

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- Acercamiento Homeopático a la Conjuntivitis Alérgica.
Dr. Alejandro Climent Flores.
Dra. Guadalupe Enríquez Kandachi.
Pag. 4-14
- Enfoque Médico Homeopático de la Depresión Posparto.
M. en C. Emma del Carmen Macías-Cortés.
Pag. 16-23
- La Formación del Médico Homeópata en Repertorización. Algunas Causas de Fracaso.
Dr. Armando J. Grosso.
Pag. 24-29
- Fisiopatología y Manejo de la Fiebre (1ª parte).
Dr. Sc. Gustavo Aguilar Velázquez.
M.P.S.S. Isis Infante Regalado.
Pag. 31-38

Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. México, D.F.
www.similia.com.mx



www.latindex.unam.mx

Máxima calidad al mejor precio



Material de acondicionamiento

Mirto 26, Col. Santa María la Ribera, Deleg. Cuauhtémoc, México, D.F. C.P. 06400
Tels. 5547 9483 - 5547 5735 / 01 800 730 2300 Fax. 5547 3707 www.similia.com.mx

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

3 EDITORIAL

4 ARTÍCULO DE REVISIÓN

Acercamiento Homeopático a la Conjuntivitis Alérgica.

Dr. Alejandro Climent Flores.

Dra. Guadalupe Enríquez Kandachi.

16 ARTÍCULO DE REVISIÓN

Enfoque Médico Homeopático de la Depresión Posparto.

M. en C. Emma del Carmen Macías-Cortés.

24 REVISIÓN HISTÓRICA

Repertorización. Algunas Causas de Fracaso.

Dr. Armando J. Grosso.

31 ARTÍCULO DE REVISIÓN

Fisiopatología y Manejo de la Fiebre.

Dr. Sc. Gustavo Aguilar Velázquez.

M.P.S.S. Isis Infante Regalado.

42 LIBROS

45 CARTAS AL EDITOR

47 INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La Homeopatía de México es una revista científica que publica trabajos nuevos y originales, artículos de opinión, temas de revisión, reportes de casos clínicos y notas de actualidad. Asimismo, se incluyen trabajos presentados en congresos y encuentros académicos, e investigaciones y controversias efectuadas en México y el mundo, referentes al medio homeopático.

DIRECTORIO

Director General Adjunto

C.P. Héctor Torres Carbajal

Director Editorial

Juan Fernando González G.

Director de Investigación

Dr. Gustavo Aguilar Velázquez

Diseño y formación

Fabiola Reyes Lúa

Directora de Mercadotecnia

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Editor

Rafael Mejía Rosas

Coordinación

Mónica Álvarez Soto

Circulación y suscripciones

Rogelio García Luna

CONSEJO EDITORIAL

Dra. Josefina Sánchez Reséndiz

Coordinadora del Comité de Productos Homeopáticos, de la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

Dr. Fernando Domínguez Vello

Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C.

Dr. Héctor Montfort Cabello

Coordinador del Programa de Educación Médica Continua, del Instituto Superior de Medicina Homeopática de Enseñanza e Investigación (ISMHEI).

Dr. Jorge A. Fernández Pérez

Profesor e investigador de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Dr. Óscar Michel Barboza

Miembro del Colegio de Médicos Homeopatas del Centro, A.C.

C.P. Héctor Torres Carbajal

Director General Adjunto de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.; presidente de la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática (ANIFHOM).

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Directora de Mercadotecnia de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

“La Homeopatía de México” es una revista bimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. **Administración** Ma. de Lourdes López Anaya y Lola M. López Anaya. Franqueo pagado. Autorizado por SEPOMEX Permiso No. 0040360, Características 22 8251116. Licitud de título No. 2559. Licitud de contenido No. 1639. ISSN 1870-3666. **Fotografía de portada:** Elizabeth Vinck Monroy. Precio por ejemplar: \$50.00. Suscripción anual en la República Mexicana: \$200.00; extranjero: 25.00 USD., más gastos de envío. **Contacto:** 5547 9483 / 5547 5735 ext. 176; contacto@similia.com.mx. Dirección electrónica: www.similia.com.mx. Impresión: Digital Orozco, S.A. de C.V. México, D.F.

“La Homeopatía de México” está indizada en el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex).



Editorial

La Homeopatía nunca se ha aislado de la evolución médica y tecnológica ligada a la ciencia. Por ejemplo, la repertorización, que se considera como el medio idóneo para llegar al medicamento indicado, puede realizarse de la manera tradicional o con la ayuda de medios cibernéticos.

No obstante, siempre existe la posibilidad de que haya errores humanos y que éstos sean atribuibles al enfermo, aunque la responsabilidad primordial recae en el médico homeópata, que debe ser un buen clínico para priorizar o eliminar elementos insustanciales, así como para entender que la Homeopatía es una disciplina médica humanística que conjuga los aspectos psicológicos, somáticos y sociológicos —actuales y anteriores— del paciente.

Sólo así se podrá conocer a profundidad al enfermo y consolidar una buena relación médico-paciente, lo cual es indispensable en todo proceso terapéutico. Por esa razón, y de acuerdo con el rigorismo hahnemanniano, una historia clínica es indispensable para conocer antecedentes patológicos y no patológicos que el enfermo considera irrelevantes y que en Homeopatía son valiosos, como el “manoseo” terapéutico previo que pudo originar supresiones importantes.

Hahnemann, en sus planteamientos básicos, considera al dinamismo vital como la fuente equilibradora para que el organismo restablezca una homeostasis correcta, y que el medicamento homeopático la estimula provocando mecanismos somáticos, inmunológicos, bioquímicos y físicos para restablecer la salud.

Por otra parte, cuando se habla de la fiebre debemos decir que es un recurso que propicia la actividad inmunológica y la abolición de gérmenes, siempre que se realice ordenadamente. Antes del advenimiento de los antibióticos se recurrió en alguna época a la piritoterapia (uso terapéutico de la hipertermia) en determinados padecimientos, suponiendo que estimulaba las defensas del organismo; ahora se abusa de los antipiréticos y la fiebre se considera nociva.

El enfoque de la salud y del bienestar ha variado según la época y las modificaciones sociológicas de los pueblos. En las culturas prehispánicas el nacimiento de un bebé se regía por ritos especiales, y todavía hoy día, en ciertas comunidades autóctonas, la mujer que ha parido es motivo de atención particular.

En cambio, en los núcleos urbanos los regalos y las flores actúan como terapia de comprensión, tratando de prevenir la depresión en el puerperio. Al respecto, se necesitan estudios más profundos sobre catecolaminas cerebrales y niveles hormonales, ya que en el postparto disminuyen algunas hormonas fundamentalmente genitales y se exacerba la prolactina, lo que habla de actividad hipotálamo-hipofisiaria. Hay que tomar en cuenta que, en nuestra sociedad, la mujer trabajadora vuelve a su actividad habitual 45 días después del parto y es indispensable prevenir la depresión postparto en beneficio suyo y del infante.

Acercamiento Homeopático a la Conjuntivitis Alérgica

*Dr. Alejandro Climent Flores

**Dra. Guadalupe Enríquez Kandachi

Resumen

PALABRAS CLAVE: Conjuntiva, Inflamación, Hipersensibilidad tipo I, Eritema conjuntival, Respuesta inmune.

La conjuntivitis alérgica (CA) es un proceso inflamatorio de la conjuntiva ocular, generado por una alteración de la respuesta inmune desencadenada por la presencia de antígenos ambientales.

Aunque se considera como una hipersensibilidad de tipo I, aún se tienen varias interrogantes sobre su desarrollo fisiopatológico. Se le reconocen dos fases: la primera, o de sensibilización, donde se lleva a cabo el primer contacto con el antígeno que, a su vez, desencadena una serie de mecanismos que conducen a la producción de IgE específica, la cual se fija a su receptor en las células cebadas conjuntivales.

La segunda fase, también llamada efectora, se presenta cuando aparece un segundo encuentro con el antígeno desencadenante, el cual se fija a las IgE en la superficie de las células cebadas y genera una serie de eventos fisiopatológicos que producen las manifestaciones clínicas de la CA.

En este artículo se realiza un análisis profundo de los mecanismos que generan la conjuntivitis alérgica y de los medicamentos homeopáticos que más frecuentemente se adaptan a los síntomas de dicha enfermedad, como es el caso de la Calcarea carbónica, que tiende a ser uno de los más importantes cuando el proceso alérgico se manifiesta no sólo en los ojos, sino en la piel; la Belladonna atropa, indicada en conjuntivitis con dilatación pupilar acompañada de enrojecimiento conjuntival intenso, y la Euphrasia officinalis, uno de los medicamentos más organotrópicos para la conjuntiva.

*Cirujano oftalmólogo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, con subespecialidad en córnea.

Médico adscrito al Servicio de Córnea, del Instituto de Oftalmología Conde de la Valencia.

**Médico cirujano, Universidad Lasalle.

Especialista en Homeopatía, Escuela de Posgrado Homeopatía de México, A.C.

Recibido: junio, 2012. Aceptado: agosto, 2012

Abstract

KEYWORDS:

Conjunctiva, inflammation, Type I hypersensitivity, Conjunctival erythema, Immune response.

The allergic conjunctivitis is an inflammatory process of the conjunctiva generated by an immune deregulation and produced by the contact of seasonal antigens.

Although it is considered as a type I Hypersensitivity still there are a lot of questions unanswered about this disease and its pathophysiological development. There have been recognized two stages, the first one or "sensitization", is performed when the first contact of an antigen triggers a series of mechanisms that lead to the production of specific IgE which binds to its receptor on mast cells and a second one, which when a second encounter occurs with the antigen binds to IgE on the mast cell surface generating a series of pathophysiological events that cause the clinical manifestations of the CA and it's called the effector phase.

In this paper it is performed an analysis of the mechanisms that causes the allergic conjunctivitis and homeopathic medicines related to the symptoms of allergic conjunctivitis. The homeopathic remedies are described such as Calcarea carbonica which tends to be one of the most important medicines when the allergy occurs compromising the skin, or Belladonna atropa, which is used when the patient has pink eyes and with pupillary dilatation accompanied by intense redness of the conjunctiva and Euphrasia officinalis, one of the most used remedies in ophthalmological diseases.

Introducción

Uno de los problemas que afectan con mayor severidad a las grandes ciudades es la considerable cantidad de contaminantes que se encuentran en su ambiente, muchos de los cuales son irritantes por definición. Un caso típico es el del ozono, pero además de éste encontramos una gran cantidad de moléculas proteicas de poco peso molecular que semejan a antígenos parasitarios, como los pólenes de las plantas.

Cuando la persistencia de dichas sustancias se torna repetitiva, e incluso constante, afecta las diferentes mucosas de los seres humanos, en particular a la mucosa conjuntival. Desde el punto de vista homeopático sabemos que un gran porcentaje de la población ha experimentado la supresión de sus síntomas desde la infancia, debido principalmente a la administración de múltiples medicamentos. De esta manera, es un hecho que la posibilidad de desarrollar

patologías más profundas aumenta, por lo que actualmente observamos una notoria proliferación de enfermedades alérgicas, entre ellas la conjuntivitis alérgica.

Esta afección es una inflamación conjuntival bilateral, brusca e intensa, provocada por el contacto de un antígeno con la conjuntiva bulbar y/o tarsal de un paciente que previamente ha sido sensibilizado por dicho antígeno. Esta condición responde a un desequilibrio del sistema inmune secundario a varios episodios de supresión, y se manifiesta a través del tejido linfoide asociado a la conjuntiva (CALT, por sus siglas en inglés)¹. En este proceso alérgico se liberan diferentes tipos de sustancias, algunas preformadas como la histamina; además, se generan mediadores que son sintetizados de novo como las prostaglandinas, los tromboxanos y los leucotrienos. En este proceso también se forman citocinas pro y antiinflamatorias provenientes de células mononucleares que viven en la conjuntiva², lo que genera una gran cantidad de cambios en la superficie ocular, particulares en cada enfermo.

Causas e incidencia

Aunque no se ha podido señalar una sola causa como desencadenante, existen múltiples factores que contribuyen a la perpetuación del fenómeno alérgico, entre ellos una predisposición miasmática, una mayor y más temprana exposición a los contaminantes ambientales y el aumento en la presencia de alérgenos ambientales, como es el caso de las mascotas intradomiciliares³. Es pertinente señalar que no debe perderse de vista la multiplicidad de eventos supresivos de manifestaciones catarrales a lo largo de la infancia.

La prevalencia de las enfermedades alérgicas ha aumentado en los últimos años, a tal grado que afecta a un rango de entre el 15 y el 25% de la población en Estados Unidos. A nivel mundial, se reportan anualmente 22 millones de casos nuevos de alergia, y de éstos el 32% manifiesta síntomas oculares; la población más vulnerable es la de los niños y adultos jóvenes.

En México no existen reportes claros sobre su incidencia o prevalencia, pero López-López J. reporta una frecuencia del 4% entre todas las enfermedades alérgicas, mientras que otros autores indican que la conjuntivitis alérgica (CA) se asocia hasta en un 80% con otras enfermedades alérgicas⁴. En el Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana, esta enfermedad se encuentra dentro de las primeras 10 causas de consulta, impartándose 8 mil consultas al año por CA⁵, lo que convierte a este padecimiento en un problema de salud pública.

Cómo se desarrolla

En la CA el proceso inflamatorio se lleva a cabo en la conjuntiva, la cual se extiende desde el limbo (que es la parte que la limita con la córnea) hasta el margen palpebral del ojo, dividiéndose anatómicamente en tres porciones: la conjuntiva bulbar, que cubre la porción anterior de la esclerótica; la conjuntiva palpebral, que enmarca la superficie interna de los párpados, y el espacio unido por ambos, el cual se denomina fórnix o saco conjuntival.

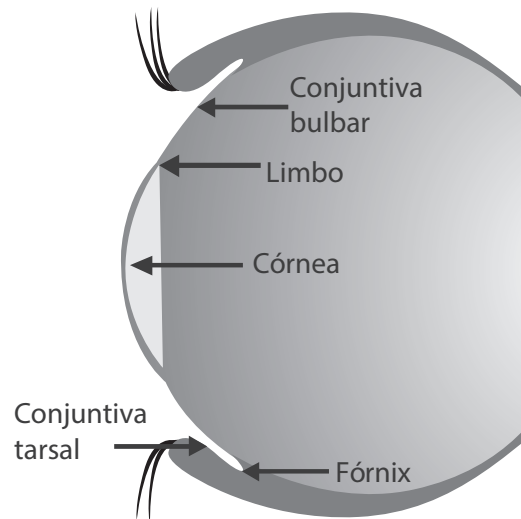


Figura 1. Partes de la conjuntiva.

La inflamación de la superficie ocular genera una serie de signos y síntomas particulares en cada enfermo, dentro de los cuales el prurito se considera el más importante⁶; además de éste, aparecen eritema conjuntival y ardor ocular, los cuales frecuentemente se acompañan de lagrimeo y fotofobia.

En un principio estos síntomas tienden a ser ocasionales y reversibles, pero si estos fenómenos inflamatorios persisten y llegan a suprimirse repetitivamente sin tomar en cuenta la totalidad del cuadro clínico, entonces aparecen cambios anatómicos en la superficie ocular como resultado de los mecanismos de reparación generados por el propio organismo, los cuales pueden generar fibrosis y vascularización⁷. Si la estimulación antigénica continúa y no existe un tratamiento adecuado, los síntomas tienden a aumentar en frecuencia y duración para finalmente hacerse irreversibles.

Clasificación

Las conjuntivitis alérgicas se clasifican de acuerdo a su tiempo de evolución en agudas y crónicas. Dentro de las primeras encontramos dos subtipos: la estacional, que se presenta durante algunas épocas del año y se relaciona con la presencia de antígenos cuyas concentraciones en el ambiente varían según los cambios estacionales, como la polinización en primavera o verano, por ejemplo; y la perenne, la cual está asociada a antígenos que están presentes en el ambiente durante todo el año.

El apartado correspondiente a las formas crónicas incluye a la queratoconjuntivitis primaveral, la atópica y la conjuntivitis papilar gigante; a esta última no se le considera una auténtica reacción alérgica ocular, ya que se asocia a un daño mecánico al que están expuestos, por ejemplo, los usuarios de lentes de contacto. No obstante, no se descarta que en su etiología pueda participar una hipersensibilidad de contacto⁸.

Conjuntivitis alérgicas agudas

Tanto en la estacional, seasonal allergic conjunctivitis (SAC, por sus siglas en inglés), como en la perenne, perennial allergic conjunctivitis (PAC, por su nomenclatura también en inglés) encontramos una carga miasmática personal de atopía, como son: dermatitis atópica, urticaria, rinitis alérgica, asma bronquial o las combinaciones de éstas.

La SAC representa el 90% de todos los tipos de conjuntivitis alérgicas agudas, mientras que la PAC representa solamente el 5% de los casos. Los afectados son personas de ambos sexos de todas las edades, aunque es una realidad que existe un predominio en los niños. Desde el punto de vista clínico, los pacientes describen prurito, ardor ocular y sensación de cuerpo extraño de diferentes formas y en distintos horarios.

Además, en la exploración física (EF) se observa hiperemia conjuntival, quemosis, edema palpebral, papilas de tamaño variable y presencia de secreción conjuntival. Estas manifestaciones son periódicas en la SAC y durante todo el año en la PAC. El mecanismo de daño inmunológico en la SAC se encuentra mediado exclusivamente por células cebadas residentes, mientras que en la PAC intervienen además los eosinófilos sensibilizados⁹.

Conjuntivitis alérgicas crónicas

En este tipo, encontramos una mayor cantidad de manifestaciones clínicas (tanto en intensidad como en variedad), lo cual permite clasificarlas en:

- a) Queratoconjuntivitis primaveral, vernal keratoconjunctivitis (VKC, por sus siglas en inglés).
- b) Queratoconjuntivitis atópica, atopic keratoconjunctivitis, (AKC, por su nombre en inglés).
- c) Conjuntivitis papilar gigante, giant papillary conjunctivitis, ((GPC, por su designación en inglés).

El mecanismo de daño inmunológico en el caso de la VKC y la AKC se lleva a cabo por medio de una reacción de hipersensibilidad tipo I, la clásica presente en las alergias, y que es mediada por la inmunoglobulina E. En el caso de la GPC, el mecanismo de daño es primordialmente mecánico, favorecido por una inflamación persistente mantenida por una hipersensibilidad de tipo IV; por eso algunos autores no la consideran propiamente como una conjuntivitis alérgica clásica¹⁰.

Para explicar inmunológicamente qué sucede en la enfermedad alérgica ocular debemos mencionar dos fases: la aguda, que se explica por la degranulación de las células cebadas sensibilizadas, y que alcanza su pico de actividad a los 30 minutos; y una fase tardía, que aparece en las horas subsiguientes y que obtiene su máxima actividad al transcurrir entre seis y 12 horas (condición que se conoce como LAR, por sus siglas en inglés), y que puede prolongarse durante varios días. En la fase temprana los hallazgos histológicos muestran edema y vasodilatación; en la segunda aparecen, además, infiltración leucocitaria prominente, eosinófilos, linfocitos T y polimorfonucleares a nivel conjuntival¹¹.

Aunque persisten muchas interrogantes sobre la fisiopatología de la conjuntivitis alérgica, se ha establecido que existen dos etapas en el desarrollo de la misma: una fase de sensibilización y una fase efectora.

La fase de sensibilización es la menos conocida y estudiada en las conjuntivitis alérgicas, y su modelo está basado en la preexistencia de un microambiente Th2¹². Un primer contacto del antígeno atraviesa el epitelio conjuntival, donde es capturado por una célula presentadora de antígeno (CPA) residente. La CPA lleva el antígeno y lo pone en contacto con un linfocito TCD4+ que se encuentre a nivel local, o bien, puede migrar a ganglios linfáticos de relevo, en donde activará a otro linfocito TCD4+ específico. En cualquiera de los dos casos los linfocitos TCD4+ se activarán, convirtiéndose en células efectoras específicas para el antígeno (figura 2).

