

*Depresión y Homeopatía. Una Alternativa de Tratamiento

**Emma del Carmen Macías Cortés

PALABRAS CLAVE:

Depresión, Trastorno depresivo mayor, Homeopatía y depresión, Desórdenes afectivos, Ansiedad.

*Artículo publicado originalmente en los números 640, 641, 642 y 646 de **La Homeopatía de México**, correspondientes a los bimestres enero-febrero, marzo-abril y mayo-junio de 2006, así como enero-febrero de 2007.

**Médico Cirujano y Homeópata egresada de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (ENMH) del Instituto Politécnico Nacional. Diplomada en Homeopatía por el Instituto Médico Homeopático de México. Doctor en Ciencias (Investigación en Medicina Clínica), por la Escuela Superior de Medicina (IPN). Profesora de Terapéutica Homeopática en la ENMH (2000-2005). Comisionada del Hospital Nacional Homeopático de la Secretaría de Salud para iniciar el consultorio de Homeopatía en el Hospital Juárez de México, de 2004 a la fecha.

Análisis estadístico: Beatriz Gamiz Casarrubias, catedrática de la ENMH (IPN).

Resumen

La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población y una de las principales causas de discapacidad en el orbe, lo que se demuestra claramente con la información oficial de la Organización Mundial de la Salud, la cual señala que la enfermedad es parte de la vida de más de 350 millones de personas en todo el mundo (datos actualizados al año 2014).

La falta de profesionales de la salud, sobre todo quienes son responsables de ofrecer la atención primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras para que la población reciba un tratamiento eficiente. De allí la importancia de la hipótesis de este trabajo, publicado originalmente en *La Homeopatía de México* entre enero de 2006 y enero de 2007, que señala: “la Homeopatía sí es una alternativa de tratamiento integral para este tipo de pacientes, ya que toma en cuenta tanto la sintomatología mental como física para su prescripción, luego entonces constituye una opción de tratamiento para pacientes con síntomas de depresión, lo que redundaría en un gran beneficio para la población”.

Abstract

Depression is the mind disorder that most affects the population and its one of the leading causes of disability in the world, which is clearly demonstrated by the official information from the World Health Organization, who states that this disease is part of the life of over 350 million people worldwide (updated to 2014 data).

The lack of health professionals, particularly those who are responsible for providing primary care, and the social stigma associated with mental disorders, are some of the obstacles for people to get an efficient treatment. Hence the importance of the hypothesis of this work, originally published in “Homeopatía de

KEYWORDS:

Depression, Major Depressive Disorder, Homeopathy and depression, Affective disorders, Anxiety.

México” between January 2006 and January 2007, which states: “Homeopathy itself is an alternative comprehensive treatment for this type of patients because it considers both mental and physical symptoms for their prescription, then so, is a treatment option for patients with symptoms of depression, which would result in a great benefit to the population”.

Antecedentes

Numerosos textos antiguos contienen descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos de ánimo. La historia del rey Saúl en el *Antiguo Testamento* y la del suicidio de Ajax en la *Iliada* de Homero, utilizaron los términos “manía” y “melancolía” para describir trastornos mentales. Cerca del año 30 d. C., el médico romano Cornelius Celsus describió el concepto de melancolía utilizado por los griegos.

En 1854 Jules Falret describió de forma cíclica estados depresivos y maníacos. En 1899, Kraepelin definió una psicosis maniaco depresiva, que actualmente se define como trastorno bipolar¹. Ya en años más recientes, el trastorno depresivo fue descrito en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en sus ediciones DSM-III y DSM-IV*.

La sociedad está empezando a reconocer a la depresión como un problema importante de salud pública. En Estados Unidos se están realizando programas que buscan atender este problema (Regier y colaboradores, 1988), al igual que en la Gran Bretaña (Paykel y Priest, 1992). A menudo se subestima el impacto de la depresión tanto en términos de sufrimiento personal como en el de la carga económica sobre el sistema de salud y la comunidad.

La depresión es un trastorno común, extenuante, y con grandes posibilidades de tratamiento (Weissman, 1987; Reiger y colaboradores, 1988). En Estados Unidos las encuestas resultan en una tasa de prevalencia del 17%.

En nuestro país, un estudio reciente (Caraveo y colaboradores, 1999) muestra que la prevalencia de los trastornos depresivos es de 12%. La depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los

hombres. El riesgo de esta enfermedad aumenta de dos a tres veces cuando existe una historia familiar de depresión (Weissman, 1987)².

Marco de referencia

Las dos clasificaciones más ampliamente aceptadas por la comunidad médica internacional son: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el DSM-IV. De acuerdo a la CIE-10, un episodio depresivo típico se caracteriza tanto en los casos leves como en los moderados o graves por: decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Deterioro de la capacidad de disfrutar lo que antes generaba placer, reducción del interés y la concentración, con cansancio, sueño perturbado, disminución del apetito y la autoestima, así como falta de confianza en sí mismo e ideas de culpa o inutilidad. El decaimiento del ánimo varía de un día al siguiente, no concuerda con las circunstancias y se acompaña de síntomas somáticos, retraso psicomotor, pérdida de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

En el DSM-IV³, los trastornos del estado de ánimo están divididos en: trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos se distinguen de los bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares implican la presencia de episodios maníacos, mixtos, o hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores.

*Nota del editor: a la fecha, la edición vigente es la quinta o DSM-5, publicada el 18 de mayo de 2013; en ella también se dedica una sección a los trastornos depresivos. Como podrá apreciar el lector, el texto remite a conceptos de la edición DSM-IV del manual, pero ello no demerita los planteamientos ni las conclusiones de la investigación.

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo o con síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por:

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: a) estado de ánimo deprimido y/o b) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según lo refieren el propio sujeto o los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen dietético, o bien, aumento de peso, un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes o la pérdida o aumento de apetito casi cada día. En los niños hay que valorar el fracaso en lograr aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente

sin un plan específico o una tentación de suicidio o un plan específico de suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido); los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

En la historia natural de la depresión⁴ hay grandes variaciones en la presentación clínica y evolución. Puede ocurrir en cualquier edad, pero el promedio es entre los 30 y 40 años. Cuanto más temprana sea la edad de inicio, más probable es que haya recurrencias. Los síntomas se desarrollan de manera gradual durante muchos meses o de manera más drástica durante un período más breve, en muchos casos después de una pérdida importante o una crisis. Si no se aplica tratamiento, el episodio depresivo puede resolverse de manera espontánea durante un período de semanas o meses, o volverse crónico y conservarse sin cambios durante años. La duración promedio de los casos tratados es aproximadamente de 20 semanas. El riesgo de recaída después de la recuperación es elevado durante un período breve. Casi el 25% de los casos recae en un plazo de 12 semanas. La depresión representa un factor de mayor riesgo para el desarrollo de padecimientos cardiovasculares y muerte por infarto al miocardio.

