

Caso clínico

*Seguimiento de un Caso de Depresión y su Abordaje Homeopático

**Victorina Elizabeth Jiménez Sánchez

PALABRAS CLAVE:
Depresión, Carcinoma tiroideo, Homeopatía.

KEYWORDS:
Depression, Thyroid carcinoma, Homeopathy.

*Trabajo presentado en el XXXIV Congreso Nacional de Medicina Homeopática, celebrado del 24 al 27 de octubre de 2013 en Juriquilla, Querétaro.

**Médico Cirujano y Homeópata con Especialidad en Acupuntura Humana por la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional. Maestra en Ciencias en Bioética por la Escuela Superior de Medicina del IPN. Profesora investigadora de la Sección de Estudios de Posgrado e Investigación de la ENMH.

Resumen

Se presenta el seguimiento durante siete años de un caso de depresión de una mujer de 50 años de edad, que llegó al consultorio en enero del 2006 con una profunda tristeza después de ser diagnosticada con carcinoma tiroideo de tipo papilar. Se le indicó Natrum muriaticum 0/6 como único medicamento, con un cambio extraordinario en su estado de ánimo, mismo que se mantuvo hasta mayo del 2012, fecha en la que, tras la muerte de su madre, volvió a presentar síntomas depresivos de menor intensidad. En esa ocasión se le administró Ignatia amara 200C con excelente respuesta. Este hecho alienta a pensar que la Homeopatía sí puede tener un efecto curativo en la depresión, debido a que no se presenta recaída alguna, común en el tratamiento convencional; sin embargo, es indispensable que las futuras investigaciones sobre esta enfermedad se realicen de manera protocolizada para conocer sus reales alcances.

Abstract

This work shows a 7-year follow-up of a case of depression in a woman 50 years of age in January 2006, arrived at the office showing deep sadness, after being diagnosed with papillary thyroid carcinoma. She was indicated with Natrum muriaticum 0/6 as a single agent with an extraordinary change in his mood, which remained the same until May 2012. After the death of her mother, she returns to depressive symptoms less intense. This time she was indicated with Ignatia amara 200C with excellent response. This encourages to think that homeopathy if you can have a healing effect on depression because it is not presented relapse some common conventional treatment, however, it is essential that future research on this disease are carried Protocolized way to know its real scope.

Recibido: abril, 2014. Aceptado: junio, 2014

Introducción

La depresión se ha convertido en un gran desafío para la medicina actual en todo el mundo, debido a su incremento, a que cada vez aparece a menor edad y a que representa un riesgo potencial de suicidio, además de que es la principal causa de invalidez de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La depresión es un trastorno mental conocido como “la enfermedad de las mil caras”¹, término que muestra lo compleja que puede ser su detección y el curso crónico al que puede tender, lo que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte de la población recibe tratamiento.

La doctora María Elena Medina-Mora Icaza, directora general del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, menciona que sólo “19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre cuatro y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno”². Esta situación genera una mayor discapacidad en comparación con otras enfermedades crónicas y, en consecuencia, acarrea altos costos sociales y económicos cuando no se diagnostica oportunamente o su tratamiento se realiza de manera no sistematizada.

Según los criterios de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*), establecidos en la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), la depresión está catalogada dentro de lo que hoy se conoce como trastornos de ánimo³, lo que significa que es un padecimiento que se da en el estado emocional de la persona^{4, 5} y no un trastorno en el afecto⁶, entidades que si bien se relacionan entre sí, son expresiones distintas. De ahí que las diferencias previas identificables entre los pacientes hayan cobrado gran valor⁷ para el médico convencional, y son una fuente de datos para la individualidad del médico homeópata. Este padecimiento, que es más común en las mujeres que en los hombres en una relación de dos a uno, representa un factor de mayor riesgo para el desarrollo de padecimientos cardiovasculares y muerte por infarto de miocardio. La duración promedio en los casos tratados es aproximadamente de 20 semanas, mientras que el riesgo de recaída después de la recuperación es elevado durante un período breve: casi 25% de los casos recaen en un plazo de 12 semanas.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Ssa, 2008), describe que la depresión es la principal causa de “daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte” en mujeres. En el hombre ocupa el noveno lugar; sin embargo, la cirrosis y el consumo de alcohol ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente. Ambas patologías están vinculadas con el ánimo deprimido⁸. En los países desarrollados, la depresión será la primera causa de morbilidad para el 2029.

Etiopatogenia

I. Factores biológicos. Aminas biógenas¹⁰

La noradrenalina y la serotonina son los principales neurotransmisores implicados en la depresión. Se asocian al descenso en la sensibilidad de los receptores postsinápticos beta-adrenérgicos y de los receptores tipo 2 de la 5-hidroxitriptamina (5-HT₂), respectivamente. Asimismo, se sabe que la disminución de la actividad dopaminérgica mesolímbica por hipoactividad en el receptor dopaminérgico tipo 1 (D₁) la produce.