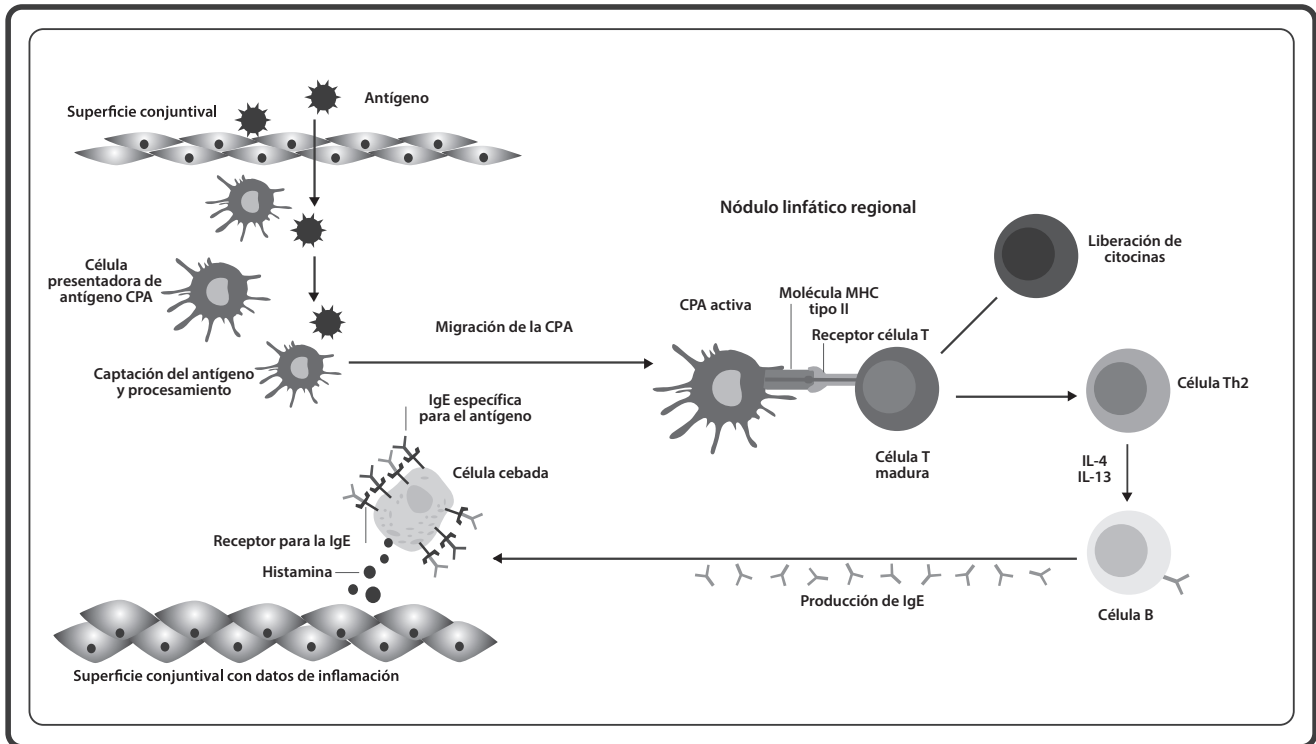


Figura 2. Sensibilización y memoria. Un contacto inicial con pequeñas cantidades del alérgeno en la superficie del CALT puede inducir la toma del antígeno por CPA (por ejemplo células dendríticas), y/o linfocitos B específicos. Si participan células Th2 se producirán IL-4 e IL-13, las cuales favorecen el cambio de isotipo de inmunoglobulinas a IgE, lo cual completa la fase de sensibilización; ésta nos lleva al establecimiento de células B y T de memoria específicas para el alérgeno. Contactos repetidos con el alérgeno disparan a las células B_{IgE}⁺, las cuales recibirán cooperación de los linfocitos T para incrementar los niveles de producción de anticuerpos IgE; éstos se fijarán a las células cebadas por medio de receptores de alta afinidad, como el FcεRI, y de baja afinidad como el FcεRII¹³.

Una vez presentado el antígeno a los linfocitos Th2, éstos se van a activar, proliferar y producir IL-4, IL-5, IL-9 e IL-13, entre otras (figura 2), lo cual genera una mayor desviación de la respuesta inmune hacia el tipo Th2. El planteamiento clásico propone que la IL-4 inhibe la respuesta Th1 y junto con la IL-13 propicia diferenciación de los linfocitos B hacia células plasmáticas productoras de Inmunoglobulina de tipo E (IgE) específica, la cual, por un lado será específica contra el antígeno que dio origen a la respuesta, pero por el otro tendrá una gran afinidad por la célula cebada¹⁴.

Además de esto, la IL-5 promoverá la generación de eosinófilos a partir de médula ósea, mientras que la IL-9 inducirá la producción de una gran cantidad de células cebadas o mastocitos, con lo que se gestará una gran cantidad de los receptores que captan a la IgE en su superficie. Es pertinente

señalar que la mayor actividad de los mastocitos es reforzada por la IL-5, que aparece como la principal mediadora de esta etapa.

Una vez que las células cebadas generan sus receptores para IgE y la fijan en su superficie adquieren la característica de “mastocitos sensibilizados”. Se debe contar con un gran número de estas células sensibilizadas cerca de la barrera epitelial, de tal modo que cuando exista un segundo encuentro con el antígeno que dio origen a la respuesta original se genere su degranulación y la liberación de su contenido. Si persiste la estimulación antigénica, entonces observaremos la infiltración constante y el reclutamiento de mayor cantidad de linfocitos T CD4 antígeno-específicos, lo que mantendrá la perpetuación del mecanismo necesario para dar pie a la fase efectora¹⁵.

Por su parte, la fase efectora tiene lugar cuando aparece un segundo encuentro con el antígeno desencadenante, lo cual determina una serie de eventos fisiopatológicos que originan las manifestaciones clínicas de la CA, caracterizados a su vez por una fase temprana y otra tardía.

En la fase temprana, las células efectoras, aquellas que fueron sensibilizadas directamente por el alérgeno a nivel de la conjuntiva, es decir, células residentes como mastocitos o que han migrado desde la periferia (como eosinófilos y/o basófilos) reconocen el antígeno por medio de la IgE específica fijada a sus receptores de superficie. Su activación genera la degranulación de éstos con la consecuente liberación de mediadores proinflamatorios preformados, como la histamina¹⁶.

¿Qué sucede en la fase tardía? Aparece varias horas después de que el alérgeno activó a las células cebadas. Comienza por el reclutamiento de células como eosinófilos, linfocitos y basófilos al sitio de la inflamación, en respuesta a los mediadores liberados durante la fase temprana y a las citocinas que son sintetizadas varias horas después de que el estímulo se presentó. Entre éstas se encuentran la IL-2, IL-4 y la IL-5, así como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α).

El proceso inflamatorio tardío induce un daño progresivo de los tejidos y la degeneración de las estructuras que mantienen la integridad de distintos órganos y tejidos, pero también es el responsable de que la enfermedad pueda tener severas consecuencias o de que se establezca la recurrencia de los síntomas, es decir, un estado de cronicidad (figura 3).

Si la estimulación antigénica persiste se podría avanzar hacia una etapa crónica, en la cual se activarían más células inflamatorias y células residentes del epitelio conjuntival, que contribuirían con una mayor producción de mediadores inflamatorios. Paralelamente, se perpetuaría la producción de IL-4, IL-5, IL-9 e IL-13.

Todos estos factores solubles generan la presencia de una gran cantidad de eosinófilos a nivel conjuntival¹⁸. Así, el reclutamiento celular mantenido por linfocitos Th2 amplifica el proceso inflamatorio, de tal suerte que si se establece la persistencia del antígeno o existen exposiciones repetidas al mismo (sin que haya un tratamiento) entonces el fenómeno genera procesos inflamatorios más intensos y frecuentes. De esta forma, se originan mecanismos repetidos de reparación y remodelación tisular que inducen fibrosis y vascularización del tejido, lo que provoca un daño a la función visual.

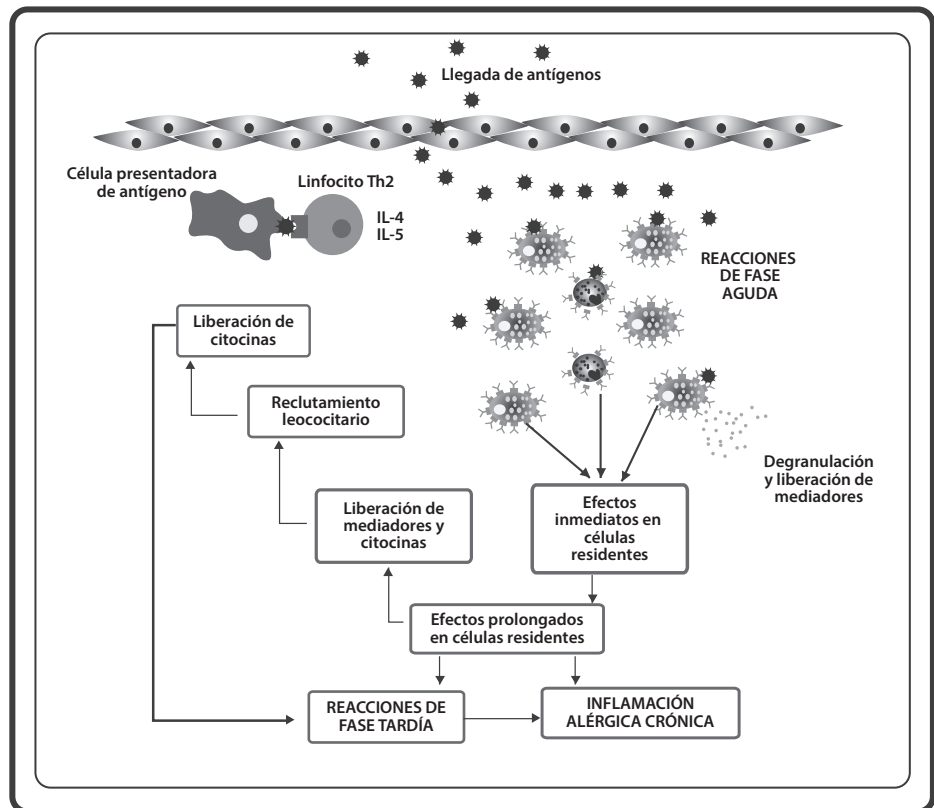


Figura 3. Fase efectora tardía. Mientras que los mastocitos comienzan la formación de leucotrienos y prostaglandinas, el alérgeno presentado a los linfocitos T induce su activación y proliferación, que genera la producción y liberación de citocinas proinflamatorias de novo, así como un mayor reclutamiento de células inflamatorias. De esta manera, se retroalimenta el mecanismo de daño positivamente¹⁷.

Células y respuesta alérgica

Son diversas las células que se ven implicadas dentro de las respuestas alérgicas, como las Interleucinas, que cumplen con distintos papeles en función de su acción específica.

La Interleucina 2 participa en la proliferación celular y en las fases iniciales de la respuesta inmune, puesto que induce expansiones clonales después de la estimulación antigénica y actúa como un factor de crecimiento celular que incita la actividad y proliferación de los linfocitos B y NK¹⁹, así como la producción de anticuerpos.

De esta forma, tiene una función estimuladora y reguladora de la homeostasis del sistema inmune, ya que determina la permanencia de la respuesta y contribuye a la optimización de las respuestas primarias. Estudios recientes han demostrado que puede tener efectos importantes sobre la memoria inmunológica²⁰.

La IL-4 actúa en el desarrollo de la Inflamación alérgica al desviar la diferenciación celular de los linfocitos T hacia Th2. Una vez diferenciados, los Th2 serán los encargados de secretar más IL-4, además de otras interleucinas como IL-5, IL-9 e IL-13^{21, 22}. La IL-4 tiene una participación esencial en la diferenciación y expansión de las células Th2 específicas, más que en la fase efectora²³, lo que permite concluir que la IL-4 desempeña un papel relevante en el inicio de la inducción de la Inflamación alérgica, así como en la estabilización de la respuesta tipo Th2, más que en una actividad inflamatoria en sí.

A la IL-5 se le ha reconocido su papel en la generación y proliferación de eosinófilos. De la misma manera, se ha comprobado que la activación de los linfocitos T CD4+ en otras enfermedades alérgicas, como el asma, se acompaña de un aumento en la concentración sérica de IL-5^{24, 25}; asimismo, la expresión transgénica reforzada del gen de IL-5 causa eosinofilia²⁶ y activación de los eosinófilos en la Inflamación alérgica²⁷.

El aumento en la síntesis de IL-5 por las células cebadas en la hipersensibilidad inmediata es el pivote que dispara la LAR, lo que incrementa el reclutamiento y activación de más eosinófilos^{28, 29}. Además, se ha demostrado el papel determinante de la IL-5 en la remodelación tisular generando fibrosis en las etapas tardías de las enfermedades alérgicas³⁰.

Al interferón gamma (IFN-g) se le considera la principal citocina efectora de las poblaciones Th1 y se le atribuye un papel crucial en la resolución de la inflamación alérgica. En modelos animales, el IFN-g demuestra que previene el desarrollo de la eosinofilia tisular y de la hiperreactividad bronquial en etapas iniciales³¹. Se sugiere, asimismo, que el IFN-g, por lo menos en las primeras etapas del proceso inflamatorio, puede contrarrestar a las poblaciones Th2 y controlar la intensidad de la inflamación alérgica. Cuando una enfermedad alérgica tiene mucho tiempo de evolución se pervierte la función y las respuestas de Th1 y de Th2, de tal manera que pueden coexistir y generar un proceso inflamatorio sumamente destructivo^{32, 33}.

El TNF-a ha demostrado actividad proinflamatoria en varios modelos de tipo alérgico, aunque su función dentro de la alergia ocular no se ha delimitado totalmente. En los modelos estudiados se observa reclutamiento leucocitario por medio de un aumento en la expresión de las moléculas de adhesión en las células endoteliales, así como la inducción de síntesis de citocinas y quimiocinas³⁴. Se han detectado niveles elevados de TNF-a en lavados bronquiales y biopsias de pacientes con asma bronquial alérgica³⁵.

La Interleucina 10 ha demostrado actividad supresora sobre la proliferación celular T. Es producida a partir de linfocitos B, macrófagos y células dendríticas; su función principal radica en regular la diferenciación de los linfocitos Th1 y suprimir la expansión de las clonas Th2. La IL-10 es un inhibidor de la función monocito-macrófago, y como es responsable de suprimir una gran cantidad de citocinas proinflamatorias se le atribuye un papel regulador muy importante en el desarrollo de la respuesta inmune³⁶.

En modelos murinos, la administración de IL-10 antes de la exposición al antígeno induce una tolerancia de linfocitos T antígeno específica, lo que demuestra el papel central de esta interleucina en el establecimiento de la tolerancia periférica³⁷. Principalmente secretada por poblaciones T reguladoras, esta citocina tiene una actividad inhibitoria de la proliferación tanto de Th1 como de Th2.

El tratamiento convencional de la conjuntivitis alérgica depende, en primer lugar, de un adecuado diagnóstico y de una exploración oftalmológica bien llevada, lo cual se relaciona con la severidad del cuadro e involucra medidas primarias como evitar los agentes causales, la aplicación de compresas frías y la lubricación.

Algunas medidas secundarias consisten en el manejo de fármacos tópicos, como estabilizadores

de membrana u otros con propiedades anti-inflamatorias^{38, 39}, así como el uso de antihistamínicos y antiinflamatorios no esteroideos. En el renglón de las medidas terciarias se puede mencionar el uso de corticoides y de la terapia citotóxica, manejo que debe quedar bajo la supervisión exclusiva del oftalmólogo ya que el uso de dichos medicamentos puede afectar la presión intraocular y, en consecuencia generar, eventualmente, glaucoma⁴⁰.

Además de la terapia farmacológica local, el oftalmólogo recurre frecuentemente al alergólogo para corregir el desorden inmunológico, para lo cual se ha utilizado una forma de isoterapia denominada inmunoterapia desensibilizante específica con el alérgeno. Este tratamiento ha demostrado ser el más efectivo para las enfermedades alérgicas respiratorias, toda vez que se cree que induce una tolerancia contra alérgenos desencadenantes que consigue restaurar el equilibrio inmunológico. En este momento existen dos modalidades de inmunoterapia: la subcutánea (ITSC) y la sublingual (ITSL).

Manejo homeopático de la conjuntivitis alérgica

Como sabemos, en Homeopatía no se efectuaría un manejo local de la conjuntivitis alérgica. En el mejor de los casos, existe un paciente que entre sus múltiples síntomas presenta algunos con los que podemos integrar un diagnóstico de conjuntivitis alérgica, pues sabemos que en términos generales no podemos hablar de enfermedades, sino de enfermos.

Es conveniente señalar que existen varios medicamentos que tienen una preferencia para producir frecuentemente síntomas en los ojos del experimentador. Como hemos hablado ya, la fisiopatología de la conjuntivitis alérgica tiene manifestaciones constantes de síntomas y signos característicos, no obstante, las cualidades específicas de cada una de estas expresiones son las que justifican la decisión relacionada con el medicamento que debe indicarse dentro de la terapéutica homeopática.

Supongamos que nos encontramos ante un paciente que desde pequeño ha presentado dermatitis atópica, con tendencia a la obesidad, prurito importante con olor ácido y sudoración profusa de la cabeza.

Probablemente estemos ante un paciente que necesita *Calcarea carbonica*, medicina que tiende a ser una de los más importantes cuando el proceso alérgico se manifiesta en la piel y se acompaña de síntomas característicos de este medicamento, como ocurre en los casos en que la secreción mucopurulenta es constante, pero en cantidades pequeñas, con sensación de calor y cuerpo extraño. Del mismo modo, el paciente manifiesta una sensación de cuerpos flotantes en su campo visual, con enrojecimiento leve de las conjuntivas con secreción lagrimal muy ácida, lo cual provoca dolores pungitivos en los cantos internos^{41, 42}.

Otro de los grandes medicamentos en oftalmología es *Atropa belladonna*, que se utiliza principalmente para la dilatación de la pupila y que es ampliamente conocida en la medicina tradicional por sus alcaloides. El uso de *Belladonna atropa* en Homeopatía es extraordinariamente más amplio: se indica en conjuntivitis con dilatación pupilar acompañada de enrojecimiento conjuntival intenso, fotofobia e inquietud del paciente; en el fondo del ojo se puede observar aumento de los vasos retinianos.

Se prescribe también en casos en los que el cuadro inflamatorio está dado más por el enrojecimiento que por el edema, o cuando éste se acompaña de aumento de la opresión intraocular, o bien, cuando las complicaciones de la conjuntivitis han llevado al ojo a un glaucoma de ángulo cerrado. Asimismo, puede ser útil en un cuadro conjuntival en donde aparezcan resequeidad ocular y sensación de calor intenso en los ojos, acompañados de pulsaciones en el ojo, lagrimeo abundante y parpadeo frecuente.

Uno de los medicamentos que probablemente sean más utilizados dentro de los cuadros clínicos oftálmicos, y en especial en la conjuntivitis alérgica, es *Euphrasia officinalis*, ya que genera una gran cantidad de síntomas oculares, además de que en su patogenesia se describen afecciones catarrales de las mucosas, especialmente de la conjuntival, la nasal y las respiratorias, con constante y abundante lagrimeo ácido e irritante, que se acompaña de una notable cantidad de secreción nasal suave que agrava al anochecer. Así las cosas, su mayor indicación terapéutica es en los cuadros oftalmológicos.

Euphrasia officinalis está indicado en inflamaciones oculares, ya sean agudas, catarrales o de origen gotoso o reumático, así como en la conjuntivitis simple, granular o pustulosa. La característica fundamental para la prescripción de este medicamento (y que acompaña a síntomas o procesos de cualquier otra parte del organismo) es un lagrimeo constante,

copioso, irritante y ardiente, casi siempre asociado a una coriza acuosa muy abundante y no irritante, agravándose por la exposición al viento⁴³.

Los pacientes con el cuadro clínico correspondiente al medicamento citado presentan los bordes palpebrales inflamados, ardorosos y ulcerados, con secreción lagrimal constante, abundante y muy ácida. Además, manifiestan ardor y dolor punzante en el globo ocular y sensación de tener arenillas abundantes en los ojos, lo que les obliga a parpadear con mucha frecuencia⁴⁴.

Puede encontrarse también un escotoma flotante permanente que les obliga a frotarse el ojo constantemente. Las secreciones mucopurulentas aparecen en conjuntiva y córnea, acompañadas de una intensa fotofobia que empeora al aire libre, obligando al paciente a estar encerrado en un sitio oscuro; el cuadro oftalmológico se acompaña de rinitis abundante, pero no irritante⁴⁵. Dentro de las manifestaciones alérgicas más molestas se encuentra el ardor ocular; en cuyo caso el médico puede recurrir a la prescripción de *Allium cepa*. El paciente refiere tanto ardor en los ojos que debe frotarlos de forma continua.

El lagrimeo es claro, acuoso y no tiene características irritantes; sin embargo es excesivo, sobre todo en el lado izquierdo, y se acompaña de dolor punzante más pronunciado en el conducto lagrimal. Se presenta hiperemia conjuntival con fotofobia, por lo que la agudeza visual disminuye y se produce una imagen pequeña de las letras y el efecto de que los objetos cercanos parecen estar distantes. Los pacientes idóneos para recibir *Allium cepa* son aquellos en los que los síntomas se presentan al exponerse al tiempo y viento fríos y húmedos, generalmente en primavera⁴⁶.