Dentro de los factores asociados a la depresión, existen estudios genéticos y los que se han hecho sobre los efectos de los antidepresivos, que concluyen que la mayor parte de los casos de depresión mayor recurrente tiene cierta base biológica. Esto no significa que no estén implicados los factores psicológicos en la formación de síntomas. Se ha demostrado que el riesgo entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión mayor es aproximadamente dos a tres veces el riesgo de la población general. Se supone que hay alteraciones de la regulación de los sistemas neurotransmisores como noradrenalina y serotonina⁵.

Aunque el estrés psicosocial puede desempeñar una función en la presentación de un episodio depresivo, los estudios recientes indican que como tales, los factores ambientales no producen crisis depresivas graves. Sin embargo, algunos autores señalan que los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial o primario en la depresión. Otros sugieren que estos acontecimientos tienen sólo un papel relativo en el inicio y en la temporalización del trastorno.

Existen datos que indican que el acontecimiento vital más frecuentemente asociado al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. El factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de un episodio depresivo es la pérdida de un cónyuge. Además, se ha recalcado la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.

Actualmente existe una diversidad de medicamentos alopáticos para el tratamiento de la depresión, teniendo mayor éxito si se combina con psicoterapia. Sin embargo, existen otras técnicas terapéuticas que pueden utilizarse para tratar la depresión. Una de ellas es la Homeopatía, cuyos principios fueron descubiertos por el médico alemán Samuel Hahnemann en el siglo XVIII, después de que este gran estudioso hizo un exhaustivo análisis del pensamiento de los grandes médicos de la antigüedad hasta aquéllos que vivieron en los siglos XVI y XVII. La Homeopatía se basa en los siguientes aspectos:

I. Existe un dinamismo vital que anima al organismo y conserva a todas sus partes en equilibrio, tanto en lo que respecta a las sensaciones como a las funciones, para que el hombre pueda alcanzar los más altos fines de su existencia (parágrafo 9, *Organon*)⁶.

II. El concepto de salud implica, por tanto, el equilibrio dinámico del organismo, tanto en el plano físico como en el emocional, el social, el afectivo, el intelectual. En la enfermedad se encuentra el desequilibrio también en estos planos, y son los síntomas los que nos expresan el desajuste y sólo con base en ellos podemos sustentar la prescripción homeopática (parágrafo 18, *Organon*).

III. En Homeopatía, el concepto de salud y enfermedad forzosamente nos lleva a recordar al hombre como una **unidad**; se le puede reconocer por partes, pero nunca se debe olvidar que es una unidad psicoanímica, social y orgánica.

IV. La existencia humana es única e irreproducible. Luego entonces, al haber un desequilibrio en el organismo, la manifestación de los síntomas y signos revela la manera particular y única del paciente de sufrir su enfermedad⁷. La medicina convencional busca diagnosticar enfermedades para poder dirigir la terapéutica. La Homeopatía, en cambio, observa en el enfermo la forma peculiar de manifestar sus síntomas (individualidad morbosa) y busca prescribir un medicamento que durante la experimentación pura haya provocado los signos y síntomas peculiares semejantes a los que el enfermo presenta, lo que se conoce como individualidad medicamentosa y ley de semejantes (parágrafos 20-22, *Organon*). El enfermo recibirá la dosis mínima conveniente para recuperar la salud de manera pronta, suave y duradera (parágrafo 2, *Organon*).

V. Los medicamentos homeopáticos son experimentados en el organismo relativamente sano y los signos y síntomas son recopilados, junto con datos obtenidos de otras fuentes (como de la toxicología), en patogenesias. En estas patogenesias se encuentran de manera ordenada todos los datos referentes al medicamento, incluyendo el origen, datos generales, acción, y **síntomas mentales**, generales, y orgánicos⁸. Es decir, que leyendo la patogenesia del medicamento se obtiene información sobre los síntomas **peculiares** que produce dicho medicamento y, por tanto, lo que cura si se administra de acuerdo al principio de semejanza en un enfermo que presente síntomas similares a los del medicamento.

VI. El médico homeópata realiza un estudio minucioso del enfermo (parágrafos 83-104, *Organon*) y elabora una historia clínica, enfatizando no sólo la sintomatología física sino también averiguando cuidadosamente cómo vive el enfermo y cómo se relaciona en su medio familiar, laboral y social; cuáles son sus sentimientos y sus conductas, cómo ha sido la historia de su vida y qué sucesos han sido importantes desde su nacimiento hasta el momento actual, cómo le han afectado y qué reacciones ha tenido.

VII. La Homeopatía clasifica los síntomas en: mentales, generales y particulares⁹. Los síntomas mentales son los que tienen mayor jerarquía. Esto significa que al momento de seleccionar el medicamento a prescribir, los síntomas mentales característicos del paciente serán la guía en la elección del medicamento. Los síntomas mentales, a su vez, incluyen síntomas de la esfera afectiva, del intelecto y de la voluntad¹⁰.

VIII. Independientemente del diagnóstico de cada paciente, será la forma **única y peculiar** de expresar sus síntomas la que guiará la prescripción. En el caso del trastorno depresivo, a pesar de ser un diagnóstico común a muchos pacientes, el medicamento homeopático será elegido con base en la individualidad, es decir, después de un interrogatorio minucioso en el que se investiga detalladamente cómo es, por ejemplo, su tristeza, qué la provoca, qué la mejora o empeora, con qué se acompaña, si se presenta todos los días o sólo a veces, etcétera. De igual manera, en las consultas subsiguientes, el médico homeópata pregunta cómo ha sido la evolución de cada uno de los síntomas por los que acudió, si ha mejorado, sigue igual o empeoró.

Planteamiento del problema

La depresión, como se ha revisado, constituye un problema de salud pública que va en incremento, siendo en ocasiones difícil que los individuos acepten ayuda psiquiátrica y que tomen los medicamentos de manera adecuada. ¿Es la Homeopatía una alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento de los síntomas de la depresión?

Justificación

Aunque la depresión tiene grandes posibilidades de tratamiento no siempre es diagnosticada¹¹, lo que obstaculiza los esfuerzos para evitar las consecuencias económicas, sociales y familiares que provoca. Se ha estimado que aproximadamente la mitad de las personas que sufren depresión no buscan tratamiento (Regier y colaboradores, 1988), y que la depresión no se diagnostica en el 50% de los pacientes que sí buscan ayuda (Goldberg y Huxley, 1980; Freeling y colaboradores, 1985). La depresión puede causar pérdidas económicas importantes por ausentismo e incapacidad durante el trabajo. Al respecto, se ha reportado que en Estados Unidos el costo de la depresión para el sector empresarial es de 24 mil millones de dólares cada año¹².

Los pacientes generalmente no acuden al psiquiatra o psicólogo de primera intención. Habitualmente buscan ayuda de su médico de confianza para

atenderse de diversos síntomas que rara vez incluyen depresión. Según estudios recientes, una de cada cuatro personas en Estados Unidos utiliza medicina complementaria y alternativa¹³ (Cauffield, 2000). Los usuarios de la medicina complementaria y alternativa (MCA) generalmente tienen condiciones médicas que no pueden tratarse tan fácilmente con la medicina moderna, como las referentes a la salud mental.

