

REVISION A LA TEORIA DE LA SUPRESION DE PRAFULL VIJAYAKAR

NEIL FERNELLY BENAVIDES GARZON

CODIGO. 598285

Trabajo de grado presentado para optar al título de
Magister en Medicina Alternativa

Director

Dr. IVAN GUILLERMO TORRES RUÍZ

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA ALTERNATIVA

BOGOTA D.C,

2011

*Solamente el hombre sin prejuicios,
armado de un celo intrépido,
puede llegar a ser apto para una vocación así,
la más sagrada de entre todas,
para ejercer el verdadero Arte de Curar*

Samuel Hahnemann

INTRODUCCION

La salud del ser humano es una preocupación inherente al desarrollo de las sociedades y motivación suficiente para el avance de la ciencia. De hecho, a lo largo de la historia se han ejercido prácticas que propenden por la restauración de la salud, todas ellas con enfoques propios, emanados de principios particulares. En ese marco, la ciencia decimonónica dio un paso crucial para el resto de la historia. El pionero de dicho avance fue el químico y médico alemán Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) quien trabajó durante años en la teorización de una doctrina terapéutica, enmarcada en el arte conjetural –*ars conjeturalis*–. Producto de la actividad del doctor Hahnemann es la *corriente homeopática de la medicina*, que tiene asiento en la obra cumbre *Organón del arte de curar* (1810), resultado de rigurosas investigaciones (experimentación pura), y que se instaura como paradigma de la corriente que fundó.

Desde su planteamiento, la Homeopatía se ha cimentado en cuatro pilares básicos: la Ley de Similitud (*Similia Similibus Curentur*), la presencia de un principio vital en la constitución del humano (Fuerza Vital o *Dynamis*), la predisposición a enfermar (Estados Miasmáticos) y la formulación de dosis mínimas. Y partiendo de esos preceptos conceptuales, la investigación de la homeopatía ha seguido su firme curso, en manos de científicos como el ruso Semen Korsakov (1788-1853), quien fue amigo personal de Hahnemann y formuló el método de frasco único. Del mismo modo, podemos mencionar al doctor alemán Constantino Hering (1800-1880), conocido

como el padre de la Homeopatía norteamericana, a quien se le atribuyen leyes angulares en doctrina homeopática. En el mismo sentido, aparece el estadounidense James Tyler Kent, (1849-1916), relevante por el inmenso aporte a la homeopatía en la formulación del Repertorio, y por su significativa vigencia en la doctrina.

Ya en el siglo XX, se han vinculado a la investigación en homeopatía, grandes científicos como el indio Rajan Sankaran (1960), quien ha propuesto una amplia clasificación para los estados del remedio, en reinos, así como ha agregado nuevos miasmas a los canónicos. También se considera de gran importancia la participación científica del griego George Vithoulkas (1932), considerados entre los homeopatas más relevantes del siglo XX, quien ha aportado saberes emanados desde la práctica científica y académica.

De entre los grandes científicos y médicos homeopatas de la historia reciente, está el médico de Mumbai (India) Prafull Vijayakar (1952), quien ha desarrollado investigaciones, partiendo de la Homeopatía clásica, sobre temas que tienden a la interdisciplinariedad y la modernización de la doctrina homeopática. Es así como Vijayakar plantea el concepto de *Homeopatía predictiva*, sustentado por principios que relacionan los estadios de la enfermedad con el tránsito 'físico' del miasma en el organismo, entendiendo el proceso de seguimiento como crucial para la curación o el agravamiento; todo ello relacionando al paciente con siete capas de acuerdo a su desarrollo embrionario y con miras a formular la *Teoría de la supresión*, como herramienta conceptual para depurar las prácticas curativas y ponerlas en alerta frente a la 'falsa curación'.

1. Contextualización conceptual: De Hahnemann a Vijayakar

La teorización contemporánea que propone el doctor Prafull Vijayakar parte de una asunción conceptual de la doctrina clásica homeopática que fundó Samuel Hahnemann y que han enriquecido ya mencionados científicos. De ese modo, es pertinente re-

observar los conceptos formulados por el fundador de la homeopatía, a la luz de los planteamientos de Vijayakar.

En ese orden, se puede partir de las nociones primigenias de la doctrina homeopática clásica, la cual puede pensarse en función del equilibrio de la *Dynamis*, estado referido a la salud física e inmaterial del ser. Respecto a ello, Samuel Hahnemann plantea en el *Organón del arte de curar*, párrafo 9 (Hahnemann, 2002), que la soberanía de la energía vital sobre el cuerpo, constituye el estado de salud; de ese modo, queda implícita una referencia a la composición trascendental del ser humano, más allá de la pura corporeidad. Acorde a lo anterior, puede integrarse la propuesta de Hahnemann en un mismo plano, de lo cual resulta:

En consonancia, Vijayakar asume la preponderancia de la energía vital en referen-

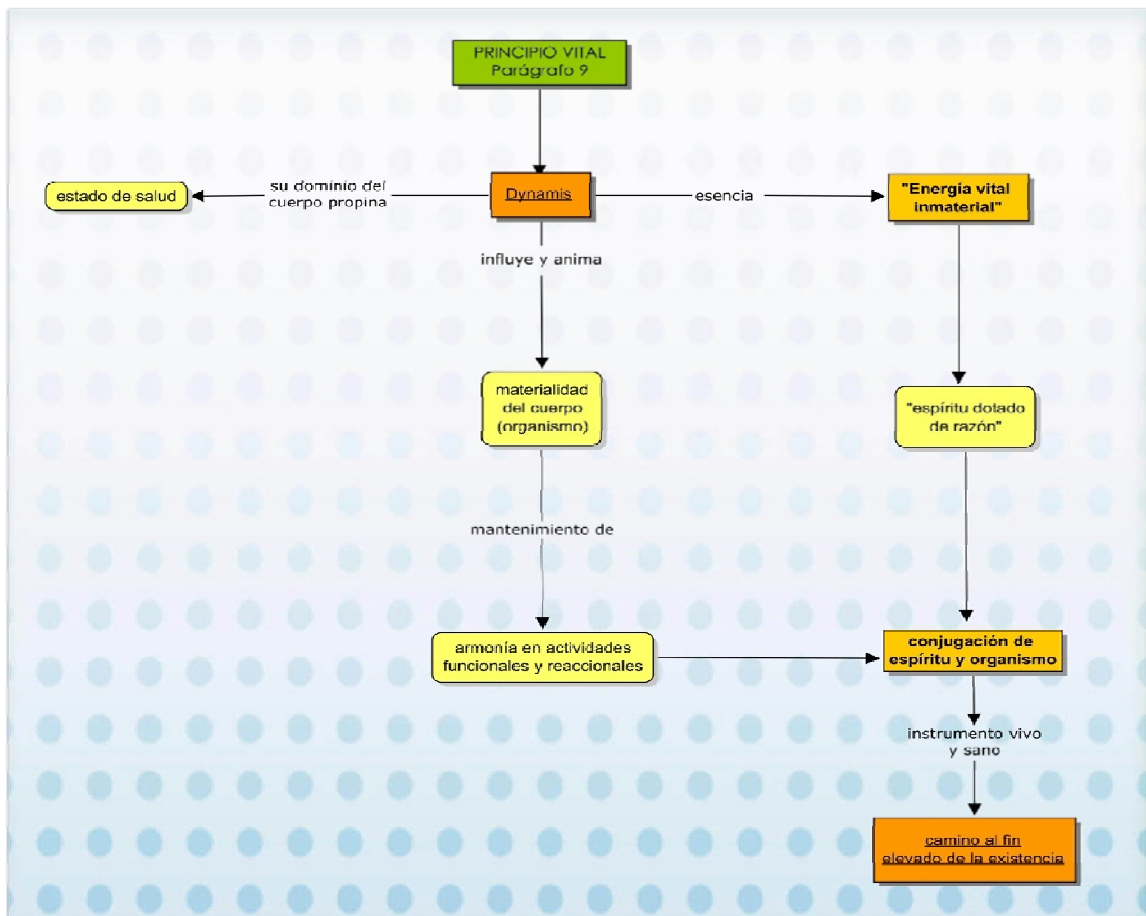
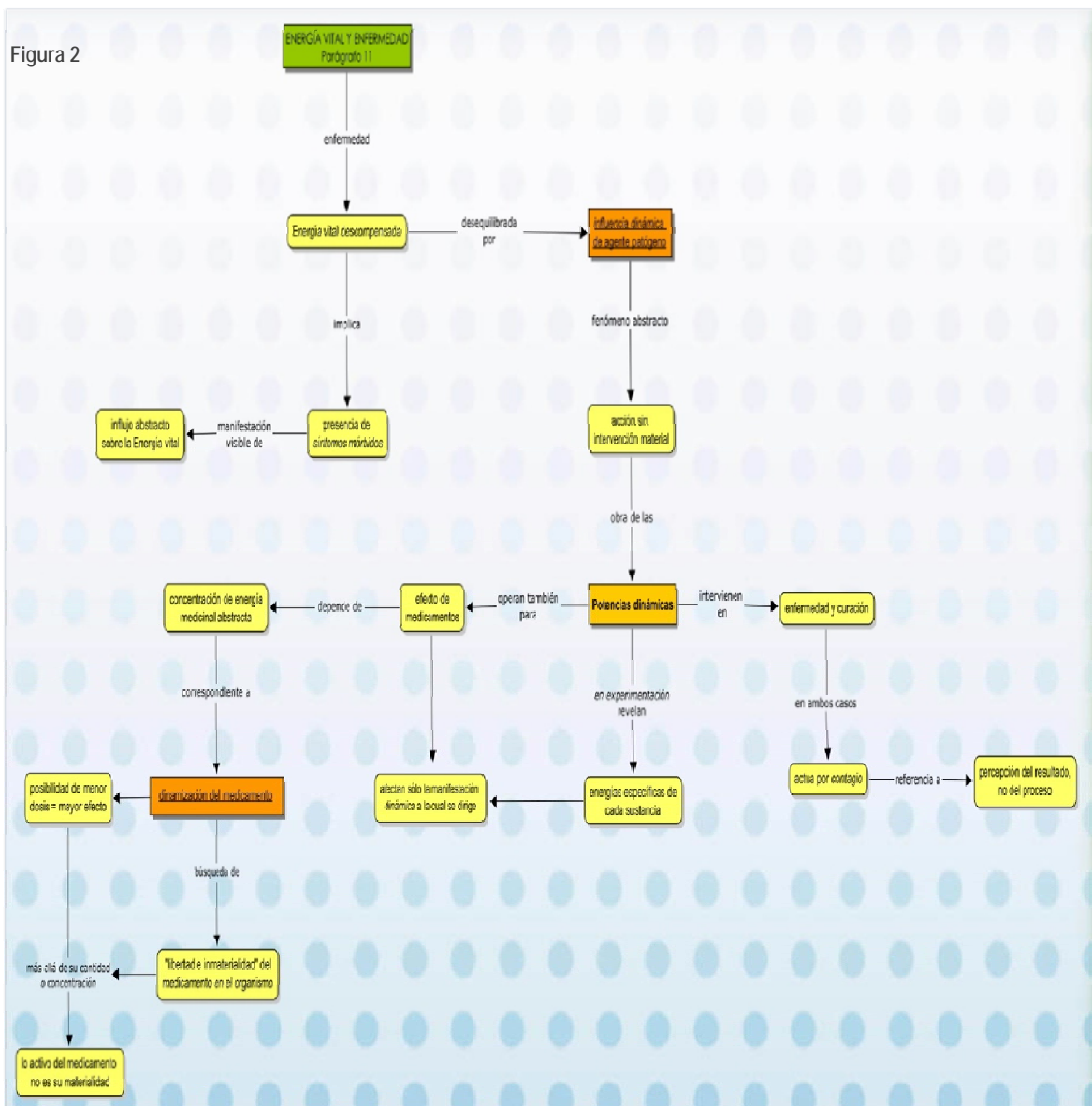


Figura 1

cia a las relaciones *ser-bienestar* y *enfermedad-curación*. De hecho, recalca que frecuentemente, la *fuerza* –magnitud de la energía– es indicador del restablecimiento físico, teniendo en cuenta que este debe ser coherente con la intensidad de la fuerza; es decir, que si un paciente se le restituye la salud, la fuerza –energía vital– también lo haá. En definitiva, la salud se define en función de la energía vital, y es ella, según Vijayakar, quien ejerce la curación, estimulada por una medicina.