II. Factores genéticos

Los estudios familiares han demostrado que el origen de los trastornos de ánimo se vincula con factores genéticos. En este sentido, se ha confirmado que los familiares de primer grado de pacientes con trastorno bipolar I tienen mayor probabilidad de presentar esta misma condición (entre ocho y 18 veces más) o un trastorno depresivo mayor (de dos a 10 veces más), en comparación con los familiares de primer grado de sujetos control. Además, 50% de los pacientes con trastorno bipolar tienen al menos un familiar con algún trastorno de ánimo, por lo general un trastorno depresivo mayor.

Si uno de los padres sufre trastorno bipolar I, la probabilidad de que alguno de sus hijos sufra un trastorno de ánimo es de 25%, pero cuando ambos padres lo padecen el porcentaje es de 50 a 75%. A su vez, se ha observado que en gemelos monocigóticos la tasa de concordancia para el trastorno bipolar I oscila del 33 al 90%, dependiendo de cada estudio en particular, mientras que para el trastorno depresivo mayor es de 50% aproximadamente. En contraparte, la concordancia entre gemelos dicigóticos oscila en-

tre 5% y 25% para el trastorno bipolar I, y entre 10% y 25% para el trastorno depresivo mayor. Finalmente, gracias a la biomedicina molecular se ha encontrado que los trastornos de ánimo, en particular el trastorno bipolar I, están asociados a los cromosomas 5, 11 y X¹¹.

III. Factores psicosociales

Estudios recientes han confirmado que el estrés produce cambios a largo plazo en la biología cerebral, y que estos cambios generan trastornos en los diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneurales, así como una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Sin embargo, aunque para algunos autores los factores ambientales no producen crisis depresivas graves, son los acontecimientos vitales los que desempeñan un papel esencial o primario en la aparición de la depresión. Otros sugieren que estos acontecimientos tienen sólo un papel relativo en el inicio y en la temporalización del trastorno. Empero, un dato estresante ambiental que mayormente se asocia al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años, o bien, la pérdida de un cónyuge¹².

IV. Otros

Los tipos de personalidad oral-dependiente, obsesivo-compulsiva e histérica son más proclives a padecer depresión que los antisociales, paranoides u otros grupos que utilizan la proyección para protegerse.

Tratamiento convencional

Los recursos más empleados son la psicoterapia (introspectiva, la terapia cognoscitiva, la terapia interpersonal y la terapia conductual), la farmacoterapia (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina —ISRS—, bupropión), o ambas.

Caso clínico

Se presenta el caso de una persona del sexo femenino de 50 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, casada, ama de casa, que acude al

consultorio de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional a finales de enero de 2006.

Su historia clínica revela los siguientes datos: AHF: padre y varios tíos con diabetes *mellitus*, obesidad e HTA; madre diabética, hipertensa, muerta por CA de colon, niega enfermedades cardiovasculares, depresivas o mentales; demás patologías negadas. Sin APNoP importantes para el caso. APP: rubeola, varicela, obesidad II, CA de tiroides; demás enfermedades negadas. Peso al nacer: 3.400 kg, talla: 51 cm, de parto eutócico, con buen desarrollo psicomotriz; niega antecedentes traumatológicos, transfusionales y toxicomanías; demás SDP para el caso. AGO: menarca a los 11 años, de ciclos menstruales irregulares con duración de 5 días, G5P4A0C1, VSA desde los 24 años satisfactoria. AQx: cesárea a los 34 años por la presencia de circular de cordón, y tiroidectomía total realizada en 2005.

PA: Inicia su padecimiento el 26 de enero de 2006, con una profunda tristeza, siete meses después de haberle realizado una tiroidectomía total por el diagnóstico de CA de tiroides de tipo papilar. Le indican antidepresivos, los cuales se niega a tomar ante el temor de hacerse adicta a ellos. Decide, entonces, ser tratada con terapéutica homeopática. La tristeza que presenta se acompaña con llanto constante que habitualmente aparece cuando está sola o por la noche, acostada. El llanto lo trata de controlar en presencia de amigos, familiares o cualquier persona; desea estar sola y prefiere que no conozcan su diagnóstico porque no quiere que la traten con lástima. El deseo de estar sola y de llorar —sobre todo en la noche y cuando está acostada—, es una constante muy marcada en ella.