Otros estudios indican que la integración de la MCA a la práctica de la salud mental puede tener resultados promisorios para incrementar la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud mental (Collinge y colaboradores, 2005)^{14, 15}. Sin embargo, también se han encontrado revisiones sobre la necesidad de realizar mayor investigación sobre la eficacia de la MCA para el tratamiento de la depresión (Ernst y colaboradores, 1998)¹⁶.

La Homeopatía, que popularmente se ha incluido como parte de la medicina alternativa, es cada vez más una opción terapéutica que la población general de nuestro país busca por su efectividad, bajo costo y ausencia de efectos colaterales indeseados.

El médico homeópata es consultado por una sintomatología diversa que, al integrar el diagnóstico, podemos determinar como trastornos depresivos. Esto puede constituir una alternativa importante para la detección y tratamiento de pacientes depresivos, que pueden ser manejados de manera integral tomando en cuenta tanto su sintomatología mental como física, lo que resultaría muy beneficioso tanto en el ambiente económico como en los rubros laboral, social y familiar. Reportes de estudios recientes señalan que la Homeopatía puede ser útil en el tratamiento de desórdenes afectivos y de ansiedad en pacientes con síntomas moderados o severos (Davidson y colaboradores, 1997)¹⁷. También se tienen reportes que muestran que la MCA puede ser más aceptable para el tratamiento de la depresión postparto que los tratamientos médicos convencionales (Mantle, 2002; Weier y colaboradores, 2004)^{18, 19}.

Objetivo

Determinar si el tratamiento homeopático es eficaz para aliviar síntomas de depresión, en pacientes que asistieron a consulta médica en el consultorio que se instaló en el Hospital Juárez de México, como parte del programa piloto para la incorporación de la Homeopatía en los hospitales generales de referencia de la Secretaría de Salud.

Hipótesis

La Homeopatía sí es una alternativa de tratamiento integral para los pacientes, ya que toma en cuenta tanto la sintomatología mental como física para su prescripción, luego entonces constituye una opción de tratamiento para pacientes con síntomas de depresión, lo que redundaría en un gran beneficio para la población.

Diseño y metodología

Se realizó una investigación de tipo descriptivo y retrospectivo, que especifica las propiedades de una población a través de variables que se miden independientemente, para poder describir la eficacia del tratamiento homeopático con un diseño no experimental —porque no se manipulan las variables— y de tipo transeccional correlacional al describir la relación entre las variables.

Se seleccionaron las historias clínicas de 28 pacientes que presentaban síntomas que cubren los criterios del DSM-IV para trastorno depresivo. De los 28 pacientes, 27 correspondieron al sexo femenino (96%) y uno al sexo masculino (4%). Las edades fluctuaron entre 13 y 80 años, con una edad promedio de 34 años. Los pacientes acudieron a consulta médica general en el módulo de Homeopatía del Hospital Juárez de México, donde se instaló uno de los consultorios del proyecto piloto para instaurar la terapéutica homeopática en los hospitales generales pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Los pacientes fueron entrevistados en un período comprendido entre el mes de julio de 2004 y el mes de julio de 2005, teniendo como mínimo dos entrevistas y como máximo siete. Se les realizó una historia clínica completa incluyendo el interrogatorio de los síntomas mentales, mediante una entrevista que incluyó las siguientes variables:

1. Ánimo triste.
2. Pérdida de interés por sus actividades.
3. Alteraciones en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnias).
4. Llanto.
5. Alteraciones en el apetito (aumento o disminución).
6. Disminución de libido.
7. Resentimiento.
8. Irritabilidad.

9. Sentimiento de inutilidad, culpa, minusvalía o baja autoestima.
10. Pensamientos de muerte e ideación suicida.
11. Disminución para la capacidad de concentrarse.
12. Fatiga, cansancio.

Para cada una de estas variables se tomó en cuenta:

1. Cuándo inició.
2. Duración.
3. Cuántos días de la semana lo presenta.
4. Si persiste durante todo el día.
5. Cómo lo manifiesta.
6. Qué circunstancias lo mejoran y lo empeoran.
7. Síntomas concomitantes que acompañan al síntoma principal.
8. Afectación en el ámbito social, laboral y familiar.

En las consultas subsecuentes se volvió a valorar cada una de estas variables, preguntando si existía mejoría total, parcial, o si persistía la misma situación.

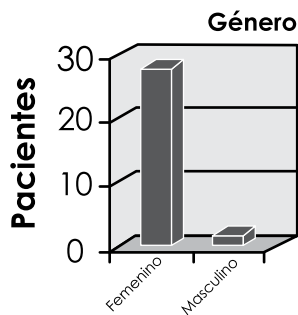
Los medicamentos fueron elegidos de acuerdo a la siguiente sintomatología^{20, 21}:

- Natrum muriaticum.
- Sepia officinalis.
- Pulsatilla nigricans.
- Ignatia amara.
- Lycopodium clavatum.
- Nux vomica.
- Calcarea carbonica.

Resultados

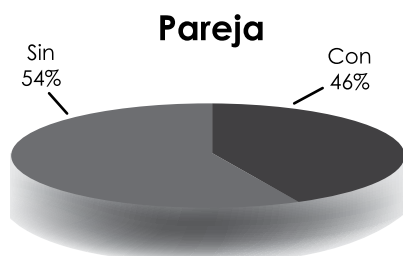
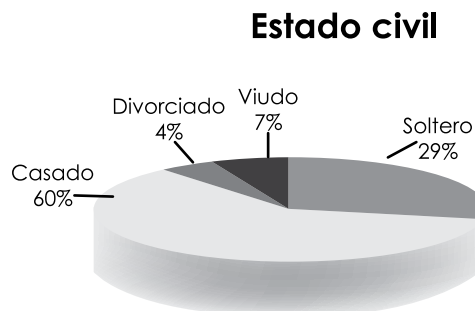
De los 28 pacientes contemplados en el presente estudio se tiene un promedio de edad de 41.25 años, con una edad mínima de 13 años y máxima de 80. La edad que se presentó con mayor frecuencia (moda) fue 32 años. De los 28 pacientes, 27 corresponden al sexo femenino (96.4%) y sólo uno fue masculino (3.6%). En cuanto a su estado civil, la mayoría se encontraba en matrimonio (60.7%); solteros fueron 28.6%, divorciados 3.6% y viudos solo 7.1%. Independientemente de su estado civil, 46.4% tenía pareja y 53.6% no contaba con pareja.