Uno más de los auxiliares medicamentosos es el *Argentum nitricum*, el cual se prescribe cuando existen procesos en los cuales la inflamación de la conjuntiva es quemótica, acompañada de abundante secreción amarillenta con tendencia a la ulceración corneal cuando se produce adherencia entre los párpados y la córnea (simblefarones), lo que hace recordar los cuadros crónicos de conjuntivitis en donde se conjuntan la respuesta Th1 y Th2 con agresión al tejido e inicio de procesos fibróticos.

Los párpados lucen muy inflamados y con presencia de secreción purulenta seca en sus bordes; se encuentra también hipertrofia folicular y papilar en conjuntivas y en los fondos de saco inferiores, así como fisuras de las comisuras externas palpebrales⁴⁷.

Por otra parte, se debe mencionar a *Rhus tox*, un medicamento de gran utilidad en entidades alérgicas severas que comprometen la integridad de la piel. Está indicado en las urticarias, especialmente si se acompañan de vesículas o manifestaciones articulares, lo que nos hace sospechar que este medicamento tiene una acción reguladora sobre el sistema inmune; así pues, puede ser de gran utilidad en una conjuntivitis alérgica cuando ésta forma parte de un síndrome de Reiter, o cuando la inflamación acentuada de los párpados provoca abultamiento rojo, duro y aglutinado, y la secreción mucopurulenta los adhiere al grado de que, al separarlos, escurre material purulento acompañado de lágrima verdosa⁴⁸.

En caso de que el paciente curse con las primeras etapas del cuadro alérgico, *Aconitum napellus* podría ser una de nuestras opciones ya que está indicado generalmente en las fases de inicio de la inflamación; es por ello que encontraremos muy acentuado el enrojecimiento de la conjuntiva. El paciente refiere una sensación de ardor y sequedad a pesar de que la presencia de lágrimas no se ve afectada, por lo que parpadea en forma espasmódica. Una característica clásica de *Aconitum napellus* estriba en que las molestias se desencadenan (o se incrementan) por la exposición del paciente a las corrientes de aire frío y seco. A pesar del cuadro inflamatorio los reflejos pupilares no se ven afectados, de modo que se presentan con actividad normal a la exploración⁴⁹.

El repertorio también incluye la utilización de *Alumina* cuando el cuadro conjuntival manifiesta mayor resequecedad en la piel de los párpados, lo que induce la aparición de intenso prurito y agrietamiento del borde palpebral; además, como consecuencia de la intensa fotofobia que el paciente experimenta tanto a la luz solar como a la artificial, se provoca una pseudoptosis, así como una hipertrofia papilar gigante en la conjuntiva tarsal superior y una intensa hiperemia en ambas conjuntivas. El paciente refiere una sensación acentuada de cuerpo extraño, lo que le obliga a realizar un parpadeo espasmódico⁵⁰.

De la misma forma se pueden encontrar edemas llamados “blancos” o “rosas”, puesto que no existe un cambio de coloración en la piel de los bordes palpebrales. En estos casos el medicamento de elección puede ser *Apis mellifica*, especialmente cuando el borde palpebral inferior es el que se encuentra afectado, sin olvidar la presencia de una conjuntiva muy congestionada y edematosa, y de lagrimeo profuso y ardiente. Aun con su característica de la normocromisidad en el color rosa del párpado, en los globos oculares los dolores son

ardorosos y pungitivos, y sólo manifiestan mejoría ante las aplicaciones frías directas⁵¹.

Finalmente, podemos considerar a *Arsenicum album* en las afecciones en las que los pacientes presentan hipertrofia folicular y papilar en la conjuntiva tarsal, y cuando los párpados se encuentran inflamados y ulcerados con marcada descamación. En estos casos, la fotofobia es tan intensa a la luz artificial que es capaz de provocar blefaroespasma. El lagrimeo se torna ácido e irritante, al grado de que erosiona párpados y mejillas, y a pesar de su presencia el paciente manifiesta resequedad e irritación, así como la sensación de un cuerpo extraño. Estos síntomas emporarán en lugares cerrados y disminuirán al aire libre⁵².

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Butrus S, Portela R. Ocular allergy: diagnosis and treatment. *Ophthalmol Clin North Am.* 2005; 18(4): 485-492, v.
- Ono SJ, Abelson MB. Allergic conjunctivitis: update on pathophysiology and prospects for future treatment. *J Allergy Clin Immunol.* 2005; 115:118-122.
- Austin JB, Kaur B, Anderson HR, Burr M, Harkins LS, Strachan DP, et al. Hay fever, eczema, and wheeze: a nationwide UK study (ISAAC, international study of asthma and allergies in childhood). *Arch Dis Child.* 1999; 81: 225-230.
- Toribio PE. Conjuntivitis alérgica. *Alergia e Inmunol Pediatr.* 2001; 10(1): 15-19.
- Pantoja-Meléndez C. Reporte principales causas de consulta Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana. 2006.
- Ono SJ, *Op cit.*
- Ibid.*
- Bielory L. Allergic and immunologic disorders of the eye. Part I: immunology of the eye. *J Allergy Clin Immunol.* 2000; 106(5): 805-816.
- Leonardi A. The central role of conjunctival mast cell in the pathogenesis of ocular allergy. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2002;2:321-324.
- Ono SJ, *Op cit.*
- Ibid.*
- Leonardi A, Fregona IA, Plebani M, Secchi AG, Calder VL. Th1 and Th2-type cytokines in chronic ocular allergy. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2006; 244: 1240-1245.
- Galli SJ, Tsai M, Piliponsky AM. The development of allergic inflammation. *Nature.* 2008; 454(7203): 445-454.
- Spraul CW, Lang GK. Allergic and atopic diseases of the lid, conjunctiva, and cornea. *Curr Opin Ophthalmol.* 1995; 6(4): 21-26.
- Ibid.*
- Abelston MB, Allansmith MR. Histamine in the eye. En: Silverstein A, O'Connor G, editores. *Immunology and immunopathology of the eye.* Estados Unidos: Masson Publishing; 1979. p. 362-364.
- Valenta R. The future of antigen-specific immunotherapy of allergy. *Nature Reviews Immunology* 2. 2002; 446-453.
- Kay AB. Allergy and allergic diseases (primera de dos partes). *N Engl J Med.* 2001; 344: 30-37.
- Jelinek DF. Regulation of B lymphocyte differentiation. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2000; 84(4): 375-385.
- Malek TR. The biology of interleukin-2. *Annu Rev Immunol.* 2008; 26: 453-479.
- Kay AB. *Op cit.*
- O'Gara A, Arai N. The molecular basis of T helper 1 and T helper 2 cell differentiation. *Trends Cell Biol.* 2000; 10: 542-550.
- Cohn L, Homer RJ, Marinov A, Rankin J, Bottomly K. Induction of airway mucus production by T helper 2 (Th2) cells: a critical role for interleukin 4 in cell recruitment but not mucus production. *J Exp Med.* 1997; 186(10): 1737-1747.
- Green RH, Brightling CE, McKenna S, Hargadon B, Parker D, Bradding P, et al. Asthma exacerbations and sputum eosinophil counts: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2002; 360: 1715-1721.
- Corrigan CJ, Haczku A, Gemou-Engesaeth V, Doi S, Kikuchi Y, Takatsu K, et al. CD4 T-lymphocyte activation in asthma is accompanied by increased serum concentrations of interleukin-5. Effect of glucocorticoid therapy. *Am Rev Respir Dis.* 1993; 147(3): 540-547.
- Tominaga A, Takaki S, Koyama N, Katoh S, Matsumoto R, Migita M, et al. Transgenic mice expressing a B cell growth and differentiation factor gene (interleukin 5) develop eosinophilia and autoantibody production. *J Exp Med.* 1991; 173(2): 429-437.
- Lee JJ, McGarry MP, Farmer SC, Denzler KL, Larson KA, Carrigan PE, et al. Interleukin-5 expression in the lung epithelium of transgenic mice leads to pulmonary changes pathognomonic of asthma. *J Exp Med.* 1997; 185(12): 2143-2156.
- Anderson DF, MacLeod JD, Baddeley SM, Bacon AS, McGill JI, Holgate ST, et al. Seasonal allergic conjunctivitis is accompanied by increased mast cell numbers in the absence of leucocyte infiltration. *Clin Exp Allergy.* 1997; 27(9): 1060-1066.
- Baddeley SM, Bacon AS, McGill JI, Lightman SL, Holgate ST, Roche WR. Mast cell distribution and neutral protease expression in acute and chronic allergic conjunctivitis. *Clin Exp Allergy.* 1995; 25(1): 41-50.
- Tanaka H, Komai M, Nagao K, Ishizaki M, Kajiwara D, Takatsu K, et al. Role of interleukin-5 and eosinophils in allergen-induced airway remodeling in mice. *Am J Respir Cell Mol Biol.* 2004; 31(1): 62-68.
- Iwamoto I, Nakajima H, Endo H, Yoshida S. Interferon gamma regulates antigen-induced eosinophil recruitment into the mouse airways by inhibiting the infiltration of CD4+ T cells. *J Exp Med.* 1993; 177(2): 573-576.
- Randolph DA, Carruthers CJ, Szabo SJ, Murphy KM, Chaplin DD. Modulation of airway inflammation by passive transfer of allergen-specific Th1 and Th2 cells in a mouse model of asthma. *J Immunol.* 1999; 162(4): 2375-2383.

33. Randolph DA, Stephens R, Carruthers CJ, Chaplin DD. Cooperation between Th1 and Th2 cells in a murine model of eosinophilic airway inflammation. *J Clin Invest*. 1999; 104(8): 1021-1029.
34. Babu KS, Davies DE, Holgate ST. Role of tumor necrosis factor alpha in asthma. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2004; 24(4): 583-97, v-vi.
35. Keatings VM, Collins PD, Scott DM, Barnes PJ. Differences in interleukin-8 and tumor necrosis factor-alpha in induced sputum from patients with chronic obstructive pulmonary disease or asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996; 153(2): 530-534.
36. F Chung. Anti-inflammatory cytokines in asthma and allergy: interleukin-10, interleukin-12, interferon-gamma. *Mediators Inflamm*. 2001; 10(2): 51-59.
37. Enk AH, Saloga J, Becker D, Mohamadzadeh M, Knop J. Induction of hapten-specific tolerance by interleukin 10 in vivo. *J Exp Med*. 1994; 179(4): 1397-1402.
38. Verin PH, Dicker ID, Mortemousque B. Nedocromil sodium eye drops are more effective than sodium cromoglycate eye drops for the long-term management of vernal keratoconjunctivitis. *Clin Exp Allergy*. 1999; 29(4): 529-536.
39. James IG, Campbell LM, Harrison JM, Fell PJ, Ellers-Lenz B, Petzold U. Comparison of the efficacy and tolerability of topically administered azelastine, sodium cromoglycate and placebo in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis and rhino-conjunctivitis. *Curr Med Res Opin*. 2003; 19(4): 313-320.
40. Bielory L. Update on ocular allergy treatment. *Expert Opin Pharmacother*. 2002; 3(5): 541-553.
41. Cano Blanco M. Oftalmología homeopática para médicos generales. México: Nueva Editorial Médico Homeopática Mexicana; 2008. p. 33-34.
42. Vijnovsky B. Tratamiento homeopático de las afecciones y enfermedades agudas. Argentina: Talleres Gráficos Didot; 1979. p. 64.
43. Id. Tratado de Materia Médica homeopática, tomo I. 2a ed. Argentina: Talleres Gráficos Didot; 1989.
44. Id. Tratamiento Homeopático... p. 64.
45. Cano Blanco M. *Op cit*. p. 33-34.
46. Vijnovsky B. Tratado de Materia Medica... p. 72.
47. Cano Blanco M. *Op cit*. p. 33.
48. Vijnovsky B. Tratado de Materia Medica Homeopática, tomo III. 2a ed. Argentina: Talleres Gráficos Didot; 1989. pp. 212-223.
49. Cano Blanco M. *Op cit*. p. 32.
50. *Ibid*.
51. Vijnovsky B. Tratamiento Homeopático... p. 63.
52. Cano Blanco M. *Op cit*. p. 33.

LOS HOMBRES PASAN, PERO LAS
INSTITUCIONES PERMANECEN



100 años

DE FORJAR A LOS MEJORES MÉDICOS
HOMEÓPATAS DE MÉXICO



Reconocida oficialmente por decreto presidencial el 18 de enero de 1930.

Peralvillo No. 75, colonia Morelos, delegación Cuauhtémoc, C.P. 06200.

Tels. (0155) 55260949, 55294475, 57720968, 57723548.

Correos: elhmiap@prodigy.net.mx, contacto@escuelalibredehomeopatia.com.mx

Enfoque Médico Homeopático de la Depresión Posparto

*M. en C. Emma del Carmen Macías-Cortés

Resumen

La depresión posparto es un trastorno depresivo no psicótico que inicia después del alumbramiento. Frecuentemente es subdiagnosticado y no tratado, por lo que las repercusiones en la relación materno-filial son importantes. Su detección es sencilla cuando el personal médico y la población en general tienen conocimiento de él. Su tratamiento habitual se basa en psicoterapia cognitivo-conductual y antidepresivos, si bien la administración de estos últimos es controversial porque se excretan por la leche materna. La Homeopatía puede utilizarse para tratar la depresión en este período. A pesar de que no existe suficiente evidencia de ensayos clínicos de calidad metodológica, una adecuada toma de caso ayuda a encontrar el medicamento para cada experiencia en particular.

Abstract

Postpartum depression is a non-psychotic major depressive disorder that begins after childbirth. It is often underdiagnosed and untreated, so the impact on mother-child relationship is important. Its detection is easy if the medical staff and the general public are aware of this condition. Treatment is based on cognitive-behavioral psychotherapy and antidepressants. The administration of antidepressants is controversial because of its excretion during breastfeeding. Homeopathy can be used to treat depression in this period without risks. Although there are insufficient clinical trials to prove its efficacy, an adequate patient history helps finding the correct individualized homeopathic treatment for each case.

PALABRAS CLAVE:

Depresión posparto, Homeopatía, Totalidad de síntomas, Pulsatilla nigricans, Sepia officinalis.

KEYWORDS:

Postpartum depression, Homeopathy, Totality of symptoms, Pulsatilla nigricans, Sepia officinalis.

*Médico responsable del Consultorio de Homeopatía del Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud.

Recibido: julio, 2012. Aceptado: agosto, 2012

Introducción

La depresión posparto (DPP) se define como un episodio depresivo no sicótico de leve a moderada intensidad, que inicia en el período posterior al parto y se extiende a lo largo del primer año posparto^{1,2}. Se estima que la prevalencia mundial de la DPP es de 10 a 20%^{3,4,5}, con un promedio de 13%⁶. En México se reportan cifras similares⁷.

Los síntomas de la DPP son parecidos a los de episodios depresivos no relacionados con el nacimiento⁸. De acuerdo con la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)⁹, se considera DPP cuando su inicio ocurre dentro de las primeras cuatro semanas después de la conclusión de un embarazo; por su parte, la Clasificación Internacional de Padecimientos (ICD-10) establece seis semanas después del parto para integrar el diagnóstico de DPP, mientras que otros investigadores establecen los primeros tres o hasta seis meses¹⁰.

Cabe señalar que de acuerdo al DSM-IV, la depresión mayor se diagnostica a través de los siguientes criterios:

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cotidianamente según lo señala el propio sujeto (se siente triste o vacío, por ejemplo) o de acuerdo con la observación realizada por otros (quienes testifican que existe llanto, por ejemplo).

2. Acusada disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cotidianamente.

3. Pérdida importante de peso sin que exista un régimen dietético, o bien, aumento de peso (un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), así como la pérdida o aumento de apetito cotidianamente.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

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

6. Fatiga o pérdida de energía casi cotidianos.

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

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (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; tentación de suicidio o un plan específico para 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 producidos por efectos fisiológicos directos de una sustancia.

e) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido, por ejemplo); 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.

La sintomatología de la DPP es más acentuada en las primeras 12 semanas posteriores al parto¹¹. Se sabe, asimismo, que la mayor parte de los cuadros se resuelve espontáneamente entre los tres y los seis meses posteriores al alumbramiento, y que un 25% de las mujeres afectadas pueden permanecer deprimidas después de un año. Ahora bien, entre el 50 y el 85% de las pacientes con un solo episodio depresivo tendrá al menos otro más después de discontinuar el tratamiento. Como es lógico, el riesgo de presentar depresión nuevamente se incrementa de acuerdo con el número de episodios previos¹².

Etiología

La etiología de la DPP permanece incierta, si bien algunas evidencias sustentan una base biológica; en algunos estudios se buscan asociaciones bioquímicas de la DPP con anticuerpos tiroideos^{13, 14}, mientras que en otros las determinaciones hormonales de estrógeno y progesterona durante el posparto no reportan datos concluyentes que predigan el desarrollo de la DPP^{15, 16} y no se tiene certeza de que el descenso en los niveles hormonales en esta etapa contribuya a su desarrollo en mujeres susceptibles¹⁷.

El estrógeno (E2) tiene efectos complejos en el sistema nervioso central (SNC). Las alteraciones de dicha hormona pueden llevar a desbalances en los niveles de neurotransmisores en el SNC. Se piensa que se puede alterar la actividad de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, modulando los niveles de estos neurotransmisores en el cerebro¹⁸.

También se han desarrollado investigaciones cuyos resultados han concluido que existe una relación entre la depresión clínica y ciertos cambios en el sistema inmunológico. Por ejemplo, la disminución de células naturales asesinas, de células cooperadoras y de linfocitos T y B y, entre otros hallazgos, se relacionan con alteraciones en el estado emocional, como sentimientos de soledad, pérdidas afectivas y divorcio. Además, se ha encontrado un vínculo entre el estrés emocional y el incremento de interferón gamma, que tiene efectos depresivos. Por lo tanto, actualmente es evidente la relación entre los sistemas nervioso, endócrino e inmune^{19, 20}. La DPP se presenta en un momento de clara presencia de cambios endócrinos que pudieran estar relacionados con la depresión.

Otros autores sugieren que la DPP tiene una etiología multifactorial dando importancia a los aspectos psicosociales: eventos traumáticos estresantes, episodios previos de depresión, conflictos maritales, falta de soporte social y antecedentes familiares de desórdenes del estado de ánimo²¹; todos estos son factores predictivos para la depresión mayor, y también lo son para la DPP.

Impacto de la depresión posparto

Clínicamente tiene poca relevancia que la DPP sea un tipo especial de depresión o simplemente un período de tiempo específico para identificarla²²; no obstante, es importante diagnosticarla y tratarla, ya que puede llegar a provocar un impacto emocional profundo en la familia entera. Se sabe que los hijos de madres deprimidas tienen tres veces más riesgo de sufrir problemas emocionales y conductuales graves, y 10 veces mayor propensión a vivir una mala relación madre-hijo^{23, 24, 25, 26}.

Diagnóstico diferencial

La DPP se debe diferenciar del llamado *baby blues*, que es un cuadro de tristeza, llanto e irritabilidad leve que ocurre alrededor del cuarto día después del parto, y que se resuelve al décimo día, sin afectar el funcionamiento de la mujer. Es frecuente la presencia de patología tiroidea en este período; en casos más graves se puede presentar la psicosis posparto, una emergencia psiquiátrica que requiere intervención inmediata por el riesgo de suicidio e infanticidio. Ocurre dentro de las primeras dos semanas después del parto. Involucra extrema desorganización del pensamiento, comportamiento bizarro, alucinaciones e ilusiones. Se debe hacer diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar porque se puede presentar un episodio depresivo durante el curso del desorden bipolar²⁷.

Importancia de la detección

Es relevante que los médicos se concienticen sobre el valor del rastreo de la DPP con pruebas rápidas, baratas y sencillas²⁸. La detección se mejora si se entrena al médico general, al obstetra y al pediatra para que sepan reconocer los síntomas de la DPP²⁹. Es un hecho que la población en general desconoce la existencia de la DPP y sus posibilidades de tratamiento.

Escala de Edimburgo de depresión postnatal

La prueba más utilizada para el rastreo de la DPP es la *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo* (EPDS), que desde su publicación ha sido la más validada y empleada en todo el mundo³⁰. El método más adecuado de diagnóstico de la depresión posparto se realiza en dos etapas: 1) rastreo con una prueba de auto-aplicación como la EPDS^{31, 32}, y 2) valoración clínica en casos positivos para diagnosticarla con base en los criterios del DSM-IV y estimando la magnitud de la sintomatología con aplicación de otra prueba, como el *Inventario de Depresión de Beck* (IDB), para medir severidad, o la *Escala de Hamilton*³³.

