

Manejo holístico rehabilitador del paciente con enfermedad de Parkinson

Rehabilitative holistic management of the patient with Parkinson's disease

Dra. Belkis Barranco Peregrino; Dr. Angel Antonio Aranda Izquierdo; Dra. Neyda Fernández Franch; Dr. Julio Barciela Calderón

Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el manejo del paciente en la enfermedad de Parkinson. Se describieron de forma breve los pilares del tratamiento de rehabilitación y las posibles técnicas de Medicina Tradicional y Natural que deben complementar el manejo integral de dichos pacientes, con toda la información se conformó una propuesta de manejo holístico rehabilitador de estos pacientes.

DeCS: enfermedad de Parkinson, rehabilitación, manejo holístico.

ABSTRACT

A bibliographical review on the patient's management of the Parkinson's disease was performed. In a brief way the pillars of the rehabilitation treatment and possible techniques of Traditional and Natural Medicine that should complement the integral management of this patients were described, with all the information it was conformed a proposal of these patients' holistic rehabilitative management.

DeCS: Parkinson's disease, rehabilitation, holistic management.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los síndromes extrapiramidales, la enfermedad de Parkinson (EP) es una de las afecciones más frecuentes. ¹ Es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral, ² ³ de instalación insidiosa, progresiva y desarrollo lento y que se caracteriza en el orden clínico por rigidez, temblor e hipocinesia. ¹

Fue descrita y documentada en 1817 por el médico británico James Parkinson, aunque no fue hasta principios de esta década que los investigadores identificaron un defecto cerebral fundamental que es el distintivo de la enfermedad: la pérdida de células cerebrales que producen el neurotransmisor - dopamina - que ayuda a dirigir la actividad muscular. En concreto, se pierde hasta un 70 % de las neuronas dopaminérgicas de la "sustancia negra" y del núcleo estriado. ², ⁴ No es una enfermedad mortal, pero sí incurable, es sólo aliviada mediante fármacos o neurocirugía, no prevenible, progresiva, con tendencia a la invalidación. ⁵

Existe una distribución mundial de la misma y muestra una prevalencia que oscila entre 100 y 150 pacientes por 100 000 habitantes. Sólo en Estados Unidos se reportan aproximadamente 60 000 casos nuevos al año. ⁶

Aunque está establecido que en los hombres es más frecuente, estudios multicéntricos como los del Europarkinson lo niegan, y establecen una equidad de sexos. La raza blanca por consenso, es la más afectada, estudios en comunidades birraciales así lo demuestran. En nuestro país se observó que el 96 % de los casos eran blancos. ⁷, ⁸

Sus causas son múltiples y aún no totalmente conocidas: genéticas, metabólicas, oxidación celular, tóxicos ambientales, microtraumatismos cerebrales antiguos, tumoral, infeccioso, degeneración, etc. ⁵, ⁹

Recientemente se ha descubierto la existencia de anomalías genéticas en algunas familias en las que la mayoría de sus miembros estaban afectados y en casos familiares de EP de presentación precoz (edad de inicio inferior a 40 años). Sin embargo, la mayoría de los pacientes con dicha enfermedad tienen una presentación esporádica, es decir sin factores genéticos claramente identificados. ², ⁸

Existen indicios para pensar que errores del metabolismo energético celular podrían predisponer a determinadas personas a padecer EP, convirtiendo a las neuronas dopaminérgicas en vulnerables a determinados tóxicos ambientales (exógenos) o del propio organismo (endógenos). ⁶ Un factor de riesgo ambiental como es la exposición a pesticidas, o una toxina en el suministro de alimentos, son ejemplos de la clase de desencadenantes externos que pudieran, hipotéticamente, ocasionar

la EP.² Otra teoría propone que la EP ocurre cuando, por causas desconocidas, el desgaste de las neuronas productoras de dopamina normal, relacionado con la edad, se acelera en ciertas personas.

Esta teoría se sustenta en el conocimiento de que la pérdida de mecanismos protectores antioxidativos está asociada con la EP y el envejecimiento.