Edad	
Total pacientes	28
Promedio de edad	41.25
Moda	32
Desviación estándar	15.55
Valor mínimo	13
Valor máximo	80



Género	Frecuencia	%
Femenino	27	96.4
Masculino	1	3.6
Total	28	100

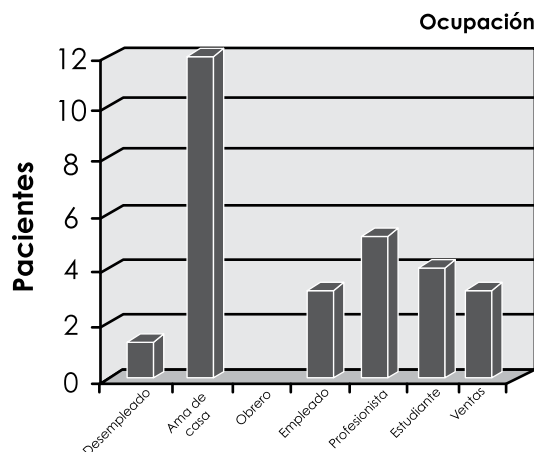
Edo. civil	Frecuencia	%
Soltero	8	28.6
Casado	17	60.7
Divorciado	1	3.6
Viudo	2	7.1
Total	28	100



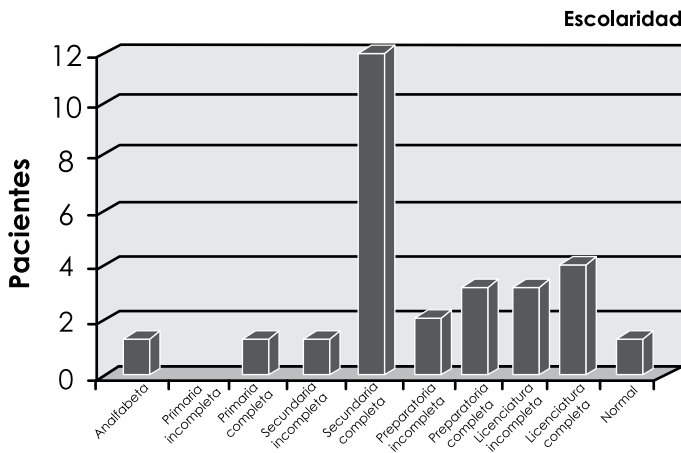
Pareja	Frecuencia	%
Con	13	46.4
Sin	15	53.6
Total	28	100

Con respecto a la ocupación, el mayor porcentaje corresponde a las amas de casa (42.9%), seguido de los profesionistas con 17.9%. Por el contrario, los desempleados tienen un 3.6%.

Ocupación	Frecuencia	%
Desempleado	1	3.6
Ama casa	12	42.9
Obrero	0	0
Empleado	3	10.7
Profesionista	5	17.9
Estudiante	4	14.3
Ventas	2	10.7
Total	28	100



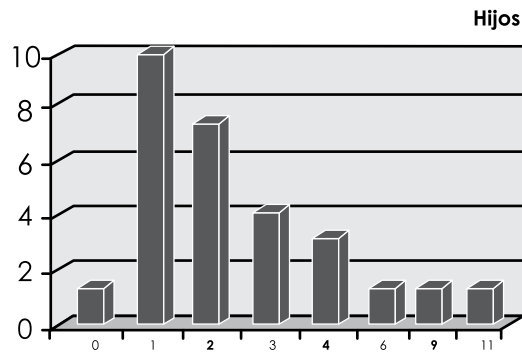
El 42.9% de los pacientes tiene la educación secundaria concluida, el 14.3% tiene licenciatura completa, el 10.7% tiene licenciatura incompleta o preparatoria terminada. Sólo el 3.6% es analfabeta.



Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	1	3.6
Primaria incompleta	0	0
Primaria completa	1	3.6
Secundaria incompleta	1	3.6
Secundaria completa	12	42.9
Preparatoria incompleta	2	7.1
Preparatoria completa	3	10.7
Licenciatura incompleta	3	10.7
Licenciatura completa	4	14.3
Normal	1	3.6
Total	28	100

Hijos	
Sin hijos	10
1	1
2	7
3	4
4	3
6	1
9	1
11	1
Total	28
Valor mínimo	0
Valor máximo	11
Promedio	2.41
Desviación estándar	2.47

El promedio en el número de hijos fue de 2.41 hijos por paciente, teniendo un mínimo de 0 y máximo de 11 hijos.



Dentro de los antecedentes heredofamiliares se encontró que, de los 28 pacientes depresivos, 20 (71.4%) tenían antecedentes de enfermedades cardiovasculares, seguidos de diabetes *mellitus* con 18 pacientes (64.3%); en tercer lugar aparecen las enfermedades reumatológicas, con 10 pacientes (35.7%); 6 personas (28.6%) tenían algún familiar con alcoholismo, y sólo 4 (14.3%) tenían la certeza de que algún pariente hubiera presentado depresión.

Antecedente	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Enf. cardiovasculares	20	8	71.4	28.6
Diabetes <i>mellitus</i>	18	10	64.3	35.7
Enf. de la tiroides	2	26	7.1	92.9
Depresión	4	24	14.3	85.7
Enf. reumatológicas	10	18	35.7	64.3
Enf. sistémicas		28		100
VIH	1	27	3.6	96.4
Alcoholismo	8	20	28.6	71.4
Enf. neumológicas	7	21	25	75
Enf. hematológicas	1	27	3.6	96.4
Enf. neoplásicas	8	20	28.6	71.4

Dentro de las toxicomanías, sólo 7 pacientes (25%) presentaron tabaquismo positivo, 6 pacientes (21.4%) reconocieron alcoholismo positivo y ninguno presentó drogadicción.

	Frecuencia		Porcentaje%	
	Sí	No	Sí	No
Tabaquismo	7	21	25	75
Alcoholismo	6	22	21.4	78.6
Drogadicción		28		100

Respecto a los antecedentes personales patológicos, las enfermedades que más frecuentemente se asociaron con los pacientes del presente estudio fueron: gastritis crónica (35.7%), colon irritable (35.7%), depresión (42.9%), antecedentes quirúrgicos (64.3%), HAS (14.3%) y enfermedades tiroideas 17.9%.

Antecedentes personales	Frecuencia		Porcentaje%	
	Sí	No	Sí	No
Gastritis crónica	10	18	35.7	64.3
Colon irritable	10	18	35.7	64.3
Depresión	12	16	42.9	57.1
Quirúrgicos	18	10	64.3	35.7
Hipertensión arterial	4	24	14.3	85.7
Enf. de la tiroides	5	23	17.9	82.1

Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos, el 46.4% presentaba dismenorrea, mientras que el 25% padecía un síndrome climatérico.

	Frecuencia		Porcentaje%	
	Sí	No	Sí	No
Dismenorrea	13	14	46.4	50
S. ovario poliquístico	2	25	7.1	89.3
Esterilidad	2	25	7.1	89.3
Miomatosis uterina	3	24	10.7	85.7
Climaterio	7	20	25	71.4
Vida sexual activa	15	13	53.6	46.4

Al momento del estudio, además del diagnóstico de depresión, los pacientes presentaban las siguientes patologías:

	Frecuencia		Porcentaje%	
	Sí	No	Sí	No
Colon irritable	11	17	39.3	60.7
Gastritis crónica	10	18	35.7	64.3
Hipertensión arterial	3	25	10.7	89.3
Diabetes mellitus	1	27	3.6	96.4
Enf. de la tiroides	4	24	14.3	85.7
Cefalea tensional	9	19	32.1	67.9

El número de consultas fue variable en los pacientes, teniendo como mínimo una y máximo 7, con un promedio de 4.1 consultas.