Progresivamente, en contraste con la salud, está presente el estado de desequilibrio de la energía vital: la enfermedad. De esta, Hahnemann aborda en los párrafos 11 y 12, la enfermedad en los siguientes términos:



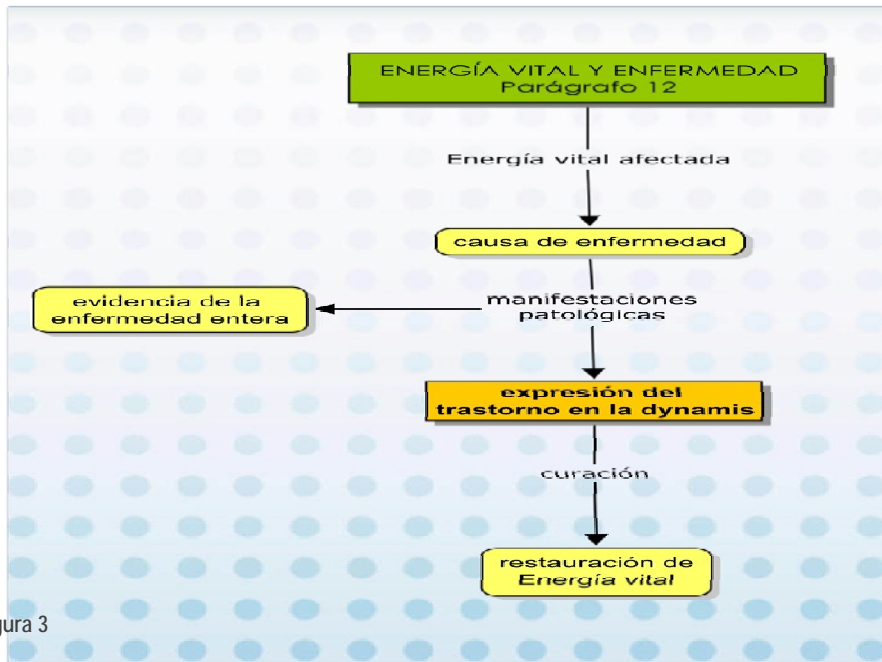
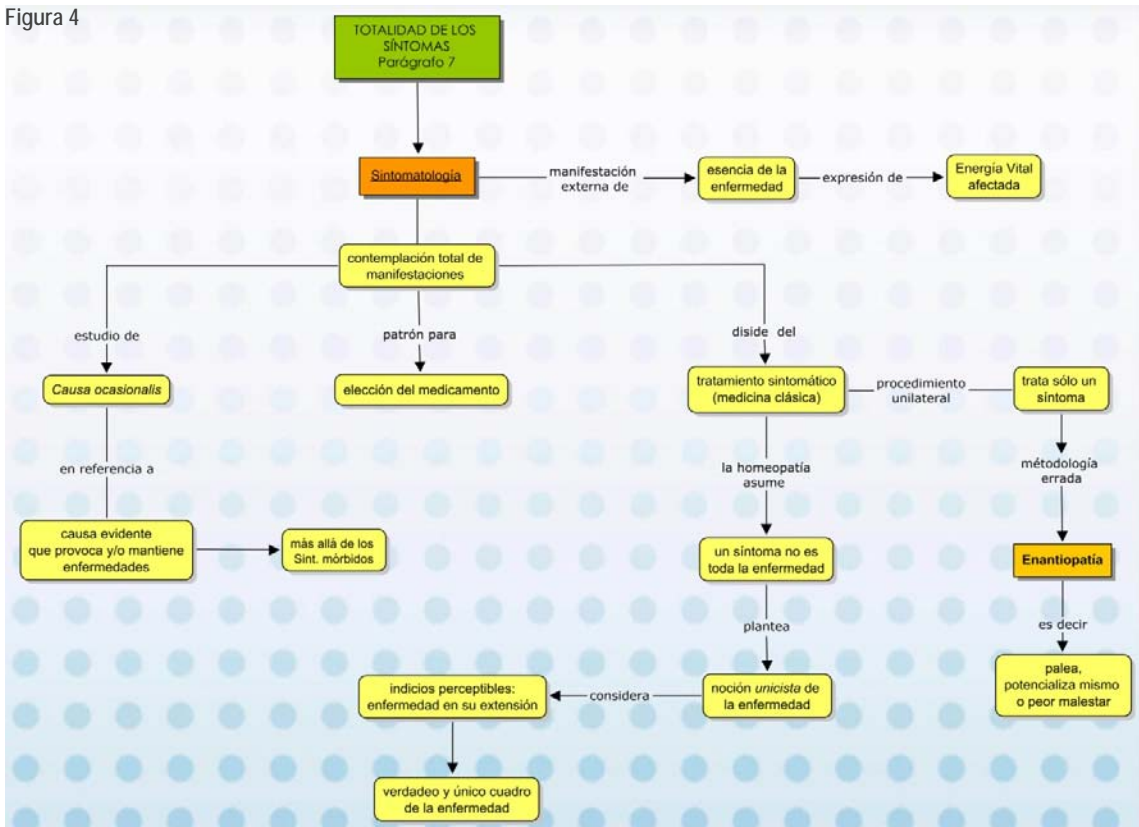


Figura 3

Así, por antagonismo a la definición de energía vital, se puede llegar a la enunciación de la enfermedad. Claro está, teniendo en cuenta la manifestación física del desequilibrio: el síntoma.

Figura 4



Para el doctor Prafull Vijayakar, los síntomas revisten verdadera importancia para el seguimiento de la enfermedad, relacionándolos con el desarrollo embrionario. Asimismo, mantiene la base de considerar dos tipos de síntomas: generales y mentales; cada uno de ellos significativo en la determinación de la enfermedad como un todo constituido por lo físico y lo abstracto —esto último concretado en la interrogación al paciente—. En consecuencia, atina a comentar que “los homeópatas que prescriben más por síntomas mentales son culpables de más supresiones peligrosas que por sus prescripciones por síntomas ‘físicos’ o ‘particulares’” (Vijayakar, *Supresión*, P. 10).

Determinando ya los estados de salud —dominio de la fuerza vital— y la enfermedad, determinada por los síntomas, la progresión conduce al abordaje de la curación y la supresión. Grosso modos, podemos decir que en ambos casos la restitución del paciente es el indicador determinante; claro está, con la distinción que se debe procurar. Para tales efectos, Vijayakar sienta como paradigma el hecho de fortalecer al paciente y debilitar la enfermedad. Así, para el caso de la *curación*, la situación se rige por el mencionado paradigma. En el caso de la *supresión*, se da una debilitación en doble vía: del paciente y un fortalecimiento de la enfermedad.

Es preciso destacar que el doctor Prafull Vijayakar acentúa un llamado de atención dirigido a la determinación de la delicadeza de cada situación: “Cuántos somos conscientes del hecho de que, día tras día, a los que clamamos como *curados* pueden no ser curaciones verdaderas y sí *peligrosas supresiones*” (resaltado del autor. Vijayakar, *Supresión*. P. 3).

2. Hacia la curación

La curación del paciente, teniendo en cuenta que debe ser la cumbre de la labor del homeópata, está determinada por la evolución de la enfermedad y la manifestación de los síntomas. Para tales efectos, el doctor Prafull, entendiendo que las enfermedades fluctúan en el organismo en el desarrollo de la enfermedad, refiere una curación determinada por una rigurosa *dirección de la curación*, la cual marca pauta para determinar mejoras en la evolución del caso. Así, se plantea el término de *transferen-*

cia de la enfermedad. Este fenómeno puede ser de dos tipos; el primero se refiere a la reaparición del síntoma en otro órgano o sistema de mayor importancia al actual. Se asume como “la evolución de la enfermedad o supresión. Esto podría ocurrir en su curso natural o cuando es tratada de manera impropia” (Vijayakar, *Supresión*. P. 13). El segundo caso de transferencia de la enfermedad se da cuando el síntoma pasa a un órgano o sistema de menor relevancia que el actual. En ese caso, se podría decir que hay una *regresión* de la enfermedad o curación.

Así pues, es de gran importancia, en términos de transferencia, tener claros cuáles son los órganos más importantes y cuáles son los menos importantes. Al respecto, es preciso mencionar que, respecto a los planteamientos teóricos, el doctor Vijayakar se acoge a Ley de la curación de Constantine Hering (1800-1880), la cual alude a la desaparición de los síntomas en virtud de un orden establecido. Dicho orden da a entender que, para la curación, los síntomas deben desaparecer del cuerpo:

- a) De arriba hacia abajo
- b) De adentro hacia afuera
- c) Del centro a la periferia
- d) De los órganos más importantes a los menos importantes
- e) En orden inverso a la aparición de los síntomas

Esta Ley de la curación es perfectamente complementaria del principio universal formulado por S. Hahnemann: *Similia similibus curantur*; ambos pilares cimentan un derrotero primordial en el tratamiento del paciente.

3. De la supresión

En contraparte de la curación, está la supresión, un resultado incompleto de la terapéutica homeopática; sobre ella existe gran polémica acerca de si la homeopatía puede ocasionar supresión a través del medicamento homeopático, pero varias escuelas piensan que no es posible la supresión en homeopatía.

Teniendo en cuenta lo anterior, y conectando con la definición de la Real Academia Española, el término *suprimir* hace referencia a el efecto de hacer desaparecer algo; al acogerse a esta sola referencia, es muy sencillo concluir que toda terapéutica, en principio, está encaminada a desaparecer los síntomas del paciente; entonces la discusión en lo fundamental se debe centrar no en si la homeopatía es capaz de suprimir o no, sino en poder determinar si la desaparición del síntoma obedece a un proceso de *curación* o a un proceso de *agravación* del paciente; ese cuestionamiento es válido no solo para la homeopatía, sino también para las otras terapéuticas que conforman el difícil *arte* de curar.

Sin embargo cuando se revisa la doctrina homeopática se encuentra abundante información de varios autores, que presentan lo que podría ser, en primera instancia, argumentos válidos a favor de la supresión homeopática. Al respecto podemos abordar el caso del pionero de la homeopatía Samuel Hahnemann, quien en su libro *El Órganon del arte de curar* habla sobre la necesidad de corregir una mala prescripción medicamentosa; adicionalmente, escribe sobre lo inconveniente que es suprimir un síntoma local, dado que puede originar una reacción de la fuerza vital, capaz de producir otro síntoma más peligroso y de mayor intensidad en una parte de la economía que le pueda afectar de manera más importante, más fuerte. (Hahnemann, *Organón*. Párr. 187, 189, 190, 191).

De igual forma, lo anota Hahnemann en el tratado de las *Enfermedades crónicas*, donde manifiesta que los miasmas, después de suprimirle sus manifestaciones locales, muestran otros síntomas secundarios pero esta vez manifestados en órganos más profundos y de mayor importancia.

Esta desaparición “patológica” del síntoma a través del medicamento homeopático mal prescrito tiene como característica que no se acompaña de verdadera mejoría del paciente, si no que por el contrario va seguida de una sintomatología de mayor gravedad.