El cuadro clínico de los pacientes con EP se caracteriza por presentar una facie que se describe como un rostro de máscara, de careta o de estatua; verdadera amimia por ausencia de movimientos involuntarios de la cara que impide al enfermo expresar sus estados emocionales. La cara es brillante, hiperseborreica, la boca se mantiene entreabierta, con temblor fino de los labios y la lengua. Estos enfermos hablan de manera lenta, monótona, balbuceante, aunque esto no llega a constituir una verdadera disartria, ya que sólo afecta la modulación fonética por contractura laríngea.^{1, 10}

Los fenómenos motores incluyen temblor, rigidez, bradicinesia, trastornos de la postura y la marcha y expresión facial reducida. El temblor puede ser el primer síntoma, aunque la rigidez y la bradicinesia también aparecen en una fase temprana. La frecuencia del temblor es de 4 a 7Hz y se manifiesta en las partes distales de la extremidad. Se presenta en reposo y aumenta con la tensión emocional, es inhibido a menudo por la iniciación del movimiento voluntario, y tal vez desaparezca durante el sueño. Se inicia, por lo general, por el primer dedo y con el tiempo afecta los restantes, con la impresión de que está contando monedas.
11-3

La rigidez predomina en general en el cuello, el tronco y la raíz de los miembros y es responsable de las actitudes que toman estos pacientes, así como de la pérdida de la soltura de los movimientos. Su presentación es asimétrica y afecta al otro hemicuerpo años después.^{1, 7, 10}

La marcha es a pequeños pasos, inclinándose hacia delante para buscar su centro de gravedad y a menudo no puede frenar su paso desbocado. Una de las características más sobresalientes del disturbio de la actividad motora es la bradicinesia o lentitud, que los hace incapaces de realizar los movimientos necesarios para lograr una acción. Esta hipocinesia se expresa en todos sus actos y movimientos (comer, vestirse, peinarse).^{14, 15}

Existe un grupo síntomas que son conocidos como manifestaciones secundarias, entre ellas:

Alteraciones cognitivas-neuropsiquiátricas: ansiedad, depresión, demencia y trastornos del sueño.

Alteraciones autonómicas: sialorrea, seborrea, constipación, hipotensión ortostática, disfunción sexual y disfunción urinaria esfinteriana.

Alteraciones musculoesqueléticas: calambres, dolores, parestesias, neuropatías compresivas, distonías, deformidades y edema periférico. Otras como la disfunción olfatoria.

El tratamiento de la EP se divide en medicamentoso, quirúrgico y rehabilitador. Dentro de los medicamentos utilizados para el control de la enfermedad se encuentran: la Selegiline (inhibidora de la MAO y neuroprotectora) debe utilizarse al inicio del tratamiento. Una vez aparecen las alteraciones funcionales se inician los anticolinérgicos y la amantadina. El más representativo de los anticolinérgicos es el Trihexifenidilo o Parkinsonil, aunque a nivel mundial existen otros como el Biperideno (Akineton), proscyclidine (Kemadrina), Benztropine (Cogentin) y la Orfenedrina. Todos estos medicamentos se recomiendan en pacientes menores de 70 años y que no presenten ninguna contraindicación a los mismos. Cuando la edad supera los 70 años o exista alguna contraindicación se prescribe la Levodopa.

Los medicamentos ayudan de una forma u otra al control de la enfermedad, pero no logran impedir que con el paso de los años el paciente que sufre de EP se encuentre cada vez más limitado y se haga más profunda su discapacidad. Esto agrava sus síntomas emocionales y el aislamiento que ellos se imponen al no ser capaces de llevar a cabo de forma satisfactoria las actividades de la vida diaria. Resulta necesario añadir que los mismos sufren, además, todos los efectos adversos inherentes al uso prolongado de los fármacos, así como a los riesgos que una actividad quirúrgica representa. Por todo esto y teniendo en cuenta la importancia capital que la Rehabilitación tiene en su tratamiento esta revisión bibliográfica se llevó a cabo teniendo en cuenta los siguientes objetivos: mencionar de forma breve las técnicas rehabilitadoras que pueden utilizarse en un paciente con EP, describir las técnicas y procedimientos de Medicina Bioenergética que se pueden emplear en dicha enfermedad, argumentar el empleo de la Homeopatía y la Terapia Floral como procedimientos médicos que evalúan holísticamente al paciente con EP.