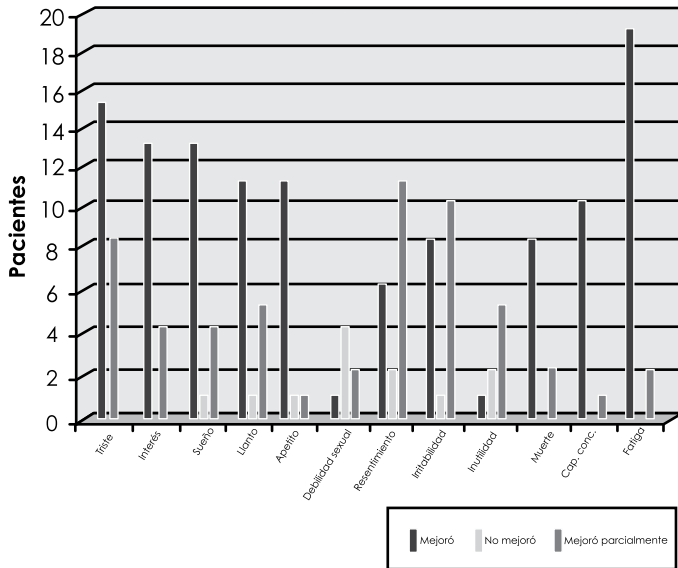
Consultas	Frecuencia	Porcentaje%
2	4	14.3
3	6	21.4
4	7	25.0
5	5	17.9
6	5	17.9
7	1	3.6
Promedio	4.1 consultas	
Desv. est.	1.4	

El medicamento homeopático que se prescribió (de acuerdo con la individualidad de cada paciente) con más frecuencia fue Natrum muriaticum 200C. (82.1%), seguido de Sepia officinalis 200C (10.7%), además de Pulsatilla nigricans 200C y Nux vomica 30c. En el tratamiento final, el medicamento que más se prescribió fue Lycopodium clavatum 42.8%.

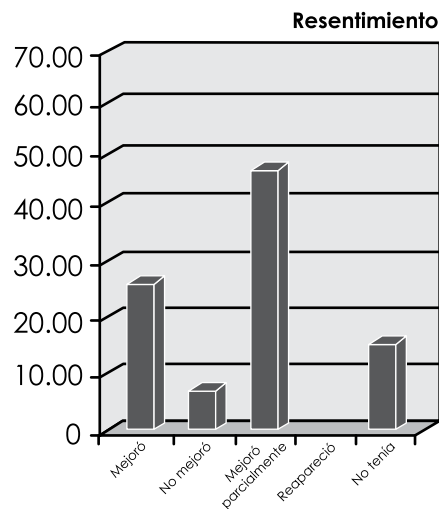
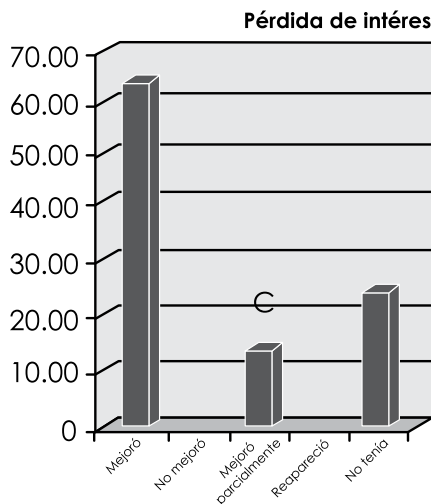
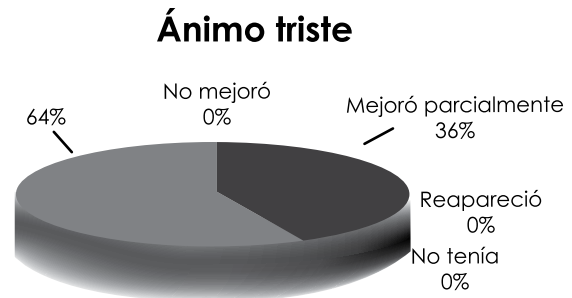
	Tx inicial	%	Tx final	%
Natrum muriaticum 200c	23	82.14	5	17.86
Lycopodium clavatum 200c		0.00	12	42.86
Sepia officinalis 200c	3	10.71	3	10.71
Pulsatilla nigricans 200c	1	3.57	5	17.86
Ignatia amara 200c		0.00	2	7.14
Nux vomica 30c	1	3.57		0.00
Calcarea carbonica 200c		0.00	1	3.57