Respecto a lo anterior, el doctor Vijayakar, plantea una serie de razones por las cuales, posiblemente en la terapéutica homeopática, se presenten las supresiones. Dichas *razones para la supresión* son:

- a. La falta de conocimiento acerca de la real fuerza medicamentosa que, en una mala prescripción puede ocasionar la supresión de los síntomas sin la mejoría verdadera del paciente. Se asume como una apariencia de saneamiento.
- b. La omisión de los preceptos formulados en la Ley de la curación, o Ley de Hering.
- c. Complicación al momento de la selección de la sustancia medicamentosa, que no permita elegir el medicamento correctamente de acuerdo a la imagen del constitucional *Simillimum*.
- d. La carencia en parámetros respecto al seguimiento de la Ley de la curación, y en cuanto a la importancia de los órganos y la dirección que toman los síntomas en el organismo.

4. Fundamentos interdisciplinarios de la Teoría de la supresión

Respecto al concepto de *supresión*, es preciso decir que Prafull Vijayakar ha planteado una teoría cimentada en el estudio interdisciplinar de lo que él denomina *ciencias humanas*. Dicho estudio plantea la conjugación que se puede dar entre ciencias que estudian al ser humano desde ópticas particulares. Asimismo, el doctor Prafull complementa al decir:

“Si el homeópata trata al hombre como un todo, es imperativo que entienda el mecanismo interno del hombre. Debe saber de qué está formado un hombre. Debe saber cómo funcionan los sistemas del cuerpo y cómo cae enfermo. Si sabe todo esto, sabrá cómo y qué corregir en él, es decir, cómo curarlo” (Vijayakar, *Supresión*, P. 17).

En consecuencia, es propio mencionar que la *Teoría de la supresión* del doctor Prafull Vijayakar se sustenta en las ciencias básicas de inmunología, bioquímica, genética, embriología, neuro-endocrinología, etc. De lo anterior puede inferirse claramente que los fundamentos de la Teoría de la supresión se encuentran anclados en las ciencias básicas de la alopática, brindando un campo importante de certeza que busca un equilibrio entre la imagen del medicamento y la imagen constitucional del paciente a través del cual se logra la curación.

4.1 Cimientos teóricos: la embriología

El doctor Prafull Vijayakar ha encontrado la posibilidad de poner en el camino del estudio homeopático, otras áreas del conocimiento que lo complementen. Es así como se aborda la fisiología y la genética, entre otras, como disciplinas al servicio del estudio patológico de las enfermedades, asumiendo los conceptos propuestos por la terapéutica homeopática. Pero la disciplina que fundamenta totalmente la teorización de la supresión en Vijayakar es la embriología.

Por lo anterior, es preciso hacer una observación muy concisa sobre los apartes que más interesan en el caso de la presente revisión.

4.1.a) La embriología es la ciencia que estudia todos los fenómenos que ocurren al ser humano desde el estadio celular hasta el recién nacido; gracias a los últimos enfoques de marcaciones celulares con la ayuda de la biología molecular, se ha podido determinar el destino celular y el papel de los genes en esta migración y su interacción con los factores ambientales. (*Grafica 1*)

4.1.b) En primera instancia cabe recordar que la división celular de las células germinales se lleva a cabo a través de un proceso de meiosis la cual produce dos divisiones celulares sucesivas que reducen los cromosomas a un número haploide de 23 en cada gameto. (*Grafica 2*)

Después de la fecundación se produce la segmentación del cigoto hasta llegar al estado de mórula, posteriormente cuando esta ingresa a la cavidad uterina, se genera una cavidad única denominada *blastocela*; esta cavidad contiene, en un polo, una formación celular interna denominada *embrioblasto* y una masa celular externa denominada *trofoblasto*; por acción directa de la L-selectina de las células del trofoblasto, y los receptores de hidratos de carbono en el epitelio uterino, se produce la adhesión inicial del blastocito al útero para, posteriormente, consolidar la implantación en el endometrio en la pared posterior o anterior del cuerpo del útero. (Grafica 3)

4.1.c) Las células de la masa celular externa o *trofoblasto* se dividen en *citotrofoblasto* y en *sincitiotrofoblasto*, de igual forma las células de la masa celular interna o *embrioblasto* se diferencian en capa *hipoblastica* y *epiblastica*. (Grafica 4)

4.1.d) La capa hipoblastica nos ayuda a formar el saco vitelino primario; de igual forma, la capa epiblastica genera la cavidad amniótica.

4.1.e) La gastrulación es el fenómeno más característico que se produce alrededor de la tercera semana de gestación por medio del cual se generan las tres capas germinativas (*ectodermo*, *mesodermo* y *el endodermo*). La gastrulación comienza con la formación de la línea primitiva en la superficie del epiblasto, sobre el extremo cefálico de la línea primitiva el ródulo primitivo, que es una zona ligeramente más elevada alrededor de la fosita primitiva. (Grafica 5)

4.1.f) Las células de epiblasto empiezan un proceso de migración en sentido cefalo caudal, hacia la línea primitiva; posteriormente, se desprenden del epiblasto y se colocan debajo de este, este movimiento celular se llama *invaginación del epiblasto*, y está controlado por el factor de crecimiento fibroblástico 8 (FGF8). (Grafica 6)

4.1.g) Una vez que las células se han invaginado hacia el hipoblasto y dan lugar al endodermo embrionario, otras se ubican entre el epiblasto y el en-

dodermo para constituir el mesodermo, las células que quedan en el epiblasto forman el ectodermo. (Grafica 7)

4.1.h) La migración celular de las células del mesodermo se realiza en dirección lateral y cefálica, adicionalmente se establecen ejes corporales en dirección antero-posterior, dorso-ventral e izquierda a derecha. El eje antero-posterior está marcado por el crecimiento de las células más craneales del disco embrionario; esta área es reconocida como *endodermo visceral anterior* y expresa los genes para la formación de la cabeza gracias a la transcripción de factores como OTX2, LIM1, HESX1 Y el factor secretado CERBERUS.

La línea primitiva es iniciada y mantenida por el factor de crecimiento transformador beta (nodal), esta regula la formación del mesodermo ventral y dorsal, y estructuras de la cabeza así como de la cola.

Todo el disco embrionario secreta proteína morfogenética del hueso (BMP4), en compañía del factor de crecimiento fibroblástico a la división del mesodermo. (Grafica 8)

4.1.i) El avance de la biotecnología ha permitido mapear las regiones del epiblasto y su migración a través de la línea primitiva para determinar el destino final en las diferentes regiones del disco embrionario dando origen al mesodermo paraxial, mesodermo intermedio y mesodermo lateral, siempre en dirección cefalo caudal. (Grafica 9)

4.1. j) Alrededor de la tercera semana, el ectodermo se empieza a engrosar en porción craneal gracias a la aparición de la notocorda y el mesodermo precordal constituyendo la placa neural las células que componen la placa constituyen el neuro- ectodermo (Grafica 10) (Grafica 11)

4.1.k) La hoja mesodérmica forma una lamina delgada de tejido laxo a cada lado de la línea media, las células más continuas a la línea media forman el mesodermo paraxial, y las más laterales a la línea media forman el mesodermo lateral el cual se divide en dos laminas una parietal que se dirige

hacia la cavidad amniótica y otra esplénica o visceral, que se dirige hacia el saco vitelino primitivo. (Grafica 12) y (Grafica 13).

4.1.1) En la hoja endodérmica el aparato gastro- intestinal es el principal sistema orgánico derivado. El endodermo cubre la superficie ventral y constituye el techo del saco vitelino, posteriormente se desarrollan las vesículas cerebrales y empieza a plegarse en sentido cefalo caudal formando dos plegamientos, el cefálico y el caudal, en la parte anterior se forma el intestino anterior y en la parte posterior se deriva el intestino posterior. La parte comprendida entre el intestino anterior y posterior se denomina intestino medio que se comunica con el saco vitelino a través del conducto onfalo mesentérico.

En el extremo cefálico, el intestino anterior está limitado por una membrana ecto y endodérmica llamada *membrana bucofaríngea*, que se rompe en la cuarta semana, estableciendo una comunicación permanente entre la cavidad amniótica y el intestino primitivo.

En el extremo caudal, el intestino posterior termina en una membrana ecto y endodérmica llamada la membrana cloacal que se rompe durante la séptima semana creando la abertura anal (Langman, 2006) (Grafica 14).

5. Desde la embriología al estudio de la supresión

La homeopatía predictiva considera los aspectos clínicos que permiten prever la posible evolución del paciente en camino hacia la curación o hacia la profundización de la enfermedad. En estos términos, queda claro que el seguimiento de la enfermedad es una labor primordial en la terapéutica homeopática. Sin embargo, debe tenerse un derrotero, una hoja de ruta que encamine al médico. Sobre ello, Prafull Vijayakar plantea que el ser humano tiene, esencialmente, 7 capas de supresión y evolución de la enfermedad. Ello dicho bajo el amparo del riguroso estudio de la embriología, que le permitió a Prafull instaurar una analogía del curso de la enferme-

dad, en relación con la supresión o la curación, y el crecimiento embrionario. De ese modo, el planteamiento concibe un derrotero de 7 capas de la supresión:

1. Ectodermo: Forma los órganos externos, los más expuestos al ambiente.
2. Endodermo: También es una conexión con el exterior, pero interiormente. En el desarrollo embrionario, genera el *forro* del tubo respiratorio, del gastrointestinal y del tracto urinario.
3. Mesodermo: Es coadyuvante en el desarrollo del parénquima de las vísceras (rñones, pulmones, hígado, etc.); la formación de dichos órganos se da gracias al mesotelio del mesodermo.
4. Tejido conectivo: Este tejido implica sangre, linfa, huesos, músculos, *dermis*, fascias. Conformar la capa entre el endodermo y el mesodermo visceral. A esta capa corresponden tejidos desarrollados por el mesénquima del mesodermo.
5. Glándulas neuro endocrinas: Algunas de las células que las componen están diseminadas por todo el cuerpo, motivo por el cual, en varios casos, se agrupan en la *Capa del sistema APUD* (Amino Precursor de la Utilización de Descarboxilaza).
6. Placa neural neuroectodermo: Está entre dos capas de ectodermo. Se relaciona con el SNC, la conformación del *encefalo* y la *médula* espinal.
7. Mente: No se refiere a las emociones, sino se remite al *código básico genético* que tienen las células. Se ramifica en dos estadios; uno que se remite a funciones primarias como la respiración, la digestión, defensa, etc. El otro estadio corresponde al *código* hereditario que particulariza al ser. Son diferentes de un individuo a otro, de una especie a otra.

De la hoja de ruta que plantea Vijayakar, puede extraerse una muestra gráfica que ilustre la analogía entre la evolución del embrión y la conformación de los sistemas, tejidos y órganos.

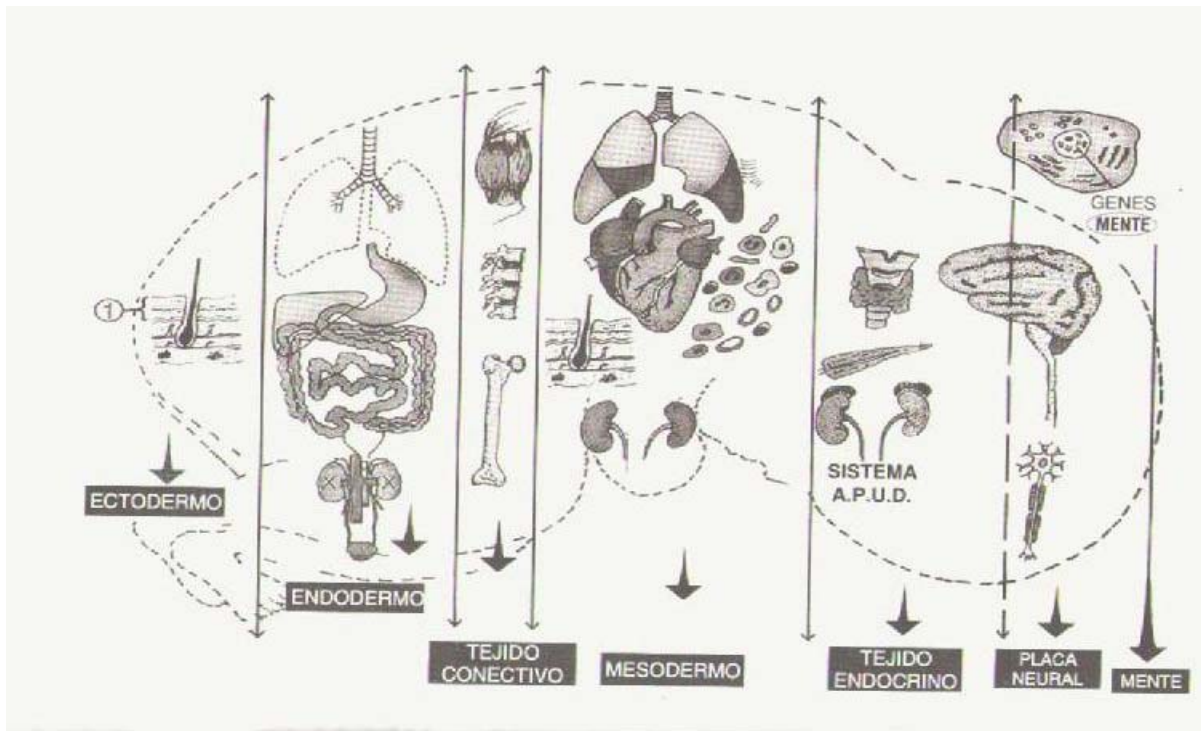


Figura 5

Atendiendo la Figura 5, puede decirse entonces, aplicando la teoría de Prafull Vijayakar, que una enfermedad es suprimida cuando las toxinas son empujadas hacia arriba utilizando un transporte activo contra gradiente empleando gran cantidad de energía.

