la población infantil a nuestro país”.

La mayoría de los casos que llaman la atención es que se encuentra la Difteria, Hepatitis, Meningococo, Gonococo. Siendo estos uno de los cien casos atendidos; ya que a través de los cuatro años que e llevado acabo el par biomagnetico e checado aproximadamente 4.000 pacientes con patología diferentes y que sin embargo con el par biomagnetico bioenergético a sido todo un éxito los resultados han sido favorables y sobre todo la satisfacción de cada al ver la mejoría.

Bibliografía

- Plotkin SL, Plotkin SA. A short history of vaccination. En: Plotkin SA, Mortimer EA, editores. Vaccines. 2 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994. Págs 1-11.
- Plaza & Janes editores, S.A. *Crónica de la Medicina*. Barcelona: Plaza & Janes; 1993
- Láin Entralgo P. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1972.
- López Piñero JM. *Breve Historia de la Medicina*. Madrid: Medicina y Salud. Alianza Editorial; 2000.
- López Piñero JM. *Antología de clásicos médicos*. 1 ed. Madrid: Triacastela;1998.
- Lyons AS, Petrucelli RJ. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994.
- Hernández P. *Origen y descubrimiento de la vacuna*. Edición facsímil. Depósito legal: M-7.640-1996.
- Asociación Española de Pediatría. *Algunas cuestiones históricas*. Origen de las vacunaciones. Disponible en: <http://www.aeped.es/vacunas>.
- Albert MR, Ostheimer KG, Breman JG. *The last smallpox epidemic in Boston and the vaccination controversy, 1901-1903*. N Eng J Med 2001;344(5):375-9. Disponible en: <http://www.nejm.org>
- Valiante NM, editor. Iris Research Report 1999-2000. Siena: *Iris Research*
- Rockville, MD 20857, January 2002 (FDA) 02-90195 *Proteja a su niño contra enfermedades peligrosas; asegurese que sus niños sean vacunados*.
<http://www.fda.gov/opacom/lowlit/sehots.html>
- Reader's Digest, 1997. *Remedios, Curaciones y Tratamientos Medicos*. Editorial. Librosareadesdigest.com. México, D.F.
- Consejo Nacional de Vacunación, Secretaria de Salud. Manual de procedimientos Técnicos de vacunación 2002. Primera edición 2002. Francisco P. Miranda 177 Col. La merced Gómez, Álvaro Obregón, México, D.F.
- Mi bebé y yo. Publicación Trimestral 06/2002. Sfera editores México, S.A. de C.V., Av. Ejercito Nacional 423, Col. Granada 11520, México, D.F.
- www.mibebeyyo.com.mx.

Anexos

Esquema Básico de Vacunación

| VACUNA | ENFERMEDAD QUE PREVIENE | DOSIS | EDAD |
|----------------------------|---|--|---|
| BCG | TUBERCULOSIS | UNICA | AL NACER |
| SABIN | POLIOMIELITIS | PRELIMINAR PRIMERA SEGUNDA TERCERA ADICIONALES | AL NACER 2 MESES 4 MESES 6 MESES |
| PENTAVALENTE DPT+HB+HIB | DIFTERIA, TOSFERINA TETANOS, HEPATITIS B INFLENZA E | PRIMERA SEGUNDA TERCERA | 2 MESES 4 MESES 6 MESES |
| DPT | DIFTERIA, TOSFERINA TETANOS. | REFUERZO 1 REFUERZO 2 | 2 AÑOS 4 AÑOS |
| TRIPLE VIRAL | SARAMPION, RUBEOLA PAPERAS. | PRIMERA SEGUNDA | 1 AÑO 6 AÑOS |
| SR | SARAMPION, RUBEOLA | ADICIONALES | |
| TD | TETANOS, DIFTERIA | REFUERZO | A PARTIR 12 AÑOS |
| HEPATITIS B | HEPATITIS B | PRIMERA SEGUNDA | A PARTIR 12 AÑOS |

CAMPOS MAGNÉTICOS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMOS DESAHUCIADOS POR LA MEDICINA TRADICIONAL

Ma. Olimpia Pérez González

Presentación

En este trabajo se presentan doce casos de tratamiento y curación de enfermos que habían sido desahuciados por la medicina tradicional. Los casos se eligieron de entre los pacientes que acudieron a consulta entre junio de 2003 a enero de 2005. En su totalidad los pacientes escogidos vivían en el estado de Jalisco, la mayoría en la capital del estado y algunos en los municipios cercanos. Este grupo lo formaban adultos, adolescentes y niños de ambos sexos.

No se eligió repetitibilidad en la enfermedad, sino diversas enfermedades que tuvieran como común denominador el haber sido desahuciados por la medicina tradicional.

Los resultados obtenidos fueron muy halagadores puesto que de los doce casos hubo total restablecimiento de la salud. El estudio se apoya en una revisión de literatura y de esta y de los resultados se presentan conclusiones.

Introducción

El diccionario terminológico de ciencias médicas (1989) menciona que la enfermedad se deriva (del lat. *Infirmitas,-atis*) enfermedad, es la pérdida de la salud, y alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es mas o menos previsible.

La enfermedad es además un estado estresante, depresivo y agotante, tanto física, psíquica y económicamente, para el paciente, para su familia y para la sociedad. Los países del primer mundo y también los subdesarrollados gastan fuertes sumas de sus recursos en devolver la salud a sus enfermos.

El biomagnetismo es una técnica sumamente eficaz para restituirle la salud al enfermo, que además de ser eficaz, no lesiona la economía del paciente, de la familia ni del país es confiable, demasiado rápida, etc. Aunque puede haber quien lucre con la aplicación de la técnica biomagnética, esta en si es sumamente económica, puesto que no necesita de medicamentos, ni dietas, ni hospitalización y con ello dejar de trabajar, además no provoca efectos secundarios ni requiere de rehabilitación.

Así mismo la aplicación del par biomagnético no requiere apoyarse en el uso de medicamentos, algunas veces se administran estos no porque sean necesarios en el proceso curativo en si, sino porque las personas que no conocen la técnica, psíquicamente se muestran renuentes, ya sea consciente o inconscientemente a aceptar una curación sin la administración de medicamentos; pero esta terapia es tan eficaz que no los requiere como complemento para restablecer la salud. También es una terapia preventiva. Además es un método de diagnóstico eficaz, económico y rápido.

El presente trabajo tiene como objetivo describir algunos casos de enfermedades tratadas con el par biomagnético para presentarlas en una tesina como requisito parcial para obtener el diplomado en terapéutica biomagnética.

Revisión de literatura

Historia o teorías del magnetismo

Según Neville (1993) y Mehta (1991) existen dos teorías para explicar el origen de la palabra magnetismo, la primera de acuerdo a los griegos señala aproximadamente 2500 años un pastor de ovejas llamado Magnes pasaba con frecuencia por la montaña Ida en donde notaba que tanto su bastón, que tenía una punta metálica, como sus zapatos que podían tener clavos o plataforma metálica, se adherían al las piedras de la montaña dificultando su caminar y luego observó que las piedras de la montaña atraían con fuerza ciertos metales; a este fenómeno se le llamó magnetismo tomado del nombre del pastor; la segunda teoría menciona que cerca de una región conocida como Magnesia en Asia Menor fue descubierta gran cantidad de un metal oscuro con propiedades de atracción a ciertos metales y de esa región tomó el nombre de magnetos.

Definición de algunos términos usados en magnetismo y biomagnetismo

Fuerza de campo magnético depende de la cantidad de líneas de fuerza por unidad de area; esta unidad de fuerza es medida en Gauss, Oesteds o Tesla (Mehta, 1991).

Biomagnetismo derivado del griego bios que significa vida y magnetic que significa imán o magneto, por lo tanto es la ciencia que aplica los campos magnéticos a los organismos vivos, esto es a plantas, animales y personas (Mehtha, 1991).

Campo magnético todo material o sustancia, ya sea un bloque de madera o metal, piedra, tejido animal, vegetal, humano o un fluido del cuerpo animal como linfa y sangre humana están formados de átomos. El átomo es la partícula mas pequeña que puede existir de un elemento o sustancia, está constituido de un núcleo central, protones (partículas cargadas positivamente) nubes de pequeños electrones (partículas con carga negativa) y muchas otras partículas subatómicas; los protones y electrones se mueven en su propio eje alrededor del núcleo creando esto un campo magnético (Bueche1991; Mehta, 1991; Felix, *et al* 1974;)

Se conoce (Metha,1991; Felix,*et al* .1974) que de acuerdo a la capacidad con la que se imanta un material o sustancia estas se dividen en ferromagnética, paramagnéticas y diamagnéticas.

Ferromagnético son materiales o sustancias por las cuales las líneas magnética cuando se acercan a un imán, pasan mucho mas fácil que por el vacío.

Paramagnético son materiales o sustancias que al acercarse a un imán las líneas magnéticas pasan con cierta facilidad por el material o sustancia.

Diamagnéticas son materiales o sustancias que al acercarse a un campo magnético las líneas magnéticas pasan mas difícilmente que por el vacío.

Polos del imán .- Todo imán presenta dos zonas en donde hay mayor fuerza de atracción; si al imán se le permite girar libremente, una de estas zonas se dirige o apunta hacia el norte magnético terrestre y la otra hacia el sur, que se localizan muy cerca del polo norte y sur geográfico, respectivamente. A la que se dirige o apunta al norte geográfico se le llama negativa o polo sur del imán y a la que dirige o apunta al sur geográfico se le denomina positiva o polo norte del imán (Tagüña y Martina, 1989).

Ley de atracción y repulsión magnética.- En los imanes los polos del mismo nombre (negativo con negativo o positivo con positivo) se repelen y los polos de nombre contrario (negativo con positivo o positivo con negativo) se atraen. (Tagüña y Martina, 1989).

Brújula.- Si a un imán en forma de aguja se le permite girar libremente, un polo del imán apuntará exactamente al norte magnético terrestre y el otro al sur magnético terrestre (con aproximadamente una desviación de 5° con respecto al norte geográfico). Esta característica la descubrieron los chinos y la aprovecharon para orientarse, naciendo así la brujula (Bueche 1991; Felix, *et al*. 1974;).

Tipos de imanes por su origen.- Por su origen los imanes se pueden clasificar en naturales y artificiales, pudiendo ser los artificiales a su vez permanentes o temporales.

Los imanes naturales están compuestos de minerales ferromagnéticos, como hierro, cobalto, níquel, tungsteno etc. Se originan del magnetismo terrestre y provienen de los volcanes; grandes depósitos de estos imanes se localizan cerca de los volcanes, pero principalmente en las regiones árticas, como; norte de Suiza, Siberia, Finlandia y Groenlandia.

Sin embargo, en la actualidad el uso de los imanes naturales ha sido reemplazado por los imanes artificiales, ya que estos pueden ser de mayor intensidad magnética. Se construyen con diferentes metales o aleaciones, como; níquel, cobalto, tungsteno y tierras raras: samario, cerio, itrio, etc. que el hombre artificialmente convierte en imanes.

Se conocen tres formas principales por las que un metal o aleación se puede transformar en imán, y son:

1. Moviendo sobre una barra de metal ferromagnético el polo de un imán para que con esto se orienten todos los imanes moleculares de la barra y se conviertan en imán.
2. Por contacto o inducción magnética.- cuando un imán se pone en contacto con un pedazo de metal, este mientras está en contacto con el imán, adquiere las propiedades magnéticas. El mejor ejemplo se tiene al acercar un imán a clavos, agujas o limaduras de metal y mientras están en contacto con el unos jalan a otros.
3. Un solenoide consiste en hacer pasar una corriente eléctrica por un alambre que se enrolla alrededor de una barra metálica (alambre aislado que no hace contacto con el metal). Si la barra es de material ferromagnético (hierro, cobalto, níquel, tungsteno) se convierte en imán permanente y si no, por ejemplo si es de fierro dulce se convierte en imán temporal.

Si el imán artificial conserva sus características de atracción y repulsión magnética, por un periodo de tiempo mas o menos largo, se dice que es un imán permanente y si rápidamente pierde estas características se dice que es temporal.

Solenoide.- Un alambre que se enrolla alrededor de una barra metálica y por el se hace pasar una corriente continua se llama solenoide. La barra metálica adquiere propiedades magnéticas.