Tratamiento

El tratamiento de la depresión posparto se ha basado en el apoyo social e intervenciones psicológicas; estas últimas se han usado también para prevenirla. El uso de terapia hormonal, bajo la hipótesis de que la depresión posparto se debe a descensos hormonales, permanece sin probar^{34, 35, 36, 37}.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, y la terapia cognitivo conductual, son tratamientos efectivos para la depresión posparto³⁸. Sin embargo, la utilización de los ISRS en mujeres en el embarazo y posparto puede ser controversial debido a que todos los antidepresivos se excretan por la leche materna³⁹. De hecho, la FDA no aprueba el uso de antidepresivo alguno durante la lactancia, aunque hay publicaciones recientes que recomiendan su uso debido a que se han encontrado niveles de medicamento muy bajos en la leche materna, supuestamente con pocos efectos en los lactantes. Además, la depresión no tratada puede ser de mayor riesgo para la madre y el producto.

No se conocen los efectos a largo plazo en los niños cuyas madres han sido tratadas con antidepresivos. Por tanto, debe ser valorado el riesgo-beneficio de tratar o no tratar la DPP en cada caso particular. Se necesitan más estudios sobre tratamientos efectivos, particularmente aquellos que son seguros para las madres que están en la lactancia⁴⁰.

Tratamiento homeopático

A pesar de que la Homeopatía enfatizó desde hace más de 200 años la relación entre lo mental y lo orgánico, es hasta fechas recientes que la psiquiatría moderna ha considerado la participación de una base biológica en los padecimientos mentales. La bioquímica cerebral ha demostrado la alteración de los neurotransmisores como causa fundamental de los desórdenes mentales y una interrelación entre los sistemas nervioso, inmunológico y endócrino.

Además, la participación de otros factores como aspectos sociales, estrés laboral, conflictos de vida y alteraciones en el desarrollo afectivo, entre otros, contribuye al desencadenamiento o agravamiento de muchos de estos padecimientos. Hahnemann ya se refería a todos ellos en el *Organon*, y de ahí la enorme importancia y utilidad de la Homeopatía en el tratamiento de muchas manifestaciones emocionales⁴¹.

La clínica homeopática, desde sus orígenes con Hanhemann, ha enfatizado que una de las bases fundamentales en la toma del caso y, por consiguiente, en la prescripción, es la totalidad de síntomas característicos con una mayor jerarquía en la sintomatología mental de cada paciente en particular⁴². Esto quiere decir que el correcto interrogatorio del paciente en la esfera mental es indispensable para el abordaje terapéutico de la mayoría de enfermedades, y también lo es en el caso de la DPP. Además, se tienen dos conceptos fundamentales en Homeopatía: la individualidad morbosa (enfermo) y la individualidad medicamentosa (medicamento), siempre interconectados por el principio de semejanza. Cada ser humano tiene una parte mental y otra orgánica en relación conjunta con su medio, y esa es la razón por la que el medicamento homeopático prescrito, necesariamente, debe coincidir con la individualidad del paciente. Se sabe que cada ser humano tiene una forma peculiar y única de manifestar sus síntomas, como expresión del esfuerzo fisiológico para recuperar la salud, tanto mental como física.

En otro aspecto, Hahnemann decía que así como cada especie de planta difiere de otras por su forma, crecimiento, sabor y olor, así también cada mineral y producto animal es distinto a todos los demás en sus propiedades externas e internas, físicas y químicas. En esta lógica, indudablemente los medicamentos difieren entre sí en sus efectos patogénicos, y por consiguiente, en sus efectos terapéuticos (parágrafo 119, *Organon de la Medicina*).

Por lo tanto, la patogenesia de cada medicamento, es decir, el conjunto ordenado de síntomas y signos que una determinada sustancia ha producido en el curso de la experimentación pura, nos lleva al conocimiento de lo característico de cada medicamento. Es la búsqueda de este medicamento semejante lo que interesa al médico homeópata clínico. Existen diversos medicamentos homeopáticos con una gran cantidad de síntomas mentales característicos, como en el caso de *Lycopodium clavatum*, *Pulsatilla nigricans*, *Sepia officinalis* y *Calcarea carbonica*, entre otros grandes policrestos. Otros, por el contrario, tienen una acción más organotrópica, por ejemplo, a nivel renal o digestivo⁴³.

Teniendo como base que el ser humano es único e irreplicable, la Homeopatía estipula que cada enfermo tiene su manera única y peculiar de manifestar sus síntomas. Así, a pesar de que hay un gran número de medicamentos homeopáticos, existen también sus peculiaridades individuales que nos llevan a prescribirlos en determinados pacientes, dependiendo de cada caso en particular.

Es importante señalar que si bien el DSM-IV determina los criterios para el diagnóstico de depresión y DPP, esto no es suficiente para prescribir en una consulta homeopática. En el abordaje del paciente con depresión, junto con la elaboración de una historia clínica completa es fundamental para la jerarquización de los síntomas del “hoy del paciente”, y para una correcta nitidez de síntomas, es decir, tener claro y preciso el síntoma, junto con sus modalidades, para traducirlo al lenguaje del repertorio⁴⁴.

Los dos síntomas fundamentales para determinar que una paciente tiene DPP, de acuerdo al DSM-IV, son: el ánimo triste y la pérdida del interés por sus actividades, o anhedonia, casi todo el tiempo durante la mayor parte de los días. Tanto la “tristeza” como la “indiferencia” se encuentran como rubros en el Repertorio. Sin embargo, sólo mediante la nitidez, es decir, teniendo claro cómo son la tristeza e indiferencia de la paciente es que podremos encontrar el *simillimum*. Sin nitidez sintomática, el rubro “tristeza” nos da una cantidad enorme de medicamentos que nos dificulta la prescripción. En cambio, los subrubros de “tristeza” permiten que los medicamentos se reduzcan y se facilite la búsqueda del *simillimum* del caso. Nunca hay que olvidar que debemos explorar todos aquellos sucesos de vida que hayan determinado la aparición del cuadro clínico: pérdidas afectivas, muertes, divorcios, dificultades financieras, desprecios, regañones, decepciones, problemas de pareja, etcétera, con la finalidad de facilitar la repertorización

con el rubro “Trastornos por...”, de gran jerarquía si hay sintomatología mental característica. De igual forma, cada uno de los síntomas descritos en el DSM-IV se puede encontrar en el Repertorio con sus modalidades respectivas.

Basándonos en la clínica homeopática y en el estudio de la Materia Médica, existen medicamentos que pueden tener una enorme utilidad en mujeres con depresión y específicamente con DPP. A pesar de esto, existen pocos ensayos clínicos que demuestren la eficacia de la Homeopatía en la depresión y sólo existen tres publicaciones de estudios sobre DPP y Homeopatía en PubMed.

En una revisión sistemática del 2011 se concluyó que faltan estudios clínicos con Homeopatía en la mayoría de los padecimientos psiquiátricos⁴⁵. Existe evidencia de efectos benéficos de este tipo de tratamiento en la depresión, pero concluyen que hace falta mayor investigación en este campo. En fibromialgia se ha demostrado que los medicamentos homeopáticos son mejores que el placebo. En el caso de la DPP no hay suficiente evidencia que sustente la eficacia de los medicamentos homeopáticos.

En otros estudios clínicos realizados en pacientes con depresión se ha encontrado un efecto similar a la fluoxetina, utilizando potencias cincuentamilesimales (LM) para disminuir la severidad de la depresión⁴⁶. Sin embargo, existe todavía desconocimiento de la acción de los medicamentos homeopáticos a nivel de la bioquímica cerebral. Además, las dificultades metodológicas al realizar un estudio clínico con medicamentos homeopáticos son evidentes por la importancia de una prescripción basada en la individualidad.

Por otro lado, en estudios con animales se ha demostrado alguna evidencia en el campo de la psicofarmacología, como el efecto ansiolítico de *Gelsemium sempervirens* en modelos animales⁴⁷, sin embargo, todavía hace falta realizar estudios en modelos animales para depresión con medicamentos homeopáticos.

Las ventajas del tratamiento homeopático en las mujeres durante el posparto son muchas. Además de su bajo costo, se puede utilizar en la lactancia sin ninguna contraindicación⁴⁸. De hecho, Hahnemann lo recomienda en el *Organon*, señalando beneficios para el recién nacido. Los estudios acerca de la seguridad de los medicamentos homeopáticos han encontrado pocos eventos adversos, mismos que son generalmente leves y transitorios, sin descontar la

posibilidad de que se presente la llamada “agravación homeopática”, frecuente cuando realizamos una prescripción adecuada y que es seguida de mejoría⁴⁹.

Existen dos grandes medicamentos que pueden utilizarse en la DPP: Pulsatilla nigricans y Sepia officinalis. Pulsatilla nigricans, planta herbácea de la familia de las Ranunculáceas que es conocida por su acción en padecimientos secundarios a los cambios hormonales en la etapa reproductiva de la mujer, puede ser utilizada en la DPP. Sus principios activos son protoanemonina y anemonina, principalmente, teniendo además ranunculina, ácidos quelidónico y succínico; saponina y sales de calcio⁵⁰.

Se ha encontrado acción en el sistema endócrino a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, de ahí la gran manifestación de sintomatología mental relacionada con cambios en las etapas reproductivas, como la menarca, el síndrome premenstrual, el embarazo, el aborto y la lactancia.

Pocos estudios se han realizado para explicar esta acción desde el punto de vista neuroendócrino. Sánchez Reséndiz y colaboradores concluyeron que tiene acción hormonal, probablemente a nivel de hipotálamo e hipófisis. En un estudio con animales inyectaron Pulsatilla nigricans a ratas albinas para ver sus efectos hormonales. En los cortes histológicos de los ovarios de los animales tratados se encontró presencia de folículos y dehiscencia de los mismos. Se observaron modificaciones citológicas vaginales en el grupo de ratas con inyección de Pulsatilla nigricans que hacen afirmar que dicho medicamento acelera en un 66.6% la fase estrogénica, comparado con el grupo control donde sólo se observó un 8.33%⁵¹. Si bien es necesario reproducir dicho estudio para tener conclusiones definitivas, es muy probable que Pulsatilla nigricans, por sus manifestaciones clínicas, efectivamente tenga acción a este nivel.

También se encontró que Pulsatilla nigricans no actúa como estrógeno, ya que en ausencia de ovarios no tiene ningún efecto. Se deduce entonces que su acción debe ser referida a otro nivel endócrino, posiblemente en hipófisis o en hipotálamo. Existe algunos reportes de casos donde se administró Pulsatilla nigricans a mujeres con ciclos anovulatorios, provocando que se estimulara la ovulación y el embarazo.

A nivel del útero, se ha comprobado que produce relajación de fibras musculares (miometrio), reduciendo su poder contráctil. Dosis no bien determinadas del extracto de la planta total producen contracciones uterinas. También causan amenorreas y

dismenorreas, restableciendo en dosis adecuadas la función menstrual; aunque el mecanismo de acción no está aclarado, muy probablemente es por acción neuroendócrina. Produce inflamación de la mucosa vaginal, provocando leucorreas⁵².

A nivel mental, Pulsatilla nigricans estará indicada en la DPP cuando la labilidad emocional, la necesidad de afecto y el sentimiento de abandono sean el núcleo de las manifestaciones mentales de la paciente. Esa gran avidez de cariño y afecto serán claramente expresadas durante la lactancia y sus trastornos, junto con llanto sin causa e involuntario. Puede existir cierto “rechazo” de la madre para atender a su hijo, pero al mismo tiempo un anhelo de atención por parte de su pareja y seres queridos, gran temor a estar sola y una sensación de vacío afectivo con una importante necesidad de ser amada más que de amar⁵³. De ahí la característica dependencia emocional de Pulsatilla nigricans, además de la inseguridad, baja autoestima y celotipia.

En el extremo opuesto se encuentra Sepia officinalis, tinta de un molusco cefalópodo que contiene aminoácidos, tirosina, DOPA, taurina, sepamelanina y numerosos oligoelementos como magnesio, cobre y sales minerales⁵⁴. Probablemente su acción, al igual que Pulsatilla nigricans, sea en las áreas neuroendócrina y reproductiva, además de que se observan sus efectos a nivel venoso, tejido de sostén, piel, mucosas y aparato digestivo. De ahí sus indicaciones en el embarazo, posparto, lactancia y climaterio.

Tampoco existen estudios clínicos de Sepia officinalis en la DPP a pesar de la vasta sintomatología mental que se encuentra en las materias médicas. Es la indiferencia afectiva, es decir, la incapacidad para amar que parece una “anestesia” afectiva, el núcleo más importante de Sepia officinalis. Diferente a Pulsatilla nigricans, cuya principal característica es un vacío afectivo que la hace emocionalmente dependiente, Sepia officinalis no es capaz de tener un intercambio afectivo sano producto de factores emocionales que la han agredido crónicamente. Incluso, esta indiferencia no sólo es afectiva, sino que también se manifiesta a todo aquello placentero o sus ocupaciones, aunque de manera compensatoria pueden ser mujeres dedicadas a sus trabajos domésticos.

Tanto en el embarazo como en el posparto puede manifestarse esta actitud de “frialidad” hacia sus seres queridos, su pareja y su hijo recién nacido. Pulsatilla nigricans, por el contrario, puede “rechazar” a su hijo recién nacido no por las mismas razones que Sepia officinalis, sino porque depende del afec-

to de sus seres queridos y busca tener la atención y protección por sus inseguridades. *Sepia officinalis* tiene un trato “áspero” con los demás, se aísla socialmente, manifiesta conductas agresivas e irritabilidad; es peleonera y tiene una actitud crítica ante todo junto con el ánimo triste e indiferente característico del cuadro de DPP. *Sepia officinalis* puede sentirse sin el afecto de sus seres queridos, a pesar de su incapacidad para expresar cariño. *Pulsatilla nigricans*, en cambio, necesita protección, cariño, afecto y no muestra la incapacidad afectiva de *Sepia officinalis*. *Sepia officinalis* tiene manifestaciones de llanto involuntario, ansiedad, actitud hipocondríaca, miedos principalmente a la falta de recursos económicos y, de manera paradójica, a la soledad⁵⁵.

Frecuentemente los síntomas mentales se acompañan de sensaciones corporales de “bola” y “caída”, como si “algo se le saliera” por la vagina durante el embarazo o posparto. Sexualmente presenta la misma incapacidad para disfrutar; tiene ausencia de libido con dispareunia, lo cual se presenta con frecuencia en un cuadro depresivo.

Existen otros importantes medicamentos como *Natrum muriaticum* que pueden estar indicados en la depresión clínica, principalmente crónica. Por tanto, es primordial obtener un adecuado interrogatorio de la paciente con la finalidad de encontrar aquellos síntomas mentales característicos en los cuales basar la prescripción.

Conclusión

La DPP constituye un padecimiento frecuente e incapacitante que puede ser subdiagnosticado. El impacto de su falta de detección y tratamiento oportuno repercute en la relación materno-filial. La Homeopatía puede ser eficaz para tratar este tipo de padecimiento sin ningún riesgo para el recién nacido. A pesar de que existe gran información en las materias médicas sobre medicamentos que pueden estar frecuentemente indicados, falta evidencia suficiente que demuestre su eficacia en ensayos clínicos controlados. Sin embargo, el médico homeópata clínico puede realizar una adecuada prescripción siguiendo las indicaciones hahnemannianas para una buena toma del caso que facilite el encontrar aquello “digno” de curar en cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. A national clinical guideline, vol. 60. Escocia: SIGN Executive, 2002.
2. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers and recommendations for practice. *JABFM*. 2007; 20(3): 280-288.
3. Steiner M. Postpartum psychiatric disorders. *Can J psychiatry*. 1990; 35: 89-95.
4. Wisner KL, Wheeler SB. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry*. 1994; 45: 1191-1196.
5. Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacol Bull*. 1998; 34: 301-306.
6. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression. A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996; 8: 37-54.
7. García L, Ortega-Soto H, Ontiveros M, Cortés J. Incidencia de la depresión posparto. Tercer Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, México, 1992.
8. Wisner KL, Peindl K, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord*. 1994; 30(2): 77-87.
9. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4a ed (DSM-IV). Estados Unidos: American Psychiatric Association, 1994.
10. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 662-673.
11. Cox J, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset duration and prevalence of postnatal depression. *Br J of Psychiatry*. 1987; 163: 27-31.
12. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; 2: 1-10.
13. Harris B, Othman S, Davies JA, Weppner GJ, Richards CJ, Newcombe RG et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *BMJ*. 1992; 305 (6846): 152-156.
14. Pop VJ, de Rooy HA, Vader HL, van der Heide D, van Son M, Komproe IH et al. Postpartum thyroid dysfunction and depression in an unselected population. *N Engl J Med*. 1991; 324(25): 1815-1816. Fe de erratas en: *N Engl J Med*. 1991; 325(5): 371.
15. Harris B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood: working towards strategies for prophylaxis and treatment. *Br J Psych*. 1994; 164: 288-292.
16. Harris B, Othman S, Davies JA, Weppner GJ, Richards CJ, Newcombe RG et al. *Op cit*.
17. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 924-930.
18. Bethea CL, Lu NZ, Gundlach C, Streicher JM. Diverse actions of ovarian steroids in the serotonin neural system. *Front*

- Neuroendocrinol. 2002; 23: 41-100.
19. Kiecolt-Glaser K, Glaser R. Interpersonal relationships and immune function. En: Carstensen L, Neale J. Mechanisms of psychological influence on physical health. Estados Unidos: Plenum Press; 1989. p. 43-59.
 20. Aguilar Velázquez G. Los síntomas mentales, un concepto actual. La Homeopatía de México. 2012; 81(676): 4-9.
 21. Swedensén JD, Mazure CM. Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. Clin Psychol Sci Pract. 2000; 7: 17-31.
 22. Gjerdingen DK, Yawn BP. *Op cit.*
 23. Wisner KL, Stowe ZN. Psychobiology of postpartum mood disorders. Semin Reprod Endocrinol. 1997; 15: 77-89.
 24. Weissman MM, Feder A, Pilowsky DJ, Olfson M, Fuentes M, Blanco C *et al.* Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. J Affect Disord. 2004; 78(2): 93-100.
 25. Field T. Infants of depressed mothers. Infant Behav Dev 1995; 18: 1-13.
 26. Abrams SM, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. Newborns of depressed mothers. Infant Mental Health J. 1995; 16: 233-239.
 27. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. N Engl J Med. 2002; 347: 194-199.
 28. Gjerdingen DK, Yawn BP. *Op cit.*
 29. *Idem.*
 30. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987; 150: 782-786.
 31. Cox J. Origins and development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. En: Cox J, Holden J. Perinatal Psychiatry, use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Inglaterra: Gaskell; 1994. p. 115-123.
 32. Milgrom J, Ericksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for postnatal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Australian sample. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39: 833-839.
 33. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ. Assessing depression in primary care practice with the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression. Psychol Assess. 1995; 7: 59-65.
 34. Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (3): CD000946.
 35. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression. BMJ. 1997; 314(7085): 932-936.
 36. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. BMJ. 2008; 337: a736.
 37. Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JWW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. Lancet. 1996; 347: 930-933.
 38. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. *Op cit.*
 39. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. *Op cit.*
 40. Musters C, McDonald E, Jones I. *Op cit.*
 41. Hahnemann S. Organon de la Medicina, 2a ed. México: Instituto Politécnico Nacional, 2001.
 42. Hahnemann S. *Op cit.*
 43. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. Farmacología y material médica homeopática. España: CEDH, 2002.
 44. Hahnemann S. *Op cit.*
 45. Davidson JR, Crawford C, Ives JA, Jonas WB. Homeopathic treatments in psychiatry: a systematic review of randomized placebo-controlled studies. J Clin Psychiatry. 2011; 72(6): 795-805.
 46. mAdler UC, Paiva NM, Cesar AT, Adler MS, Molina A, Padula AE *et al.* Homeopathic individualized Q-potencies versus fluoxetine for moderate to severe depression: double-blind, randomized non-inferiority trial. Evid Based Complement Alternat Med. 2011; 2011: 520182. Publicación electrónica 8 jun 2011.
 47. Magnani P, Conforti A, Zanolin E, Marzoto M, Bellavite P. Dose-effect study of Gelsemium sempervirens in high dilutions on anxiety-related responses in mice. Psychopharmacology. 2010; 210(4):533-545.
 48. Hahnemann S. *Op cit.*
 49. Macías Cortés EC, Asbun Bojalil J. Frecuencia de eventos adversos en prescripciones homeopáticas del Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex. 2008; 75(3): 190-197.
 50. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B. *Op cit.*
 51. Benveniste J, Sánchez Reséndiz J. Temas de investigación en Homeopatía. México: Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., 1991.
 52. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B. *Op cit.*
 53. Draiman M. Las Personalidades homeopáticas. Argentina: Mukunda Livros Tecnicos, 1991.
 54. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B. *Op cit.*
 55. Draiman M. *Op cit.*

*Repertorización. Algunas Causas de Fracaso

** Dr. Armando J. Grosso

Resumen

Durante su práctica, todo médico homeópata puede enfrentar casos en los que el medicamento prescrito genera una respuesta débil, parcial o nula, de modo que el enfermo no evoluciona como se hubiera esperado. En estas circunstancias es común pensar que hubo algún error durante la repertorización, y aunque en algunos casos es verdad, también debe contemplarse la posibilidad de que algún factor externo haya interferido en la acción de un remedio que se eligió correctamente.