6. Etapas de la supresión

La primera etapa de cualquier enfermedad es la inmunidad reducida en el ectodermo. En concordancia, el doctor Hahnemann alude que toda enfermedad comienza en la psora. Las derivaciones del ectodermo en donde pueden comenzar a manifestarse las enfermedades son: Piel, epitelio cornea, cristalino, pelo (caída), parte baja del canal anal, parte final uretra femenina, parte exterior de la vagina.

De acuerdo a las constituciones miasmáticas los síntomas pueden ser:

INDIVIDUOS PSÓRICOS:

Eccema, forúnculos, acré, dermatitis, conjuntivitis, aftas, otitis externa.

INDIVIDUOS SYCÓTICOS:

Verrugas, callos, tña, blefaritis, otitis interna, aftas.

INDIVIDUOS SYFILÍTICOS:

Ulceras desiguales, grietas, ulceras corréales, perforación del tímpano.

TABLA DE LA SUPRESION MIASMATICA

Ia. Placa-ECTODERMO

SITIO	PSORA	SYCOTICO	SYFILITICO
Labios y Paladar	Inflamación	Crecimientos o tumores	Ulceras
Ojos	Conjuntivitis	Cataratas	Ulceras corneales Orzuelo Chalazión
Amígdalas	Amigdalitis	Amigdalitis folicular Induración de amígdala	Amigdalitis ulcerativa
Oído	Otitis media y externa	Miringitis granular	Perforación de membrana timpánica
Piel Epidermis	Dermatitis Eczema Furúnculos Impétigo	Impétigo en escroto Verrugas Excrescencias Callos Tiña Manchas negra	Ectima Ulceras y grietas con borde dentado Destrucción

↑

PROGRESO DE LA ENFERMEDAD → HACIA ARRIBA

PROGRESO DE LA CURACION → HACIA ABAJO Y A LA IZQUIERDA ↓

←

Figura 6

En la **Segunda etapa de la supresión**, los síntomas se manifiestan en los derivados endodémicos: Epitelio del tracto respiratorio, gastrointestinal, urinario, epitelio de vesícula biliar y conducto extra hepático, células endodémicas del parénquima hepático, disturbios funcionales del endotelio de la membrana mucosa

INDIVIDUOS PSÓRICOS:

Rinitis aguda, amigdalitis, sinusitis, asma, bronquitis, faringitis, tos seca, alveolitis, bronquiolitis, hepatitis, gastritis, diarrea, disentería, enteritis, acidez, fiebre entérica, apendicitis, infección del tracto urinario.

INDIVIDUOS SYCÓTICOS:

Pólipo nasal, asma, nódulos laríngeos, pólipos y nódulos, catarro crónico, cálculos biliares, tumores, gastritis crónica, blenorragia.

INDIVIDUOS SYCÓTICOS:

Destrucción del septum nasal, destrucción del tracto respiratorio, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, intususcepción intestinal

TABLA DE LA SUPRESION MIASMÁTICA

2a. Placa-**ENDODERMO**

SITIO	PSORA	SYCOSIS	SYPHILIS
Tracto urinario	Uretritis	Fibrosis cística Cálculos Uretritis Cistitis crónica	Chanero
Hígado, conducto biliar	Hepatitis	Calculo biliar	Cirrosis y degeneración
Tracto Gastro-Intestinal	Disenteria Hiperacidez Gastritis Diarrea Estomatitis	Pólipos	Úlcera y Destrucción
Tracto Respiratorio	Asma Bronquitis Faringitis Rinitis	Asma sicótico Pólipos nasales Adenoides	Úlcera y Destrucción Crup

PROGRESO DE LA ENFERMEDAD → HACIA ARRIBA
 PROGRESO DE LA CURACION → HACIA ABAJO Y A LA IZQUIERDA

Figura 7

La **tercera etapa de la supresión de la enfermedad**, se da cuando las manifestaciones en mesenquima derivaron de los tejidos mesodérmicos a tejidos conectivos. Esta capa consta de tres cubiertas:

- *Dermatoma: Desarrolla la dermis*
- *Miotoma: Da desarrollo al musculo*
- *Esclerotoma: Da desarrollo al hueso y cartílago* (Vijayakar, *Supresión*, p. 28)

INDIVIDUOS PSÓRICOS:

Artritis, sinovitis, dolor de espalda, dolor reumático de rodilla, caída de pelo.

INDIVIDUOS SYCÓTICOS:

Artritis crónica, inflamación de las cuerdas laríngeas, psoriasis, liquen plano.

INDIVIDUOS SYCÓTICOS:

Artritis reumática, osteoartrosis, destrucción en el endotelio y parálisis de las cuerdas bucales, artritis sifilítica.

TABLA DE LA SUPRESION MIASMATICA

3a. Etapa-TEJIDO CONECTIVO DERIVADO DEL MESENQUIMA

SITIO	PSORA	SYCOSIS	SYPHILIS
Sangre	Anemia	Leucemia Mieloide aguda Leucocitosis	Anemia osea Depresión
Músculo	Miositis		Miopatía
Articulaciones y Cartilago	Artritis Reumática Espondilitis	Gota, Artritis reumatoide y gonorreica	Osteitis Osteoartritis
Hueso	Osteitis	Hiperostosis, Espolón calcáneo, Tumores de Hueso y excrecencias	Tuberculosis Osteomielitis Osteomalacia Osteoporosis
Dermis	Alopecia	Psoriasis, (descamación), Liquen plano (más denso)	Psoriasis y Liquen plano (agrietado y sangrante) Alopecia universal

↑

PROGRESO DE LA ENFERMEDAD → HACIA ARRIBA
 PROGRESO DE LA CURACION → HACIA ABAJO Y A LA IZQUIERDA ↓

Figura 8

Los síntomas de la enfermedad en las 3 primeras capas más bajas pueden ser eliminados fácilmente.

En la **cuarta etapa de la supresión**, las afecciones empiezan a manifestarse en el endotelio y los derivados del mesodermo. Afectándose así, la parénquima pulmonar, parénquima renal, corazón, vasos sanguíneos, peritoneo, pleura, pericardio, duramadre, piamadre, bazo, hígado.

INDIVIDUOS PSÓRICOS:

Ansiedad, angina de pecho, hipertensión arterial, miocarditis, linfangitis, nefritis, alveolitis, tuberculosis, pleuresía.

INDIVIDUOS SYCÓTICOS:

Estenosis, enfermedad isquémica cardíaca, hipertensión crónica, hiperlipidemia, aterosclerosis, hipertrofia cardíaca, nefrosis, tumores benignos de pulmón,

INDIVIDUOS SYCÓTICOS:

Ulceras varicosas, prolapso de válvulas, infarto del corazón enfermedad de hodkins, insuficiencia renal crónica, síndrome renal crónico, enfisema, fibrosis intersticial.

Figura 9

TABLA DE LA SUPRESION MIASMATICA

4a. Placa-ORGANOS DERIVADOS DEL MESOTELIO MESODERMAL

SITIO	PSORA	SYCOSIS	SYPHILIS
Riñones	Nefritis	Nefrosis	Fallo renal crónico
Pulmones	Pleuresia Complejo primario de tuberculosis Alveolitis	Tumores benignos Tuberculosis Inflamación de pleura	Fibrosis intersticial Absceso pulmonar/ Enfisema cavernoso
Corazon	Miocarditis	Crecimiento de corazón Hiperlipidemia Estenosis valvular de 2o grado Prolapso de válvulas	Infarto Estenosis valvular de 3er grado
Sistema Cardiovascular	Hipertensión Lábil/Ansiosa Angina de Pecho	Arterioesclerosis Hipertensión crónica Enfermedad cardíaca isquémica	
Linfático	Linfangitis	Filaria Elefantiasis Enfermedad de Hodgkin	

↑

PROGRESO DE LA ENFERMEDAD → HACIA ARRIBA

PROGRESO DE LA CURACION → HACIA ABAJO Y A LA IZQUIERDA ↓

En la **quinta etapa de la supresión**, se presentan afecciones que se manifiestan debido a un deterioro del funcionamiento del sistema neuro endocrino y el sistema APUD (sintetizan péptidos que actúan como hormonas o neuro transmisores). De ese modo, se da un origen en la cresta neural: Medula adrenal (adrenalina y noradrenalina), dermis- melanoblastos, tracto urogenital segrega 5 hidroxitriptamina.

Origen neuroectodermico: Hipotálamo, paratiroides, pituitaria (oxitocina, vasopresina, factor de liberación de la tiotropina), células APUD de origen discutible:

páncreas-islotas de langerhans insulina, glucagón, colecistoquinina, encefalina, motilina, neurotensina, factor atrial natriuretico.

Manifestaciones o síntomas en la quinta etapa:

INDIVIDUOS PSÓRICOS: diabetes, tiroiditis.

INDIVIDUOS SYCÓTICOS: hipotiroidismo, bocio.

INDIVIDUOS SYCÓTICOS: leucoderma

TABLA DE LA SUPRESION MIASMATICA

5a, 6a, y 7a Placa de la CELULA DE LA PLACA NEURAL Y SISTEMA APUD

SITIO	PSORA	SYCOSIS	SYFILIS
Código genético 7a placa	Esquizofrenia Neurosis	Cánceres Enfermedades Auto-inmunes Ejem... Artritis Reumatoide, pénfigo	Cánceres ulcerativos, Leucemia mieloide crónica, Gangrena, psicosis, pénfigo.
Sistema Nervioso 6a placa	Neuritis Diabética Neuritis periférica Epilepsia	Tumores Neurofibromatosos Epilepsia	Parkinson Enfermedades Neuro motoras Esclerosis múltiple Epilepsia
Sistema Endocrino (APUD) 5a placa	Tiroiditis Diabetes por Stress	Hipo/Hipertiroidismo Diabetes Mellitus	Leucoderma Diabetes Mellitus

PROGRESO DE LA ENFERMEDAD → HACIA ARRIBA
 PROGRESO DE LA CURACION → HACIA ABAJO Y A LA IZQUIERDA

Figura 10

En las tres primeras etapas puede actuar para la curación de la enfermedad simplemente mejorando los disturbios dinámicos de las reacciones bioquímicas (dieta, ejercicio, factor ambiental, etc.)

En la cuarta y quinta etapa se puede aminorar la enfermedad con prescripción de parasemejantes, corriendo el riesgo de suprimir la enfermedad en etapas más altas. Se debe recetar para la totalidad sintomática siguiendo la ley de la curación.