Teoría molecular del magnetismo.- Señala que todos los cuerpos están constituidos por multitud de imanes de tamaño molecular que se encuentran en completo desorden. Cuando dicho cuerpo se acerca al polo de un imán, se orientan todos sus imanes moleculares y este adquiere propiedades magnéticas; cuando se alejan del imán, los imanes moleculares de ciertos materiales (ferromagnéticos) permanecen orientados al menos por algún tiempo conservando sus cualidades magnéticas; pero los imanes moleculares de otros materiales (paramagnéticos y diamagnéticos) vuelven a desordenarse, perdiendo sus propiedades magnéticas.

Magnetismo: Son ondas o fuerzas electromagnéticas que surgen de los átomos y de las pequeñas partículas que se forman del material total. (Mehta, 1991).

Magnetismo Terrestre.- La tierra se comporta como un gigantesco imán, su campo magnético se extiende a gran distancia, atrapando las partículas cargadas que se acercan a ella. (Felix, et al 1974).

También se sabe (Mehta,1991;Holzapfel,et al 1987) que su campo magnético afecta directamente la vida y su evolución y la intensidad de este gran campo magnético a disminuido en un 50% en los últimos 500 y 5% en los últimos 100 años, lo cual puede estar causando una deficiencia magnética (síndrome de deficiencia de campo magnético) que afecta negativamente a todos los seres vivos, ocasionando enfermedades, como: dolor de pecho, hombros, espalda, migraña, insomnio, constipación, etc.

Magnetosfera.- Es el área alrededor de la tierra en la cual el campo magnético terrestre se presenta con una fuerza mayor que el campo magnético solar o interplanetario; se extiende hasta de 48,000 a 81,000

Kilómetros de la superficie terrestre; una característica prominente de la magnetosfera son los cinturones de Van Allen, áreas cargadas de partículas atrapadas por el campo magnético terrestre. (Becker y Selder, 1985)

Electroimán.- Es un solenoide alrededor de una barra de hierro dulce (no de acero), que adquiere las características de imán mientras esta pasando la corriente por el solenoide, pero tan pronto como deja de pasar la corriente la barra pierde sus propiedades magnéticas (Bueche , 1991; Felix, *et al* 1974).

En 1820 Hans Christian Oersted descubrió que las corrientes eléctricas producen campos magnéticos, así que todo alambre por el que fluya una corriente eléctrica genera un campo magnético concéntrico a él y se debilita al alejarse de él (Bueche, 1991; Felix, *et al* 1974).

Como se mencionó anteriormente, toda corriente eléctrica genera un campo magnético, esto ha ocasionado que en la actualidad haya mucha contaminación electromagnética en todos lados, tanto en fábricas, como en oficinas y hogares, lo anterior debido a las líneas eléctricas y aparatos electrónicos, como: aparatos de radio, televisión, monitores de computadoras, videos, hornos de microondas, secadoras de pelo etc. pudiendo ocasionar desbalance y problemas en la salud. (Becker y Selder, 1985).

Usos del Magnetismo

Durante muchos años posteriores al descubrimiento de la capacidad de atracción que presentan los imanes por ciertos metales, no se encontró aplicación alguna a este fenómeno. La primera aplicación práctica que se conoce fue en la orientación geográfica, por medio de la brújula. Recientemente las aplicaciones prácticas de los imanes son innumerables, principalmente en el campo de la industria, pero también en la Biología, como son salud humana, crecimiento y salud animal, etc.

En la orientación geográfica

A los chinos se les debe el descubrimiento de la propiedad que tienen los polos de un imán de orientarse aproximadamente al norte y sur terrestre esta propiedad se ha aprovechado para construir las brújulas.

En la actividad industrial

En la industria la capacidad de atracción que presentan los imanes ha sido recientemente muy explotada , y esto le ha permitido al hombre desarrollo y bienestar. Por ejemplo, este fenómeno de atracción magnética se ha empleado en la construcción de grúas magnéticas timbre eléctrico, telégrafo, teléfono, bobinas y solenoides automotrices, equipos de sonido , bocinas etc.

En la germinación de semillas y desarrollo de plantas

Varios autores (Pérez, 1996; Bansal, 1993; Neville, 1993; Mehta, 1991; Hozapfel, *et al* 1989.) mencionan que la aplicación de los polos magnéticos en los seres vivos, causan diferentes efectos, por ejemplo cuando se someten frutos verdes de la planta de tomate a campos magnéticos positivos estos aceleran su madurez (Bansal, 1993) las semillas de muchas plantas aceleran su germinación en forma altamente significativa cuando son expuestas a campos magnéticos y las plantas al estar bajo campos magnéticos pueden acelerar su desarrollo (Pérez, 1996).

En el crecimiento y salud animal.

Los huevos que van a ser destinados a incubación cuando se someten a campos magnéticos por un periodo de 30 a 60 minutos reducen su periodo de incubación en uno a dos días comparados con los huevos testigo.

Por su parte los animales (ratas, conejos, perros) cuando son sometidos a campos magnéticos, durante seis semanas por periodos de aproximadamente 30 minutos cada día incrementan su vida en 45 a 60% (Bansal, 1993); las hembras ratas que son sometidas a campos magnéticos positivos en el último periodo de gestación tienen partos más fáciles y con menos dolor (Bansal, 1993) además de que muchos animales con tumores y otras diversas enfermedades han sido curados por exposición a campos magnéticos.

En la salud humana

El uso de los imanes con fines curativos en los humanos no es una terapia nueva, se dice (Holzapfel, *et al.* 1987) que fue Aristóteles, en el siglo III A.C., el primero en hablar del poder curativo de los imanes, al menos 200 años A.C. en la dinastía Han en China, se usaron para curar problemas articulares como: reumatismo e inflamaciones; posteriormente también en China se han usado para detener sangrados, tratar tumores etc. (Mehta, 1991). Otros personajes que han destacado las propiedades curativas de los imanes a través de la historia antigua han sido al menos: Galeno en el siglo III, Marcelo médico Francés del siglo IV, Alejandro de Tralles en el siglo VI, Avicena en el siglo XI, Alberto Magno en el siglo XII etc.

Se señala (Neville, 1993; Mehta, 1991) que Paracelso (1493-1541) doctor Suizo fue el primero, en mencionar la polaridad de los imanes e indicó que los imanes tenían poderes curativos específicos, mencionando efectos contra infecciones, llagas, úlceras y problemas de intestino y útero.

A fines del siglo XX varios científicos de diversos países, como: India, Japón, China, Estados Unidos, Francia y México desarrollaron diferentes formas de terapia magnética, como la terapia magnética unipolar, bipolar, agua magnetizada, para consumo, etc. y se señala (Bansal,1993; Neville, 1993; Mehta,1991; Holzapfel, et al 1989) mediante estas técnicas grandes éxitos en el tratamiento prácticamente de todas las enfermedades, entre otras: cáncer, tumores, SIDA, diabetes, gota, artritis, gripe, neumonía, etc.

Además mediante las aplicación de imanes en ciertas glándulas se tienen secreciones hormonales uniformes; en otras partes del cuerpo, se mejora la inteligencia y la concentración, así mismo, se puede reducir el dolor, teniendo la persona en casos terminales una muerte mas digna.

En México, el uso de campos magnéticos con fines curativos si es una actividad reciente, siendo el pionero el Dr. Goiz - Durán (Goiz – Durán 1995) quien mediante el par biomagnético a generado no solo una técnica de tratamiento de enfermedades, sino también de diagnóstico y prevención. La aplicación de imanes como técnica terapéutica es eficaz, de rápidos resultados, muy económica, sin dolor, sin causar efectos secundarios, ni yatrogenias y que cura no solo enfermedades somáticas, sino también psíquicas, de disfunciones, metabólicas etc.

La aplicación de imanes como técnica de diagnóstico de enfermedades es confiable, rápida y no requiere de apoyo de laboratorios. Como método de prevención de enfermedades esta técnica localiza patógenos que al evolucionar provocan enfermedades.

Además de lo anterior, el Dr. Goiz ha formado un gran equipo de terapeutas en biomagnetismo, que actualmente laboran en diferentes lugares de la República Mexicana. Así también su actividad ha traspasado las fronteras de México, ya que su técnica se aplica en varios países latinoamericanos, como: Ecuador, Chile, etc. y también en algunos países europeos.

La terapia magnética usada por el Dr. Goiz-Durán consiste básicamente en la aplicación simultanea de dos imanes (par biomagnético), uno con el polo positivo en un órgano o parte del cuerpo y otro que hace par o resonancia colocado en el mismo órgano, en otro órgano o en distinta parte del cuerpo, con una duración de diez a quince minutos.

Como ya se mencionó, mediante esta técnica terapéutica se curan un sin número de enfermedades originadas por las mas diversas causas, entre otras, podemos destacar las siguientes: asma, botulismo, cirrosis hepática, diabetes, neumonía, hepatitis, influenza, leucemia, parasitosis, reumatismo, sinusitis viral, tifoidea, VIH, por citar algunas.

Reglas en la terapia par – biomagnético

El Dr. Goiz –Durán (Goiz –Durán 1995) destaca los siguientes aspectos para la aplicación de la terapia par-biomagnético.

Los imanes naturales de mediana intensidad no son tóxicos ni pueden producir yatrogenia, menos aún si se aplican en forma dual. Los imanes naturales de mediana intensidad no alteran la entropía celular o tisular, solo la ordenan. Los pares biomagnéticos regulares identifican microorganismos patógenos, llámense virus, bacterias, hongos o parásitos.

Los pares biomagnéticos específicos identifican a alteraciones tisulares no soportadas por microorganismos patógenos.

Los pares biomagnéticos disfuncionales identifican alteraciones de glándulas internas y su producción hormonal.

Los pares biomagnéticos de reservorios identifican a órganos o tejidos que soportan un virus potencialmente y por tiempo indefinido en tanto no se instale en su Par específico.

En el hemisferio norte de la tierra los pares negativos de los Pares biomagnéticos tienden a establecerse en el hemisferio derecho, caso contrario en el hemisferio sur; en el hemisferio izquierdo.

Las enfermedades comunes son producidas por un solo par biomagnético, las enfermedades complejas son el resultado de asociaciones de estos pares.

Materiales y métodos

Los materiales usados en la terapia magnética (par – biomagnético) son: por un lado imanes y por el otro lado personas, ya sea para diagnosticar, prevenir o curar.

Imanes

Se aplicaron imanes de los que se usan en bocinas para sonido, estos fueron de mas de 1000 Gauss, y se dejaron en el órgano o parte del cuerpo por espacio de 10 a 15 minutos cada par.

Personas

Se emplearon personas para diagnosticar, prevenir enfermedades o curar; tanto hombres como mujeres, niños, adolescentes o adultos, del medio rural y del urbano. En este trabajo se describen solo algunos casos sobresalientes de pacientes que previamente habían sido desahuciados por la medicina tradicional acudieron a consulta de esta terapia y que fueron exitosamente curados.

Tratamientos.

El tratamiento consistió en revisar al paciente estando acostado y se confirmó que las dos extremidades inferiores estén parejas, y así comenzar la revisión, se pone el imán negativo en la parte específica del cuerpo en donde se aloja la enfermedad y si hay un acortamiento generalmente del pie izquierdo esto indica que se encontró una enfermedad o la disfunción de un órgano, dicho acortamiento se debe a la presencia de un campo bioenergético en resonancia con un campo magnético 1000 Gauss. Se aplica el imán positivo en donde hace resonancia y allí se deja por 10 minutos.

Ubicación de imanes

Para la aplicación de la terapia magnética, par biomagnético, los imanes se colocan, el polo negativo en un lugar u órgano del cuerpo y el polo contrario en el órgano o parte del cuerpo en donde hace resonancia.

En este trabajo se aplicaron en diferentes órganos o partes del cuerpo puesto que se trataron a diversos enfermos que se describen aquí como casos.

Existen cerca de 200 pares biomagnéticos.

El Dr. Goiz-Durán a comprobado mediante análisis de laboratorio que los microorganismos patógenos se alojan en un lugar determinado del cuerpo y poniendo el par biomagnético se destruye la enfermedad.

Tiempo de exposición

Se le llama tiempo de exposición al tiempo que se deja el imán en el órgano o parte del cuerpo, en los pacientes que aquí se describen, se les dejó aproximadamente un tiempo que osciló entre diez y 15 minutos.

El tiempo de exposición del par biomagnético en el cuerpo humano varía según la latitud del lugar en donde nos encontremos. Por ejemplo cerca de la línea del ecuador es menos de 10 minutos, en México 10 minutos y en los países mas nórdicos se necesita de mas tiempo.