DESARROLLO

La posibilidad de un paciente y de su médico para eliminar la discapacidad causada por una enfermedad crónica depende de la capacidad residual del paciente para su adaptación fisiológica y psicológica. Es necesario efectuar una evaluación de las capacidades residuales del paciente sobre las cuales trabajar la alteración para eliminar la discapacidad. ¹⁶

La rehabilitación de cualquier enfermedad debe ser realizada de forma integral, ya que un paciente no es sólo un órgano, un miembro o parte de un miembro, por tanto, el paciente en proceso de rehabilitación debe ser valorado de forma holística por un equipo multidisciplinario cuyo líder indiscutiblemente es el fisiatra. A esto no escapa la EP, donde el fundamento de su terapia rehabilitadora es su aplicación precoz y mantener el tratamiento durante toda la vida.

Es por eso que en nuestro país se ha creado un programa de rehabilitación en dicha enfermedad que está destinado a corregir la postura para mantener una buena posición, mantener o aumentar la resistencia, la ambulación y las funciones de las manos, el entrenamiento de la marcha, los ejercicios respiratorios como mecanismo auxiliar para mejorar la circulación sanguínea y la movilidad torácica.

Pero para tratar la EP, es necesario tener en cuenta la clasificación por estadios atendiendo al grado de su evolución (la escala de Höech y Yahr). Así se podrá garantizar y facilitar eficiencia en el tratamiento.

Estadio 1 (leve): síntomas característicos, cambio en la postura, aparece el temblor en reposo, su inicio comienza por la zona distal de un lado del cuerpo.

Estadio 2 (moderado): aparece la hipocinesia con movimientos mucho más lentos, parpadeos, gestos expresivos con manos, se ven disminuidos los movimientos de ajuste postural.

Estadio 3 (moderado severo): movimientos más lentos en general y disminución de la actividad motora, con frecuencia hay dificultad o demora para iniciar los movimientos.

Estadio 4 (severo): hay significativa incapacidad o invalidismo. No es capaz de virarse solo, no hay incremento del temblor; sin embargo la rigidez y la hipocinesia aumenta considerablemente.

Estadio 5 (invalidismo total): si logra sobrevivir lo suficiente llega a alcanzar el estadio de completo invalidismo. Se mantiene confinado a la cama o silla con una severa hipocinesia y rigidez.

Los pilares del tratamiento rehabilitador en la EP son: ¹⁷

- Ejercicios de mímica facial.
- Fisioterapia respiratoria.
- Corrección postural frente al espejo.
- Ejercicios de relajación.
- Ejercicios de independencia.
- Entrenamiento de la marcha.
- Tratamiento logopedia.
- Terapia ocupacional.

Antes de iniciar cualquier sesión de tratamiento debe informarse del mismo al paciente para conseguir su colaboración. Se harán estimulaciones táctiles, sonoras y visuales de gran intensidad evitando siempre fatigar al enfermo.

Los ejercicios deben ser amplios, rítmicos, repetitivos, con amplitud de movimientos, rápidos y realizando movimientos conjuntos. Esto se debe a que estos pacientes pierden los automatismos necesarios para realizar movimientos, se hacen lentos y con pérdida del ritmo adecuado para su realización.

Los movimientos pueden ser activos (empleando el máximo de potencialidades del paciente y orientados hacia un fin preciso) o pasivos (pacientes rígidos o estados muy avanzados).

La sesión de rehabilitación debe comenzar con un acondicionamiento general, donde se combinen los medios para la relajación y la disminución de la hipocinesia (masoterapia, movilizaciones pasivas y activas, ejercicios respiratorios y ejercicios para el calentamiento general del organismo).

En la parte principal de la sesión se trabajarán los medios que estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos centrales de la etapa. Se ordenarán lógicamente y fisiológicamente, ubicando primero, las actividades de menor intensidad y mayor coordinación o precisión, luego, las que estén dirigidas a la implantación de patrones técnicos, y por último, las de mayor intensidad como los ejercicios para fuerza y resistencia, como por ejemplo, ejercicios posturales, para el equilibrio, para la coordinación, para el ritmo, para la marcha, ejercicios deportivos, juegos o ejercicios con aparatos (dirigidos al desarrollo de la fuerza y la resistencia general), en ese orden.

La sesión de rehabilitación no debe terminar sin la adecuada realización de ejercicios dirigidos a la recuperación y la relajación del organismo del paciente.

Los primeros días de la rehabilitación física, se dedicarán a la preparación física y psíquica general del paciente. Se deben hacer pausas recuperadoras entre actividades, ya que la fatiga tiende a aparecer rápidamente. No es conveniente hacer demandas de esfuerzos que provoquen el agotamiento del paciente, exacerbando los síntomas de la enfermedad y produciendo rechazo al tratamiento.