En la **sexta etapa de la supresión**, la enfermedad avanza al sistema nervioso, primero simpático y después al sistema nervioso central.

INDIVIDUOS PSÓRICOS: neuritis, neuritis periférica, neuropatía diabética

INDIVIDUOS SYCÓTICOS: tumores, neurofibromatosis

INDIVIDUOS SYCÓTICOS: esclerosis diseminada enfermedad de Parkinson.

TABLA DE LA SUPRESION MIASMATICA

5a, 6a, y 7a Placa de la CELULA DE LA PLACA NEURAL Y SISTEMA APUD

SITIO	PSORA	SYCOSIS	SYFILIS
Código genético 7a placa	Esquizofrenia Neurosis	Cánceres Enfermedades Auto- inmunes Ejent... Artritis Reumatoide, pénfigo	Cánceres ulcerativos, Leucemia mieloide crónica, Gangrena, psicosis, pénfigo.
Sistema Nervioso 6a placa	Neuritis Diabética Neuritis periférica	Tumores Neurofibromatosis	Parkinson Enfermedades Neuro motoras Esclerosis múltiple
Sistema Endocrino (APUD) 5a placa	Tiroiditis Diabetes por Stress	Hipo/Hipertiroidismo Diabetes Mellitus	Leucoderma Diabetes Mellitus

PROGRESO DE LA ENFERMEDAD → HACIA ARRIBA ↑
 PROGRESO DE LA CURACIÓN → HACIA ABAJO Y A LA IZQUIERDA ↙

Figura 11

En la **séptima etapa de la supresión**, se evidencia la noción de que cada célula tiene mente, codificada en genes, que transmite el código adquirido heredado por los padres y como reacciones a los efectos ambientales.

El código básico tiene las características que cada célula debe tener, es el código de las funciones necesarias para que la célula y el individuo sobrevivan

Cuando la enfermedad llega a la séptima etapa hay un disturbio masivo en el funcionamiento del sistema límbico que produce esquizofrenias, psicosis obsesiva.

Daña el código del mecanismo de defensa ocasionando lesión irreparable.

Cuando tiene un predominio sicótico produce enfermedad como el cáncer, fibromas, aterosclerosis.

TABLA DE LA SUPRESION MIASMATICA

5a, 6a, y 7a Placa de la CELULA DE LA PLACA NEURAL Y SISTEMA APUD

SITIO	PSORA	SYCOSIS	SYFILIS
Código genético 7a placa	Esquizofrenia Neurosis	Cánceres Enfermedades Auto- inmunes Ejem., Artritis Reumatoide, pénfigo	Cánceres ulcerativos, Leucemia mieloide crónica, Gangrena, psicosis, pénfigo.
Sistema Nervioso 6a placa	Neuritis Diabética Neuritis periférica Epilepsia	Tumores Neurofibromatosos Epilepsia	Parkinson Enfermedades Neuro- motoras Esclerosis múltiple Epilepsia.
Sistema Endocrino (APUD) 5a placa	Tiroiditis Diabetes por Stress	Hipo/Hipertiroidismo Diabetes Mellitus.	Leucoderma Diabetes Mellitus.

PROGRESO DE LA ENFERMEDAD → HACIA ARRIBA
 PROGRESO DE LA CURACION → HACIA ABAJO Y A LA IZQUIERDA

Figura 12

7. Diferentes tipos de supresión

Para hacer referencia a los tipos de supresión que plantea Vijayakar, es consecuente tener en cuenta los planteamientos de Hahneman, quien habla de la *supresión mórbida*, definiéndola como la utilización de intoxicaciones medicamentosas, con el ánimo de suprimir la enfermedad con lo cual se producen sustituciones mórbidas que cambian la apariencia de la enfermedad a la cual se agregan nuevos síntomas,

producto de la utilización de estas sustancias nocivas (Párrafo 32 *Tratado de las Enfermedades crónicas y su tratamiento Homeopático*).

Ya desde otra perspectiva, Prafull plantea así los tipos de supresión:

- Localización a localización en un mismo órgano (vitíligo de MI a MS)
- De órgano a órgano en el mismo sistema (faringitis a laringitis)
- De sistema a sistema en la misma capa (respiratorio a gastro-intestinal)
- De sistema a sistema en diferente capa (gastrointestinal a cardiaco)
- Transferencia miasmática (de psora a sicosis)

Evidentemente, la tipología de la supresión está sujeta al recorrido de la enfermedad en el cuerpo, teniendo en cuenta la tabla siguiente:

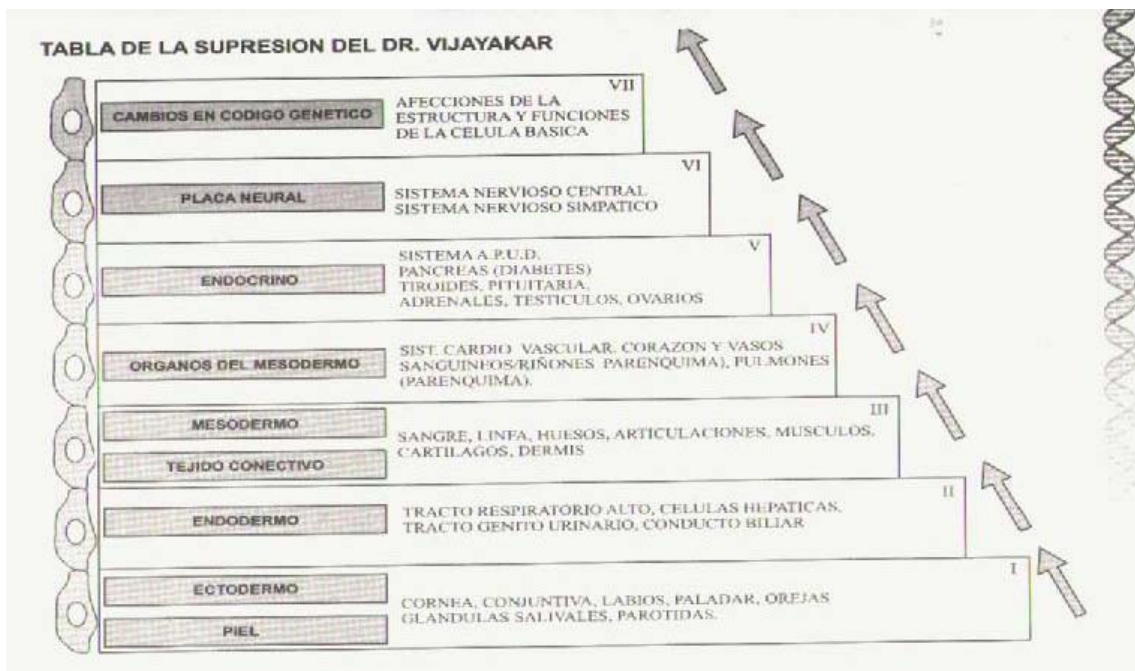


Figura 13

8. Análisis de la segunda prescripción y la Ciencia del Simillimun constitucional genético

Una segunda prescripción correcta está basada en los casos agudos y crónicos en la totalidad de los síntomas físicos y mentales (código genético, comportamiento personal, emociones, deseos, aversiones, tolerancia, intolerancia).

De otro lado, se debe tener en cuenta para prescribir el *Simillimum* constitucional genético, un consolidado con las siguientes pautas:

- Totalidad o constitución genética
- Estructura física
- Modo de ser mental (voluntad, moralidad, intelecto)
- Modo de ser general.
- La naturaleza física del individuo
- Las emociones, apegos, sensibilidades, reacciones de los resultados inesperados físicos y mentales a los que se apropenso.
- La tolerancia a varios factores externos como el calor el frío, el viento.
- Deseos aversiones, la sed, el apetito.
- Síntomas mentales y físicos peculiares para el individuo.

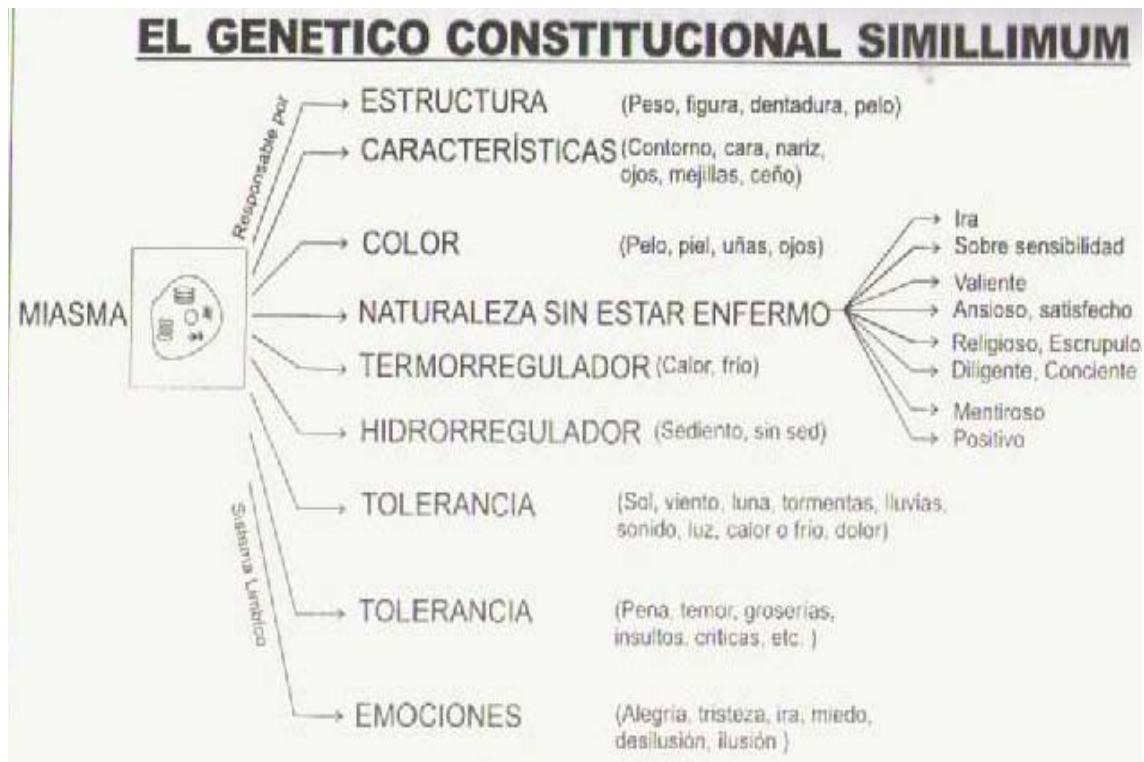


Figura 14

De otro lado, es necesario destacar que según Vijayakar, a través del código genético se controlan secreciones de diferentes neurotransmisores que pueden influir en la constitución del individuo.

Ejemplo: la tendencia genética a reducir la secreción de norepinefrina o serotonina (tristeza Ing., nat.mur, sepia,) o tendencia a secretar mayor cantidad (alegría lach, hyos, bell).

- Norepinefrina, serotonina (sentimiento tristeza, desdicha, apetito, deseo sexual y sueño disminuido).
- Dopamina (perseguido, escucha voces, incoherencias de ideas) encefalina-endorfina (Supresión del dolor, indiferencia no se queja de nada).
- Hormona tiroidea (incremento del metabolismo global)
- Acth (miedo intenso)

- Feniletilamina (incremento de los sentimientos de amor)
- Incremento de oxitocina (deseos de abrazar).

9. Prueba de Simillimun

Desde la mencionada prueba se pueden tener criterios para saber si es el remedio correcto; claro está, siguiendo una serie de parámetros precisos como:

- Que el paciente de prueba misma de evolución (interrogatorio al paciente).
- Desaparición de la debilidad.
- Restablecimiento de la resistencia y el deseo de trabajar.
- Restauración los deseos originales y la pasión.
- Normalizar el sueño.
- Normalizar el apetito y las heces.