Número de tratamientos

A las personas enfermas se les citó a consulta (número de tratamientos) generalmente entre una y tres veces, en otras palabras hasta que desapareció su enfermedad. En cada consulta se les aplicó los pares de imanes que se localizaron.

Descripción de casos

A continuación se describen algunos casos tratados éxitosamente con el par biomagnético.

Caso no. 1

Persona del sexo femenino de 13 años, de un pueblo del estado de Jalisco, refirieron los padres que la niña dejó de asistir a la escuela porque comía muy mal y lo poco que comía lo vomitaba, tenía fuertes dolores de cabeza, había sido atendida por varios médicos con medicina tradicional, también por homeopatas y sobadores y la niña estaba cada vez peor.

Al ser revisada la niña (diagnóstico) con el par biomagnético se le encontró:

Par biomagnético bazo-hígado; que corresponde a la fiebre de malta o brucelosis (bacteria).

Se le aplicaron los imanes por un tiempo de 10 minutos.

La paciente regresa a los ocho días reportando una gran mejoría, al revisarla nuevamente se encontró:

Par deltoides medio-deltoides medio; que nos indica la presencia de treponema palidum (bacteria).

Se le aplicaron los imanes por 10 minutos y se cita a nueva terapia en tres semanas, para este tiempo la niña ya ganó peso aunque sigue comiendo poco y ya no vomita, al revisarla no se le encuentra ningún par y se le da de alta.

Tiempo después se reporta para dar las gracias e invitar a su fiesta de quince años.

Caso no. 2

Se trata de un varón en edad preescolar de 4 años con asma desde los primeros meses de vida.

Con la medicina tradicional para mantenerlo controlado tenía que estar continuamente medicado y aun así se presentaban crisis con frecuencia y había que llevarlo de urgencia al hospital.

Se revisa al niño y se encuentra:

Par biomagnético suprarrenales - y su par por enfrente correspondiendo a asma alérgico.

Se aplicaron los imanes por espacio de 10 minutos. Se cita al paciente en quince días o antes si fuera necesario, el niño no ha vuelto a tener problema, al revisarlo no se encuentra ningún par. El paciente a la fecha esta muy bien.

Caso no. 3

Niña de doce años, estudiante de sexto de primaria, viene a consulta refiriendo fuertes dolores de cabeza y pérdida parcial de la vista con diagnóstico de una institución oficial como toxoplasmosis.

Se revisa a la paciente y en efecto se encuentra:

Par oído-oído; toxoplasmosis (parásito), se aplican los imanes por 10 minutos.

Regresa a los ocho días refiriendo una mejoría casi total, para entonces siente que ha recuperado la visión perdida ya que al cubrirse el ojo con el que si veía si podía leer con el ojo que antes no veía y ya no presenta dolores de cabeza. Es dada de alta por no encontrar ningún par.

En la actualidad se encuentra muy bien y continúa asistiendo a la escuela.

La mamá de la niña la llevó con su doctor anterior y le repitieron los análisis clínicos y salieron negativos.

Caso no. 4

Sra. de 34 años de edad, casada, ama de casa que vive en el medio rural, reporta dolores de huesos, cansancio y mal carácter.

Al ser revisada se encuentra:

Par biomagnético pómulo derecho – riñón izquierdo, que corresponde a paludismo (parásito).

Par urétero – urétero, que indica varicela (virus).

Se aplican los imanes por 10 minutos.

En la siguiente consulta no se encuentra ningún par, ella refiere que está muy bien y que ya ayuda al esposo en el trabajo del campo.

Caso no. 5

Señora de 72 años ama de casa, campesina diagnosticada con alzheimer, la hija refiere que todo olvida y está muy agresiva y pelea mucho con su marido porque al no acordarse donde deja las cosas piensa que se las esconden.

Al revisarla se encuentra:

Par muñeca-muñeca; ricketssia (bacteria)

Par calcaneo-calcaneo; ricketssia(bacteria)

Par axila-axila; rabia (virus)

Se aplicaron los imanes en dichos pares por un tiempo de 10 minutos para cada par.

Al regresar a la siguiente consulta la paciente comentó que ya no olvida las cosas y que su carácter mejoró, se comprobó con los imanes que ya no tenía ningún par.

Caso no. 6

En este caso se describe a un señor jubilado de 82 años de edad programado para cirugía de próstata, en 15 días.

Refirió que no podía sentarse porque era muy incomodo y doloroso, al hacer la revisión se encontró:

Par próstata – recto, que corresponde a virus de papiloma.

Par mandíbula – mandíbula; neisseria gonorrhoeae (bacteria).

Se aplicó cada par de imanes por 10 minutos, y se observó una mejoría inmediata, asistió a consulta tres veces porque el así lo deseó, cada vez se le colocaron los imanes con los pares encontrados la primera vez.

El paciente no fue operado y se encuentra muy bien.

Caso no. 7

Este caso corresponde a una señora de 30 años de edad, ama de casa, con dos años de casada, que no había podido quedar embarazada a pesar de los tratamiento ordenados por su ginecólogo. Este fue el motivo de su consulta, al ser revisada se encontró:

El par pudendo – pudendo, que es una parotiditis (virus).

Se aplicaron los imanes por 10 minutos, y la paciente antes del mes regresó a consulta y ya estaba embarazada, en la actualidad tiene 2 hijos y se cuida porque ya no desea tener mas.

Caso no.8

Niño de ocho años de edad, la mamá señaló que con frecuencia su hijo se llenaba de vesículas rojas, esto desde que era un bebé.

Había sido tratado por médicos generales y dermatólogos, sin encontrar mejoría.

Al revisarlo se encontró:

Par estómago-suprarrenal; sarampión (virus).

Par axila-axila; rabia (virus).

Se impactaron los imanes por 10 minutos. En la siguiente consulta no se le encontró ningún par y se le dió de alta.

Después de seis meses no ha vuelto a presentar su problema.

Caso no. 9

Señora de 63 años casada, ama de casa, diagnosticada por la medicina tradicional con sinusitis. Refirió que sentía la cabeza como inflada y hueca con mucho dolor, también problemas intestinales desde hace más de 15 años.

Se revisó, encontrándose:

Par seno nasal-seno nasal, que corresponde a sinusitis (viral)

Par seno frontal-seno frontal, que también indica sinusitis (viral)

Par cuadrado-cuadrado, que da sífilis (bacilo)

Par intestino medio-vejiga, que provoca la bacteria vibrio cholerae.

Par sigmoides-recto, R 40

Se le aplicó cada par de imanes por 10 minutos.

Al ponerse de pie la señora tenía muchos eructos sacando mucho aire pero ella decía estar tranquila ya que se sentía bien, después comentó que siguió teniendo eructos los siguientes dos días.

En la siguiente consulta a los 15 días informó haber sentido una gran mejoría y comentó haber expulsado muchas flemas. Una consulta después había notado una total mejoría.

Caso no. 10

Niño de primero de secundaria de trece años de edad, que comía muy mal, no tenía ganas de jugar ni estudiar, ni hacer ninguna actividad, por tales síntomas fue llevado al médico y lo hospitalizaron durante ocho días para hacerle estudios sin encontrar problema alguno. Al no encontrar ningún problema el médico le da pase al psiquiatra, creyendo que su problema de salud se podría deber a una violación, cosa que la familia no creía.

La mamá en vez de llevarlo al psiquiatra lo trae a consulta, al revisarlo se encuentra:

Par angina-angina, herpes (virus)

Par gluteo-gluteo, parásitos intestinales

Par hígado-píloro, oxiuros (parásitos)

Se impactan los imanes por 10 minutos cada par.

En la siguiente consulta no se encontró ningún par y a la tercera consulta el niño ya comía normal y era un niño que realizaba las actividades de un niño de su edad.

Caso no. 11

En este caso se describe un niño de dos años con síndrome de Klippel trenauay-Webber o elefantiasis congénita angiomasosa. Siendo el segundo hijo de un matrimonio donde el padre tenía 28 años de edad y la madre 26 años. Sus padres personas sin vicios, el comerciante, ella ama de casa. Este caso no se había presentado en sus padres ni en sus antepasados.

Se presentó a consulta el 17 de febrero de 2004, los papás refirieron que había mucho retraso en todo, en caminar, salirle los dientes, hablar y además tenía mucho agotamiento, pues se levantaba poco, no jugaba ni corría y tenía la mitad del cuerpo desproporcionada (un brazo, una pierna y la mitad de la cara más crecidos que la otra mitad).

Al ser revisado se encontró:

Par hígado-colon desendente, hepatitis A (bacteria)

Par hígado-riñon izquierdo, absceso hep. Amibiano (parásito)

Par hígado-duodeno, hepatitis D (bacteria)

Se impactaron los pares por 10 minutos cada uno.

El paciente regresó a consulta el 25 de febrero encontrándose:

Par iliaco-iliaco, par especial.

Par bazo-hígado, brucelosis (bacteria)

Regresó a consulta dos veces mas sin encontrarle ningún par y presentó una gran mejoría, ya que el agotamiento había desaparecido y el brazo y la pierna ya se encontraban casi normales solo en la mejilla no había desaparecido en su totalidad la displasia.

En la siguiente consulta se encontró:

Par costo-hepático, borrelia (bacteria)

En la actualidad el niño sigue mejorando, solamente tienen el brazo y la pierna izquierda ligeramente ásperos.

Caso No. 12

Corresponde a una señora ama de casa de 45 años, que refirió haber sido hospitalizada con tratamiento alopático, durante una semana por ser hipertensa, diabética y al caminar se iba de lado, incluso llegó a caerse; con un ojo veía dos figuras iguales una sobre la otra, la dieron de alta encontrándose casi igual de mal y muy medicada. Al mes decidió atenderse con un homeópata y después de varios tratamientos siguió igual.

Se presentó a mi consulta y al revisarla se encontró:

Par mastoides-mastoides; filaria (parásito)

Par axila-axila; rabia (virus)

Par trocanter mayor-trocanter mayor; salmonella-tifo (bacteria)

Par útero-útero; (parásitos).

Se aplicaron cada par de imanes por 10 minutos.

En la siguiente consulta se revisó y no se encontró ningún par.

La paciente refiere que se encuentra bastante bien, la presión arterial y la glucosa están en los límites normales.

Resultados y discusión

Cuando un paciente está enfermo y se pone un imán negativo en la parte específica del cuerpo en donde se aloja la enfermedad, se acorta generalmente el hemicuerpo izquierdo; esto indica que se encontró una enfermedad o la disfunción de un órgano. Dicho acortamiento se debe a la presencia de un campo bioenergético en resonancia con un campo magnético de 1000 o mas Gauss (Goiz-Durán,1995).

Para la curación de una enfermedad se debe colocar el imán positivo en donde hace resonancia el negativo y se debe dejar por un tiempo determinado (Goiz –Durán, 1995; Metha, 1991; Holzapfel, et al 1989) 10 minutos.

También se comprobado, mediante análisis de laboratorio, que los microorganismos patógenos se alojan en un lugar determinado del cuerpo y que poniendo el par biomagnético se destruye la enfermedad (Goiz –Durán, 1995; Metha, 1991; Holzapfel, et al. 1989)

El tiempo de exposición del par biomagnético en el cuerpo humano varia de acuerdo a la latitud del lugar en donde se trabaje. Por ejemplo, cerca del ecuador es de menos de 10 minutos, en México de 10 minutos y en los países mas nórdicos se requiere de mas tiempo (Goiz – Durán,1995)

En este trabajo se describen doce casos de enfermos desahuciados por la medicina tradicional en los que se obtuvo éxito, en los doce casos con una recuperación de un 90 a un 100 por ciento.

En mi experiencia con esta técnica hay casos en que el paciente no presenta ninguna mejoría; aproximadamente un 8 por ciento no se curan posiblemente debido a lo avanzado de la enfermedad. Por ejemplo, un señor con rigidez de columna desde hace 25 o 30 años, y otra persona con obstrucción total de la arteria femoral, no presentaron mejoría. Lo anterior, posiblemente se debió a que no se aplicó el par biomagnético correcto o también a lo avanzado de la enfermedad.

Aproximadamente un 20 por ciento de los pacientes no regresan sin permitir conocer si se curaron o no.

Sorprendentemente de los pacientes que acuden a consulta un 72 por ciento de ellos, que son tratados con el par biomagnético tienen una recuperación de un 80 a un 100 por ciento.