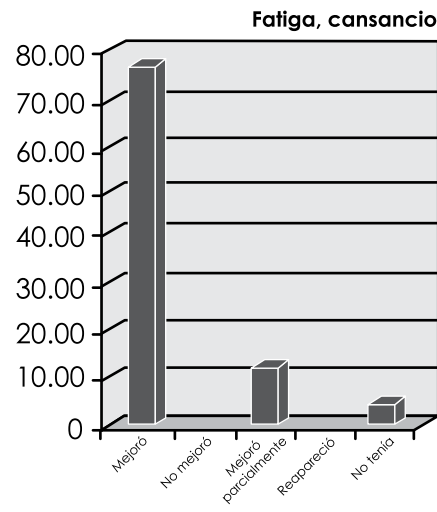
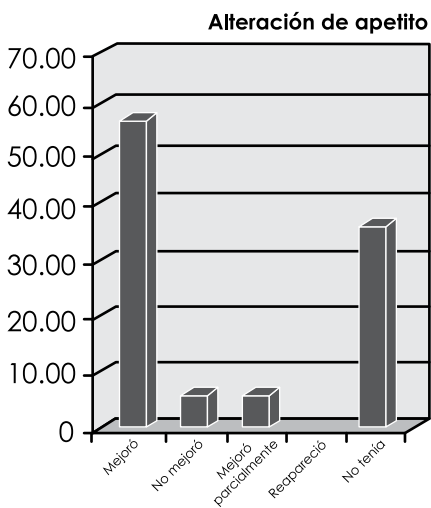
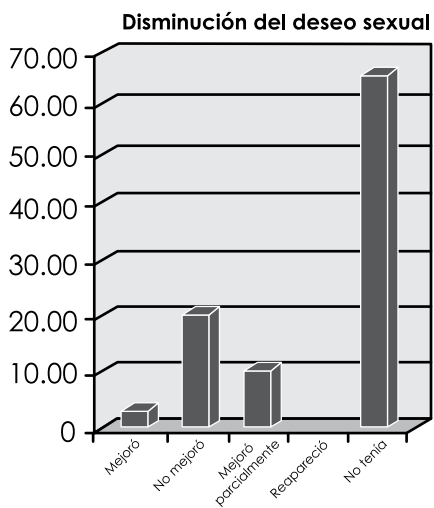
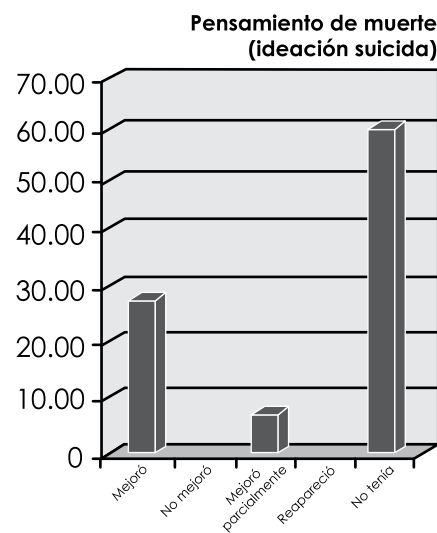
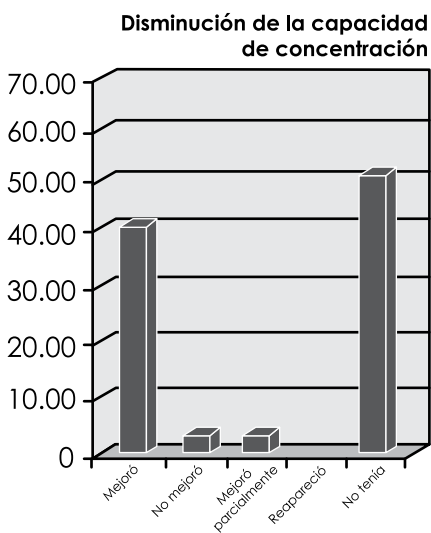
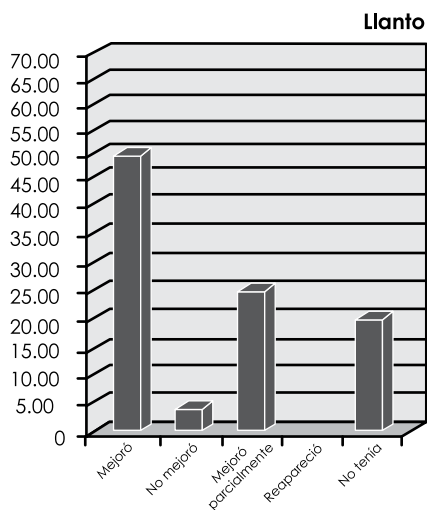
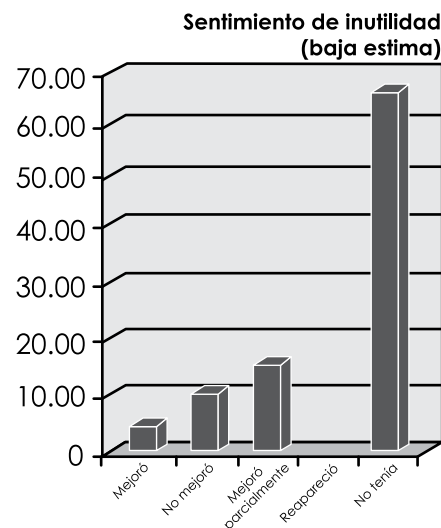
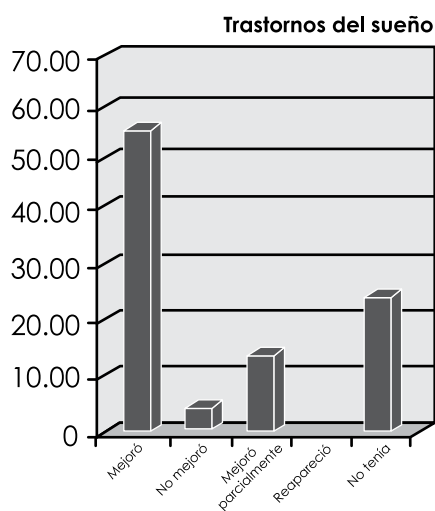
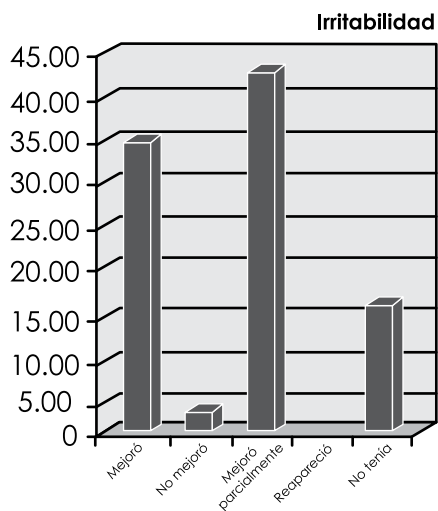
En cuanto a la mejoría posterior al tratamiento homeopático, los resultados fueron los siguientes:

	Primera cita		Citas subsecuentes							
			Mejóro		No mejoró		Mejóro parcialmente		Reapareció	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ánimo triste	28	100.00	18	64.29			10	35.71	0	
Desinterés	21	75.00	17	80.95			4	19.05	0	
Trastornos del sueño	21	75.00	15	71.43	1	4.76	5	23.81	0	
Llanto fácil	22	78.57	14	63.64	1	4.55	7	31.82	0	
Alteración del apetito	18	64.29	16	88.89	1	5.56	1	5.56	0	
Deseo sexual disminuido	10	35.71	1	10.00	6	60.00	3	30.00	0	
Resentimiento	23	82.14	8	34.78	2	8.70	13	56.52	0	
Irritabilidad	23	82.14	10	43.48	1	4.35	12	52.17	0	
Autoestima disminuida	9	32.14	1	11.11	3	33.33	5	55.56	0	
Ideación suicida / pensamientos de muerte	11	39.29	8	72.73			3	27.27	0	
Alteración en la concentración	12	42.86	11	84.62	1	7.69	1	7.69	0	
Fatiga	26	92.86	22	84.62			4	15.38	0	



Al realizar el análisis de correlación de Pearson se encontró que entre los síntomas y la mejoría de los mismos, el coeficiente de correlación fue de $p=0.05$, lo que le da significancia a la relación entre estas variables.





Al relacionar los datos generales con los datos sociodemográficos y sintomatología presentada.

Datos sociodemográficos	Edad		Género		Pareja		Ocupación		Estado civil	
	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s
Ánimo triste										
Desinterés			-.333	.042	-.372	.026				
Trastornos del sueño										
Llanto fácil										
Alteración del apetito									-.393	.019
Deseo sexual disminuido					-.502	.003	-.318	.050		
Resentimiento	.325	.046					-.333	.042		
Irritabilidad							-.382	.023		
Autoestima disminuida										
Ideación suicida / pensamientos de muerte										
Alteración en la concentración										
Fatiga	.431	.011	-.694	.000					.321	.048

r = x Pearson, s = significancia a 0.05

Se observa relación entre la edad con el resentimiento y la fatiga; con el género se correlaciona con el desinterés y la fatiga; si el paciente tiene pareja o no, se relaciona con el desinterés y la disminución del deseo sexual; la ocupación se correlaciona con la disminución del deseo sexual, el resentimiento y la irritabilidad; el estado civil se correlaciona con la alteración del apetito y la fatiga, mientras que el ánimo triste lo presentaron todos los pacientes, por lo que se convierte en constante y no se puede relacionar.