Así, la intención de tener una formulación precisa se concentra en:

- Aumentar la tolerancia a los factores exasperantes, dejando ver al paciente menos sensible a la rudeza y factores emotivos excitantes.
- Moderar el temperamento, los miedos y la ansiedad.
- Curar las lesiones circulares en piel, desde la periferia al centro.
- Desaparecer los síntomas.
- Desaparecer los síntomas de la capa más alta a la capa más baja, de forma progresiva y simultánea, en el orden inverso a la aparición bajo la tabla de la supresión; ello se instaura como una necesidad.

ANEXO GRÁFICO

Grafica 1

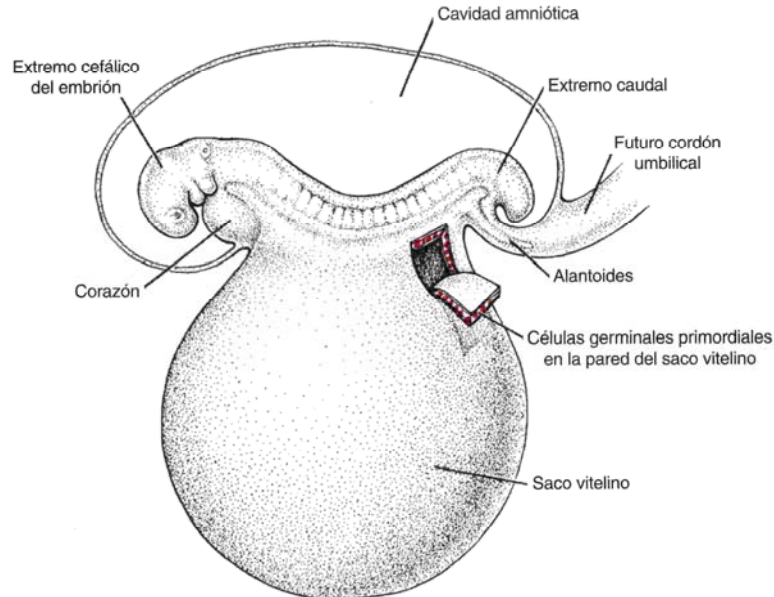


Figura 2.1 Embrión al final de la tercera semana, en el cual se advierte el sitio que ocupan las células germinales primordiales en la pared del saco vitelino, cerca de la inserción del futuro cordón umbilical. Estas células migran desde esa localización hacia la gónada en desarrollo.

Grafica 2

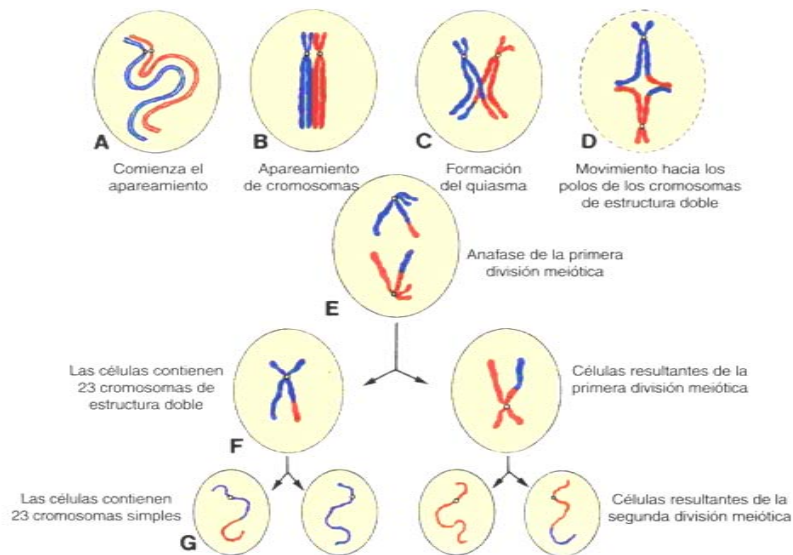


Figura 2.3 Primera y segunda división meiótica. **A.** Los cromosomas homólogos se aproximan entre sí. **B.** Los cromosomas homólogos se aparean y cada miembro del par está formado por dos cromátidas. **C.** Los cromosomas homólogos íntimamente apareados intercambian fragmentos de cromátidas (cross-over); obsérvese el quiasma. **D.** Los cromosomas de estructura doble se separan. **E.** Anafase de la primera división meiótica. **F y G.** Durante la segunda división meiótica los cromosomas de estructura doble se separan en el centrómero. Al terminar la división, en cada una de las cuatro células hijas los cromosomas son diferentes entre sí.

Grafica 3

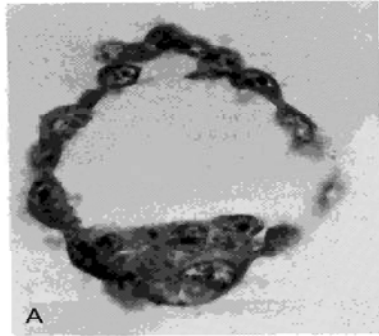
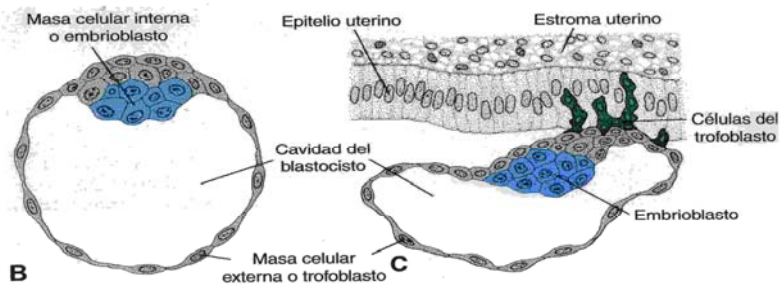


Figura 3.10 **A.** Corte de un blastocisto humano de 107 células en el que se observan la masa celular interna y las células trofoblásticas. **B.** Representación esquemática de un blastocisto humano obtenido de la cavidad uterina alrededor de los cuatro días y medio. Azul, masa celular interna o embrioblasto; verde, trofoblasto. **C.** Representación esquemática de un blastocisto en el sexto día de desarrollo que muestra a las células trofoblásticas, situadas en el polo embrionario del blastocisto, penetrando en la mucosa uterina. El blastocisto humano empieza a introducirse en la mucosa uterina hacia el sexto día de desarrollo.



Grafica 4

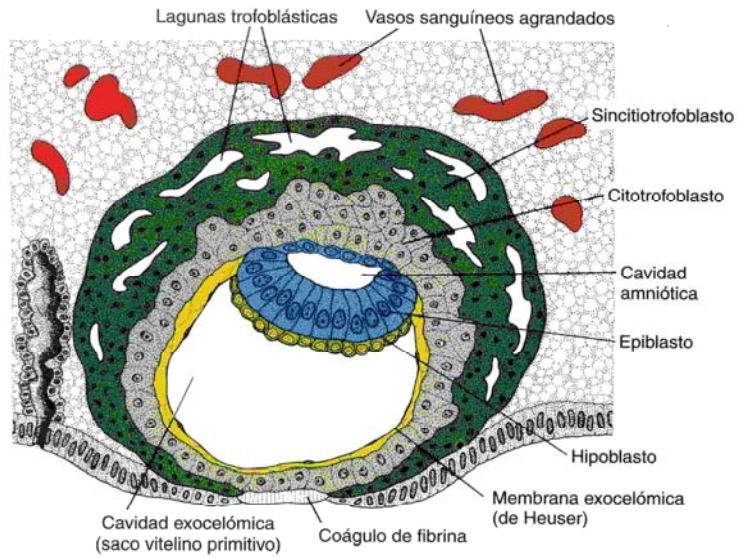


Figura 4.3 Blastocisto humano de 9 días. El sincitiotrofoblasto presenta gran cantidad de lagunas. Células planas forman la membrana exocelómica. El disco germinativo bilaminar está constituido por una capa de células epiblasticas cilíndricas y una capa de células hipoblasticas cúbicas. La solución de continuidad de la superficie del endometrio está cerrada por un coágulo de fibrina.

Grafica 5

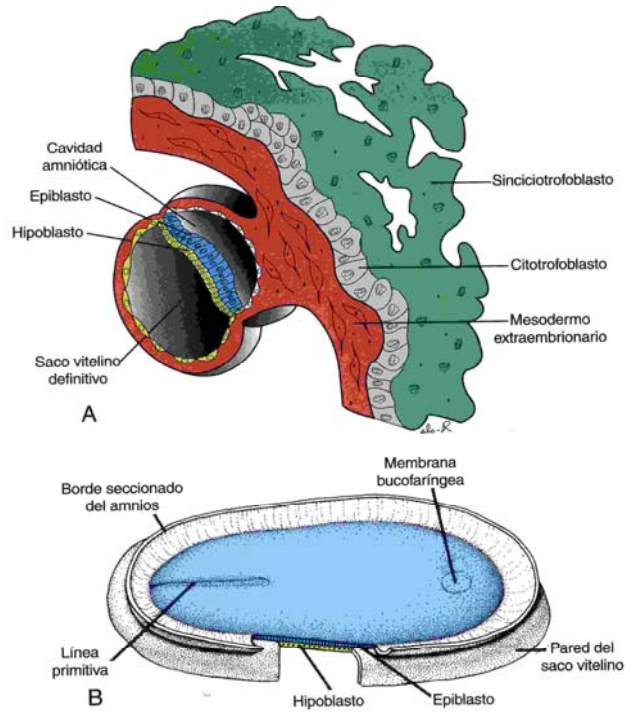


Figura 5.1 A. Sitio de implantación al final de la segunda semana. B. Esquema representativo de un disco germinativo al final de la segunda semana de desarrollo. Se abrió la cavidad amniótica para tener una visión de la cara dorsal del epiblasto. El hipoblasto y el epiblasto se encuentran en contacto entre sí y la línea primitiva forma un surco poco profundo en la región caudal del embrión.

Grafica 6

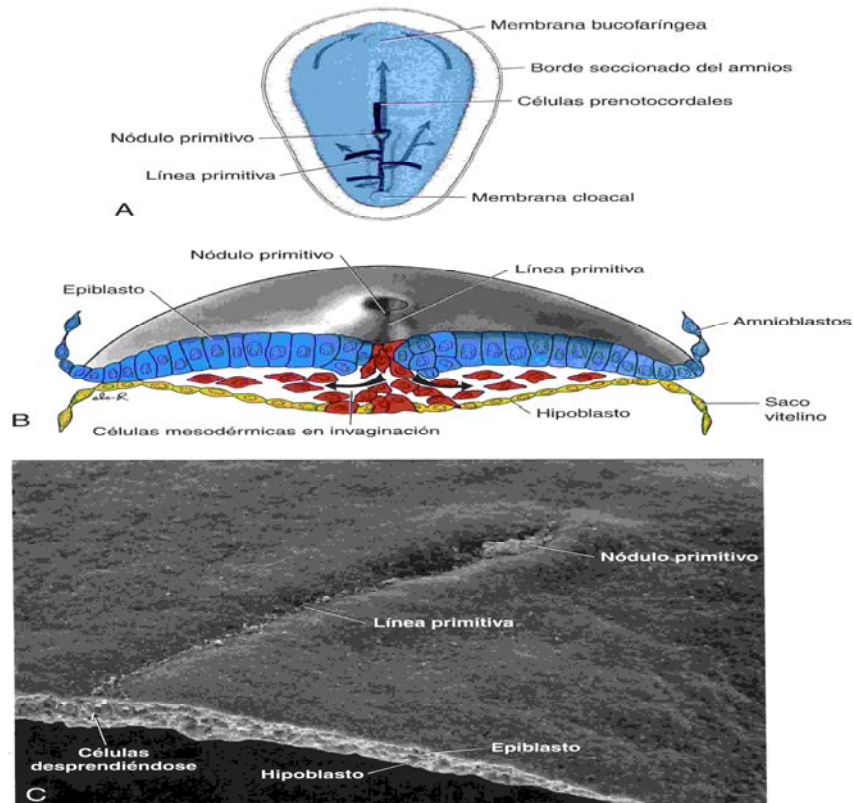


Figura 5.3 A. Lado dorsal del disco germinativo de un embrión de 16 días, en el que se indica el movimiento de las células epiblasticas superficiales (líneas negras continuas) a través de la línea y el nódulo primitivos y la migración ulterior de las células entre el hipoblasto y el epiblasto (líneas interrumpidas). B. Corte transversal a nivel de la región craneal de la línea primitiva a los 15 días que muestra la invaginación de las células epiblasticas. Las primeras células que se movilizan hacia adentro desplazan al hipoblasto para crear al endodermo definitivo. Una vez establecido éste, el epiblasto que se moviliza hacia dentro forma el mesodermo. C. Vista dorsal de un embrión que muestra el nódulo y la línea primitivos, y una sección transversal a través de la línea. La vista es semejante al esquema de la figura 5.3B; flecha, células epiblasticas desprendiéndose en la línea primitiva.