Al curar o desaparecer una enfermedad pueden surgir otras que se encontraban opacadas por la primera, a esto se le conoce como efecto pantalla. Esto explica la situación que ocurre frecuentemente cuando un paciente es curado de una enfermedad y que seguidamente le aparecen otras de menor gravedad. En esta tesina se presentan casos de pacientes que al ser tratados en una primera consulta quedaban curados de la enfermedad de mayor gravedad y en consultas posteriores aparecieron nuevas enfermedades siempre de menor gravedad.

Constantemente la humanidad está siendo aquejada por nuevas enfermedades, actualmente ocasionadas por contaminación química, auditiva, visual, etc. Consumo de alimentos con conservadores, saborizantes, edulcorantes, etc., uso y abuso de drogas, como: alcohol, tabaco, cafeína, cocaína, etc. Estas enfermedades pueden ser depresiones, problemas cardíacos, desnutrición, etc. También para muchos de estos padecimientos se puede encontrar alivio en la terapia biomagnética.

Conclusiones

La aplicación de los campos magnéticos bipolares (par biomagnético) colocados en puntos estratégicos del cuerpo humano, por 10 minutos, rejuvenecen, suprimen el dolor y curan prácticamente cualquier enfermedad, entre otras: SIDA, cáncer, tumores, diabetes, hepatitis, parasitosis, lupus, herpes, etc.

El biomagnetismo es una técnica de diagnóstico, prevención o de restablecimiento de la salud, sumamente eficaz, muy barata, rápida, que cura sin dolor, sin efectos secundarios sin yatrogenia.

Cuando la terapia magnética no logra restituir la salud del enfermo debido a que hay órganos fuertemente dañados y que es imposible su recuperación, por el estado avanzado de la enfermedad, la aplicación de imanes reduce el dolor, logrando una mejor calidad de vida en la fase terminal del enfermo.

Algunas de las razones por lo que la terapia magnética no se acepta ampliamente por los círculos médicos es debido a que su aplicación no genera fuertes utilidades económicas, no requiere de grandes conocimientos científicos, ni de aparatos sofisticados, ni de medicamentos.

Literatura citada

- Anónimo 1989. *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. 12ª edición. Salvat editores, S.A. Barcelona (España) 362-373
- Banzal, H.L. 1993 *Magneto Therapy*
- Becker, R.O. and Selden, G 1985. *The Body Electric*. Electromagnetism and the foundation of life. William Morrow and Co. New York (U.S.A). 364 p.
- Bueche, F. J. 1991. *Física para estudiantes de ciencias e ingeniería*. 4ª Ed. Mc. Graw- Hill. México D.F. p.p 149-257
- Felix, E.A., De Oyarzabal, O. J. y Velasco H. M. 1974. *Lecciones de Física*. 3ª Ed. Compañía Editorial Continental, S.A. México D.F. p.p 337-421.
- Goiz-Durán, I. 1995 *The Biomagnetic Pair*. Medicinas alternativas y Rehabilitación S.A. de C.V. México D.F. 173p.
- Holzappel, E., Crépon, P. And Philippe, C. 1989. *Magnet Therapy*. B. Jain Publishers Pvt. Ltd. New Delhi (India) 144 p.
- Mehta, A. K. 1991. *Magnet Therapy and acupuncture*. B Jain Publishers Pvt. Ltd. New Delhi (India) 100 p.
- Neville, S. B. 1993. *Magnet Therapy Theory and Practice*. 4th edition. B. Jain Publishers Pvt. Ltd. New Delhi (India) 248 p.

- Pérez, G.J.J. 1996. *Germinación de semillas y desarrollo de plantas de rábano, maíz, trigo, alfalfa y cebolla, sometidas a campos magnéticos*. U de G. Guadalajara México. Datos no publicados.
- Self – help book 3 ht. Edition.B. Jain, Publishers Pvt. Ltd. New Delhi (India) 281p.
- Tagüeña, J. y Martina, E. 1989. *De la brújula al espin. El biomagnetismo*. Fondo de Cultura Económica, S.A de C.V. SEP. México. 95 p.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE

Martha Herlinda Cantú Patiño

Presentación

Dentro de la práctica de Biomagnetismo y Bioenergética desarrollada en la ciudad de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz se observaron numeros problemas de salud que son el resultado de influencia de factores que ocasionan un desequilibrio bio-psico-social que lleva al ser humano a un estado físico en el que puede permanecer con secuelas o bien ser la causa de muerte como es el caso de la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de origen desconocido, una de las formas más frecuentes de neuropatía de evolución rápida y potencialmente fatal.

Los problemas que enfrentan los individuos enfermos de todas las edades, sexo y niveles socioeconómicos son por demás importantes e interesantes en su manifestación clínica y fueron la causa principal de la redacción de este trabajo bajo el título de Síndrome de Guillain-Barré.

Reseña Histórica

Poza Rica de Hidalgo, Veracruz

Hacia el año de 1872, en una zona despoblada los indígenas totonacas empezaron a habitar la cuenca topográfica conocida como sabaneta en la cual se encuentra Furberos, conocida en aquel entonces con el nombre de "Chaloo", ahí fueron construyendo sus jacales bajo el manto del bosque y la selva tropical; los 10 o 12 habitantes fundadores se dedicaban a actividades agropecuarias y al margen del caudaloso río Cazonas, abundante en peces de donde se abastecían se dio origen al nombre de la ciudad que más tarde se convertiría en la capital petrolera del mundo, manteniéndose y transformándose en el "parador turístico de la zona norte del estado de Veracruz": Poza Rica.



Poza Rica surge en la época contemporánea, debido a ello según datos históricos de nuestro pueblo, se hace referencia a los cuatro grandes predios en que esta ciudad fue fraccionada: "Corralillos", "Troncones" y Potrerillo, "Poza Rica y Poza de Cuero" asignándolos como lotes 1,2,3 y 4 respectivamente teniendo su origen en el petróleo, sin embargo por la existencia de filtraciones de petróleo fue conocida por los primeros pobladores como "Cougas" palabra que más tarde fue alterada por "cubas" que en totonaco hacía referencia a una especie de cera o aceite negro.

Las primeras exploraciones de crudo datan de 1868, cuando las compañías exploradoras de petróleo mexicano realizaban su actividad logrando producir según datos históricos de 4 a 5 barriles diarios, abandonando este proyecto en el año de 1870. Los trazos de la Vía Cobos Furberos se inicia en el año de 1902 concluyendo con el tendido de la vía férrea Cobos Furberos mientras que los trabajos de perforación fueron iniciados en 1903 por los hermanos Percy N. y Frank Furber, compañía petrolera cuya organización quedó registrada con el nombre de Oil Fields of México Company, quienes perforaron inicialmente el yacimiento "Poza No. 1" hasta el año de 1904

Al correr del ferrocarril de Cobos a Furberos recibe el nombre de kilómetro 56, entonces habitado por unas cuantas casas de adobe, este campo junto a Palma Sola antes ubicado en la extinta hacienda Palma Sola es adquirido en 1918 por la compañía "El Águila" instalando sus oficinas en la localidad.

El 22 de junio de 1926 se inicia la perforación del pozo número 2 Poza Rica, el 12 de diciembre del mismo año las brigadas sismológicas reportan ala compañía EL Águila que se trataba de un gran yacimiento petrolífero y ordenan la suspensión de los trabajos; en la actualidad sobre este pozo histórico se ubica la colonia División de Oriente.



Poco a poco lo que era la tranquila ranchería perteneciente al municipio de Coatzintla, creció, con más de 900 habitantes ya para el año de 1935 es elevada a categoría de congregación, en ese mismo año se funda la colonia Petromex, más tarde en 1938 cuando se decreta la Expropiación Petrolera, la compañía pasa a poder de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Un incendio en la congregación de Poza de Cuero conocida como kilómetro 52 deja en ruinas una basta extensión de casas comerciales, motivando un conflicto mayor en el ejido Lázaro Cárdenas donde estaba enclavada la población; corría el año de 1950, bajo estas circunstancias el 22 de septiembre se crea el comité prepueblo en defensa de sus problemas y derechos Ejidales, quedando integrada la directiva por Agustín Rubio Sataray, presidente Pedro Constantino, Secretario y Tesorero Francisco Alvarado Calleja y Luis Calleja y Juan de Dios Hernández como vocales.



Este grupo de hombres activos plantea a Enrique Rodríguez Cano, Oficial Mayor de la Secretaria de Gobernación, la posibilidad de que Poza Rica quedará independiente de Coatzintla dada su importancia y a su vez que fuera reconocida como cabecera del municipio y ex congregación Poza de Cuero hoy colonia Manuel Ávila Camacho.

El 14 de febrero de 1951, siendo superintendente de Petróleos Mexicanos el Ing. Jaime J. Merino ofrece respaldo y envía un oficio al Lic. Marco Antonio Muñoz, entonces gobernador Constitucional del Estado solicitando la atención esta solicitud, toda la documentación se entregó a la Legislatura del Estado en noviembre del mismo año presentando un censo de los pobladores en el que se incluye un documento con firma de los clubes de servicios, centros de abasto, industrias y servicios con que se contaba en aquel entonces.

El 13 de octubre se llevó a efecto la sesión de la Legislatura en la Cd. de Xalapa en donde la aprobación fue unánime, el día 15 se dio la noticia de que el 20 de noviembre sería el día elegido para la toma de posesión en donde estaría como invitado de honor el presidente de la república Miguel Alemán Valdez acompañado del Gobernador del Estado.



El hecho quedó consumado en el salón de la antigua Sociedad Cooperativa de Consumo de la sección 30 que se ubica en la colonia Obrera (atrás de la tintorería Poza Rica y a un costado del multifamiliar No.2) Declarando a Poza Rica como Municipio Libre, cuyo nombre Poza Rica de Hidalgo se ostenta en Honor al Padre de la Patria.

Cuando se decretó a Poza Rica como municipio Libre, esta se sumo a los 197 municipios ya existentes en la entidad.

El primer Consejo Municipal quedó integrado por Francisco Lira Lara, Raúl Crespo Rivera, Palemón Vázquez, Agustín Rubio Sataray, Adolfo Rendón Rendón y Edmundo Cárdenas y Simón Villegas S. este acto constitucional fincó todo un precedente para el futuro progresista del Poza Rica actual.

Poza Rica como pocas ciudades que nacieron y tuvieron su desarrollo y auge con la industria petrolera a logrado sobrevivir a la crisis que el petróleo ha enfrentado, con amplia opciones aún, Poza Rica es un ejemplo de las oportunidades de un pueblo que nació como producto de hombres de trabajo y fe, convertida ahora en una ciudad en desarrollo, Poza Rica por su geografía e importancia se ubica como polo recibe a través del sector comercial a habitantes de todas las comunidades de la zona norte del estado de Veracruz, por sus servicios turísticos de primera calidad y la diversidad gastronómica del sector restaurantero es el receptor por excelencia de los turistas nacionales y extranjeros que se concentran para conocer y recrearse en los sitios paradisíacos y de cultura que visitan los atractivos de Veracruz.

Nomenclatura

Denominación. Poza Rica de Hidalgo.

Toponimia. El nombre del municipio obedece al hecho de que en el lugar existía un remanso con abundancia de peces, esto propicio que los habitantes le denominaran de ese modo.



Escudo. El escudo se basa en el nombre del municipio, el cual obedece al hecho de que en este lugar existía un remanso con abundantes especies de peces, del que se origino que sus habitantes conocieran el sitio como Poza Rica y a la perforación del primer pozo petrolero de gran producción en el año de 1930.

Localización. Se encuentra ubicado en la zona centro del Estado, en las coordenadas 20° 32" latitud norte y 97° 27" longitud oeste, a una altura 50 metros sobre el nivel del mar. Limita al noroeste y este con

Papantla; al sur con Coatzintla; al noroeste con Tihuatlán. Su distancia aproximada al nornoroeste de la capital del Estado por carretera es de 290 Km.

Extensión. Tiene una superficie de 230.31 Km²., cifra que representa un 0.32% total del Estado.

Orografía. El municipio se encuentra ubicado en la zona norte del Estado, su suelo es irregular por conjunto de lomeríos.



Hidrografía. Se encuentra regado por arroyos que son tributarios del río Cazones.

Clima. Su clima es cálido con una temperatura promedio de 24.4° C; su precipitación pluvial media anual es de 1,010 mm.

Principales Ecosistemas. Los ecosistemas que coexisten en el municipio son el de bosque mediano perennifolio con especies de guarambo, jonote, guanactle y sangrado, donde se desarrolla una fauna compuesta por poblaciones de conejos, armadillos mapaches, tlacuaches, tejones y coyotes.