La paciente presenta ideas de subestimación, minusvalía, culpa e ideas de muerte; se siente fracasada y cree que no tiene derecho a vivir. Dice que su enfermedad es un castigo de Dios y en ocasiones se rebela contra él porque cree que lo que le pasa es injusto, ya que ha sido una persona buena. Rumiación mental de cosas que le han pasado y que le causan daño. Se siente siempre cansada, sin ánimo de nada y sin interés por muchas cosas que antes le hacían feliz, como visitar a familiares, amigos, etcétera. Tiene dificultad para conciliar el sueño y/o se despierta en la madrugada; también presenta complicaciones para concentrarse, al grado de que en ocasiones no recuerda palabras o situaciones. Olvida cosas que va a hacer, o nombres de personas. Se le cae el cabello, tiene resequedad de piel, uñas quebradizas y cambios en su apetito (hipo e hiperfagia).

Al interrogatorio por aparatos y sistemas se trata de una paciente amable, con facies triste, abrigada, que llora al comentar sus problemas en el área psíquica. Dice tener dificultad para concentrarse y ocasionalmente no puede recordar palabras o situaciones. Olvida cosas que va a hacer o nombres de personas. Sueño: dificultad para iniciarlo y/o se despierta en la madrugada; Ap. respiratorio y cardiovascular, SDP para el caso; Ap. digestivo: en ocasiones tiene hipo o hiperfagia, demás SDP para el caso; Ap. genitourinario: SDP para el caso; musculoesquelético: debilidad general con sensibilidad dolorosa de mediana intensidad principalmente en la espalda alta, a nivel cervical y en la cara interna de los brazos, sin ninguna deformación de la zona; endócrino: obesidad grado II, SDP para el caso.

A la exploración física: paciente femenina de edad similar a la cronológica, que entra por su propio pie, consciente, reactiva, campos pulmonares limpios, SDP, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, tegumentos ligeramente pálidos. Peso=97 kg, talla=1.65, FC=72 X', FR=19, TA=120/80, IMC=35.62 kg/m². Tratamiento convencional postquirúrgico recibido: antiinflamatorios, analgésicos, complejo B, sulfato ferroso y aplicación de hielo local en el cuello como medida física con una resolución satisfactoria. En agosto del mismo año recibe terapia con yodo radioactivo o radioyodo (¹³¹I) y otra en diciembre; terapia hormonal sustitutiva con levotiroxina sódica a dosis de 150 mcg. El seguimiento de laboratorio y gabinete se lleva a cabo por medio del perfil tiroideo y de rastreo gammagráfico con ¹³¹I.

Se diagnostica con un trastorno depresivo no especificado de acuerdo a los criterios de investigación DSM-IV, hipotiroidismo post-tiroidectomía total por carcinoma tiroideo de patrón folicular, obesidad II. Se le instauro tratamiento homeopático, indicando Natrum muriaticum 0/6 como único medicamento, administrado cada seis horas en microglóbulos. Se le indica apoyo psicológico a libre demanda y recomendaciones en su alimentación (incrementar verduras y frutas), terapia ocupacional y continuar con levotiroxina sódica 150 mcg. Asimismo, se establece un patrón de interconsultas con su endocrinólogo.

El resultado es un cambio extraordinario en su estado de ánimo y gran optimismo para enfrentar la vida al cuarto día de tratamiento. El seguimiento se efectuó de la siguiente manera: semana 1 (abierta); semanas 2-4 (abierta en caso necesario); cita a los tres y seis meses, y cada 12 meses posteriormente. De igual manera, se lleva control anual del carcinoma mediante estudios de laboratorio y gabinete (per-

fil tiroideo, determinación de tiroglobulina, ultrasonido abdominal, radiología de tórax PA). Se mantiene bajo control durante seis años.

En mayo de 2012, tras la muerte de su madre, vuelve a tener síntomas depresivos con tristeza acompañada de llanto, incluso se despierta llorando; todo le entristece. Con la muerte de su madre se siente muy insegura, con la sensación de que ha quedado sola, desvalida a pesar de que tiene a su familia y desesperanza por el futuro; tiene dificultad para pensar y al hablar no recuerda palabras. Sentimiento de culpa por la muerte de su madre, piensa que pudo hacer más por ella. Siente que tiene inflamada y contraída la garganta, e incluso llega a pensar que puede tener cáncer y eso le ocasiona miedo; suda mucho en la cara.

Al interrogatorio por aparatos y sistemas presenta, en el área psíquica, el siguiente comportamiento: todo le entristece, se siente muy sola, insegura, desesperanza por el futuro, tiene dificultad para hablar porque no recuerda palabras; sentimientos de culpa y sueño ligero. Se despierta llorando porque sueña a su madre y la sabe muerta; demás aparatos y sistemas SDP importantes para el caso.