Grafica 7

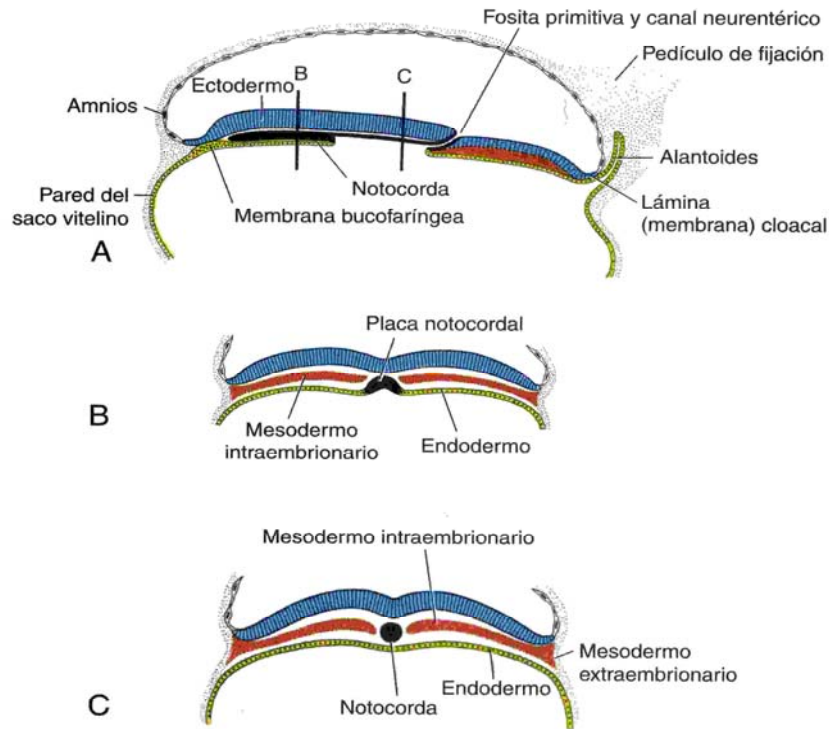


Figura 5.4 Esquemas que ilustran la formación de la notocorda: las células prenotocordales migran a través de la línea primitiva, se intercalan en el endodermo y constituyen la placa notocordal, y por último, se desprenden del endodermo para formar la notocorda definitiva. Como estos fenómenos se producen en una secuencia de craneal a caudal, algunas partes de la notocorda definitiva se establecen primero en la región cefálica. **A.** Dibujo de un corte sagital de un embrión de 17 días. Se ha formado la porción más craneal de la notocorda definitiva, mientras que las células prenotocordales caudales a esta región se hallan intercaladas en el endodermo formando la placa notocordal. **B.** Dibujo esquemático de un corte a través de la región de la placa notocordal. Poco después, la placa notocordal se desprenderá del endodermo para formar la notocorda definitiva. **C.** Esquema que muestra la notocorda definitiva.

Grafica 8

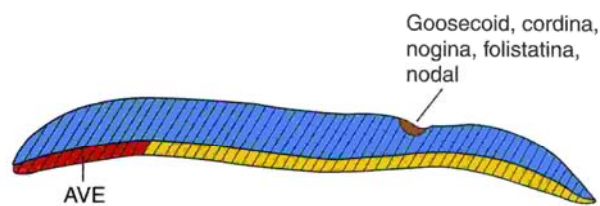


Figura 5.5 Corte sagital a través del nódulo primitivo y de la línea primitiva que muestra el patrón de expresión de genes que regulan los ejes craneocaudal y dorsoventral. Las células del futuro extremo craneal del embrión en el endodermo visceral anterior (AVE) expresan los factores de transcripción *OTX2*, *LIMI* y *HESX1* y el factor secretado cerberus que contribuye al desarrollo de la cabeza y establece la región cefálica. Una vez que la línea primitiva se ha formado y la gastrulación se desarrolla, la proteína morfogenética del hueso (*BMP4*; áreas sombreadas), secretada por todo el disco bilaminar, actúa con el FGF para ventralizar al mesodermo en las estructuras intermedia y la lámina del mesodermo lateral. *Goosecoid* regula la expresión de *cordinina*, y el producto de este gen junto con *nogina* y *folistatina*, antagoniza la actividad de *BMP4* y dorsaliza al mesodermo en notocorda y mesodermo paraxial para la región de la cabeza. La expresión tardía del gen *Brachyury (T)* antagoniza a *BMP4* para dorsalizar al mesodermo en las regiones caudales del embrión.

Grafica 9

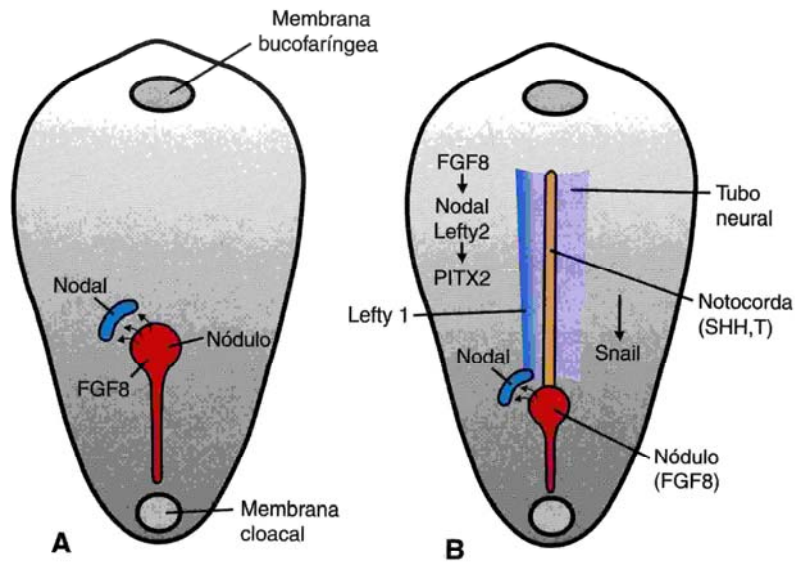


Figura 5.7 Vista dorsal del disco germinativo que muestra la expresión de los patrones de genes responsables del establecimiento del eje corporal izquierda-derecha. **A.** El factor de crecimiento fibroblástico 8 (*FGF-8*), secretado por el nódulo primitivo y la línea primitiva, establece en el lado izquierdo próximo al nódulo, la expresión de *Nodal*, un miembro de la superfamilia del factor de crecimiento transformador β (*TGF- β*). **B.** Después, a medida que la placa neural es inducida, *FGF8* induce la expresión de *Nodal* y *Lefty-2* en la lámina del mesodermo lateral, mientras que *Lefty-1* es expresado sobre el lado izquierdo de la zona ventral del tubo neural. Los productos del gen *Brachyury* (*T*), expresados en la notocorda, también participan en la inducción de esos tres genes. A su vez, la expresión de *Nodal* y *Lefty-2* regulan la expresión del factor de transcripción *PITX 2*, que, a través de futuros efectores corriente abajo, establece el lado izquierdo. *Sonic hedgehog* (*SHH*), expresado en la notocorda, podría servir como una barrera de la línea media y además como represor de la expresión de los genes del lado izquierdo en el lado derecho. La expresión de *Snail* podría regular a importantes genes corriente abajo para el establecimiento del lado derecho.

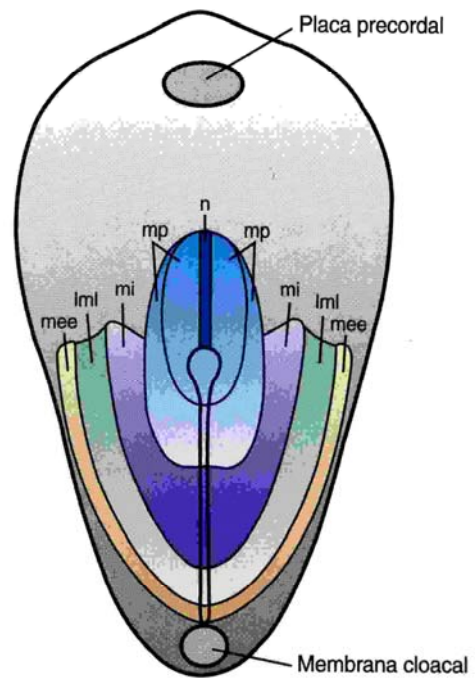


Figura 5.8 Vista dorsal del disco germinativo que muestra la línea primitiva y el mapa de destino de las células epiblasticas. Regiones específicas del epiblasto migran a través de diferentes partes del nódulo primitivo y de la línea primitiva para formar el mesodermo. Las células que migran a través de la parte más craneal del nódulo forman la notocorda (*n*); las que migran más posteriormente a través del nódulo y en la parte más craneal de la línea formarán el mesodermo paraxial (*mp*; somitómeros y somitas); las que migran a través de la porción siguiente de la línea dan lugar al mesodermo intermedio (*mi*; sistema urogenital); aquellas que migran a través de la parte más caudal de la línea primitiva originan la lámina del mesodermo lateral (*lml*; pared corporal), y las que migran a través de la parte más caudal contribuirán al mesodermo extraembrionario (*mee*; corion).

Grafica 10

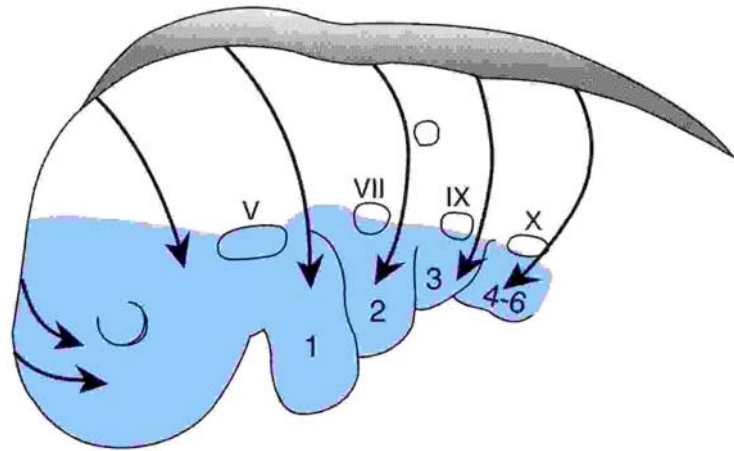


Figura 6.4 Dibujo que representa las vías migratorias de las células de la cresta neural en la región cefálica. Estas células dejan la cresta de los pliegues neurales antes de producirse el cierre del tubo neural y migran para formar estructuras de la cara y el cuello (zona azul). 1-6, arcos faríngeos; V, VII, IX y X, placas epibránquiales.