Recursos Naturales. Cuenta con yacimientos de petróleo y gas natural además de una industria petroquímica.

Perfil sociodemográfico

Grupos Étnicos. Existen en el municipio 3,256 hablantes de lengua indígena, 1,494 hombres y 1,762 mujeres, que representa el 2.15% de la población municipal. La principal lengua indígena es el totonaca.

Evolución Demográfica. Municipio que tiene una población hasta el año de 1995 de 154,586 habitantes, este mismo año reporta 3,827 nacimientos y 909 defunciones. Se estima al 96 una población de 159,813; De acuerdo a los resultados preliminares del Censo 2000, la población en el municipio es de 152,678 habitantes, 70,740 hombres y 81,938 mujeres.

Religión. Tiene una población total de mayor de 5 años de 136,342 que se encuentra dividida entre las siguientes religiones: católica 114,045, evangélica 11,963, otras 3,482 y ninguna 180. En la Ciudad existen un total de 41 iglesias registradas, pertenecientes a las diversas religiones mencionadas.

Infraestructura social y de comunicaciones

Educación. La educación básica es impartida por 61 planteles de preescolar, 103 de primaria, 43 de secundaria. Además cuenta con 25 instituciones que brindan el bachillerato; así como con centros de enseñanza técnica y profesional medio como es: 1 CONALEP.

Salud. En este municipio la atención de servicios médicos es proporcionada por clínicas, hospitales y unidades médicas que a continuación se enlistan: 5 de la Secretaría de Salud, 1 del IMSS, 1 del ISSSTE, 1 de la Cruz Roja dos de PEMEX. Cabe señalar que en esta municipalidad se prestan los servicios de consulta externa y hospitalización general.

Abasto. El municipio satisface sus necesidades de abasto mediante 1 central, 7 mercados públicos, 5 DICONSA y un rastro.

Deporte. El fomento deportivo para su práctica y desarrollo cuenta con 46 canchas de fútbol, 79 canchas de voleibol, 127 canchas de basquetbol, 11 canchas de usos mixtos y 6 canchas de usos múltiples, 38 campos de béisbol. Tiene instalaciones de 1 alberca, 3 gimnasios, 5 parques deportivos y 3 pistas de atletismo. Este servicio es proporcionado por la Dirección General de Educación Física del Estado y el Instituto Veracruzano del Deporte.

Vivienda. Acorde a los resultados preliminares del Censo 2000, se encontraron edificadas en el municipio 38,558 viviendas, con un promedio de ocupantes por vivienda de 3.95, la mayoría son propias y de tipo fija, los materiales utilizados principalmente para su construcción son el cemento, el tabique, el ladrillo, la madera, la lámina.

Medios de Comunicación. El municipio cuenta con estaciones radiodifusoras de frecuencia, 11 de AM y 3 de FM; televisión y cable. Así mismo circula 1 medio impreso local y recibe publicaciones periodísticas Estatal y nacional. Tiene servicio telefónico por marcación automática en la cabecera, así como con telefonía celular; además 20 oficinas postales y 2 de telégrafos. Así mismo tiene servicio de terminal de autotransporte federal de pasajeros de primera y segunda clase. Presta servicio de aeropuerto, denominado "El Tajín".

Vías de Comunicación. El municipio cuenta con infraestructura de vías de comunicación conformada por 18 Km. de carretera. La carretera Federal Matamoros-Puerto Juárez, que comunica con Veracruz y Tampico a una distancia de 250 Km.

Actividad económica

Agricultura. El municipio cuenta con una superficie total de 1,248.210 hectáreas, de las que se siembran 1,064.758 hectáreas, en las 76 unidades de producción. En el municipio existen 20 unidades de producción rural con actividad forestal.

Ganadería. Se ubican 50 unidades de producción rural con actividad de cría y explotación de animales.

Industria. En el municipio se han establecido industrias entre las cuales encontramos: Fábrica de Materiales para Construcción. Elaboración de pinol, cloro y aromatizantes. Fábrica de refrescos embotellados “Embotelladora Poza Rica, S.A., Coca-Cola”. Industrialización y Comercialización de Café y Similares “Tostadores de Café el Huasteco S.A. de C.V.”. Procesamiento de alimentos. Fabricación de extractos de vainilla “Vainilla de México, S.A.”. Fábrica de bolsas de polietileno “Polietileno de Poza Rica”. Geología y Remediación Ambiental “Servicios Industriales y Protección Ambiental”. Compra, venta y fabricación de artículos de limpieza. Fabricación industrial y reparación de aparatos de aire. Planta purificadora. Purificadora de agua Ultra Pura. Elaboración y venta de procesadores de Agua. Purificadora de agua. Elaboración de paletas y helados “La Michocana”. Fábrica de paletas. Elaboración de pasteles. Industrias registradas ante la CANIRAC.

Comercio Su comercio cuenta con 3,828 establecimientos que producen 127,287.1 miles de pesos de ingreso total anualizado, se emplean 10,348 trabajadores en esta actividad, con remuneraciones totales al año de 1993, 73,010. La captación de la banca en este municipio asciende a 637,143 de la que el 38.96 por ciento se maneja en cuentas de cheques y el .0061 en cuentas de ahorro. Cuenta con 5 centros comerciales, 9 tiendas departamentales, 62 tiendas de abarrotes, 5 tiendas de autoservicio.

Servicios En el municipio se brindan servicios de 27 hoteles, 21 moteles, 52 restaurantes y bares 2 arrendadoras de vehículos, 7 agencias de viajes y 82 negociaciones de comida (café, pizzerías, antojitos, loncherías, merenderos.

Las comunidades más importantes, atendiendo a su población son: Poza Rica de Hidalgo con 153,585 habitantes; Villa de las Flores con 550 habitantes; Ejido Arroyo del Maíz con 163 habitantes; Fraccionamiento Primavera con 54 habitantes y Las Gaviotas con 40 habitantes.

Introducción

En los últimos años, el Síndrome de Guillain-Barré (SGB) ya no es considerado estrictamente sinónimo de una polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP) ampliándose el termino a un grupo heterogéneo de otras variedades que comparten ciertas características comunes como lo son, las formas axonales (neuropatía motora axonal aguda y la neuropatía sensitivo-motora axonal aguda) y el síndrome de Miller-Fisher.

En 1986, Allan Ropper denomina “variedades regionales del síndrome de Guillain-Barré”. Con los avances en el conocimiento de la fisiopatología del síndrome de Guillain-Barré, es necesario considerar otras características que sugiere que las variantes pertenecen al síndrome de Guillain-Barré como son: presencia de un cuadro infeccioso o una inmunización previa, respuesta a plasmaféresis e inmunoglobulina y la existencia de anticuerpos antigangliósidos.

Se piensa que de alguna forma los procesos de infecciones y vacunas desencadenan en nuestro organismo una reacción inmune (de defensa) frente a sustancias extrañas de virus o bacterias.

Estas sustancias extrañas o antígenos son a veces similares a elementos del propio organismo y desencadenan respuestas autoinmunes.

El síndrome de Guillain-Barré es considerada una enfermedad autoinmune en la que se desarrolla una reacción frente a elementos de la mielina (material aislante eléctrico que envuelve los nervios) y del axón (prolongación de la neurona por la que se transmiten los impulsos nerviosos).

La reacción inmunológica desencadena inflamación y destrucción de la vaina de mielina (desmielinización). La pérdida de la mielina hace que la conducción nerviosa a través del axón sea más lenta.

Además, este axón queda desprotegido y puede lesionarse, alterando aún más la conducción nerviosa.

El Síndrome de Guillain-Barré presenta por lo tanto una inflamación aguda de las raíces espinales y de los nervios motores y sensitivos y debe sospecharse su presencia cuando aparece una parálisis aguda ya sea en horas o días. La debilidad se inicia en las piernas y asciende progresivamente a las manos y brazos. Con frecuencia llegan a afectarse los músculos de la cara, y también los músculos del cuello y ojos. Incluso pueden estar involucrados los músculos respiratorios, con lo cual el paciente requerirá asistencia ventilatoria. La severidad varía desde casos leves en que el paciente es capaz de continuar caminando, hasta casos más graves en que queda tetrapléjico y con insuficiencia respiratoria.

También puede aparecer dolor lumbar que puede irradiarse a ambas piernas, así como alteraciones sensitivas a modo de hormigueos y quemazón, sobre todo en partes distales de manos y pies.

Es frecuente la presencia de alteraciones del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático) que controla las funciones viscerales, como lo es el ritmo cardiaco, la tensión arterial, el ritmo respiratorio o la sudoración.

Esta disfunción autonómica puede provocar complicaciones más o menos severas (arritmias cardiacas, hipertensión o hipotensión arterial bruscas, retención urinaria, parálisis intestinal...etc.).

Por último el Síndrome de Guillain-Barré no se manifiesta por igual en todos los pacientes.

Existen numerosas variantes clínicas, entre ellas por ejemplo formas limitadas a la musculatura ocular, que se manifiestan por visión doble, inestabilidad en la marcha y ausencia de reflejos (síndrome de Miller-Fisher) o formas motoras puras (sin los síntomas sensitivos o autonómicos).

Tomando en cuenta la desmielinización o pérdida de la mielina que envuelve y aísla los axones que forman el nervio. Esta pérdida de mielina hace que la conducción eléctrica a lo largo del nervio pierda eficacia. De esta forma, en los estudios electrofisiológicos se observa fundamentalmente un descenso de la velocidad de conducción de los nervios, así como bloqueos en la transmisión del estímulo.

Con los tratamientos específicos para el Síndrome de Guillain-Barré se trata básicamente de bloquear el efecto de anticuerpos contra la mielina y el nervio, esto debe de ser en las primeras dos semanas de inicio del cuadro y en pacientes con una debilidad moderada-severa.

Es importante la rehabilitación precoz del paciente; al principio con ejercicios pasivos y posteriormente con ejercicios de movilidad voluntaria frente a resistencias pequeñas.

Un 30 % de los pacientes sufren una debilidad residual después de varios años de la enfermedad.

También pueden tener sensaciones de cosquilleo muchos años después del ataque inicial. Los pacientes que desarrollan el Síndrome de Guillain-Barré afrontan no solo dificultades físicas sino también periodos dolorosos emocionalmente. A menudo es sumamente difícil para ellos ajustarse a una parálisis repentina y a la dependencia de otros para ayuda en las actividades diarias rutinarias. Recomendando ayuda psicológica.

Contexto teórico conceptual

EL Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad que afecta las raíces nerviosas y los nervios periféricos de una manera difusa.

Ocurre a cualquier edad y se ha dicho que es posterior a una infección viral aguda y ocasionalmente después de alguna inmunización, puede tener una evolución rápida y fatal^{195,196}. Se le conoce también como: polineuropatía aguda, polirradiculitis, polineuropatía idiopática infecciosa o aguda (PIA), parálisis ascendente de Landry, polirradiculo neuropatía aguda desmielinizante segmentaria o meningoradiculitis.

Ha sido reconocida por siglos, y una descripción aceptada fue por Osleren en 1882. En 1916 Guillain, Barré y Strohl publicaron en París los elementos clínicos y hallazgos del líquido cefalorraquídeo tal y como se conocen actualmente. En 1949 Haymaker y Kernohen estudiaron material anatómico de soldados en la Segunda Guerra Mundial y lo consideraron como una desmielinización. En 1969 Asbury y otros reportaron los signos clínicos y los resultados de autopsias de 19 pacientes fallecidos del síndrome, que fueron estudiados en vida y a los cuales se les realizó una extensa disección nerviosa y ya para 1978 propusieron criterios diagnósticos aceptados actualmente¹⁹⁷.

En la década de los 80 los trabajos de Osteman¹⁹⁸ demostraron los efectos de la plasmaféresis, que constituyeron con el uso de las inmunoglobulinas los dos grandes avances en el tratamiento de la enfermedad.

Patogenia

En el 60% de los pacientes con SGB hay el antecedente de una infección respiratoria o gastrointestinal, bacteriana o viral. Jacobs¹⁹⁹ estudió los antecedentes infecciosos en este síndrome y encontró mayor frecuencia de infección por *Campylobacter jejuni*, Cytomegalovirus, Epstein Barr virus, *Mycoplasma pneumoniae*, Hepatitis virus, Herpes simple y Mononucleosis infecciosa.