Al paciente se le debe exigir solamente el esfuerzo que realmente es capaz de realizar en correspondencia con su estado general, y estimularlo para que ejecute las actividades, pero nunca más allá de sus posibilidades objetivas. De esta forma se garantizará una mejor disposición hacia la sesión de rehabilitación siguiente y se obtendrán resultados positivos y progresivos más sólidos.

Los medios y métodos que se emplearán con los pacientes que presentan la enfermedad de Parkinson, son amplios y variados, en correspondencia con las múltiples dificultades que estos presentan. Es conveniente, para motivar a los

pacientes, mantener una adecuada organización de los medios, graduando, desde los más simples, hasta los más complejos.¹⁸

- Los ejercicios de la mímica facial ayudan al paciente a disminuir la bradicinesia y la rigidez, permitiéndole mejor expresión y modulación del lenguaje.

- Los ejercicios respiratorios permitirán mejorar la función respiratoria, aumentar la amplitud torácica y flexibilizar las articulaciones costovertebrales para lograr una mayor capacidad vital. Se realizarán movimientos lentos y rítmicos, combinando inspiraciones y espiraciones profundas.

- La corrección postural y del equilibrio frente al espejo irán dirigidos a la corrección de alteraciones de la postura y las retracciones tendinosas que a menudo se presentan, así como, para mejorar la estabilidad estática y dinámica de los pacientes.

- Los ejercicios de relajación ayudan a disminuir el nivel de ansiedad, a mejorar el temblor y la rigidez muscular.

- Los ejercicios de independencia y la terapia ocupacional permiten al paciente crear automatismos de patrones perdidos y conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria.

- En el entrenamiento de la marcha es importante desarrollar los ejercicios con una secuencia lógica, partiendo del fortalecimiento y flexibilización de las estructuras osteomioarticulares de las extremidades afectadas, se deben integrar todos los elementos de la misma, como el equilibrio, coordinación, el ritmo y los giros.

- El tratamiento de logopedia es necesario para conseguir la adecuada comunicación del paciente.

Conjuntamente con los procedimientos de rehabilitación, al paciente con EP se le pueden aplicar procederes de Medicina Tradicional Asiática como es la Acupuntura y sus técnicas afines (moxibustión, ventosas, masaje así como los microsistemas) la cual permite luego de la realización de un diagnóstico bioenergético profundo el desbloqueo de canales y la influencia directa sobre el cerebro y otras zonas del cuerpo a través de puntos específicos como es el de Vesícula biliar 39 - punto de reunión del cerebro y la médula espinal - o el de vesícula biliar 34 - punto de reunión de los tendones y músculos - con un gran efecto positivo en los pacientes que sufren de contracturas musculares, rigideces y parestesias.¹⁹

En el caso de los microsistemas, el de oreja y el de pie son los más utilizados, y permiten actuar directamente sobre el órgano afectado ya que son una replica holográfica de la totalidad del cuerpo. Se logra además un alto grado de sedación y relajación del paciente.²⁰ Estos microsistemas permiten también realizar un adecuado diagnóstico de las zonas u órganos afectados a través de los hallazgos que la visualización y la exploración ofrecen.

En la oreja, signos como palidez, descamación, eritema, microvárices y nódulos, en el pie, calcificaciones o callosidades, alertan de los bloqueos energéticos presentes en estos pacientes.^{21, 22} Los puntos auriculares que con mayor frecuencia son utilizados en esta enfermedad son: Shenmen, que muestra elevada acción sedante y es capaz de potencializar la acción del resto de los puntos, cerebro y subcortex que actúan directamente sobre el órgano que le da el nombre. La sedación se consigue en este caso con puntos como corazón, ansiolítico y neurastenia.²³ Otros puntos pueden ser utilizados pero siempre observando el diagnóstico energético estricto del paciente.²⁴

En el caso de la reflexología podal, un masaje general y superficial del pie permite lograr una sedación adecuada, para luego entrar directamente a estimular los puntos previamente seleccionados teniendo en cuenta los hallazgos de la exploración diagnóstica. Puntos como cerebro, hipófisis, corazón, riñón, vesícula biliar y plexo solar son los más recomendados por la acción que ejercen sobre las zonas correspondientes del cuerpo.^{25, 26}

La moxibustión – directa o indirecta – tonifica los meridianos desbloqueándolos y ayuda a extraer la humedad, el frío y el viento y la ventosa por su parte ayuda a la libre circulación de la energía a través de los canales de acupuntura.²¹

Como complemento de todas estas técnicas que se utilizan a favor de la rehabilitación del paciente con EP debieran ser valoradas la homeopatía y la terapia floral, ya que logran su efecto a través del sistema energético del paciente.