En el presente texto, firmado por el autor del libro Páginas de medicina homeopática, se estudian tres grupos de errores que pueden presentarse durante el ejercicio médico: fallas derivadas del interrogatorio, ya sea imputables al enfermo o al médico, así como reacciones irregulares del remedio de fondo por causas extrínsecas. Mediante el conocimiento de estas categorías se pretende sensibilizar al médico para que investigue adecuadamente las razones por las que no llegara a observar un éxito en el tratamiento, y a partir de esto emprenda los ajustes adecuados para mejorar los resultados y alcanzar el ideal hahnemanniano plasmado en el Organon: "restablecer la salud de manera rápida, suave y permanente, o quitar y destruir toda la enfermedad por el camino más corto, más seguro y menos perjudicial, basándose en principios de fácil comprensión".

Abstract

During his practice, every homeopathic doctor may face cases where the prescribed medication produces a weak response, a partial one, or no response at all, in a manner that the patient would not evolve as expected. In these circumstances it is commonly thought that there has been an error during repertorization, and although in some cases it is true, you must also include the possibility that some external factor may have been interfered with the action of a correctly chosen remedy.

PALABRAS CLAVE:
Repertorización, Interrogatorio, Errores en la repertorización, Acción del medicamento homeopático.

*Artículo publicado originalmente en el #10 de **La Homeopatía de México** (octubre de 1947).

**Fundador y vicepresidente de la Asociación Médica Homeopática Argentina (A.M.H.A), creada en 1932.

KEYWORDS:

Repertorization, Interrogation, Errors in repertorization, Action of homeopathic medicines.

In this text, signed by the author of the book Pages of Homeopathic Medicine, three groups of errors that can occur during medical practice are analyzed: failures derived from the interrogation, whether attributable to the patient or to the doctor, intrinsic remedies irregular reactions, or failures by extrinsic causes. By understanding these causes the author tries to sensitize the physician to investigate adequately the reasons for his failure to accomplish a successful treatment, and from this, undertake appropriate adjustments to improve performance and achieve the ideal embodied in Hahnemannian Organon: "to restore health rapidly, gently and permanently, or remove and destroy the whole disease in the shortest, safest and least harmful way, based on easily comprehensible principles".

Aunque por lo general el resultado de la repertorización nos conduce al remedio conveniente para el enfermo investigado, no es demasiado raro que el resultado falle, es decir, que no obtengamos todo lo que esperábamos de ninguno de los remedios "más indicados" en ella. Alguna vez el remedio no sirve absolutamente y otras veces el caso no evoluciona como debiera; unos síntomas mejoran y otros no. Entonces sacamos en conclusión que la repertorización del caso falló.

Indudablemente, muchos son los factores que pueden intervenir en esta falta de éxito. Su investigación puede llegar a ser compleja. Pero pronto se echará de ver que hay fracasos de la repertorización por determinadas causas —que analizaremos— y fracasos de evolución de enfermos que atribuimos a la repertorización pero que nada tienen que ver con ella. Entre las primeras están las fallas de interrogatorio; entre las segundas, la injerencia de causas extrínsecas al síndrome que fue llevado a la repertorización.

Podemos, por lo tanto, considerar:

1. Fallas derivadas del interrogatorio, imputables al enfermo.
2. Fallas derivadas del interrogatorio, imputables al médico.
3. Fallas aparentes de la repertorización: Reacción irregular del remedio de fondo por causas extrínsecas.

Vamos a desarrollar cada uno de estos puntos.

Fallas imputables al enfermo

La causa más corriente del fracaso de un medicamento que ha sido correctamente investigado reside en la deformación adquirida por el cuadro de síntomas del enfermo. La sintomatología original de sus males ha sido borrada por los sucesivos tratamientos a los que el paciente fue sometido. Ya no le quedan más que los síntomas locales: una mezcla descolorida y vaga de su sufrimiento, sin relieves de ninguna especie. El enfermo, pongamos por caso, nos dice que le duele el estómago, y su atención se ha polarizado exclusivamente en este sentido.

—¿Le duele más con el calor?, ¿con el frío?, ¿comiendo?, ¿en ayunas?, ¿acostado?

Todo es lo mismo, refiere. Le duele el estómago y no sabe decir más que eso.

—¿Y aparte del estómago, tiene alguna otra molestia?

—Nada más que el estómago.

Y cuando el médico insiste en investigar otras cosas, una sorda y a veces no disimulada irritación lo va invadiendo y comienza a hacer lo posible para mostrar con su expresión el aburrimiento que lo domina. "Tantos le han preguntado lo mismo y, en suma, ¿para qué? ¿Qué resultado obtuvieron?". Si es un asmático, no hablemos. Porque para él ya no hay horario ni influencia climática ni nada que valga. Él tiene asma, siempre asma y nada más que

asma. Y lo peor de todo es que esa es la verdad. Y así pueden multiplicarse los ejemplos.

Bien. Estos casos son difíciles desde el primer momento. El homeópata algo experimentado advierte en seguida que allí hay pobreza y confusión de síntomas. Ninguno de ellos es limpio ni preciso, y probablemente tampoco hallaremos alguno que sea tan firme y cierto como para apoyarse en él en busca del hilo de Ariadna.

Cierto es también que hay que disculparlos porque estos enfermos están desesperados y desalentados; pero el hecho resultante es que, desgraciadamente para ellos, estos pacientes tienen poca solución. Solamente una bien entendida colaboración entre el médico y el enfermo puede producir algún fruto. La historia de uno de estos pacientes es una masa de síntomas y no “un caso”, como dice Kent.

Aquí no nos queda más recurso que la repertorización de todos los síntomas del enfermo, locales y generales, para tratar de extraer por razón de mayor peso —si se nos permite la expresión—, el remedio posible.

No obstante, y a pesar de lo desalentadora que es la tarea, no debe darse a priori todo por perdido. Además de la solución anunciada pueden encontrarse otros caminos. A nuestro juicio, tiene importancia establecer una correcta y detallada crónica de la evolución del pasado mórbido del sujeto para poder saber qué ha pasado allí hasta llegar a determinar la situación presente; qué “supresiones” hubo y cómo se han sucedido las distintas localizaciones de su morbilidad. Establecer si estamos ya ante un terciarismo miasmático irreductible o no.

Veremos, por ejemplo, que el enfermo tuvo un reumatismo cuya supresión fue seguida por una pleuritis. Más tarde hubo una blenorragia larga, que costó mucho curar. Nueva supresión seguida un tiempo después por asma. La cronología de su pasado mórbido o sea la comprensión del origen de su estado actual, puede sugerirnos alguna orientación en la selección de los síntomas a repertorizar. Las modalidades comunes a las distintas etapas, es decir, que se repiten, pueden llegar a adquirir solidez. Si los síntomas actuales son muy confusos trátase de establecer los comienzos de su síndrome actual —asma, en este caso— y si esto no fuera posible, remóntese a cada etapa anterior. Reuniendo los síntomas de cada una, viendo las modalidades que se han reiterado en el curso de las distintas enfermedades tal vez pueda vislumbrarse el remedio de fondo.

Recordamos un resultado brillante de Phosphorus en un caso de asma, en que los síntomas confusos del estado actual condujeron a la investigación del cuadro inicial de su padecimiento. Los síntomas subjetivos de esa época sugerían marcadamente Phosphorus y el resultado confirmó la elección.

Otra enferma, una joven con dolores en sus miembros inferiores discretamente varicosos, sólo nos hablaba de sus dolores con modalidades de agravación y mejoría de lo más contradictorias. No consigue alivio de su padecimiento desde hace cinco años. Como no se viera solución en los síntomas de su estado actual llevamos la atención al origen de su enfermedad. La anamnesis prolija de su comienzo sugiere la idea de una polineuritis gripal y después vinieron las várices. Las modalidades del comienzo y la localización neurítica condujeron a Argentum y el resultado fue muy bueno. Ella, la pobre muchacha, decía lo que sentía: dolores y más dolores de pie y en la cama, con el frío y el calor. Se sumaban las algias neuríticas a los dolores varicosos. Y estaba tan aburrida de ellos y de los médicos que hubo que interesarla seriamente para tener respuestas exactas de su malestar original.

Sucede a veces en estos casos confusos por larga evolución y la alteración de síntomas sufrida, que no se puede construir el menor esbozo de síndrome evocador de un remedio. Entonces podemos apelar a alguno de los medicamentos “aclaradores”, es decir, remedios que tienen la virtud de ordenar en cierta medida la economía del enfermo y hacen desaparecer una cantidad de síntomas secundarios, parasitarios, que no dependen de la enfermedad sino de medicaciones o de otras causas accesorias. Quitan la hojarasca del caso y quedan más acentuados y definidos los síntomas reales del enfermo. Tales serían Nux vomica, Carbo veg., Psorinum, Sulphur, Pulsatilla, Kali iodatum y Thuja. Después de un medicamento de esta clase, reactivos, deberemos tomar nuevamente el caso poniendo especial atención en los síntomas y modalidades actuales y con ellos buscar el remedio.

Hemos visto el tipo de enfermo que nos da pocos síntomas, confusos y sin relieve. Pero el interrogatorio depara a veces sorpresas distintas. Aparece el enfermo que nos da demasiados síntomas. Aquí hay que desconfiar. Un exceso de síntomas es casi tan malo como una falta de ellos. Se trata, por lo general, de pacientes neuróticos donde los datos varían constantemente. Estos también son de solución difícil. En este enfermo todo síntoma que no sea confirmado por una repregunta, o por la concordancia de sus modalidades con las de los demás, es sospecho-

so de ser incierto y hay que ponerlo en cuarentena o eliminarlo desde ya. Aunque parezca paradójico, es difícil que sea buen indicador de un remedio, un síntoma sobre el que un enfermo de esta clase cargue el acento. El enfermo cree obrar sinceramente, pero su estado neurótico lo conduce a darnos síndromes superficiales, sin arraigo ni hondura, y muy a menudo engañosos.

Cuando se pretende hacer la jerarquización de los síntomas de estos enfermos hay que decidirse a eliminar todo lo dudoso, haciéndolo sin reparo, aunque se trate de un signo llamativo y raro, y aunque sólo nos queden cuatro o cinco síntomas fundamentales sobre los cuales apoyar la prescripción. Como línea general de conducta en los enfermos demasiado ricos en síntomas, toda la sintomatología local debe desecharse. Y debemos recordar que estos pacientes necesitan Tuberculinum más que otro nosode.

Recapitulando, es necesario tener presente que una repertorización ordinaria no nos dará un buen resultado en los enfermos carentes de síntomas ni en los enfermos que los tienen en exceso. Por razones distintas según vimos, el camino común nos puede llevar al error y es necesario entonces apelar a alguna de las soluciones sugeridas más arriba para encontrar el remedio para ellos.

Fallas imputables al médico

Al momento que el médico toma el caso debe estar siempre en guardia contra las respuestas dadas sin firmeza y sin seguridad. Es una cuestión de matices, pero que se aprende pronto a distinguir. Síntomas inseguros equivalen a prescripción insegura. Hay que prestar atención a la manera en que el enfermo contesta al interrogatorio. Preguntas mal formuladas llevan implícitas malas contestaciones y, por lo tanto, ofrecen malos resultados.

Pero además de esto el médico debe fijarse en el grado de inteligencia del enfermo y su expresión. Ésta denota siempre algo: indiferencia, aparente o real, inquietud, aprensión, desaliento, etcétera. Hay que valorar estos estados de ánimo y tomarlos en consideración como síntomas, porque algunas veces el paciente no quiere y otras veces no puede expresarlos en palabras.

La inobservancia de estas reglas suele llevar a perder síntomas que han estado siempre presentes, desde la primera consulta. El “¿me curaré?” dicho con timidez al final de la consulta revela un estado de aprensión a menudo completamente disimulado hasta ese momento. La inquietud del enfermo, que a cada rato cambia de posición en su asiento sin motivo, revela un temperamento distinto de otro que parece que se estuviera cayendo a pedazos y que sólo busca donde apoyarse mejor. La locuacidad de uno en contraste con el mutismo de “empacado” de otro, etcétera, son también síntomas y lo mejor es que son absolutamente reales, positivos y, por lo tanto, mal hace el médico si no los anota en su historia porque la repertorización adolecerá de fallas.

Otra causa importante de errores cometidos por el médico radica en la inadecuada valoración de los síntomas del momento actual en lo que respecta a su jerarquización. Ghatak, en su obra, insiste en que debe dejarse de lado sin contemplación a todo síntoma, de cualquier jerarquía que sea, si es que él no ha evolucionado con la enfermedad, y a concederle importancia en el caso inverso.

Si un paciente que tiene una enfermedad cualquiera en evolución nos da entre sus síntomas mentales, por ejemplo, temor a las tormentas, y ese síntoma no se ha ido agravando a medida que la enfermedad evolucionaba; si este síntoma ha sido una especie de espectador del resto del síndrome, entonces carece de importancia para integrar el cuadro del remedio actual, y a lo más servirá para la elección de algún remedio ulterior. Si un niño es habitualmente caprichoso, este síntoma no puede tomarse en cuenta para elegir un remedio para una angina sobreviniente, pero si el niño se torna caprichoso cuando tiene una angina, entonces sí tiene alto valor. Si un sujeto es friolento durante un proceso agudo cualquiera que lo afecte, el síntoma debe desecharse, pero, si siendo friolento se torna caluroso durante él, entonces la calurosidad tiene valor.

Muchas veces los médicos no discriminamos bien entre los síntomas constitucionales, del substratum mórbido de un paciente —que son más o menos fijos—, y las variaciones que aparecen cuando este substratum realiza un esfuerzo depurador, o sea, una enfermedad. Un enfermo hepático, friolento, tiene una poussée de colecistitis, y durante ella se torna caluroso. Esto no significa que el enfermo sea sensible al frío y al calor. Si estamos investigando el remedio de su crisis actual debemos tomar como índice la agravación por el calor y para la búsqueda del remedio de fondo el síntoma propio de su esta-

do mórbido básico, que es la agravación por el frío. No discriminar sobre estas variaciones puede conducirnos a querer dar el remedio de fondo durante la poussée, o viceversa. Por supuesto, la repertorización acusará un fracaso.

Fallas mal imputadas a la repertorización. Conducta irregular del remedio por causas extrínsecas.

Algunas veces la evolución de un enfermo sometido a un remedio de fondo es irregular. Presenta altibajos inmotivados, persistencia de síntomas que deberían desaparecer y otras anomalías de evolución. El médico se siente impulsado a cambiar el remedio y se pregunta si será exacto el resultado de la repertorización del caso.

Supongamos algo frecuente. Un enfermo bien estudiado no reacciona como es debido a su remedio de fondo. El paciente mejora su estado general, su parte mental y en todos sus síntomas importantes, pero hay un grupo de ellos que no mejora y este grupo impide que el enfermo tenga la sensación plena de bienestar. Como una ironía veremos alguna vez que el enfermo mejora de todo, menos de la molestia local por la cual nos vino a consultar. Pongamos por caso que se trate de un enfermo crónico hepático que nos consulta por una cistitis. Con el remedio de fondo aumenta notablemente su apetito, mejora su carácter, su estado general, etcétera, pero sus trastornos vesicales se mantienen en el mismo estado. ¿Qué es lo que sucede aquí y cómo se explica la situación? En principio debe esperarse un tiempo razonable y proceder al cambio de dilución. Si esto no bastara para resolver el caso debemos concluir en que el remedio de fondo no cura esta lesión. Sucede probablemente que ese remedio no tiene marcada acción sobre el miasma causante de los síntomas rebeldes.

Pero existe también otra posibilidad. Estos síntomas son locales; puede haber, por lo tanto, un factor local que impide el progreso de la curación. No habiendo violación de reglas higiénicas fundamentales debe procederse a una anamnesis prolija del comienzo de la molestia. Por ahí saldrá a luz que, hace años, una blenorragia causante de las molestias vesicales fue “suprimida” con instilaciones de nitrato de

plata. En este caso no hay más solución que dar un remedio intercurrente de menor radio de acción, un remedio que nosotros llamaríamos más “localizado”. En nuestro caso será, por supuesto, un antídoto del nitrato de plata. Con él mejorará su vejiga y después el enfermo volverá a ser accesible a su remedio de fondo. El medicamento intercurrente quitó un escollo. Debemos interpretar esta situación así: el remedio básico es correcto, pero no tiene acción sobre un determinado elemento de distinto origen miasmático.

La anamnesis revelará con frecuencia casos como éste, donde una intervención terapéutica demasiado activa hecha en una oportunidad anterior deja tras de sí una secuela persistente, pero otras veces el síntoma inmodificado no puede atribuirse a esta causa.

Un niño de temperamento linfático con anginas y adenopatías a repetición nos conduce a prescribirle Calcarea carbonica con buen resultado en términos generales. Pero este enfermo tiene una tos espasmódica cuyo retorno constante tiene inquietos a los padres. Con el remedio de fondo el niño ha mejorado su estado general y en todos sus aspectos fundamentales, pero la tos no se ha modificado. La exploración radiológica no muestra nada particularmente orientador. Se trata entonces de aclarar si el medicamento básico es correcto o no. Hacemos una investigación prolija sobre el comienzo de la tos y sabemos así que ella quedó como secuela de un sarampión. La intervención del remedio adecuado a los comienzos de la tos, Drosera, resuelve la situación.

Casos como estos son frecuentes en los niños, en los que, por no haber transcurrido demasiado tiempo desde el comienzo de su afección hasta el momento en que el médico lo ve pueden recordarse bastantes síntomas con relativa facilidad. Un caso muy semejante al anterior es el siguiente:

Nos traen una niña de 5 años por su carácter “imposible” (y así lo era, en efecto), que mejora con Nux vomica. Pero además tiene una tos espasmódica que no sólo no mejora sino que va en aumento. También aquí pensamos que si ese remedio mejora en forma acentuada su carácter, estado general y apetito, y no cubre este aspecto del caso es porque debe haber un factor local o un estado miasmático ajeno al fondo miasmático propio de la niña; es decir, existe un factor agregado.

En la historia tenemos anotado: coqueluche [nota del editor: tos ferina] hace 3 años. Tratando de am-

pliar esta referencia nos enteramos de que en esa época tuvo una tos coqueluchoidea muy larga y de diagnóstico dudoso. Pero al mismo tiempo sabemos que la niña estuvo hace unos 20 días en contacto con un niño coqueluchoso. Suponemos entonces que ésta sea la verdadera tos convulsa. Se impone entonces un cambio de orientación terapéutica. El remedio de fondo propio de la niña no despierta en ella elementos de inmunidad para este factor etiológico. Esto debemos lograrlo con otro remedio. En este caso Coccus cacti dio cuenta rápidamente de la tos. Después de este episodio la niña siguió reaccionando bien a Nux vomica durante dos años, mejorando increíblemente su estado general.

Veamos otro caso en que una intervención medicamentosa antigua altera y detiene el curso de una mejoría.

Se trata de una diabética benigna que mejora bien y mucho con Lycopodium. No obstante sigue presentando ligeros cuadros febriles o enfriamientos y sudores que son reactivaciones ligeras de un antiguo paludismo que el remedio de fondo no ha logrado vencer. La causa primera a investigar en los casos de paludismo es si ha habido exceso de quinina en aquella época. Se antidota la quinina con Natrum muriaticum y aunque no se eliminan totalmente sus malestares, ellos se atenúan francamente y el remedio de fondo continúa su acción en mejor forma que antes.

En todos estos casos el remedio intercurrente “más localizado” no tiene más objeto que desalojar un escollo dejado por un agente externo, germen, toxina o medicamento que impide la recuperación del organismo ante la sollicitación del buen remedio.

Llegamos ahora a considerar una situación no frecuente pero tampoco excesivamente rara. Un enfermo viene mejorando bien con su remedio de fondo y de repente, y sin causa aparente, su buena marcha se detiene y el enfermo entra en un período de inmovilidad. No empeora, pero tampoco mejora. Sus malestares persisten y no puede encontrarse la razón. No solucionándose el caso con el cambio de dinamización se debe comenzar a buscar si hubiera cuestiones de orden psíquico o moral de por medio, y neutralizar sus efectos en tal caso. Otro camino a investigar es el de tratar de hallar un remedio similar y de preferencia del mismo grupo (Grupos de Boyd),

elegido de acuerdo a los síntomas precedentes. Pero si tampoco se lograra solución por este medio, lo mejor será no hacer nada y esperar durante un tiempo a que aparezcan nuevos síntomas o nuevas molestias que nos orienten hacia un nuevo remedio o nos ligen a retornar al mismo. Esta situación es conveniente comunicarla francamente al enfermo. Así se logrará su cooperación y la paciencia necesaria para esperar algo que no está en nuestras manos producir: la aparición de síntomas guíadores. Son períodos de latencia que los norteamericanos llaman períodos do nothing, de no hacer nada. Felizmente estos casos no son frecuentes. Pero bueno es que el médico conozca su existencia porque son situaciones desconcertantes.