El SGB también se ha asociado con vacunación (influenza, antirrábica, etc.) enfermedades sistémicas (Hodgkin, Lupus eritematoso, Sarcoidosis) y cirugías²⁰⁰.

El *Campylobacter jejuni*, es causa de gastroenteritis bacteriana y es el antecedente patógeno más frecuente²⁰¹. Rees²⁰² hizo un estudio con 103 pacientes y encontró que el 26% habían tenido infección por *Campylobacter jejuni* y el 70% reportó una enfermedad diarreica hasta 12 semanas antes del inicio de los síntomas neurológicos.

No se conoce con exactitud la patogénia del síndrome, se piensa que este organismo infeccioso provoca una repuesta inmunológica de origen humoral como celular, y debido a la forma semejante de sus antígenos con los del tejido neuronal a nivel molecular llega a producir una reacción cruzada con un componente glangliósido en la superficie de los nervios periféricos.

¹⁹⁵ Valls JS, Casademon JP, Berciano BD. Enfermedades de los nervios periféricos. En: Farreras VP, Rozman CR, eds. Medicina Interna. 14 ed. Vol. II. Madrid: Ed. Harcourt SA; 2000:1753-70.

¹⁹⁶ Blesk TP. Transtornos neuromusculares en terapia intensiva. En: Ayres SM, Holbrook PR, Shoemaker WC, eds. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 3ed. Madrid: Ed. Met. Panamericana SA; 1996:1583-8.

¹⁹⁷ Asbury AK, Arnason BG, Karp KR, McFarland DE. Criteria for diagnosis of Guillain Barré syndrome. Ann. Neurol 1978;28(3):565-6.

¹⁹⁸ Osteman PO, Lundermo GO. Beneficial effects of plasma exchange in acute inflammatory polyradiculoneuropathy. Lancet 1984;2:1296-9

¹⁹⁹ Jacobs BC, Rothbar PH, Van der Meché FG. The spectrum of antecedent infections in Guillain Barré Syndrome: a case – control study. Neurology 1998;51(4):1110-6.

²⁰⁰ Saper CB. Transtornos autónomos y su tratamiento. En: Claude JB, Plum FD, eds. Tratado Medicina Interna de Cecil. 20 ed. Madrid: Ed. Med. panamericana SA; 1996:2317-25.

²⁰¹ Hahn AF. The Guillain Barré Syndrome. Lancet 1998 ;352(4) :365-71.

²⁰² Rees JH, Soudain SE, Gregson NA. *Campylobacter jejuni* in infection and Guillain Barré Syndrome. N Engl J Med 1995 ;333(5) :1374-80.

La reacción inmune contra el antígeno en la membrana de la célula de Schwann o mielina, resulta en la neuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (85% de los casos) o bien si reacciona contra los antígenos en la membrana del axón, en la forma axonal aguda (15% restante).

Aspinal²⁰³ y Jacobs²⁰⁴, fueron los que demostraron títulos elevados de anticuerpos antigangliósidos (GM1b y GQ1b), se encuentran presentes en los nervios periféricos y craneales de pacientes con Síndrome de Guillain Barré asociados a *Campylobacter jejuni* y en el síndrome de Fisher (forma clínica del SGB).

Cuadro clínico

Principalmente hay algunos síntomas iniciales, como sensación de “adormecimiento” y “alfilerazos” en dedos de los pies y manos, dolor en la región lumbar baja o piernas, debilidad muscular que inicia en miembros inferiores y afecta después otras regiones. La debilidad es progresiva y afecta sucesivamente piernas, brazos, músculos respiratorios y pares craneales, conformando el cuadro clínico de una parálisis ascendente de Landry. En algunos casos se presenta una alteración del sistema nervioso central con mareos, cambios mentales y defectos visuales.

La afectación de pares craneales ocurre en el 25% de los casos, encontrándose una paresia facial bilateral que es la más característica, hay debilidad en los músculos de la deglución, fonación y masticación. Los signos de disfunción autonómica en el 30 al 50% son:

- Arritmias (bradicardia, taquicardia paroxística y asistolia)
- Hipotensión ortostática
- Hipertensión arterial transitoria o permanente
- Ileo paralítico y disfunción vesical
- Irregularidades en la sudoración

Las manifestaciones clínicas del aparato respiratorio son²⁰⁵:

- Taquipnea mayor de 35 por minuto
- Movimiento paradójico abdominal (movimiento hacia adentro durante la inspiración)
- Alternancia respiratoria (cambios entre los movimientos abdominales de la caja torácica durante la inspiración).

Análisis diagnósticos

Los estudios de laboratorio son de poca ayuda en el inicio de la enfermedad. Ya después de la primera semana de aparición de síntomas, el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) detecta elevación de proteínas (mayor de 50mg/dl) máxima entre la segunda y cuarta semana, con escasas células (menor de 10 células mononucleares/dl) que forma la “disociación albuminocitológica”.

Algunos pacientes reportan anticuerpos antigangliósidos (especialmente GM1 y GM1b) . Ropper²⁰⁶ encontró que los estudios electrofisiológicos son los más sensibles y específicos para el diagnóstico:

- Velocidad de conducción nerviosa lenta.
- Bloqueo parcial de la conducción motora.
- Dispersión temporal anormal.
- Latencias distales prolongadas.

Asbury²⁰⁷ señala los siguientes criterios diagnósticos:

²⁰³ Aspinal GO, Fujimoto SO, Mc Donald AG. Lipopolisaccharides from *Campylobacter jejuni* associate with Guillain Barré syndrome patients mimic human gangliosides in structure. *Infect Immun* 1994;62(6):2122-9.

²⁰⁴ Jacobs BC, Hasenberg MP, Van Door PA. Cross reactive antibodies against gangliosides and *Campylobacter jejuni* lipopolysaccharides in patients with Guillain Barré or Miller Fisher syndrome. *J Infect Dis* 1997 175 (7):729-35.

²⁰⁵ Cohn CA, Zigelbaum GC. Clinical manifestation of inspiratory muscle fatigue. *Am J Med* 1983;73(6):308-15

²⁰⁶ Ropper AH, Wijdicks EF, Shami BT. Electrodiagnostic abnormalities in 113 patients with Guillain Barré syndrome. *Arch Neurol* 1990;47 (5):881-9.

1.- Hallazgos necesarios:

- Debilidad progresiva en varias extremidades.
- Arreflexia.

2.- Hallazgos fuertes en orden de importancia:

- Progresión de días a cuatro semanas.
- Relativa simetría.
- Alteraciones sensoriales leves.
- Compromiso de pares craneales incluyendo el facial.
- Recuperación de dos a cuatro semanas después de detenerse la progresión.
- Disfunción autonómica.
- Ausencia de fiebre al instalarse el síndrome.
- Estudio de líquido cefalorraquídeo: proteínas elevadas después de una semana. Menos de 10 linfocitos mm^3 .
- Pruebas electrofisiológicas: conducción nerviosa lenta, latencias distales prolongadas y respuestas tardías anormales.

3.- Hallazgos para un diagnóstico dudoso:

- Existencia de un nivel sensorial.
- Marcada asimetría de síntomas y signos.
- Disfunción severa y persistente de vejiga e intestino.
- Más de 50 células/ mm^3 en LCR.

4.- Hallazgos que excluyen el diagnóstico:

- Diagnóstico de botulismo, miastenia, poliomielitis o neuropatía tóxica.
- Metabolismo alterado de las porfirinas.
- Difteria reciente.
- Síndrome sensorial puro sin fatiga.

Evolucion y pronóstico

El desarrollo de ésta enfermedad se fundamenta en tres etapas: de progresión, estabilización y regresión.

El 80% de los pacientes se puede recuperar por completo. Entre el 10 y 15% quedan con secuelas permanentes, el resto fallece a pesar de los cuidados intensivos que se tengan.

Dentro de las causas de los fallecimientos se encuentran, el distrés respiratorio agudo, neumonía y el tromboembolismo pulmonar.

Existen factores con mal pronóstico que son: edad mayor de 60 años, progresión rápida de la enfermedad, extensión y severidad del daño axonal, enfermedad cardiorespiratoria preexistente y el tratamiento tardío.

Tratamiento

Los pacientes con diagnóstico presuntivo de SGB deben de estar en la sala de cuidados intensivos. Llevándose a cabo tres manejos importantes:

Manejo de la función respiratoria²⁰⁸ que consiste en la permeabilidad de vías aéreas, la capacidad para toser y expectorar, habilidad para deglutir, observación de signos y síntomas de una hipoxemia y/o hipercapnia²⁰⁹.

²⁰⁷ Asbury AK, Cornblath DR. Assessment of current diagnostic criteria for Guillain Barré syndrome. *Ann Neurology* 1990;27 (suppl):S21-9.

²⁰⁸ Hund EF, Borel CO, Cornblath DR. Intensive management and treatment of severe Guillain Barré syndrome. *Care Med* 1993;21(2):433-42.

²⁰⁹ Lawn ND, Wijidics EF. Fatal Guillain Barré syndrome. *Neurology* 1999;52(4):635-42.

Es importante señalar que hay que colocar una vía aérea artificial temprana, antes que disminuya la fuerza ventilatoria o se produzca fatiga por tos improductiva.

El manejo cardiovascular que se lleva a cabo por monitoreo de la tensión arterial, nivel de hidratación y del ritmo cardiaco. La disfunción autonómica es causa de mortalidad pues la arritmia súbita es causa de muerte. También es necesario la vigilancia de drogas vasoactivas y sedantes pues se puede tener una fuerte respuesta hipotensiva.

En la terapia inmunomoduladora, las principales medidas terapéuticas son la plasmaféresis y la administración intravenosa de inmunoglobulinas²¹⁰.

La plasmaféresis es el intercambio de plasma por albúmina o plasma fresco congelado, la extracción es de 50ml / kg en días alternos hasta completar cinco sesiones. Reporta una buena efectividad en varios estudios^{211,212}.

Recomendando su uso precoz en las dos primeras semanas, durante la fase de progresión de SGB severo y en las recaídas, haciendo énfasis en que acorta el tiempo de ventilación mecánica y la evolución de la enfermedad.

El uso de las inmunoglobulinas demostró su efectividad. Aconsejando al menos 5 dosis de 400 mg/kg/d en las dos primeras semanas. Recomendando su uso precoz en las dos primeras semana. Las recaídas con las inmunoglobulinas son más frecuentes que con la plasmaféresis²¹³, pero sigue siendo efectiva, tiene menor costo y riesgo para el paciente, recomendando que la elección de uno u otro es por la disponibilidad del recurso y la experiencia. En donde no se reportan mayores beneficios es en el uso de esteroides, ya sea por vía parenteral como untratecal. Hughes²¹⁴ nos hace saber que los esteroides en el SGB producen más daño que beneficio. Creange^{215,21} reportó el efecto-beneficio del interferón B en casos esporádicos, pero habría que hacer más ensayos de control para poder determinar su efectividad y seguridad.

Consideraciones finales

Hay que tomar en cuenta medidas de soporte que son esenciales, para evitar complicaciones en el cuidado del paciente:

- a) Uso de heparina evitando el tromboembolismo pulmonar.
- b) Aporte nutricional para la competencia inmunológica y la separación de la ventilación mecánica.
- c) Fisioterapia respiratoria evitando con esto las atelectasias y las neumonías.
- d) Fisioterapia general para evitar contracturas.
- e) Apoyo psicológico al paciente.

Metodología

Se empieza por determinar uno de los problemas de salud más importantes y con mayor número de casos atendidos en la población de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz.

Las acciones operativas fueron: la observación, la entrevista y sobretodo la existencia de los Pares Biomagnéticos que detectaron y determinaron la presencia del Síndrome de Guillain Barré en numerosas personas que se sometieron a la Técnica de Biomagnetismo y Bioenergética.

²¹⁰ Ropper AH, Kehne SM. Guillain Barré syndrome: management of respiratory failure. *Neurology* 1985;35(3):1662-9.

²¹¹ Guillain Barré syndrome Study Group. Plasma pheresis and acute Guillain Barré syndrome. *Neurology* 1984;35(3):1096-1103.

²¹² French Cooperative Group on Plasma Exchange in Guillain Barré syndrome. Efficiency of plasma exchange in Guillain Barré syndrome. Role of replacement fluids. *Ann Neurology* 1987;22(2):753-6.

²¹³ Bril VE, Pearce RC. Pilot trial of immunologic vesus plasma exchange in patiens with Guillain Barré syndrome. *Neurology* 1996;46(3):100-3.