La homeopatía consigue profundizar en el paciente desde el punto de vista físico, funcional y psico-espiritual del paciente, a través de remedios altamente diluidos y dinamizados. Estos, por resonancia, armonizan el sistema inmunológico despertando los mecanismos autocurativos del cuerpo, de forma tal, que en muchos casos la curación y en otros el alivio y control del paciente, se logra de forma rápida, suave y duradera.²⁷ Por otro lado la homeopatía abarca un diagnóstico miasmático que permite abarcar la historia familiar y genética del paciente.

La forma de prescripción de la homeopatía es la que aplica la ley de los semejantes – lo similar, cura lo similar – y se consigue con la búsqueda del remedio simillimum – aquel que abarca casi la totalidad sintomática del paciente–.^{27, 28} La modalización de los síntomas es obligada a la hora de encontrar este remedio.

De forma aguda pueden ser utilizados remedios como:²⁹

Baryta carbónica: donde predomina la rigidez y la lentitud al realizar los movimientos; existe deterioro intelectual, deambulación lenta, a pequeños pasos e inexpresividad facial.

Gelsemium sempervirens: predominan los temblores en reposo, puede afectar a todas las extremidades o solo a alguna, parálisis incompleta, agitación emocional, descoordinación motriz, espasmos, lentitud al hablar.

Otros medicamentos pudieran ser empleados: Arsenicum album si existe marcada ansiedad; Ignatia amara, si por el contrario el paciente se muestra muy deprimido; Causticum si lo predominante del cuadro clínico son las rigideces y las parálisis, pero lo ideal es buscar el remedio constitucional o de fondo del paciente. Ese remedio que es la expresión máxima de la individualidad del mismo y que lo caracteriza de forma única.³⁰

Por su parte, la terapia floral es la terapéutica que con mayor eficacia consigue modular los aspectos psíquicos y espirituales del enfermo. Remedios como el Mímulus cuya acción se desarrolla en la persona que sufre miedo de origen conocido (tan común en estos pacientes). Cerato actúa cuando existe falta de confianza en sí mismo; Gentian para los estados depresivos de causa conocida; Gorse para los estados de desesperanza, cuando se piensa que ya no hay más que hacer; Wild Rose para los estados de resignación y apatía, Larch para los sentimientos de inferioridad, y el anticipo al fracaso. Son remedios que ayudan de forma satisfactoria a la rehabilitación del paciente con EP ya que los mismos sufren todo un conjunto de síntomas emocionales muy difíciles de controlar y que entorpecen el normal curso de su tratamiento rehabilitador ya que disminuyen de forma dramática su cooperación.

La EP es una enfermedad crónica, que incluye una amplia gama de síntomas por lo que su control terapéutico y rehabilitador debe ser abordado de forma precoz, holística y de por vida, luchando por conseguir el validismo del paciente y su integración social de forma completa y plena porque reconocida es la importancia que tiene para toda persona mantener en su vida un grado adecuado de autonomía personal y su ausencia afecta enormemente el bienestar integral, no solo del discapacitado, sino también de quienes la rodean.³¹

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta lo expuesto se propone que el tratamiento del paciente con enfermedad de Parkinson se inicie de forma precoz y debe mantenerse durante toda la vida. Debe abordarse de manera integradora, donde se incluyan técnicas y procedimientos de Medicina Natural y Tradicional que complementen holísticamente dicho manejo y abarquen la esfera psicológica y bioenergética del mismo.