Por último, hay también algo que contribuye a resolver algunos casos y que no debe olvidarse nunca. Es un poco de buen sentido.

Recordamos el caso de una chica reumática y psoriásica que mejoraba bien con Lycopodium. No obstante, su peso seguía un lento pero continuo descenso que se había iniciado un año antes de ponerse en tratamiento. El caso nos inspiraba bastante preocupación porque existían antecedentes familiares de bacilosis. Y durante un tiempo, a pesar de que la mejoría se producía siguiendo la ley de curación, pensamos si con el tratamiento no estaríamos produciendo una supresión que hubiera sido de consecuencias muy serias para ella. En este punto resolvimos aclarar bien las cosas y felizmente comenzamos por el principio: averiguar cómo comía la chica. Resultó que si bien ella tenía buen apetito, comía muy poco a la hora del almuerzo porque la dominaba el temor de llegar tarde al empleo, asunto que le preocupaba seriamente. Bien, comiendo con tranquilidad, en el centro, la chica mejoró rápidamente su peso. Se trataba de un aparente fracaso del remedio de fondo allanado con una solución de orden higiénico.

Como vemos, en todos estos casos el remedio de fondo hallado no cumplía totalmente la misión que se esperaba de él y podría hablarse de fracasos de la repertorización. Sin duda alguna existe también esta circunstancia, pero bien mirado el asunto creemos que extremando el cuidado en el interrogatorio y eliminando las causas exteriores podemos hallar en la repertorización lo que tenemos derecho a exigir: la indicación de uno o varios remedios que puedan ser la clave del caso en investigación.



XXXIII Congreso Nacional de Medicina Homeopática 2012 Atlixco, Puebla.



*“Hacia el Fortalecimiento de la
Profesión Médico Homeopática”*

Invitan:

Red Nacional Homeopática, A. C.
Facultad de Filosofía y Letras,
Asociación Nacional de Médicos Homeópatas
Cirujanos y Parteros “Dr. Mateo Rubio Septién”, A. C.
Colegio de Médicos Homeópatas del Centro, A. C.
Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía,
Escuela Libre de Homeopatía de México I.A.P.
Hospital Nacional Homeopático

Con el respaldo de:



Áreas Temáticas.

1. Procesos formativos del médico homeópata
2. Ejercicio profesional e investigación en homeopatía
3. Vinculación del médico homeópata con la sociedad
4. Políticas públicas y estructura de la profesión médico homeopática
5. Normatividad y regulación de la práctica de la homeopatía
6. Trabajos libres

Conferencias Magistrales, Casos Clínicos, Avances en Investigación,
Trabajos de Análisis, Temas Libres, Exposición de Carteles

**24 AL 27 DE OCTUBRE 2012
CENTRO VACACIONAL METEPEC
ATLIXCO, PUEBLA, MÉXICO**

Informes: www.33cnmh.com.mx
contacto@33cnmh.com.mx

Atentamente Dr. Jorge A. Fernández Pérez
Presidente del XXXIII
Congreso Nacional de Medicina Homeopática



Fisiopatología y Manejo de la Fiebre (1ª parte)

*Dr. Sc. Gustavo Aguilar Velázquez

**M.P.S.S. Isis Infante Regalado

PALABRAS CLAVE:
Fiebre, Supresión, Sistema inmune, Respuesta inmunológica.

*Laboratorio de Inmunología, Depto. de Bioquímica, Facultad de Medicina, U.N.A.M.

Especialista en Homeopatía, Escuela de Posgrado Homeopatía de México, A.C.

Maestro y Doctor en Inmunología, Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, I.P.N.

Miembro de la Liga Médica Homeopática Internacional.

Director de la División de Investigación, Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

**Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

Resumen

La fiebre fue entendida durante mucho tiempo y por muchas civilizaciones como un recurso del organismo para controlar algunas enfermedades; no obstante, esta idea comenzó a abandonarse a partir de los estudios del médico francés Claude Bernard (1813-1878), por lo que la medicina alópata empezó a considerarla como un evento perjudicial que se debe erradicar. Desde la perspectiva hahnemanniana, la fiebre expresa los esfuerzos del organismo por restablecer su salud y la vía correcta para lograrlo, de modo que no debe suprimirse; al contrario, lo que propone es suministrar medicamentos que estimulen al cuerpo para continuar con esta labor, sólo que de manera ordenada o modulada.

Más aún, recientes investigaciones *in vitro* en el campo de la inmunología apoyan el enfoque homeopático, ya que han sugerido que el aumento en la temperatura corporal es un recurso complejo que no sólo inhibiría el desarrollo de ciertos agentes patógenos, sino que contribuiría a que algunos mecanismos de la respuesta inmune funcionen mejor que a la temperatura normal. Así pues, el enfoque alopático, empeñado en disminuir la fiebre, en realidad reduciría la efectividad de los mecanismos generados por el sistema inmunológico durante siglos de evolución de los seres vivos. Presentamos a continuación la primera de dos partes de este trabajo.

Abstract

Fever has been understood as a resource to control some diseases for a long time and by many civilizations; nonetheless, this idea began to be abandoned after the studies of the French physician Claude Bernard (1813-1878), who considered it as a event that should be eliminated. From the Hahnemannian point of view, fever ex-

Recibido: julio, 2012. Aceptado: septiembre, 2012

KEYWORDS:

Fever, Suppression, Immune system, Immune response.

presses the organism's efforts to restore its health and the right way to do it, that's why it shouldn't be suppressed; on the contrary, what is proposed is to provide drugs that stimulate the body to continue this labor in a ordered and modulated way.

Furthermore, recent in vitro studies in the immunology field, support the homeopathic approach, because they have showed that the increase in body temperature is not only a complex resource that inhibits the growth of certain pathogens, but contribute to some immune response mechanisms, that work better in high temperature than a normal one. Thus the allopathic approach which considers that the fever should be reduced actually reduces the effectiveness of some mechanisms generated by the immune system for centuries of evolution of living beings.

Introducción

La supresión es uno de los conceptos más importantes en el ejercicio de la clínica homeopática, ya que implica uno de los errores más frecuentes en la medicina actual y uno de los inconvenientes que más combate la Homeopatía. En la curación homeopática, la desaparición de los síntomas debe seguir un orden y, de la misma forma, debe ser la consecuencia de una mejoría en la totalidad de la homeostasis del individuo. Es muy frecuente observar en otras corrientes médicas el deseo de desaparecer ciertos síntomas con la idea de que sólo al eliminar éste o aquél se mejorará al enfermo; en efecto, el paciente se siente aliviado y “curado” cuando sus síntomas desaparecen de manera casi inmediata, pero finalmente, lo único que se logra es inhibir el esfuerzo del organismo por recuperar su armonía.

Según los escritos de Hahnemann, el organismo es lo suficientemente fuerte para establecer una forma de corregir las enfermedades; empero, cuando esto no se consigue debe proporcionarse un remedio homeopático que sea capaz de producir una enfermedad artificial en el cuerpo humano tan semejante como sea posible a la que se trata de curar, de forma que el organismo será estimulado para que retome su estado de equilibrio. Con este procedimiento no sólo se mejorarán los síntomas expresados en el cuadro clínico, sino que se generará un alivio de fondo para la patología manifestada¹.

La fiebre es uno de los síntomas que más ataca la medicina alópata, y tal vez sea el ejemplo

de la supresión por excelencia. Para la terapéutica homeopática, la fiebre es sólo la expresión del organismo que requiere ayuda dinámica activa que le estimule para iniciar el trabajo curativo. Así lo menciona Hahnemann en su parágrafo 186: “El iniciar un tratamiento dirigido como una mera afección local es tan absurdo como pernicioso en sus resultados”.

La respuesta febril se ha considerado como un avance evolutivo que ha tenido una larga historia filogenética preservada por más de 400 millones de años². La biología sugiere que emergió en los ancestros comunes de los anélidos y artrópodos, y quedó establecida como una respuesta casi universal de los animales superiores, de modo que ha estado presente millones de años antes de que el ser humano existiera. Se ha considerado como un ejemplo de adaptación morfológica y funcional en las etapas iniciales de los vertebrados en su desarrollo hacia las condiciones de vida terrestre³.

La fiebre suele considerarse como algo malo que hay que curar, eliminar o desaparecer. Sin embargo, no debemos olvidar que no es más que el resultado del esfuerzo que hace el cuerpo humano para defenderse de un proceso infeccioso o de la presencia de moléculas propias o extrañas que son reconocidas como peligrosas, algunas de manera inespecífica por la respuesta inmune innata, o específicamente por la respuesta inmune adaptativa.

Desde el punto de vista fisiológico, el proceso febril es la activación de diversos y complejos mecanismos que nos ayudan a preservar la homeostasis del organismo. Es el aumento del metabolismo y de las distintas funciones orgánicas implicadas en

el sistema de defensa, generando el aumento de la temperatura corporal. Se trata de uno de los procesos naturales más puros y filogenéticamente conservados que nos han servido para la preservación de la especie, desde el punto de vista evolucionista.

Por lo tanto, el intento indiscriminado de abolirla impide el adecuado funcionamiento de los sistemas de protección del ser humano, además de que deriva en conductas que resultan contraproducentes, ya que se contrarrestan los esfuerzos curativos de los que fuimos dotados naturalmente.

En la antigüedad, la fiebre era considerada como un signo de curación durante un proceso infeccioso, y sobrevivir a aquel evento era un signo de fortaleza.

Dentro de los postulados emitidos tanto por Hipócrates (quien vivió del año 460 al 370, antes de nuestra era) como por Galeno (año 130 al 200) se mencionaba que el papel de la fiebre era benéfico, por eso se le consideraba como una excelente terapia en la recuperación de las infecciones. Este concepto fue transmitido durante siglos en la medicina, pero en los últimos años se ha perdido entre temores y supuestos^{4, 5}.

Es pertinente decir que una de las primeras teorías acerca de la fiebre en el siglo XX comenzaba con la cita de Tomas Sydenham, reconocido médico inglés que expresó: “La fiebre es el motor que la naturaleza brinda al mundo para la conquista de sus enemigos”⁶.

En fin, que este concepto fisiológico se mantuvo sin cuestionarse por muchos años, tiempo durante el cual se han realizado importantes trabajos científicos que señalan a la fiebre como un mecanismo de gran importancia para la mejoría de los pacientes que cursan con una infección⁷.

No obstante, el camino seguido por la ciencia y el intenso estudio de la fisiología del cuerpo humano cambió por completo la perspectiva de la fiebre en la práctica médica, ya que a partir de los experimentos de Claude Bernard en la segunda mitad del siglo XIX se demostró que los animales morían cuando su temperatura corporal excedía de 5° a 6° C las cifras normales. Esto trajo como consecuencia el uso del termómetro en la práctica médica y el que la fiebre se comenzara a considerar como un signo desfavorable para la resolución de la enfermedad. Fue a partir de ese parteaguas en la historia de la medicina que la fiebre empezó a concebirse como un arduo enemigo al que el médico moderno debe vencer, sin duda alguna⁸.

Definición

La fiebre es un evento o reacción de fase aguda que implica un sinnúmero de mecanismos fisiológicos tendientes a restablecer el equilibrio del organismo. Implica el compromiso de diferentes órganos y sistemas, y no sólo se trata de una elevación de la temperatura corporal; la fiebre conlleva una serie de ajustes en la homeostasis que culmina en el hecho clínico que percibimos como fiebre⁹.

Así, es un verdadero síndrome, lo que significa que abarca una serie de signos y síntomas. Se constituye, además, por aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, anorexia, aumento en la concentración de la orina, cefalea, sed, escalofríos, sueño, así como fatiga, irritabilidad, dolores musculares, dolores articulares y, en ciertas ocasiones, delirio, como sucede en el caso de un paciente de Belladonna atropa.

El síndrome febril se define como “la elevación térmica del cuerpo como una respuesta específica, mediada por el control central, ante una agresión determinada”. Se ha llegado al consenso internacional que considera como fiebre a la temperatura corporal central sobre 38° C, situación en la que el sistema nervioso central (SNC) recibe múltiples señales sensoriales provenientes de la respuesta inflamatoria, a través de vías humorales o neurales.

Es entonces que el sistema inmune funciona como un sexto sentido que detecta un estímulo nocivo y produce mediadores solubles que trasladan la información al cerebro, múltiples citocinas u otros mediadores inflamatorios que pueden acceder a centros cerebrales. Por otro lado, la liberación de citocinas in situ puede activar vías aferentes del vago, con lo cual se generan acciones pro inflamatorias¹⁰.

Aspectos Inmunológicos

Es un mecanismo fisiológico que aparece desde la respuesta inmune innata, es decir, que se trata de una respuesta del organismo vivo hacia señalizaciones moleculares inespecíficas que tienen un común denominador: son moléculas que indican peligro.

La fiebre es la traducción clínica de una respuesta inflamatoria, o sea, de una respuesta curativa, y es por eso que vale la pena señalar que, para

curar, el sistema inmune en muchas ocasiones tiene que recurrir al proceso inflamatorio. De esta forma pone en juego todos los elementos que necesita para detener la actividad de un germen o de una toxina que le puede significar una amenaza.

La primera señal para un aumento de la temperatura corporal en caso de fiebre comienza con una molécula de un germen, el cual está dotado de cierta estructura vital para su sobrevivencia (que es compartida por muchas especies de patógenos). A estos componentes se les conoce como patrones moleculares asociados a patógenos (PAMPS11, por sus siglas en inglés).

La señalización para la fiebre puede provenir también de alguna molécula asociada a daño celular, como son los componentes intracelulares que son desconocidos para el sistema inmune y que se denominan patrones moleculares asociados a daño celular (DAMPS, por sus siglas en inglés), los cuales van a generar un activación del sistema inmune inespecífico.

El estímulo también puede tener su origen en un antígeno conocido por el sistema inmune, en cuyo caso se montará una respuesta inmune específica (también llamada adaptativa) en donde ya existen linfocitos T con receptores específicos para un determinante antigénico o anticuerpos específicos en contra de éste; en tal caso, serán los receptores de los linfocitos T (TCR) o los receptores de los linfocitos B (BCR) los que generarán las señales para la producción de citocinas. De esta forma se iniciará el proceso febril.

Cuando existe una inflamación inespecífica, los macrófagos y polimorfonucleares serán las primeras células que entren en acción, toda vez que poseen unas moléculas que identifican estas señales de peligro y que se denominan receptores de tipo Toll (TLR, por sus siglas en inglés). Se les nombra de dicha manera porque son muy parecidos a los receptores Toll identificados por primera vez en la mosca *Drosophila melanogaster*.

Se debe enfatizar que se ha descubierto que estos receptores son capaces de identificar y fijar estas estructuras en los gérmenes. Hasta hoy se han descubierto¹¹ diferentes tipos de TLR; unos se encuentran en la membrana de la célula, dispuestos hacia el exterior y por tanto identificando señales de peligro extracelular, y otros están en la parte interna de la célula (como son los fagosomas dispuestos hacia el interior), que les permite identificar señales de peligro dentro de la célula.

Así pues, existirá un TLR para cada estructura celular "peligrosa". Por ejemplo, el receptor TLR-2 puede identificar glucolípidos, lipopéptidos, lipoproteínas y ácido lipoteicoico, los cuales son constituyentes de bacterias y hongos patógenos. El TLR-4 se considera uno de los grandes identificadores de bacterias Gram negativas e interactúa con ácidos lipoteicoicos y lipopolisacáridos (superantígeno de la salmonela).

Por su parte, el TLR-9 es capaz de reconocer directamente el ADN bacteriano, mientras que el TLR-3 es un receptor que se ubica dentro de las células (identifica señales de peligro localizadas en dicho

Receptor	Ligando	Agente patógeno	Tipo de receptor	Presente en
TLR1	Lipopéptidos.	Bacterias.	De membrana.	Monocitos y macrófagos.
TLR2	Glucolípidos, lipopéptidos, lipoproteínas y ácido lipoteicoico.	Bacterias, hongos, y células huésped.	Membrana celular.	Monocitos, macrófagos, células dendríticas y mastocitos.
TLR3	ARN de doble cadena.	Virus.	Intracelular.	Células dendríticas y linfocitos B.
TLR4	Lipopolisacáridos, fibrinógeno, heparán sulfato (fragmentos) ácido lipoteicoico, fragmentos de ácido hialurónico, nickel, entre otros.	Bacterias sobre todo Gram negativas y células huésped.	De membrana.	Monocitos, macrófagos, células dendríticas, mastocitos y epitelio intestinal.

Receptor	Ligando	Agente Patógeno	Tipo de receptor	Presente en
TLR5	Flagelina.	Bacterias.	De membrana.	Monocitos, macrófagos, células dendríticas, mastocitos, epitelio intestinal, entre otros.
TLR6	Lipopéptidos.	Bacterias sobre todo mycoplasmas.	De membrana.	Monocitos y macrófagos.
TLR7	ARN monocatenario e imidazoquinolina.	Virus.	Intracelular.	Monocitos, macrófagos, y células dendríticas.
TLR8	ARN monocatenario.	Desconocido.	Intracelular.	Monocitos, macrófagos, células dendríticas y mastocitos.
TLR9	ADN microbiano en particular dinucleótidos CPG no metilados.	Bacterias.	Intracelular.	Monocitos, macrófagos, células dendríticas, linfocitos B, entre otros.
TLR10	Desconocido.	Desconocido.	De membrana.	Monocitos, macrófagos, Linfocitos B, entre otros.
TLR11	Profilina.	Toxoplasma gondii.	Intracelular.	Monocitos, macrófagos, hepatocitos, células del riñón y epitelio de la vejiga.

Clasificación de receptores tipo TOLL y sus especificidades.

lugar), como sería el ARN de doble cadena (dsRNA, por sus siglas en inglés).

Estas moléculas de reconocimiento inespecífico, entre ellas los lipopolisacáridos, los proteoglicanos y el RNA de doble cadena, identifican señales de peligro para el organismo. Dichas estructuras son vitales para ciertos gérmenes y pueden identificar a moléculas intracelulares que resultan del daño tisular. Una vez que se activan estos receptores generan un segundo mensaje que activa una cadena intracelular que finaliza con la activación de factores de transcripción como AP-1, NFAT y NF- κ B, éste último el más importante. Estos elementos promoverán la transcripción de citocinas proinflamatorias, entre las que destaca la IL-1¹².

La IL-1 es una de las primeras moléculas con capacidad de elevar la temperatura corporal por medio de su acción a nivel del hipotálamo; algunos autores consideran que se trata del principal pirógeno endógeno. Poco tiempo después del contacto del germen con el macrófago activado, la IL-1 empieza a circular y activa a otros macrófagos para que produzcan una mayor cantidad de esta interleucina, lo que

genera una reacción en cadena de efectos logarítmicos que promueve la fiebre.

Hay que decir que los efectos proinflamatorios se explican porque induce la liberación de mediadores preformados de los mastocitos, como es la histamina, una sustancia que genera vasodilatación y aumento de la permeabilidad vascular en los sitios locales de la inflamación. Dicha vasodilatación permite la llegada de más sangre al sitio de conflicto, así como la incorporación de una mayor cantidad de polimorfonucleares, que poseen una importante capacidad fagocítica.

Por otro lado, es pertinente establecer que el aumento de la permeabilidad vascular permite que estos fagocitos puedan salir del torrente sanguíneo y llegar a los tejidos (el sitio en el que se les necesita), y recordar que el mastocito también secreta heparina, la cual va a evitar que se agreguen las plaquetas en el lugar que se necesita que haya una circulación abundante.

Es importante decir que la IL-1 es inductora de prostaglandinas y genera síntesis de proteínas de fase aguda por los hepatocitos, además de que actúa sobre el sistema nervioso central al inducir el sueño y

la anorexia, condiciones que típicamente se asocian con los procesos infecciosos.

Se ha descrito un inhibidor de esta interleucina, el cual regula su función y se denomina antagonista del receptor de la IL-1 (IL-1ra), que quizá tenga un papel importante en la regulación de la fiebre. Finalmente, hay que señalar que esta citocina también promueve la proliferación las células T (que son de gran importancia en la generación de la respuesta inmune específica), y de otras células a diferentes niveles, como son los osteoblastos, los queratinocitos, los fibroblastos, las células de músculo liso y las células gliales, que forman parte de la respuesta inmune¹³. Cuando se utilizan medicamentos como el Aconitum o Belladonna atropa, probablemente estos actúan en este momento.