²¹⁴ Hughes RA. Ineffectiveness of high doce intravenous methylprednisolone in Guillain Barré syndrome *Lancet* 1991;338(6):1142-9.

²¹⁵ Creange AS, Lerat HC. Treatment of Guillain Barré syndrome with interferon B. *Lancet* 1998; 352(4):1208-14.

El proyecto y plan de trabajo se llevó a cabo tomando en cuenta lo anterior. La solución que se hizo a favor de las personas que estuvieron en contacto directo con este noble y acertado sistema para restablecer la salud perdida fue positiva, al ser objetiva para algunos de los pacientes la desaparición de muchos de los signos y síntomas que presentaban con anterioridad a la terapia.

Pocas fueron las personas que no lograron la recuperación de su salud, llegando incluso a fallecer por un paro cardiorespiratorio, confirmando con esto los factores con mal pronóstico, como fueron la edad (> de 60 años), un desarrollo rápido de la enfermedad y la extensión y severidad del daño causado.

La sensibilización de la población se inició a partir de la concientización del problema real de salud y las acciones realizadas para una mejor solución.

El trabajo se llevó a cabo en el domicilio particular y al entrevistarse con cada una de las personas afectadas en su medio ambiente constituyó una gran oportunidad, porque de esta manera se logró una mejor comunicación, aceptación y aplicación de la Terapia del Par Biomagnético.

Evitando hasta donde fue posible, complicaciones y cronicidad del Síndrome de Guillain Barré, así como el ausentismo al trabajo y la extensión de la enfermedad en la población antes mencionada, al tratarse de una enfermedad infecto-contagiosa.

La evaluación permite conocer el grado de importancia y riesgo al poder detectar con anticipación a las manifestaciones clínicas del número elevado de personas afectadas con este síndrome y por medio de los pares biomagnéticos correspondientes.

Desarrollo del trabajo

Desde tiempo pasado, la medicina ha estado dedicando sus esfuerzos para luchar contra la enfermedad y proponer un tratamiento adecuado.

Esto ha sido el motivo para que el desarrollo de la misma siga avanzando en forma contundente, como ya lo hemos visto dentro del campo del Biomagnetismo y Bioenergética pues de una forma afirmativa y positiva se llega a la curación de las enfermedades encontrando su etiología y provocando con esto el descenso de las tasas de morbilidad y mortalidad, como es en este caso, una de las enfermedades infecto-contagiosas que se dice es una rareza encontrarla; pero en ésta población de Veracruz se ha visto un alto índice de personas que sufren por la presencia y consecuencia de pares biomagnéticos asociados de virus, conformando el cuadro del Síndrome de Guillain Barré, y observando la secuencia biológica y bioenergética de la simbiosis de microorganismos patógenos en forma muy clara y precisa.

Los pares asociados en este síndrome son:

1. Newcastle virus:
 - Bulbo raquídeo
 - Cerebelo
2. Encefalitis virus:
 - Parietal
 - Parietal
3. Específicamente el Par Biomagnético:
 - Pineal
 - Bulbo Raquídeo
4. Reservorio:
 - Plantar
 - Plantar

Pineal-Bulbo.-es una parálisis y debilidad de los miembros y de los músculos respiratorios, mareo, fatiga, muy contagioso.

Parietal-Parietal.-enfermedad del sueño o fiebre cerebral, desquicios y secreción de mucosas y lágrimas.

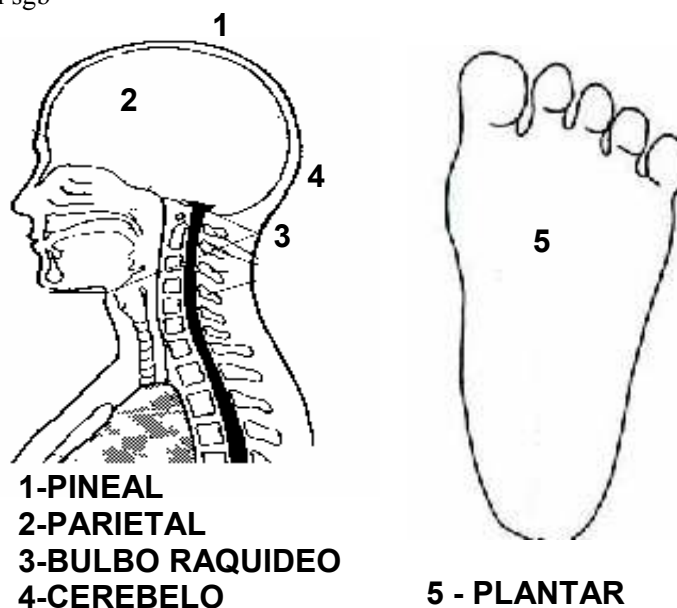
Bulbo-Cerebelo.-por comer pollo crudo o frito tipo KFC, hay mareo, marcha tonta y tambaleante, problemas de equilibrio, conducta agresiva, coordinación muscular del tórax y regulación de inspiración-espíración afectada.

Plantar-Plantar.- reservorio del Síndrome de Guillain-Barré.

Cada uno de ellos se encontraron en todos los pacientes asistidos con la terapia que presentaron el Síndrome de Guillain-Barré, y también se llegaron a detectar otros pares Biomagnéticos en base a bacterias, parásitos, hongos y disfunciones pero sin la característica como en el Síndrome de Guillain-Barré de repetirse de una forma constante en los mismos pacientes.

Como se observa hay una asociación de varios virus, por lo tanto recuerda la primera regla: “cuando se asocian dos o más virus patógenos excitados, se produce líquido anormal cualitativa y cuantitativamente en los espacios potenciales de los organismos superiores”.Recordando que hay siete espacios potenciales: piel, peritoneo, pleura, pericardio, periostio, meninges y cavidades articulares.Cuando se asocian dos virus próximos al cráneo o intracraneales, como es el caso de que se trata en este trabajo, se produce líquido en las cavidades meníngeas(edema intracraneal).En los virus patógenos su característica es que tienen: virón y cápsides. El virón es una nucleoproteína (ADN) y la cápside es mucoproteína.En el caso de virus patógenos, las cápsides o mucoproteínas permiten su movilidad a la membrana celular en donde pasa el virón y deja adherida a su membrana la cápside y así hay un desequilibrio del ph del citoplasma con salida de iones positivos y entrada de iones negativos.El diagnóstico biomagnético que se llevó a cabo es por la identificación de los pares biomagnéticos y es,por la resonancia energética del polo del imán con el del organismo.

Puntos específicos de rastreo del sgb



Análisis de resultados

La experiencia con el tratamiento Biomagnético y Bioenergético dentro de lo que es la patología del Síndrome de Guillain Barré demostró que la aplicación de imanes de más de 1000 gauss, generó algunas manifestaciones peculiares en ciertos pacientes. Algunos de ellos sintieron un hormigueo en la coronilla y una ligera sensación de cosquilleo en manos y/o pies, (Pineal-Bulbo). Otros experimentaron leves calores en diferentes partes del cuerpo, somnolencia, ligera transpiración y ciertos cambios de colores o luces con algunas tonalidades como fue el verde, azul, morado, rojo, amarillo, negro y blanco al mantener los

párpados cerrados durante el tiempo que duró la terapia. Reportaron también sentir los miembros inferiores “muy pesados” incluso se observó una hiperextensión con rigidez en los dedos de los pies, refiriendo dolor en talones y la planta de los pies con ardor, hormigueo y un poco de molestia en ambas rodillas o bien en el hueco poplíteo la sensación de una “bola”. Llamó la atención que en la mayoría de las veces, las manifestaciones fueron de “abajo hacia arriba”. Cerca de zona inguinal se presentaron “tirones” con o sin dolor, como “si esta parte del cuerpo se estuviera aflojando”. Al incorporarse los pacientes, todos refirieron la sensación de vértigo, y al aplicar el Par Biomagnético correspondiente (Bulbo-Cerebelo) desapareció por completo. Otro comentario fue en relación a las piernas, rodillas y pies; los sentían más ligeros y no había dolor y ardor en las plantas de los pies y ya no los arrastraban al caminar. En aparato digestivo, las sensaciones de que la “bola” en la orofaringe había desaparecido y la disminución de las secreciones que no dejaban pasar los alimentos. La molestia de inflamación en el hipogastrio y asimismo las náuseas disminuyeron y percibieron movimiento en intestinos. El dolor de cabeza tipo “punzada” y las náuseas no las sintieron tan fuerte. En ojos refirieron la disminución de tics o pequeños movimientos en los músculos de ojos y cara, también la secreción de lágrimas, pues llegaron a presentar algunos pacientes un aumento considerable del líquido en los ojos con un pequeño ardor (Parietal-Parietal). Todo lo anterior fue reportado por los mismos pacientes durante la sesión de trabajo. Lo que se hizo con el reservorio (Plantar-Plantar) es aplicarlo y volver a checar los pares anteriores.

Conclusiones

El Síndrome de Guillain Barré es una de las causas más importantes de parálisis aguda en nuestro medio; por su frecuencia, gravedad y sobretodo porque afecta por igual a niños, adultos, hombres y mujeres. Su diagnóstico no puede ser de ninguna manera confundido, ni complicado. Actualmente con los conocimientos del Par Biomagnético y la Bioenergética se obtiene un diagnóstico certero. Es una enfermedad rara, poco conocida por los pacientes y por lo tanto no le dan mucha importancia a los síntomas como son la debilidad y el hormigueo porque consideran que son síntomas frecuentes y suelen pasar desapercibidos pues se confunden con otras afecciones como cansancio, estrés y los trastornos del ánimo, para la mayoría de las personas tener cansancio, hormigueo y dolor (punzadas) es sumamente usual. Esto provoca que pocas veces se acuda en forma inmediata al especialista, ya que la persona que padece este mal atribuye sus síntomas a otras enfermedades y se empieza a preocupar sólo cuando la debilidad avanza; la falta de fuerza es progresiva pues les cuesta trabajo moverse, caminar, levantarse y hacer movimientos finos con las manos. En la mayoría la enfermedad es benigna y sólo una minoría queda con secuelas motoras, pues en casos severos puede generar una atrofia y afortunadamente en menos casos ya corroborados, el fallecimiento.

Relacion de pacientes atendidos durante el año 2004 en Poza Rica de Hidalgo., Veracruz.