La homeopatía, la terapia floral y la Acupuntura deben usarse de manera sistemática en el abordaje terapéutico de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca R, Smith V, Paz E, Losada J, Pérez HM, Serret B. Temas de Medicina Interna. T2. 3ra ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1986. p 283-89.
2. Enfermedad de Parkinson. Disponible en: <http://Wikipedia.org>
3. Enfermedad de Parkinson. Una guía para el paciente, la familia y el médico. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 2005. p 32.
4. Stein JH. Internal Medicine. Fourth ed. USA: Mosby; 1994. p 1065 - 74.
5. Rodríguez A. Neuropsicología de la enfermedad de Parkinson. España: Asociación Parkinson Madrid; 2003.
6. Frederic J, Kottke FF, Lehmann K. Medicina Física y Rehabilitación 4ed. T 3: Editorial Panamericana. 2001.
7. Kulisevsky BJ, Agular BM. Enfermedad de Parkinson. Guía terapéutica de la sociedad Catalana de Neurología. Santa Creui: Servicio de Neurología; Hospital de la Santa Creui. Sant Pau; 2006. p 40.
8. Poewe WH, Wenning GK. The Natural History of Parkinson Disease. Neurology 2006; 47 (3): 161- 170.
9. Alvarez R. Temas de Medicina General Integral. Vol. 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p 917 - 21.
10. Litvan I. Nuevas perspectivas en la Enfermedad de Parkinson. Rev Neurología 2006; 29 (2): 139-141.
11. Enfermedad de Parkinson. (serie en Internet) (aprox. 3p) citado 15 Marzo 2008. Disponible en: <http://www.abctusalud.com>
12. Rigol RO, Pérez Carballás, Perea CC, Fernández SJ, Fernández MJE. La Habana: MINSAP; Medicina General Integral. T 5. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 2001, p 194-99.
13. Teravainen H, Calne DB. Action tremor in Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1980; 43:257-263.
14. Llanio R. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. T II. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1982. p 825-26.
15. Evers S, Oblandem M. Epidemiology and rehabilitation therapy in Parkinson disease in patients with fall in homes. Z Gerontol 2004; 27(4): 270-5.

16. Marsden CD, Hallet M, Fahn S. The nosology and pathophysiology of myoclonus. In: Marsden CD, Fahn S, editors: Movement disorders. London: Butterworth scientific; 2003.
17. González MR. Parkinson. Tratado de rehabilitación médica. Barcelona: Editorial científico- Médica; 2006. p 69.
18. Marsden CD. Parkinson`s disease. Lancet, 1999; p 335: 948.
19. Kottke F, Fustus F, Krusen L. Medicina Física y Rehabilitación. T 2. 4ta ed. Editorial Panamericana; p 1-2.
20. MINSAP. Programa Nacional de la Enfermedad de Parkinson. La Habana: MINSAP. 2004.
21. Deng L, Yijun G, Shuhui H, Xiaoping J, Yang L, Rufen W. Chinese Acupuncture and Moxibustion. Beijing: Foreign Languages Press; 1987. p 491-512.
22. Alan R. Los Sistemas de Micro-Acupuntura. T1. North Miami Beach: Dialectic Publishing; 1976.
23. Navarro A. Academia de Naturopatía Integral e Higienismo. Curso Profesional de Auriculoterapia. T 1. Pentalfa; Primera Edición.1994. p 32-3
24. Acosta BJ, Mir N, González A, Mollet A, Rivas R. Auriculoterapia. Texto de Aprendizaje. Ambato. Ecuador: Graciela Castillo; 1995.
25. Wataru O. Cómo leer el cuerpo. Manual de diagnóstico oriental. EU: Urano. 1985. p 161-75.
26. Simeone M. Atlante illustrato di Riflessologia Podalica Olistica. Italia: Lumen edizioni; 2004. p 75-78.
27. A. M. H. A. Tratado de Doctrina Médica Homeopática. Argentina: Editorial A. M. H. A; 1994. p 15-25.
28. Álvarez AV. Filosofía y Tipología Homeopáticas. Colombia: Escuela de Medicina Homeopática de Colombia; 1983. p 55- 60.
29. Weimar J. Homeopatía. Editorial de Vecchi. 2000. p 124- 25.
30. Boericke W. Manual de bolsillo de Materia Médica Homeopática. India. B Jain Publishers PVT LTD 1989;10:49, 70.
31. Martínez F. El paciente adulto con discapacidad. En: CIESS: El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIESS, 2005. p 143-52.

Recibido: 3 de septiembre de 2008

Aprobado: 28 de enero de 2009

Dra. Belkis Barranco Peregrino. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey, Cuba. *E-mail:* bbperegrino@iscmc.cmw.sld.cu