La correlación entre los síntomas evaluados y los antecedentes hereditarios es la siguiente:

Tabla AHF 1	Cardiopatía		Diabetes mellitus 2		Enf. tiroideas		Depresión		Enf. reumatológicas		VIH		Alcoholismo	
	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s
Ánimo triste														
Desinterés					-.48	.005	-.70	.00						
Trastornos del sueño														
Llanto fácil			.34	.040										
Alteración del apetito					-.37	.026								
Deseo sexual disminuido														
Resentimiento					-.59	.000	-.34	.04			-.41	.015		
Irritabilidad														
Autoestima disminuida					.40	.017								
Ideación suicida / pensamientos de muerte							-.33	.04						
Alteración en la concentración	.54	.001												
Fatiga									-.37	.02				

Tabla AHF 2	Enf. neumológicas		Enf. hematológicas		Cáncer	
	r	s	r	s	r	s
Ánimo triste						
Desinterés	.333	.042	.333	.042		
Trastornos del sueño					-.365	.028
Llanto fácil						
Alteración del apetito						
Deseo sexual disminuido	.430	.011			.354	.032
Resentimiento						
Irritabilidad					-.324	.046
Autoestima disminuida						
Ideación suicida / pensamientos de muerte						
Alteración en la concentración	-.333	.042				
Fatiga						

Al relacionar los antecedentes heredofamiliares se observa que: las cardiopatías se relacionan con la alteración de la concentración; la diabetes *mellitus* con el llanto fácil; las enfermedades tiroideas con el desinterés, la alteración del apetito, el resentimiento y la disminución de la autoestima; la depresión con el desinterés, el resentimiento y los pensamientos de muerte o ideación suicida; las enfermedades reumatológicas con la fatiga; el VIH con el resentimiento; las enfermedades neumológicas con el interés, la disminución del deseo sexual y la alteración en la concentración; las enfermedades hematológicas con el desinterés y el cáncer con los trastornos del sueño, la disminución del deseo sexual y la irritabilidad.

Al correlacionar la sintomatología presentada se obtuvo:

Síntomas 1	Desinterés		Trastorno sueño		Llanto fácil		Alteración apetito		Disminución sexual		Resentimiento	
	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s
Ánimo triste												
Desinterés									.430	.011		
Trastornos del sueño												
Llanto fácil												
Alteración del apetito												
Deseo sexual disminuido	.430	.011										
Resentimiento												
Irritabilidad											.513	.003
Autoestima disminuida							-.445	.009	.353	.033		
Ideación suicida / pensamientos de muerte	.469	.006										
Alteración en la concentración												
Fatiga												

Síntomas 2	Irritabilidad		Autoestima		Suicida		Alt. Conc.		Fatiga	
	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s
Ánimo triste										
Desinterés					.469	.006				
Trastornos del sueño										
Llanto fácil										
Alteración del apetito			-.445	.009						
Deseo sexual disminuido			.353	.033						
Resentimiento	.513	.003								
Irritabilidad							-.350	.034		
Autoestima disminuida							-.331	.043		
Ideación suicida / pensamientos de muerte										
Alteración en la concentración	.350	.034	.331	.043						
Fatiga										

Se observa que existe correlación entre: el desinterés con la disminución sexual y el pensamiento de muerte o ideación suicida; entre la autoestima disminuida con la alteración del apetito, la disminución del deseo sexual y la alteración en la concentración, y la irritabilidad con el resentimiento y la alteración en la concentración. También se observa que los trastornos del sueño, el llanto fácil y la fatiga no se correlacionan con ninguna otra sintomatología, mientras que el ánimo triste, por presentarlo todos, es una constante que estadísticamente no se puede relacionar.

La correlación entre los síntomas evaluados y la mejoría se tiene:

Mejoría 1	Desinterés		Trastorno sueño		Llanto fácil		Alteración apetito		Disminución sexual		Resentimiento	
	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s
Ánimo triste	.430	.011										
Desinterés	.660	.000			-.364	.028						
Trastornos del sueño			.667	.000								
Llanto fácil					.644	.000					-.557	.001
Alteración del apetito							.813	.000				
Deseo sexual disminuido	.407	.016							.947	.000		
Resentimiento	.396	.018									.710	.000
Irritabilidad											.358	.031
Autoestima disminuida	-.376	.024					-.380	.023				
Ideación suicida / pensamientos de muerte	.373	.025										
Alteración en la concentración												
Fatiga									.372	.026		

Mejoría 2	Irritabilidad		Autoestima		Suicida		Alt. Conc.		Fatiga	
	r	s	r	s	r	s	r	s	r	s
Ánimo triste										
Desinterés										
Trastornos del sueño										
Llanto fácil	-.383	.002								
Alteración del apetito									.706	.000
Deseo sexual disminuido			-.407	.014						
Resentimiento	.398	.018			.426	.014				
Irritabilidad	.671	.000								
Autoestima disminuida			.947	.000			.393	.019		
Ideación suicida / pensamientos de muerte					.804	.000				
Alteración en la concentración					.334	.041	.803	.002		
Fatiga					-.318	.050			.436	.010

Se observa que además de que cada síntoma se relaciona con su mejoría, el desinterés se correlaciona con la mejoría del ánimo triste, la disminución del deseo sexual, el resentimiento, la disminución de autoestima y los pensamientos de muerte; el llanto con la mejoría de el desinterés; los trastornos del apetito con la autoestima disminuida; la disminución del deseo sexual con la mejoría de la fatiga; el resentimiento con la mejoría de el llanto fácil y la irritabilidad; la irritabilidad con la mejoría de el llanto fácil y el resentimiento; la autoestima disminuida con la mejoría de la disminución del deseo sexual;

los pensamientos de muerte o ideación suicida con la mejoría de las alteraciones en la concentración y la fatiga; la alteración en la concentración con la mejoría de la autoestima disminuida y la fatiga con la mejoría de los trastornos del apetito.

Los medicamentos que se emplearon dependieron de cada paciente y se modificaron conforme había cambios en los pacientes; los resultados presentados con el tratamiento inicial y la sintomatología son:

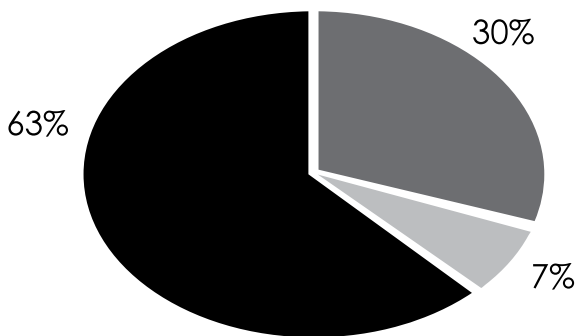
Pacientes que mejoraron	Natrum muriaticum 200C	Sepia officinalis 200C	Pulsatilla nigricans 200C	Nux vomica 30C	Total
Ánimo triste	15	1	1	1	18
Desinterés	13	3		1	17
Trastornos del sueño	15				15
Llanto fácil	11	2		1	14
Alteración del apetito	12	3		1	16
Deseo sexual disminuido	1				1
Resentimiento	6	2			8
Irritabilidad	8	2			10
Autoestima disminuida	1				1
Ideación suicida / pensamientos de muerte	8				8
Alteración en la concentración	10	1	1		12
Fatiga	19	2	1		22