A la exploración física: se trata de una paciente femenina consciente, reactiva. Peso=99 kg, talla=1.65, FC=72 X', FR=17, TA=120/80, IMC=36.36 kg/m²; SDP por aparatos y sistemas. Se le diagnostica con depresión recidivante y se le indica Ignatia amara 200C, 10 gotas en agua tres veces al día, por tres días seguidos durante tres meses, con excelente respuesta. La mejoría clínica es notable y al momento de este reporte continúa sólo con levotiroxina sódica 150 mcg.

Discusión

Vladimir Wukmir menciona que la importancia de estudiar las emociones radica en identificar las sutiles diferencias de sus componentes, porque éstos definirán cómo el organismo se va a movilizar en sus diversas dimensiones: fisiológicas (cambios corporales internos), concienciación subjetiva (sentimiento), expresiva/motora (manifestaciones conductuales externas) y cognitiva (funcionamiento mental), para enfrentar la situación que lo amenaza (ira, resentimiento, odio, temor, frustración, etcétera) y que da por resultado un desajuste, la enfermedad o incluso la muerte^{13, 14}. Por ello, la individualidad morbosa y

la individualidad medicamentosa —dos de los pilares de la Homeopatía— cobran gran valor en nuestros días en todas las enfermedades psicosomáticas, porque consideran la especificidad reaccional del enfermo (dependientes de factores propios del individuo) y toman en cuenta la especificidad de los efectos farmacodinámicos de los medicamentos homeopáticos, que deben cubrir la totalidad de los síntomas. Samuel Hahnemann dijo: “el verdadero tratamiento médico de un mal[...] debe ser dirigido sobre el conjunto de síntomas del organismo[...], a fin de llegar al aniquilamiento y curación de la enfermedad[...], efectuando un tratamiento eficaz, seguro, racional y radical” (*Organon del arte de curar*, parágrafo 190)¹⁵.

En el caso particular que nos ocupa, podemos decir que los medicamentos homeopáticos utilizados demostraron ser eficaces, al tiempo que evitaron la recaída y no mostraron efectos secundarios. Por otra parte, el costo-beneficio social, económico y personal se vio reflejado en la economía y el restablecimiento de la salud en menor tiempo.

Conclusiones

Ante factores como el incremento de la depresión y su aparición a menor edad entre la población mexicana, la poca adhesión de los pacientes al tratamiento antidepressivo (ya sea por la negativa a esclavizarse a sus medicamentos o el rechazo a acudir a consulta psiquiátrica o psicológica) y el deficiente diagnóstico, pero sobre todo ante la imposibilidad de la medicina convencional para dar un tratamiento integral que pueda vincular las manifestaciones físicas y bioquímicas con el gran abanico de manifestaciones mentales que presenta la depresión, se vislumbra a la Homeopatía como una verdadera terapéutica médica eficaz para la resolución de este problema de salud.

Por ello es que le corresponde al médico homeópata el compromiso de realizar su práctica médica de manera honesta, ética y con cabal profesionalismo, buscando restablecer la salud del paciente de manera pronta, suave y duradera. Por su parte, la responsabilidad de las escuelas que imparten Homeopatía consiste en enseñar dicha asignatura con calidad, con apego a las bases que la sustentan y con un auténtico sentido social y humanista.

Del mismo modo, es fundamental la realización de investigaciones, básica y clínica, que permitan encontrar y comprender los mecanismos de ac-

ción de los medicamentos homeopáticos, hasta hoy fuertemente criticados por la comunidad médica no homeópata.

REFERENCIAS

1. Reyes Zubiría LA. Depresión y angustia. Curso fundamental de tanatología, tomo II. México, 1991. p. 11.
2. Heinze G, Camacho PV. Guía clínica para el manejo de la depresión. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2010.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría, 8a ed. México: Editorial Panamericana, 2001. p. 593.
4. Wukmir VJ. Emoción y sufrimiento. Barcelona: Editorial Labor, 1967.
5. Palmero F. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. Revista Electrónica de Motivación y Emoción [internet]. 1999 [citado 2 Jul 2013]; 2(2-3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/apalmf245161299/texto.html>
6. Wukmir VJ. *Op cit.* p. 204.
7. Kaplan, *Op cit.* p. 594.
8. Secretaría de Salud; Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de acción específico 2007-2012 (salud mental). México: Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, 2008.
9. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 24 May 1997; 349(9064): 1498-1504. Pubmed PMID: 9167458.
10. Kaplan, *Op cit.* p. 596.
11. *Ibid.*
12. Heinze G, Camacho PV. *Op cit.* p. 8.
13. Wukmir VJ. *Op cit.* p. 204.
14. González MP, Barrull E, Pons C, Marteles P. ¿Qué es el afecto? [internet]. España: Biopsychology.org; c2006 [citado 15 Jul 2013]. Disponible en: http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_el_afecto.html
15. Hahnemann S. *Organon del arte de curar*, 6a ed. Editorial Boiron, 1984. Traducción de René Claire.