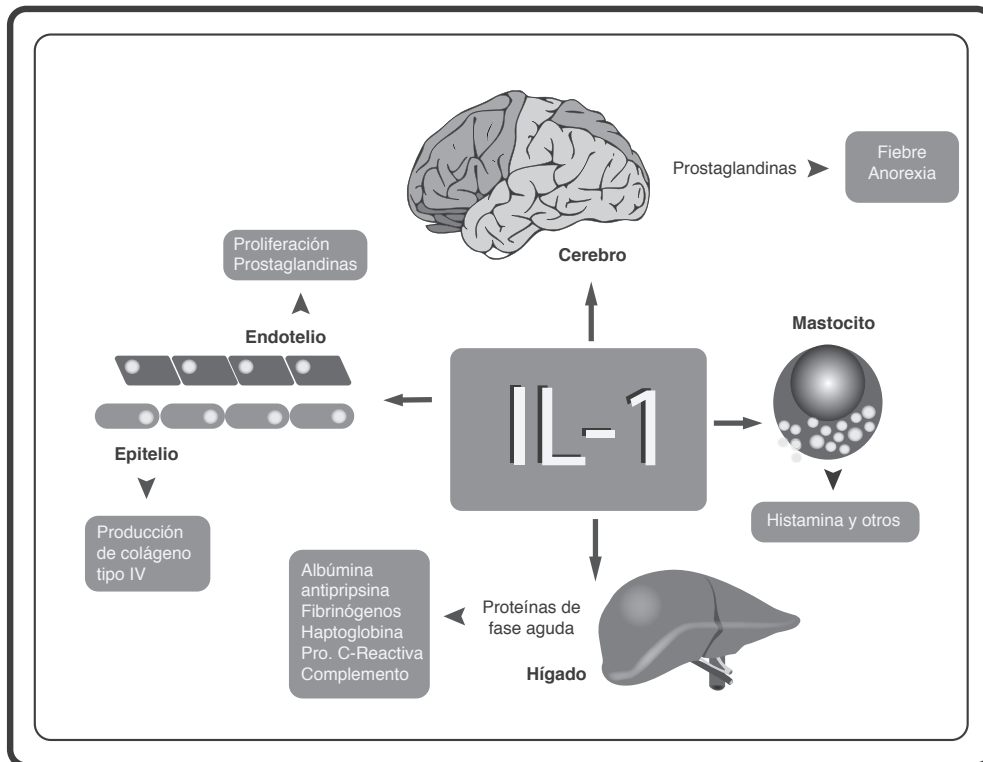
En una segunda fase, cuando el primer receptor se estimula es el TLR-4, los macrófagos producen otra citocina, llamada factor de necrosis tumoral (TNF por sus siglas en inglés) que, por cierto, recibió tal nombre porque fue descrita por primera vez en un modelo experimental en el que se inducía necrosis tumoral. Posteriormente se descubrió que el TNF tenía otras funciones en la fisiología normal de la respuesta inmune, como ser el mediador principal de la respuesta frente a las bacterias Gram negativas, especialmente la salmonella¹⁴. La respuesta

del organismo a la presencia del TNF suele ser muy violenta, como ocurre en el caso de una fiebre de Belladonna atropa.

Se conocen dos tipos de TNF muy relacionados: el TNF- α y el TNF- β . Actualmente se ha descubierto un polimorfismo genético para el TNF- α , es decir, que existen al menos dos diferentes genes para TNF- α que dependen de la individualidad de cada paciente, uno de ellos más activo que otro¹⁵.

El TNF- α es producido principalmente por monocitos y macrófagos, como respuesta a los lipopolisacáridos de las bacterias Gram negativas; su acción biológica es muy importante, tanto, que cuando se secreta en exceso en casos de infecciones generalizadas puede causar shock séptico, ocasionando la muerte del individuo. En el caso de que la respuesta sea producida por antígeno conocido del sistema inmune, los linfocitos T y B también pueden producirla. Otras células capaces de producir TNF son las células NK (natural killer), algunos fibroblastos y también los mastocitos.

Esta citocina tiene acción central y periférica. En el hipotálamo actúa sobre el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, estimulando la liberación de hormona liberadora de corticotropina; además, a ese nivel suprime el apetito. En el hígado estimula la reacción inflamatoria aguda y promueve la producción de pro-



Actividad fisiológica de la IL1 en el hipotálamo, cuando aumenta la temperatura corporal y propicia que el hígado produzca proteínas de fase aguda. Actúa sobre los mastocitos, lo cual induce la liberación de histamina y la producción de mediadores de la inflamación.

teínas de fase aguda, En otros órganos aumenta la resistencia a la insulina. En el mecanismo relacionado con el aumento de temperatura corporal intervienen el macrófago TNF- α y, posteriormente, el INF- γ , que genera la activación de la respuesta de los macrófagos y refuerza la actividad de las células NK.

Como respuesta a la IL-1 y la TNF- α , ciertos factores de transcripción producirán la activación de otro gen que codifica para la IL-6, de tal manera que los macrófagos, las células endoteliales vasculares y los fibroblastos activados iniciarán la producción de IL-6. Los linfocitos T, en caso de una respuesta inmune específica, así como las células del estroma de la médula ósea, también pueden producir IL-6. Cabe recordar que las citocinas IL-1 e IL-6 son las principales inductoras para la producción de proteínas de fase aguda en el hígado.

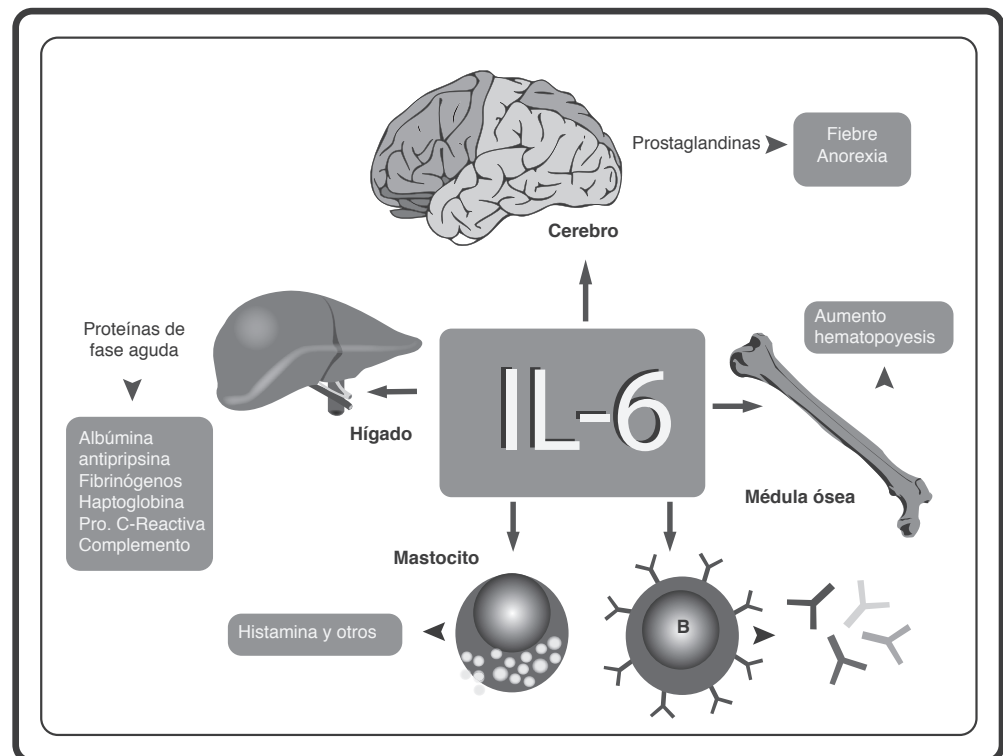
La IL-6 es una citocina pleiotrópica, es decir, tiene varias actividades biológicas sobre diferentes órganos y receptores. Se ha observado que promueve la diferenciación de linfocitos B hacia células plasmáticas, generando la producción de inmunoglobulinas. También puede aumentar la producción de IL-2, que promueve la proliferación de linfocitos T y el desarrollo de los precursores hematopoyéticos dependientes de la IL-3, lo que aumenta la producción de granulocitos en sangre.

Otra de las interleucinas que se produce en un estado febril es la IL-8, que fue la primera quimioquina descrita, es decir, fue la primera molécula reclutadora descubierta. Dicha citocina tiene la capacidad de ser quimiotáctica para varias especies celulares, de tal manera que donde es secretada genera atracción de diferentes leucocitos, como son los linfocitos y neutrófilos, movilizándolo, activando y provocando la degranulación de éstos.

Interferones

Originalmente se pensó que los interferones eran agentes que obstaculizaban o interferían la replicación viral y, de hecho, que eran generados por los mismos virus. Así, se mencionaba que mientras existía una enfermedad viral, ésta interfería con otra, de tal forma que no podían presentarse en el organismo dos padecimientos ocasionados por virus de manera simultánea (hay que recordar el hecho que menciona Hahnemann en relación a las enfermedades desemejantes). Posteriormente, se describió la molécula encargada de este efecto (y que en realidad era producida por el organismo del paciente), y de ahí el origen de su nombre¹⁶.

Actividad de la IL-6 sobre diferentes órganos. Refuerza la acción de la IL1 en la producción de proteínas de fase aguda por el hígado y aumenta la producción de células sanguíneas por la médula ósea. También incrementa la producción de mediadores proinflamatorios de las células cebadas (mastocitos).



Los interferones se clasifican en tipo I y tipo II, de acuerdo a su estructura y función. Los de tipo I son secretados a bajos niveles y prácticamente por todas las células, aunque en procesos inflamatorios la gran mayoría provienen de los fibroblastos y macrófagos¹⁷.

Dentro de los interferones de tipo I, los más conocidos son el α y β , los cuales tienen una acción inhibitoria de la actividad replicadora viral, aumentan la actividad citotóxica de las células NK e inhiben la proliferación celular, aunque también incrementan la capacidad de las células sanas para resistir a nuevas infecciones víricas.

En el caso de los interferones de tipo II, el representante único es el IFN γ , también conocido como interferón inmune, que es el responsable de dirigir la respuesta de los macrófagos y la atracción de leucocitos, así como del crecimiento, maduración y diferenciación de muchos tipos celulares. Dentro de sus cometidos también se incluye el reforzar la actividad de las células NK y regular la función de las células B. No obstante, debemos señalar que el aumento de la temperatura no se debe sólo a los efectos farmacológicos de estos mediadores^{18, 19}.

Uno de los hallazgos más interesantes de los últimos años se refiere a las citocinas circulantes. Hoy se sabe que, a pesar de que probablemente no son capaces de penetrar la barrera hematoencefálica, y que difícilmente llegan al cerebro, sí llegan a interactuar con elementos sensoriales en el órgano vascular de la lámina terminal y otras regiones cercanas al cerebro.

Es necesario apuntar que, dentro de las acciones del conjunto de citocinas secretadas, se puede observar:

- Aumento de la quimiotaxis para las diferentes células fagocíticas.
- Incremento en la actividad oxidativa (metabólica).
- Mayor liberación de lactoferrina en neutrófilos, lo que produce una disminución del hierro sérico, hecho que inhibe el incremento de muchos microorganismos y hace que se cumpla una función bacteriostática.
- En el caso de una respuesta inmune específica, estimulación de la proliferación de linfocitos B y producción de anticuerpos, así como estimulación de la activación de linfocitos T.
- Aumento de la proliferación de linfocitos T cooperadores (CD4).
- Elevación de la capacidad citotóxica de los linfocitos T (CD8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hahnemann S. El organon de Hahnemann, sexta edición. Edición del centenario. México: Propulsora de Homeopatía; 2010. p. 13.
2. Lifshitz A. Fever: friend of foe?. Arch Med Res. 1994; 25(3): 283-286.
3. Mackowiak PA. Direct effects of hyperthermia on pathogenic microorganisms: Teleologic implications with regard to fever. Rev Infect Dis. 1981; 3(3): 508-520.
4. Kluger MJ. Historical aspects of fever and its role in disease. En: Cox B, Lomax P, Milton AS, Schönbaum E, editores. Thermoregulatory mechanisms and their therapeutic implications. Inglaterra: Karger; 1980. p. 65-70.
5. Kluger MJ. The evolution and adaptive value of fever. Am Sci. 1978; 66(1): 38-43.
6. Payne JF. Thomas Sydenham. London T. Fisher Unwin. 1900: 1-3.
7. Bennett JL, Nicastrì A. Fever is a mechanism of resistance. Bacteriol Rev. 1960; 24: 16-34.
8. Bernard C. Leçons sur la chaleur animale, sur les effets de la chaleur et sur la fièvre. Francia: Balliere; 1876. p. 6-10.
9. Bennett JL, Nicastrì A. *Op cit*.
10. Bailey P, Bremer F. A sensory cortical representation of the vagus nerve (with a note on the effects of low blood pressure on the cortical electrograms). J. Neurophysiol. 1938; 1: 405-412.
11. Medzhitov R, Janeway Ch. Innate immunity: impact on the immune response. Curr Opin Immunol. 1997; 9: 4-9.
12. Sen R, Baltimore D. Inducibility of kappa immunoglobulin enhancer-binding protein NF-kappa B by a posttranslational mechanism. Cell. 1986; 47(6): 921-928.
13. Martínez I, Santiago E, Ramos G. El papel multifuncional de la interleucina-1 [internet]. México: Publica tu obra / Universidad Nacional Autónoma de México; 1999 [citado 10 ago 2012]. Disponible en: <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/011126131503-EI.html>.
14. Locksley RM, Killeen N, Lenardo MJ. The TNF and TNF receptor superfamilies: integrating mammalian biology. Cell. 2001; 104(4): 487-501.
15. Wilson AG, Symons JA, McDowell TL, McDevitt HO, Duff GW. Effects of a polymorphism in the human tumor necrosis factor alpha promoter on transcriptional activation. Proc Natl Acad Sci USA. 1997; 94(7): 3195-3199.
16. Isaacs A, Lindenmann J. Virus interference. I. The interferon. Proc R Soc Lond B Biol Sci. 1957; 147(927): 258-267.
17. Frucht DM, Fukao T, Bogdan C, Schindler H, O'Shea JJ, Koyasu S. IFN-gamma production by antigen-presenting cells: mechanisms emerge. Trends Immunol. 2001; 22(10): 556-560.
18. Luheshi G, Rothwell N. Cytokines and fever. Int Arch Allergy Immunol. 1996; 109(4): 301-307.
19. Blatteis CM. Role of the OVLT in the febrile response to circulating pyrogens. Prog Brain Res. 1992; 91: 409-412.



PROGRAMA DEL CONGRESO DEL CENTENARIO DE LA ESCUELA LIBRE DE HOMEOPATÍA DE MÉXICO, I.A.P.

Curso

“Investigación Básica Aplicada a la Homeopatía”

Fecha: **8 de octubre 2012**

Lugar: Auditorio “Dr. Rafael López Hinojosa” de la Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P.

- 9:00 a 9:55 hrs. ¿Qué es Ciencia? Dr. Gustavo Aguilar Velázquez.
- 10:00 a 10:55 hrs. El método experimental. Dra. María Elena Ibarra Rubio
- 11:00 a 11:55 hrs. Desarrollo de un modelo experimental en Homeopatía. Dr. Hugo Arturo Aldana Quintero.
- 12:00 a 12:30 hrs. Descanso.
- 12:30 a 13:30 hrs. Desarrollo de un modelo clínico en Homeopatía. Dra. Emma del Carmen Macías Cortés.
- 14:30 a 16:00 hrs. Comida.
- 16:00 a 16:55 hrs. La ética en la investigación clínica. Dr. Jorge Galicia.
- 17:00 a 17:55 hrs. La importancia de modificar el terreno en medicina. Dr. Edgar Zenteno.
- 18:00 a 18:55 hrs. La investigación actual en Homeopatía. Dr. Gustavo Aguilar Velázquez.

Dr. Gustavo Aguilar Velázquez.

- Médico Cirujano / Facultad de Medicina / UNAM.
- Especialista en Inmunología / Escuela Nacional de Ciencias Biológicas I.P.N.
- Especialista en Homeopatía / Escuela de Posgrado / Homeopatía de México.
- Doctor en Ciencias en Inmunología / Escuela Nacional de Ciencias Biológicas / I.P.N.
- Profesor titular de Inmunología Facultad de Medicina de la UNAM.
- Director de la División de Investigación / Propulsora de Homeopatía.

Dra. María Elena Ibarra Rubio

- Bióloga / Facultad de Ciencias / UNAM.
- Maestría en Biología Celular.
- Doctorado en Bioquímica / Facultad de Medicina UNAM.
- Investigador Titular / Facultad de Química UNAM.

Dr. Jorge Galicia Carreón

- Médico Cirujano / Facultad de Medicina UNAM.
- Maestría en Ciencias con especialidad Neurofarmacología y Terapéutica experimental / Cinvestav. I.P.N.
- Laboratorio de Inmunología / Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana.

Dr. Hugo Arturo Aldana Quintero

- Médico Cirujano / UNAM.
- Especialidad en Homeopatía/ Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía. I.P.N.
- Maestro en Ciencias con especialidad en Neurofarmacología / Cinvestav I.P.N.
- Departamento de Farmacobiología lab 2 / Unidad Cinvestav Sur.
- Candidato a Doctor en Ciencias en Terapéutica Experimental.

Dr. Edgar Zenteno Galindo

- Médico Cirujano / UNAM.
- Doctor en Bioquímica / Universidad de Lille, Francia.
- Investigador Titular C / Sistema Nacional de Investigadores.
- Jefe del Departamento de Bioquímica / Facultad de Medicina de la UNAM.

Dra. Emma del Carmen Macías Cortés

- Médico Cirujano y Homeópata/ E.N.M. y H. del I.P.N.
- Maestría en Ciencias en Investigación Clínica / División de estudios superiores Escuela Superior de Medicina I.P.N.
- Adscrita a la Consulta Externa de Homeopatía de Hospital Juárez de México.

Curso Precongreso

“Nuevos medicamentos homeopáticos: utilización de fármacos modernos según el principio de semejanza”.

Fecha: **9 de octubre de 2012.**

Lugar: Auditorio “Dr. Rafael López Hinojosa” de la Escuela Libre de Homeopatía, I.A.P.

Ponente: Marcus Zulian Teixeira (Brasil).

- “Fundamentación científica del principio de seme-

janza en la farmacología moderna". 10:00 a 12:00 hrs. 1ª parte.

- "Validez epistemológica de la utilización de los eventos adversos de los fármacos modernos como síntomas homeopáticos". 12:00 a 14:00 hrs. 2ª parte.
- "Materia médica homeopática de fármacos modernos / Repertorio homeopático de fármacos modernos". 16:00 a 18:00 hrs. 3ª parte.
- "Posibilidades terapéuticas en la medicina moderna" (18:00 a 20:00 hrs.) 4ª parte.

Congreso Internacional / Centenario de la Escuela Libre de Homeopatía

Miércoles 10 octubre 2012

- 10:00 a 11:00 hrs. Inauguración.
- 11:00 a 12:00 hrs. Prof. Dr. Martín Dinges (Alemania). "La próxima década de la Homeopatía: ¿Qué podemos aprender de las anteriores?"
- 12:00 a 13:00 hrs. Dr. Pedro Fernando Infante Leónides. "La Escuela Libre de Homeopatía, ayer, hoy y mañana".
- 13:00 a 14:00 hrs. Reconocimientos a las figuras más importantes de la Homeopatía mexicana
- 14:00 a 16:00 hrs. Receso.

Homenaje institucional Homeopatía de México al Dr. Higinio Pérez

- 16:00 a 16:20 hrs. Dr. Antonio Sánchez Caballero. "Higinio G. Pérez como maestro".
- 16:20 a 16:40 hrs. Dra. Rosario Sánchez Caballero. "La clínica de Higinio G. Pérez".
- 16:40 a 17:00 hrs. Dr. René Torres García. "La evolución del ser humano desde lo dinámico".
- 17:00 a 17:20 hrs. Dr. Guillermo Pompilio Sánchez Caballero.
- 17:20 a 17:40 hrs. Profesores de la Escuela de Posgrado de Homeopatía de México, A.C.
- 17:40 a 18:00 hrs. Grupo de estudio de las obras del maestro Proceso Sánchez Ortega. "Salud, enfermedad y curación desde la visión de Hahnemann, Higinio G. Pérez y Proceso Sánchez Ortega".
- 18:00 a 18:20 hrs. Receso.
- 18:20 a 18:40 hrs. Dr. Alejandro Urrutia Solórzano. "Análisis de los conceptos de hombre, salud y enfermedad en Higinio G. Pérez".
- 19:00 a 19:20 hrs. Dra. Claudia Cárdenas Demay. "Revisión del principio homeopático *Natura Morborum Medicatrix* en las obras de Higinio G. Pérez".
- 19:20 a 19:40 hrs. Dra. Lourdes Cruz Juárez. "Dr. Higinio G. Pérez, su filosofía".
- 19:40 a 20:00 hrs. Dra. Julissa Segura Urbano. "La ética en Higinio G. Pérez".
- 20:00 a 20:20 hrs. Dra. Guerta Teissier Zendejas.