Pacientes que no mejoraron	Natrum muriaticum 200C	Sepia officinalis 200C	Pulsatilla nigricans 200C	Nux vomica 30C	Total
Ánimo triste					
Desinterés					
Trastornos del sueño	1				1
Llanto fácil	1				1
Alteración del apetito	1				1
Deseo sexual disminuido	4	1		1	6
Resentimiento	2				2
Irritabilidad	1				1
Autoestima disminuida	2		1		3
Ideación suicida / pensamientos de muerte					
Alteración en la concentración					
Fatiga					

Mejoraron parcialmente	Natrum muriaticum 200C	Sepia officinalis 200C	Pulsatilla nigricans 200C	Nux vomica 30C	Total
Ánimo triste	8	2			10
Desinterés	4				4
Trastornos del sueño	4	1			5
Llanto fácil	5	1	1		7
Alteración del apetito	1				1
Deseo sexual disminuido	2	1			3
Resentimiento	11	1		1	13
Irritabilidad	10	1		1	12
Autoestima disminuida	5				5
Ideación suicida / pensamientos de muerte	3				3
Alteración en la concentración	1				1
Fatiga	2	1		1	4

Conclusiones

El presente estudio nos revela que el tratamiento homeopático es eficaz para aliviar pacientes que presentan síntomas que pueden integrarse en el diagnóstico de depresión. El 63% de la sintomatología mejoró, el 30% mejoró parcialmente, y el 7% no tuvo mejoría.



El médico homeópata tiene una visión integral del paciente, recalcando la importancia de la sintomatología mental, lo que guía e indica el medicamento a prescribir. Los medicamentos homeopáticos pueden ser utilizados en el tratamiento de la depresión si son prescritos de acuerdo con el principio de semejanza, por lo que no es posible recetar el mismo medicamento a todos los pacientes. El estudio individualizado de

cada caso nos indicará exactamente el medicamento que restablecerá el equilibrio tanto en la esfera mental como física del paciente. En este estudio se encontró mejoría en la sintomatología de los pacientes con depresión tratados con medicamentos homeopáticos de acuerdo a cada caso particular.

Es importante seguir realizando estudios posteriores con la finalidad de profundizar en los beneficios que la terapéutica homeopática puede ofrecer en el campo de la psiquiatría. Es necesario realizar un tipo de investigación prospectiva, que incluya valoraciones de la severidad de la depresión al inicio y después del tratamiento homeopático. Además de agregar un grupo control que tuviera, por ejemplo, otro tipo de tratamiento con el que se pudiera comparar.

Como ya se dijo anteriormente, la depresión ha ido en aumento en la actualidad, lo que provoca un detrimento en todos los ámbitos, principalmente en las esferas familiar, social y laboral. El médico homeópata, al ser un profesional que está en contacto con pacientes en un nivel primario de atención, constituye una alternativa eficaz para tratar pacientes deprimidos, que son beneficiados al ser atendidos de manera integral, aliviando los síntomas de depresión diagnosticados de manera oportuna.

La mayoría de los síntomas que presentaron los pacientes mejoraron, como lo fueron el ánimo triste, las alteraciones del sueño, el cansancio y el llanto, entre otros. Es importante recalcar que muchos de

estos síntomas provocan deterioro laboral o familiar, como es el caso de las alteraciones en el patrón del sueño, o el cansancio, por ejemplo, que en muchas ocasiones provocan bajo rendimiento laboral. Al poder dormir mejor, el paciente puede desempeñar mejor sus actividades. Por otro lado, la disminución del deseo sexual no presentó la misma mejoría, tal vez debido a otros factores, como que tuvieran o no pareja sexual, el tipo de educación sexual recibida, etcétera, lo que sería tema de estudios posteriores.

El medicamento más prescrito en el tratamiento inicial fue *Natrum muriaticum*, recalcando la importancia de la acción de este gran medicamento en la esfera mental, que al estudiarse profundamente nos permite descubrir su gran aplicación en los trastornos depresivos. Sin embargo, no es el único. En los pacientes del presente estudio se prescribieron otros medicamentos que se pueden usar en los trastornos depresivos.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Salud Mental: Programa Específico de Depresión [internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; cc2003 [citado 2005]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/conadic/depre_cap1.htm. Recuperado en: http://web.archive.org/web/20031210212904/http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/depre_cap1.htm
2. *Ibid.*
3. Pichot P, López-Ibor AJ, Valdés M, coordinadores. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson, 1995.
4. Goldman HH, editor. Psiquiatría general, 5a ed. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno, 2001. p. 323-345.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría, 8a ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1999. p. 593-655.
6. Hahnemann S. El organon de la medicina, 6a ed. Ciudad de México: Instituto Politécnico Nacional, 2001. Traducción de David Flores Toledo y Fernando D. François Flores.
7. Kent JT. Filosofía Homeopática. Argentina: Editorial Albatros, 1980. p. 21-296.
8. Vijnovsky B. El valor real de los síntomas. Argentina: Editorial Albatros, 1975. p. 16-80, 166-182.
9. *Ibid.*

10. Close S. El genio de la Homeopatía. España: Sección de Médicos Homeópatas del Colegio de Médicos de Sevilla, 1994. p. 115-126, 153-166.

11. Crystal S, Sambamoorthi U, Walkup JT, Akincigil A. Diagnosis and treatment of depression in the elderly medicare population: predictors, disparities, and trends. *J Am Geriatr Soc.* Dic 2003; 51(12): 1718-1728. Pubmed PMID: 14687349. PMCID: PMC2486833.

12. Robinson WD, Geske JA, Prest LA, Barnacle R. Depression treatment in primary care. *J Am Board Fam Pract.* Mar-Abr 2005; 18(2): 79-86. Pubmed PMID: 15798136.

13. Cauffield JS. The psychosocial aspects of complementary and alternative medicine. *Pharmacotherapy.* Nov 2000; 20(11): 1289-1294. Pubmed PMID: 11079276.

14. Collinge W, Wentworth R, Sabo S. Integrating complementary therapies into community mental health practice: an exploration. *J Altern Complement Med.* Jun 2005; 11(3): 569-574. Pubmed PMID: 15992246.

15. Mamtani R, Cimino A. A primer of complementary and alternative medicine and its relevance in the treatment of mental health problems. *Psychiatr Q.* 2002; 73(4): 367-381.

16. Ernst E, Rand JI, Stevinson C. Complementary therapies for depression: an overview. *Arch Gen Psychiatry.* Nov 1998; 55(11): 1026-1032. Pubmed PMID: 9819072.

17. Davidson JR, Morrison RM, Shore J, Davidson RT, Bedayn G. Homeopathic treatment of depression and anxiety. *Altern Ther Health Med.* Ene 1997; 3(1): 46-49.

18. Weier KM, Beal MW. Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health.* Mar-Abr 2004; 49(2): 96-104.

19. Mantle F. The role of alternative medicine in treating postnatal depression. *Complement Ther Nurs Midwifery.* Nov 2002; 8(4): 197-203.

20. Vijnovsky B. Tratado de Materia Médica Homeopática, vols. 1, 2 y 3. Argentina, 1978.

21. Draiman M. Las personalidades homeopáticas. Argentina, 1991. p. 49-96, 144-218, 244-268.

Otras obras consultadas

- Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación, 2a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana, 1998.