| ENERO | | | FEBRERO | | | MARZO | | | ABRIL | | | MAYO | | | JUNIO | | | JULIO | | | AGOSTO | | | SEPTIEMBRE | | | OCTUBRE | | | NOVIEMBRE | | | DICIEMBRE | | | | | |
|-------|---|------|---------|---|----|-------|---|----|-------|---|----|------|---|----|-------|----|----|-------|----|----|--------|------|----|------------|----|----|---------|----|----|-----------|----|----|-----------|----|----|---|---|---|
| D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E | D | S | E |
| 5 | F | 69 | 3 | M | 9 | 4 | F | 54 | 2 | M | 23 | 3 | F | 33 | 3 | M | 60 | 1 | F | 44 | 2 | F | 62 | 1 | F | 60 | 1 | M | 56 | 1 | M | 36 | 1 | M | 80 | | | |
| 8 | M | 3/12 | | F | 48 | | F | 46 | | F | 51 | | F | 62 | 7 | F | 61 | 2 | F | 19 | | F | 38 | 2 | M | 49 | | F | 48 | | M | 54 | | M | 36 | | | |
| 12 | M | 21 | 4 | F | 48 | 8 | M | 37 | 5 | F | 60 | 4 | F | 42 | | F | 59 | 6 | M | 46 | | F | 28 | | M | 42 | | F | 36 | 2 | F | 69 | | F | 30 | | | |
| | F | 47 | | F | 57 | 9 | F | 28 | 7 | F | 62 | 7 | F | 60 | 9 | F | 61 | | M | 7 | 3 | M | 53 | 3 | M | 64 | | F | 64 | | F | 40 | 2 | M | 29 | | | |
| | F | 62 | 5 | M | 51 | 10 | F | 16 | 12 | F | 20 | 11 | F | 53 | 11 | M | 51 | | M | 49 | | F | 64 | | F | 43 | 3 | M | 51 | 3 | F | 33 | | M | 2 | | | |
| | F | 65 | | F | 66 | | F | 70 | | F | 36 | 13 | M | 46 | 15 | F | 42 | | F | 35 | 4 | F | 50 | | F | 51 | 4 | F | 49 | | F | 49 | | F | 67 | | | |
| | F | 19 | 6 | F | 23 | 12 | M | 26 | 14 | M | 72 | 14 | F | 22 | 17 | M | 63 | | F | 32 | | F | 38 | | F | 50 | | F | 42 | 4 | M | 36 | 3 | M | 50 | | | |
| | F | 21 | | F | 91 | | F | 74 | | F | 62 | 17 | M | 13 | 18 | M | 71 | | F | 69 | | F | 42 | | F | 36 | | F | 53 | | M | 55 | | F | 65 | | | |
| 13 | M | 20 | 9 | M | 24 | | F | 45 | 15 | F | 74 | 18 | F | 1 | 21 | F | 38 | | F | 44 | 5 | M | 67 | 6 | M | 56 | | F | 31 | 5 | F | 18 | | F | 39 | | | |
| | F | 66 | 10 | M | 40 | 15 | M | 40 | 20 | F | 24 | | F | 76 | 22 | M | 65 | 7 | M | 69 | | F | 23 | | F | 53 | | F | 76 | | F | 41 | 13 | F | 78 | | | |
| 14 | F | 27 | | F | 57 | | F | 8 | 23 | F | 61 | 19 | F | 29 | 23 | M | 81 | | F | 30 | | F | 19 | | F | 48 | 5 | M | 48 | | F | 56 | | F | 74 | | | |
| 15 | M | 51 | 11 | F | 38 | 16 | F | 20 | | F | 14 | 21 | F | 52 | 24 | F | 28 | 8 | F | 65 | | F | 63 | | F | 42 | | M | 38 | 8 | M | 1 | 14 | F | 37 | | | |
| | M | 58 | 13 | M | 56 | 18 | F | 42 | 26 | F | 16 | 25 | F | 44 | 25 | F | 14 | 12 | M | 39 | 6 | M | 38 | 7 | M | 49 | | M | 3 | | F | 50 | | F | 55 | | | |
| 16 | F | 44 | | M | 42 | 22 | M | 26 | | | | | | 28 | M | 56 | | F | 64 | 9 | M | 3/12 | | M | 8 | | M | 12 | | F | 47 | 15 | F | 37 | | | | |
| 19 | M | 23 | | F | 21 | 23 | F | 19 | | | | | | 30 | M | 60 | 14 | F | 47 | | F | 46 | 8 | M | 42 | | F | 52 | | F | 81 | | F | 42 | | | | |
| | F | 3/12 | 16 | M | 18 | 24 | F | 48 | | | | | | | | | 16 | F | 28 | | F | 40 | | M | 8 | 6 | M | 44 | | F | 4 | 16 | M | 81 | | | | |
| 20 | F | 46 | | F | 20 | 25 | M | 41 | | | | | | | | | | F | 56 | 10 | F | 21 | | F | 50 | | M | 46 | | F | 7 | | M | 55 | | | | |
| 21 | M | 34 | 17 | F | 77 | 26 | M | 13 | | | | | | | | | 20 | M | 9 | 11 | F | 63 | | F | 3 | | F | 46 | 9 | M | 69 | | F | 46 | | | | |
| | M | 53 | 18 | F | 62 | | F | 74 | | | | | | | | | | F | 48 | | F | 47 | | F | 40 | | F | 81 | | M | 80 | 17 | F | 61 | | | | |
| | F | 41 | 23 | F | 61 | 29 | F | 44 | | | | | | | | | | F | 32 | | F | 14 | | F | 37 | | F | 35 | 10 | F | 42 | | F | 57 | | | | |
| 23 | M | 59 | | F | 50 | 30 | F | 30 | | | | | | | | | | F | 27 | 12 | M | 18 | 9 | F | 29 | 7 | M | 38 | | F | 41 | | F | 56 | | | | |
| | F | 55 | 24 | M | 65 | | | | | | | | | | | | | F | 36 | | M | 12 | 10 | M | 47 | | M | 15 | | F | 54 | 20 | M | 57 | | | | |
| | F | 58 | | | | | | | | | | | | | | | | F | 37 | | F | 44 | | F | 56 | | F | 57 | | F | 46 | | F | 43 | | | | |
| | F | 35 | | | | | | | | | | | | | | | 21 | F | 78 | | F | 34 | 13 | F | 55 | 8 | F | 43 | 11 | M | 60 | | F | 51 | | | | |
| 26 | M | 66 | | | | | | | | | | | | | | | 22 | M | 50 | | F | 9/12 | | F | 45 | | F | 39 | | M | 37 | 21 | M | 52 | | | | |
| | F | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | F | 48 | | F | 49 | 14 | F | 36 | | F | 76 | | F | 20 | | F | 33 | | | | |
| 27 | F | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | F | 41 | 13 | M | 42 | 15 | M | 38 | | F | 48 | | F | 51 | | F | 53 | | | | |
| | F | 54 | | | | | | | | | | | | | | | | F | 43 | | F | 52 | | M | 9 | 11 | F | 73 | 12 | M | 62 | 22 | F | 52 | | | | |
| 29 | F | 70 | | | | | | | | | | | | | | | | F | 56 | | F | 9 | | M | 72 | | F | 29 | | F | 50 | | F | 28 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | F | 42 | 16 | M | 48 | | F | 71 | | F | 28 | | F | 16 | | F | 59 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 26 | F | 54 | | F | 41 | 16 | M | 41 | 12 | M | 72 | | F | 49 | 23 | M | 61 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | F | 32 | | F | 41 | 17 | F | 43 | | M | 46 | 15 | M | 43 | | M | 10 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | F | 36 | | F | 43 | 20 | M | 57 | | F | 29 | | M | 8 | | F | 38 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | F | 31 | 17 | F | 52 | | F | 23 | | F | 47 | | F | 6 | 24 | M | 37 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 29 | M | 51 | 18 | M | 31 | | F | 81 | | F | 44 | | F | 40 | | F | 61 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | M | 36 | | M | 64 | 21 | F | 45 | 13 | M | 62 | | F | 51 | 27 | M | 30 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | F | 53 | | F | 31 | | F | 43 | | F | 43 | 16 | M | 39 | | M | 8 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | F | 29 | 20 | F | 20 | 22 | M | 5 | | F | 75 | | M | 13 | | F | 57 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21 | F | 37 | | F | 68 | 14 | M | 17 | | M | 60 | 28 | M | 72 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23 | M | 10 | | F | 47 | | M | 22 | | F | 60 | | F | 13 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | M | 13 | | F | 31 | | F | 69 | 17 | M | 11 | | F | 81 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|----|---|----|----|---|----|----|---|----|----|---|----|
| | F | 41 | 23 | M | 55 | | F | 49 | | F | 36 | 29 | M | 22 |
| | F | 41 | 24 | M | 46 | 15 | F | 32 | | F | 42 | | M | 64 |
| | F | 8 | | F | 18 | | F | 56 | 18 | M | 8 | | F | 52 |
| 24 | M | 31 | | F | 45 | 18 | M | 36 | | M | 54 | 30 | F | 82 |
| | F | 49 | 27 | M | 51 | | F | 59 | | M | 49 | | F | 42 |
| | F | 63 | | F | 25 | | F | 38 | 19 | F | 12 | | F | 47 |
| | F | 75 | 28 | M | 49 | | F | 73 | 22 | F | 74 | 31 | M | 49 |
| 25 | M | 49 | | F | 45 | 19 | M | 76 | 23 | M | 33 | | | |
| | M | 76 | | F | 58 | | M | 10 | | F | 38 | | | |
| | F | 52 | | F | 31 | | F | 21 | | F | 60 | | | |
| | F | 47 | 29 | F | 62 | | F | 19 | 24 | F | 52 | | | |
| | F | 48 | | F | 19 | 20 | M | 1 | 25 | F | 42 | | | |
| | F | 78 | | F | 49 | | M | 12 | 26 | M | 42 | | | |
| 26 | F | 20 | 30 | F | 30 | | F | 41 | 29 | M | 49 | | | |
| | F | 29 | | | | 21 | M | 27 | | M | 55 | | | |
| | F | 2 | | | | | M | 49 | | F | 53 | | | |
| | F | 43 | | | | | F | 54 | | F | 32 | | | |
| | F | 3 | | | | | F | 49 | | F | 50 | | | |
| 30 | M | 49 | | | | 22 | M | 52 | | F | 34 | | | |
| | F | 40 | | | | | M | 36 | 30 | M | 61 | | | |
| | F | 16 | | | | | F | 57 | | M | 37 | | | |
| | F | 77 | | | | | F | 49 | | F | 35 | | | |
| | F | 43 | | | | | F | 45 | | F | 61 | | | |
| 31 | M | 76 | | | | | F | 29 | | F | 53 | | | |
| | M | 59 | | | | 23 | M | 11 | | | | | | |
| | | | | | | | M | 64 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 59 | | | | | | |
| | | | | | | 25 | M | 35 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 57 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 54 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 41 | | | | | | |
| | | | | | | 26 | M | 46 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 42 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 31 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 17 | | | | | | |
| | | | | | | 27 | M | 17 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 8 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 66 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 83 | | | | | | |
| | | | | | | 28 | F | 41 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 16 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 30 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 60 | | | | | | |
| | | | | | | | F | 36 | | | | | | |
| | | | | | | 29 | M | 72 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | | | | | | | | | | M | 45 | | |
| | | | | | | | | | | M | 2 | | |
| | | | | | | | | | | F | 41 | | |
| | | | | | | | | | | F | 8 | | |
| | | | | | | | | | | F | 70 | | |
| TOTAL | 29 | 22 | 21 | 13 | 13 | 15 | 38 | 66 | 55 | 91 | 65 | 48 | |
| D = día | | | | | | | | | | | | | |
| S = sexo | | | | | | | | | | | | | |
| E = edad | | | | | | | | | | | | | |

Número de pacientes sin presentar el Síndrome de Guillain-Barré = 378

Número de pacientes con el Síndrome de Guillain-Barré = 476

Total de pacientes atendidos 854

Recomendaciones

Con referencia a las enfermedades infecto-contagiosas, debe existir una preocupación por la prevención y el conocimiento de su etiología, la determinación de factores ambientales que favorecen la transmisión de las mismas. Así mismo poner en práctica los conocimientos de Biomagnetismo y Bioenergética adquiridos para el beneficio de toda población a nivel nacional como internacional. El apoyo profesional que se puede dar a las personas con estos problemas debe ser realizado como una buena medida para evitar que las enfermedades sigan agrediendo al hombre y aumentando día a día el número de población que las padece y de esta manera contribuir a la conservación de la salud haciendo una prevención específica y efectuando la curación de muchas enfermedades. El Par Biomagnético es el avance más reciente e importante de la medicina y en el que se basan las esperanzas de vida de muchas personas, constituyendo una actitud de mucha responsabilidad, que debe ser desarrollada ampliamente no tan solo para personas que tengan una facilidad económica sino quienes no tienen los recursos necesarios y que son los que padecen múltiples enfermedades y a las que se debe llegar oportunamente para prestar la ayuda necesaria y así de esta manera mantener y promover la salud e impedir el desequilibrio orgánico que constituye la pérdida de ésta, dando por resultado un campo magnético equilibrado en todo ser vivo. La aplicación del procedimiento del Par Biomagnético tiene una connotación diferente a lo que estamos acostumbrados a practicar en la medicina y se encuentra en relación al conocimiento que se tiene actualmente de la enfermedad y a su etiología. Se puede trabajar con eficacia en todos los grupos de edad y no hay ninguna razón para no extender su aplicación al resto de la población necesitada y lograr así la reintegración del individuo a la vida activa o bien a valerse por sí mismo después de una secuela adversa o un mal diagnóstico.

Bibliografía

- Berkow, Robert MD. *Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*. 8ª. Edic. española, 1989. Ed. Doyma:1606-7
- Goiz Durán, Isaac. Dr. 2000. *Par Biomagnético*. Ed. Medicinas Alternativas y Rehabilitación, S. A., México.
- Mellado, Patricio Dr. 2002. *Variantes Regionales del SGB*. Depto. Neurología, Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile; vol. XXVI.
- Office of Communications and Public Liaison. 2004. *Síndrome de Guillain Barré*. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. National Institutes of Health Bethesda, MD 20892.
- Puga Torres, Mario Dr.; Padrón Sánchez, Armando Dr. y Bravo Pérez, Rigoberto Mg. 2002. *Síndrome de Guillain Barré*. Rev. Cubana Med. Militar:2003;32(2):137-42. Inst. Sup. Med. Militar.