Grafica 11

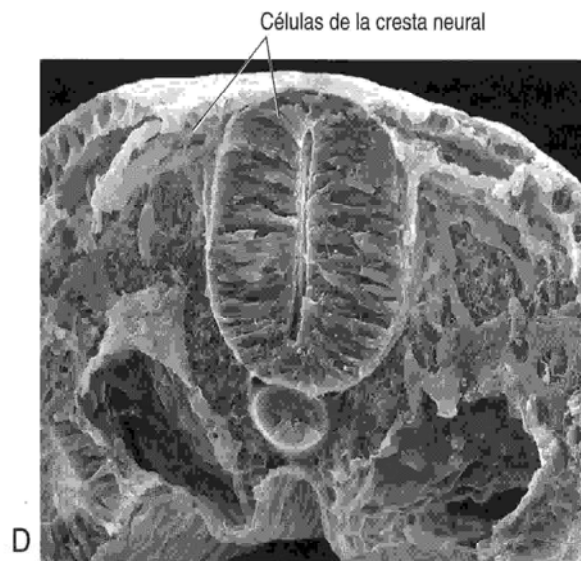
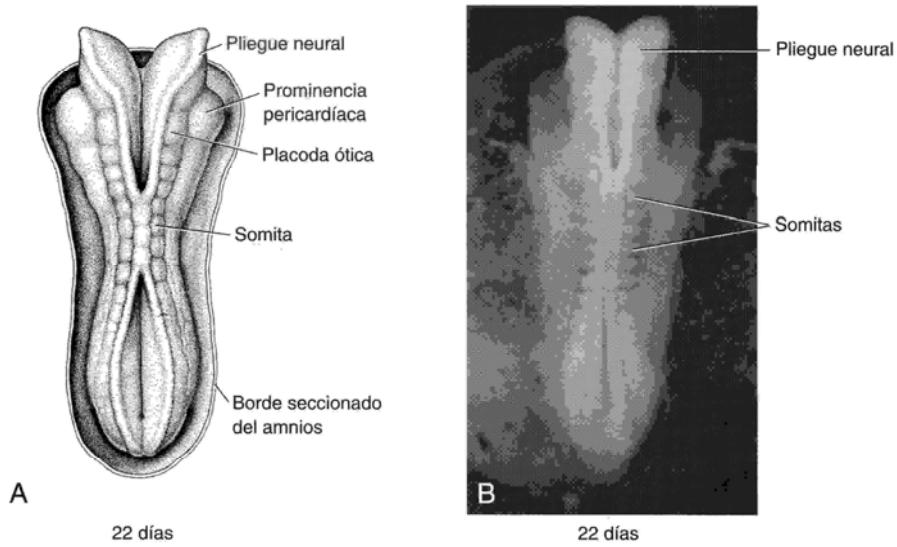


Figura 6.3 Formación y migración de las células de la cresta neural en la médula espinal. **A, B.** Las células de la cresta se forman en los extremos de los pliegues neurales y no emigran de esta región hasta no haberse completado el cierre del tubo neural. **C.** Después de la migración, las células de la cresta neural contribuyen a un grupo heterogéneo de estructuras, como los ganglios de la raíz dorsal, los ganglios de la cadena simpática, la médula suprarrenal y otros tejidos (cuadro 6.1). **D.** En microfotografías electrónicas de barrido pueden verse las células de la cresta en la parte superior del tubo neural cerrado que emigran desde esta región.

Grafica 12



Grafica 13

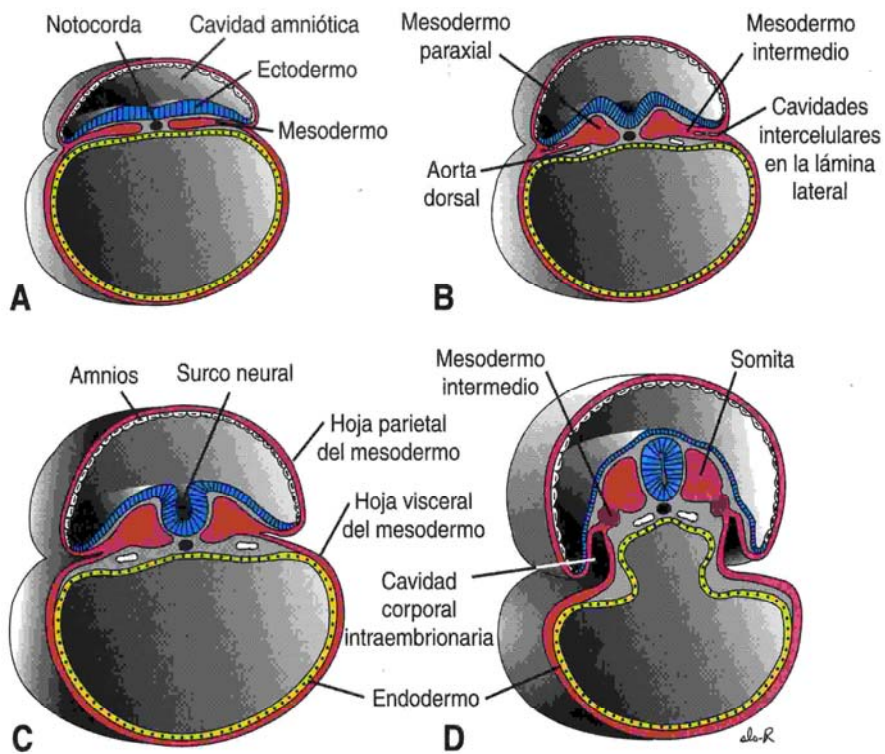


Figura 6.7 Cortes transversales en los que puede apreciarse el desarrollo de la hoja germinativa mesodérmica. **A.** Día 17. **B.** Día 19. **C.** Día 20. **D.** Día 21. La delgada hoja mesodérmica da origen al mesodermo paraxial (los futuros somitas), el mesodermo intermedio (las futuras unidades excretoras) y la lámina del mesodermo lateral, que se separa en las hojas de mesodermo parietal y visceral que revisten la cavidad celómica intraembrionaria.

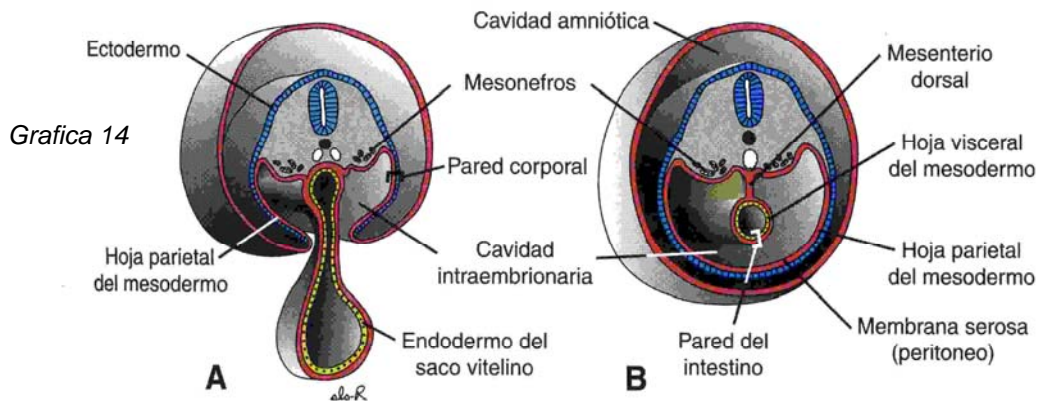


Figura 6.12 **A.** Corte de un embrión de 21 días a través de la región del mesonefros, en el que se observan las hojas parietal y visceral del mesodermo. Las cavidades intraembrionarias se comunican con la cavidad extraembrionaria (cavidad coriónica). **B.** Corte del embrión al final de la cuarta semana. El mesodermo parietal y el ectodermo que lo cubre forman las paredes ventral y lateral del cuerpo. Obsérvese la membrana peritoneal (serosa).

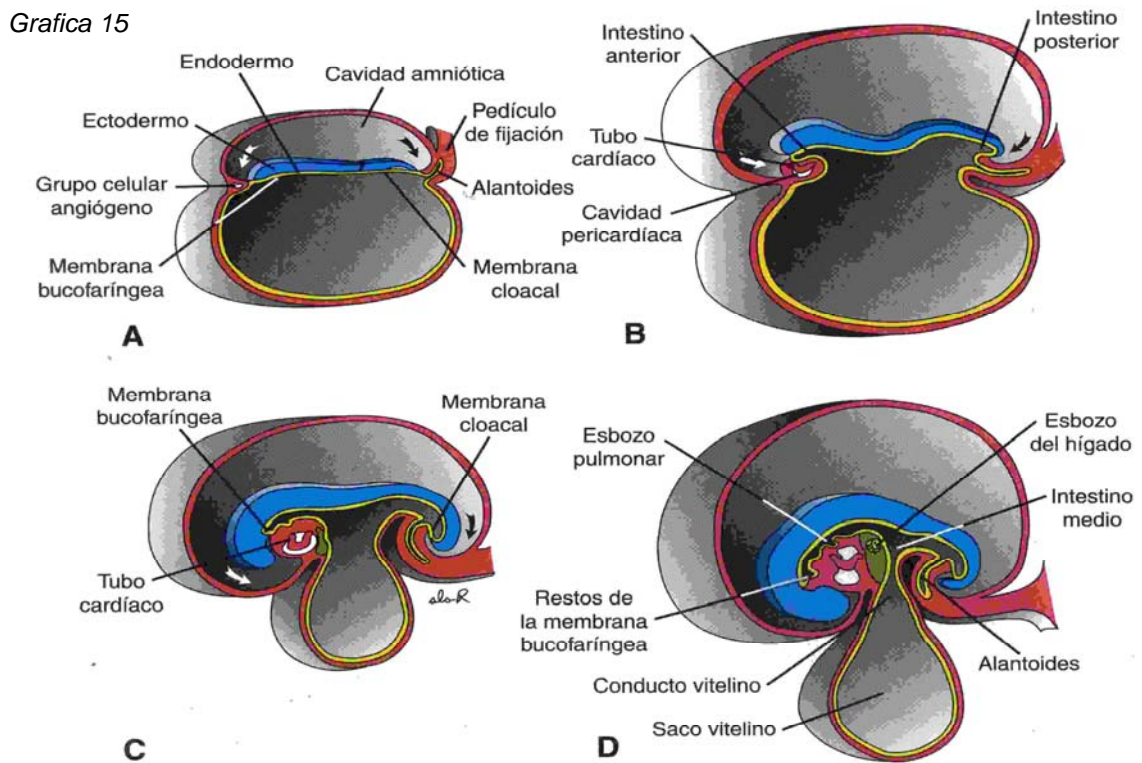


Figura 6.16 Esquema de cortes sagitales en la línea media de embriones en diversas etapas del desarrollo que muestra el plegamiento cefalocaudal y su efecto sobre la posición de la cavidad revestida de endodermo. **A.** Embrión presomita. **B.** Embrión con 7 somitas. **C.** Embrión con 14 somitas. **D.** Al final del primer mes.

Fuente: LANGMAN, Sadler. *Embriología médica con orientación clínica*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2007, 10ª Edición.

10. Conclusiones

La intención de esta revisión es la de proporcionar la inquietud suficiente para seguir profundizando la relación de inter-disciplinariedad de la teoría de la supresión y en encontrar el mejor camino a la curación.

Esta teoría cumple con los preceptos generales de la embriología pero también me deja interrogantes sobre la necesidad de estudiar de manera más específica la aplicación de la teoría sobre las capas (mesodermo) que tiene un desarrollo embrionario contrario al resto de los órganos (caudo-cefálico), y el posible impacto que pueda tener sobre el seguimiento de la tabla .

NEIL FERNELLY BENAVIDES GARZON

CANDIDATO MAESTRANTE UNIVERSIDAD NACIONAL

REVISION TEORIA DE LA SUPRESION DE PRAFULL VIJAYAKAR

MONOGRAFIA DE LA PASANTIA

NEIL FERNELLY BENAVIDES GARZON

CODIGO. 598285

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TITULO DE MAGIS-
TER EN MEDICINA ALTERNATIVA

DIRIGIDO POR: DR. IVAN TORRES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA ALTERNATIVA

BOGOTA D.C, 2011