"La función de las escuelas de Homeopatía".

- 20:20 a 20:40 hrs. Dr. Fernando Darío François Flores "La formación del médico homeópata".
- 20:40 a 21:00 hrs. Preguntas y comentarios.
- 20:40 a 22:20 hrs. Cocktail de bienvenida.

Jueves 11 octubre 2012

- 9:00 a 9:20 hrs. Dr. Gerardo Allier Campuzano. "El fútbol y la materia médica homeopática".
- 9:20 a 9:40 hrs. Dr. Alberto Topete Arámbula. "Colección epistolar del Dr. Higinio G. Pérez y la fundación de la Escuela Libre de Guadalajara" (1).
- 9:40 a 10:00 hrs. Dr. Federico Orozco Aguirre. "Colección epistolar del Dr. Higinio G. Pérez y la fundación de la Escuela Libre de Guadalajara" (2).
- 10:00 a 10:20 hrs. Dr. José Matuk Kanan. "Panorama actual de la Homeopatía mundial".
- 10:20 a 10:40 hrs. Dr. Jaime Brito Zaragoza. "Inicios de la Homeopatía en Puebla".
- 10:40 a 11:00 hrs. Receso.
- 11:00 a 12:00 hrs. Dr. Gustavo Cataldi (Argentina). "Dynamis".
- 12:00 a 12:20 hrs. Dr. Oscar Michel Barbosa. "Devenir histórico de las revistas homeopáticas en México".
- 12:20 a 12:40 hrs. Dr. Gustavo Ezequiel Krichesky "Sincronicidad".
- 12:40 a 13:00 hrs. Dr. Edgar Godoy Lombeida (Ecuador). "La preservación de la especie".
- 13:00 a 14:00 hrs. Dr. Marcus Zulian Teixeira (Brasil) "Sobre la naturaleza inmaterial del hombre".
- 14:00 a 14:20 hrs. Preguntas y comentarios.
- 14:20 a 16:00 hrs. Receso.
- 16:00 a 17:00 hrs. Dr. Raúl Gustavo Pirra. "Aplicación clínica de la sexta edición del *Organon*".
- 17:00 a 17:20 hrs. Dra. María Eugenia Pulido Alvarez "Semblanza del Dr. J. Alfredo Zendejas Lara".
- 17:20 a 17:40 hrs. Dr. Raúl Toledo Gil. "La supresión del sufrimiento, una historia clínica".
- 17:40 a 18:00 hrs. Dra. Josefina Sánchez Reséndiz "Acción de Lachesis Trigonoccephalus en diferentes potencias sobre las catecolaminas cerebrales".
- 18:00 a 18:20 hrs. Receso.
- 18:20 a 18:40 hrs. Gustavo Aguilar Velázquez. "Epigenética".
- 18:40 a 19:00 hrs. Dr. Gabriel Martínez Fragoso. "La Homeopatía, el ego y sufrimiento humano".
- 19:00 a 20:00 hrs. Dr. Marcelo Candegabe (Argentina). "La Homeopatía del futuro: lo clásico o los nuevos paradigmas".
- 20:00 a 21:00 hrs. Cafetín homeopático (Dr. Ángel Minotti, Dr. Marcelo Candegabe, Dr. Marcus Teixeira, Dr. José Matuk, Dr. René Torres, Dr. Edgar Godoy).
- 21:00 a 21:20 hrs. Preguntas y comentarios.

Viernes 12 o ctubre 2012.

- 9:00 a 9:20 hrs. “La medicina homeopática a través de la mirada alopática”. Antrop. Soc. Martha Hernández Cáliz (DEAS-INAH), Antrop. Fís. Faustino Hernández Pérez (DEAS-INAH), Est. Isabel Hefziba Vázquez García (ELHM), Est. Miguel Ángel Martínez Rivera (ELHM).
- 9:20 a 9:40 hrs. Dr. Carlos Islas. “Caso clínico”.
- 9:40 a 10:00 hrs. Dr. Jaime Tovar Licona. “Energía vital”.
- 10:00 a 10:20 hrs. Dra. Ana María Carballo Quiroz. “Lo esencial en la clínica homeopática”.
- 10:20 a 10:40 hrs. Dr. Carlos López Ortega. “Caso clínico, considerando lo miasmático”.
- 10:40 a 11:00 hrs. Receso.
- 11:00 a 12:00 hrs. Dr. Ángel Óscar Minotti (Argentina). “Rubros de difícil repertorización”.
- 12:00 a 12:20 hrs. Dr. Jaime Andrade Montaña “La Homeopatía en el contexto de la innovación medica”.
- 12:20 a 12:40 hrs. Dr. Vicente Rosas Landa. “La teoría de analogía de estructura, una línea de investigación soslayada por los investigadores en homeopatía.”
- 12:40 a 13:00 hrs. Dr. Raúl Morales López. “La ética en la experimentación pura”.
- 13:00 a 14:00 hrs. Dr. Jorge Alberto Buffa (Argentina). “Lo que el maestro nos legó”.
- 14:00 a 14:20 hrs. Preguntas y comentarios.
- 14:20 a 16:00 hrs. Receso.
- 16:00 a 16:20 hrs. Dr. Andrés Islas Márquez. “Hahnemann”.
- 16:20 a 16:40 hrs. Drs. Emmanuel Pérez Lorenzo y Jesús Manuel García Arrieta. “Los alcances de la Homeopatía en el embarazo, caso clínico”.
- 16:40 a 17:00 hrs. Juan Carlos Fernández Macías. “Rotary International, 7 años al servicio de la sociedad”.
- 17:00 a 17:20 hrs. Dr. Gonzalo Cortés Rodríguez. “Los lantánidos”.
- 17:20 a 17:40 hrs. Receso.
- 17:40 a 18:00 hrs. Dr. Alejandro López Chávez. “Observaciones sobre la farmacia homeopática”.
- 18:20 a 18:40 hrs. Dra. Rosario Ruiz Durán. “La Homeopatía, una esperanza para curar las secuelas de un traumatismo craneoencefálico severo”.
- 18:40 a 19:00 hrs. Preguntas y comentarios.

Talleres

- “Acerca de algunos carbonos”. Dr. Gustavo Cataldi 11-X-12. 16:00 a 20:00 hrs. Salón Crowne 2.
- “¿Hay fronteras para la Homeopatía? Reflexiones acerca de un caso supuestamente incurable”. Dr. Marcelo Candegabe y 11-X-12 10:00 a 14:00 hrs. Salón Crowne 2.

- “Tratamiento homeopático del retraso psicomotor” y “La ruta del amor de Hahnemann”. Dr. Ángel Minotti. 12-X- 12 16:00 a 20:00 hrs. Salón Crowne 2.
- “Doctrina y tratamiento de las enfermedades crónicas”. Homeopatía de México, A.C. de 12-X-12. 10:00 a 14:00 hrs. Salón Crowne 2.
- “Taller de clínica del Hospital Higinio G. Pérez”. Médicos del Hospital Higinio G. Pérez. 16:00 a 20:00 hrs. Salón Crowne 1.
- “El estudio de la materia médica bajo la lupa de la doctrina: Las Coníferas”. Dr. Gustavo Ezequiel Krichesky 10:00 a 14:00 hrs. Salón Crowne 1.

NOTA: Es necesario registrar su asistencia a los talleres, debido a que hay cupo limitado.

Seminario Internacional de Medicina Veterinaria Homeopática

Fecha: 11 y 12 de octubre de 2012

Horarios: jueves, a partir de las 9:00 hrs.; viernes, a partir de las 10:00 hrs.

Sede: Auditorio “Dr. Rafael Lopez Hinojosa”, de la Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P., Peralvillo 75, col. Morelos. Del. Cuauhtémoc, D.F.

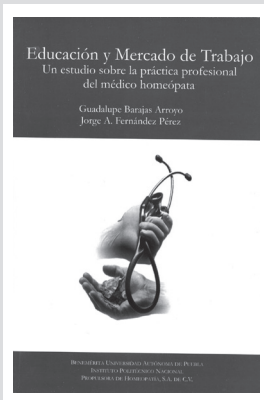
Informes:

- www.escuelalibredehomeopatia.com.mx/centenario.html
- www.elhm.edu.mx
- Facebook: Eventos del centenario de la Escuela Libre de Homeopatía.
- Teléfonos: (55) 5526-0949 (55) 5529-0913
(55) 5526-4475 (55) 5772-3548.
- E-mail: elhmiaip@prodigy.net.mx.
contacto@escuelalibredehomeopatia.com.mx

Costos

- Congreso Internacional del Centenario de la Escuela Libre de Homeopatía (desde el 1 de septiembre): Médicos: \$2,000; estudiantes y enfermeras tituladas: \$1,300; estudiantes de enfermería: \$650. Día del evento: \$3,000 general.
- Precongreso (desde el 1 de septiembre): Médicos: \$1,200; estudiantes y enfermeras tituladas: \$1,000; estudiantes de enfermería: \$800. Día del evento: \$1,500 general.

Educación y Mercado de Trabajo. Un Estudio Sobre la Práctica Profesional del Médico Homeópata



Autor: Guadalupe Barajas Arroyo, Jorge A. Fernández Pérez.

Editorial: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla / Instituto Politécnico Nacional / Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

Lugar: México.

Año: 2012.

Páginas: 167.

Los doctores Guadalupe Barajas Arroyo y Jorge Fernández Pérez han ganado un lugar destacado en la Homeopatía mexicana no sólo por su práctica como médicos o docentes, sino también por sus acertados análisis sobre la calidad educativa de los médicos homeópatas, el papel que desempeñan en la sociedad, o el cuestionable posicionamiento de las autoridades y de la mayor parte de los galenos de la escuela hegemónica que pretenden circunscribir el modelo médico clínico terapéutico que configuró Samuel Hahnemann dentro de las disciplinas alternativas o la medicina integrativa. Dicha postura, además de ser una abierta descalificación, muestra un profundo desconocimiento de sus fundamentos e historia.

Hoy tenemos la suerte de presentar la segunda edición de una de sus investigaciones más notables: *Educación y Mercado de Trabajo. Un Estudio Sobre la Práctica Profesional del Médico Homeópata*, la cual conserva la vigencia y el vigor de la primera entrega (fecha en 2006) y en la que se acerca al lector “a la realidad de la práctica profesional del médico homeopático en nuestro país” a través de un estudio sobre la trayectoria de los egresados de las escuelas Nacional de Medicina y Homeopatía (ENMH) y Libre de Homeopatía (ELH), con el añadido de un nuevo capítulo que propone aquellas competencias profesionales que los médicos homeópatas podrían adoptar para ampliar y mejorar sus perspectivas laborales.

Varios aspectos sustentan el valor de esta obra. Quizá lo más notorio sea la presentación de los resultados, el minucioso análisis estadístico al que fueron sometidos y la claridad con que se interpretaron para responder a las interrogantes planteadas al inicio de la investigación: cómo es la inserción del médico homeópata en el mercado de trabajo en México, cuál es la oferta y la demanda de este profesionalista, y qué alternativas de trabajo se le presentan.

No obstante, resulta igualmente importante el trabajo previo de reflexión, fundamentación y planeación de los doctores Barajas Arroyo y Fernández Pérez, que permitió el perfeccionamiento de su instrumento de investigación (un cuestionario de 47 preguntas) y su aplicación en una muestra de médicos homeópatas titulados y en pleno ejercicio profesional radicados en el Distrito Federal, Guadalajara, Puebla, Tepic y Tlaxcala.

Algunas de las conclusiones de la investigación ponen de manifiesto ciertas flaquezas a las que el médico homeópata debe hacer frente, como el desconocimiento de las autoridades del Sector Salud sobre su carrera y, a modo de sana autocrítica, el hecho de que son pocos los médicos homeópatas que realizan estudios posteriores a su licenciatura o que participan en investigaciones, lo que “representa una debilidad si se considera que la profesión médica se sustenta en la generación de conocimientos a partir de la formación de recursos humanos de calidad”.

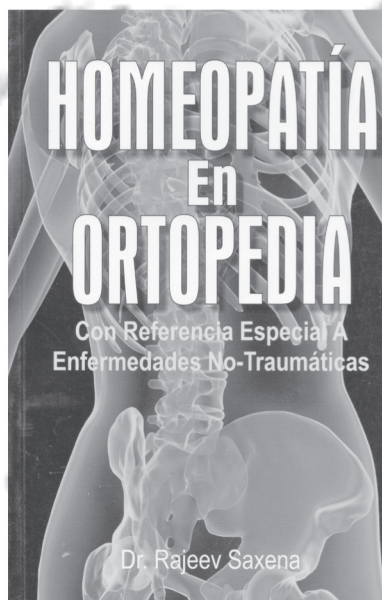
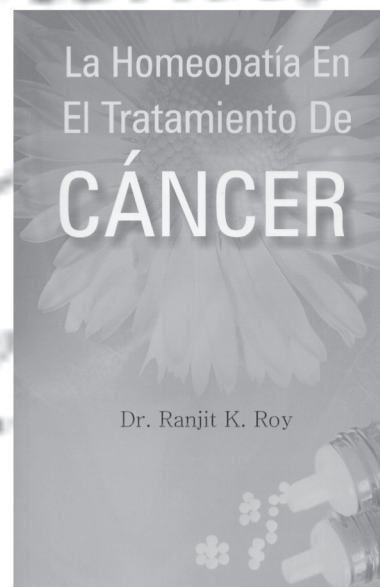
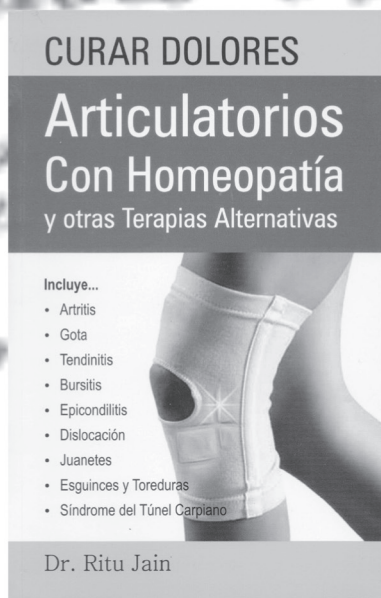
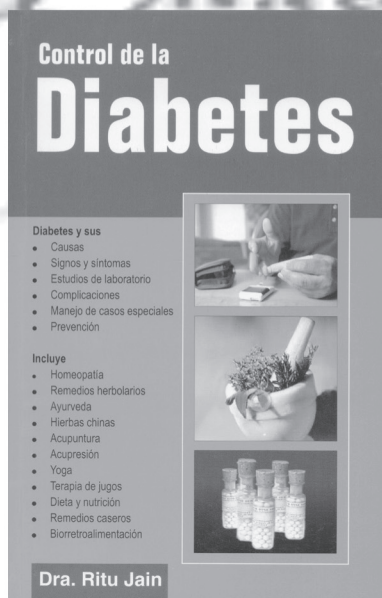
Finalmente, y sin dejar de reconocer que los médicos homeópatas cuentan con habilidades para desempeñarse a la par de los egresados de las escuelas y facultades del paradigma convencional, este libro no deja pasar la oportunidad de proponer una adecuación desde la academia. “Los resultados obtenidos respecto a la formación profesional que recibieron los médicos homeópatas encuestados aportan elementos indispensables para llevar a cabo acciones tendientes a retroalimentar los planes de estudio que actualmente se desarrollan en las dos escuelas formadoras de profesionistas. Se puede afirmar, de manera categórica, que los egresados de estas instituciones encuentran limitantes importantes durante su formación en los campos clínicos del sector público, y que si bien cuentan con la apertura por parte de algunas instituciones, su participación es muy escasa”, revelan los autores.

Reseña: Rafael Mejía

Jakin

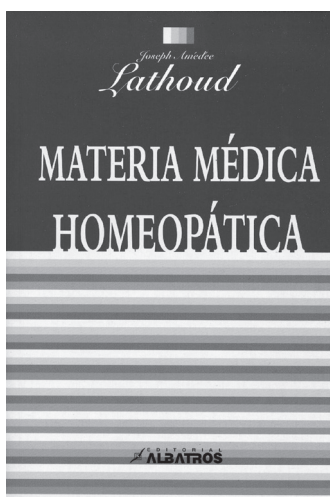
Asociados, S.A. de C.V.

Saber leyendo



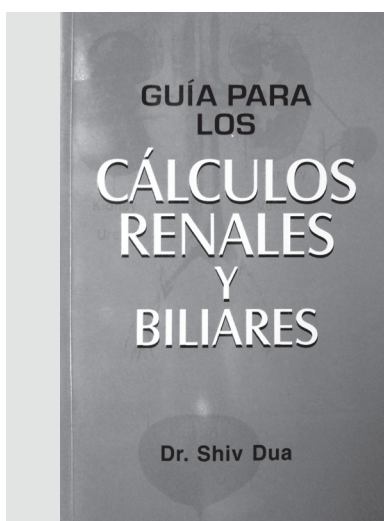
Distribuidores de libros importados de Homeopatía

Conmutador: (55) 57056433 con 3 líneas Fax: (55) 57057316
email: jakinasociados@prodigy.net.mx



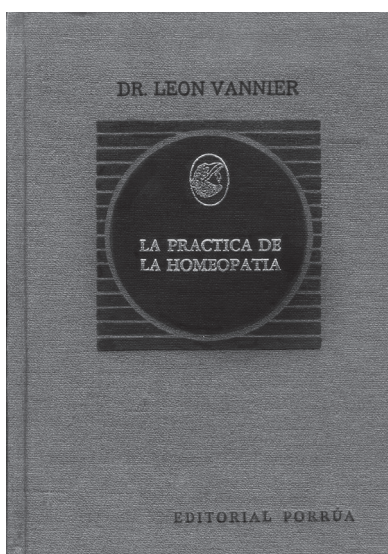
Materia Médica Homeopática
Joseph Amédée Lathoud
Editorial: Albatros
ISBN: 978-950-24-0435-6

Estamos ante una de las obras más reconocidas por la Homeopatía mundial. Sin duda, la Materia Médica del Dr. Lathoud (1882-1944) sigue siendo un referente obligado para que estudiantes y médicos homeópatas en ejercicio conozcan las características y alcances de casi 150 medicamentos de uso frecuente, a fin de que los empleen con precisión. A través de un lenguaje ameno y sin tecnicismos, se describen las características del medicamento, su acción general y terapéutica, los síntomas mentales y físicos en aparatos u órganos determinados, y la relación con otros remedios, ya sea de manera complementaria o como antídotos.



Guía para los Cálculos Renales y Biliares
Shiv Dua
Editorial: B. Jain Publishers
ISBN: 978-81-319-0548-7

El pensamiento de la escuela médica convencional ha hecho que la mayoría de las personas creen que la atención de los cálculos renales y biliares sólo es posible a través de la intervención quirúrgica; sin embargo, la Homeopatía es capaz de abordar exitosamente estas afecciones y mostrar su efectividad, incluso cuando se toma como última opción. Este libro presenta un método realista de gran utilidad, que ha sido comprobado por especialistas de indudable reputación y autores de libros que han fortalecido el ejercicio de la medicina hahnemanniana.



La Práctica de la Homeopatía
Leon Vannier
Editorial: Porrúa
ISBN: 970-07-2129-9

La Práctica de la Homeopatía es un libro que nos aporta las profundas enseñanzas del reconocido Dr. Vannier (1880-1963), quien fuera director del Centro Homeopático de Francia y fundador de la revista *La homeopatía francesa*, en 1912. A lo largo de cinco capítulos nos adentra en el extenso campo de acción del sistema médico clínico terapéutico configurado por Samuel Hahnemann y la lógica que le respalda, además de que nos guía y clarifica en el correcto estudio de la Materia Médica, el entendimiento del enfermo y las enfermedades, así como el uso de los métodos del drenaje y la regulación orgánica y toxínica.

La importancia de prescribir un solo medicamento

Les envío un afectuoso saludo al tiempo que aprovecho para comentar el artículo publicado en el número 679 de “La Homeopatía de México”, titulado: *Debemos Prescribir un Solo Remedio*. Verdaderamente quedé sorprendida al leer esta revisión histórica de junio de 1946, que a pesar de ser tan remota es tan actual.

Como médicos debutantes en la Homeopatía nos enfrentamos al miedo infundado de no hacer un buen tratamiento con un solo medicamento, y puede surgir en nosotros la tentación de prescribir dos o hasta tres medicamentos. Es bueno que se nos anime con esta clase de artículos de antaño, recordándonos que el Dr. Samuel Hahnemann nos heredó los medios para llegar a tan elevado fin: *El Organon del Arte de Curar*, sexta edición, y la *Materia Medica*, como lo indican los siguientes párrafos del primer libro citado (las partes resaltadas son mías):

§273: En ningún caso bajo tratamiento pude llegar a ser necesario —**y en consecuencia es inadmisibles**— administrar a un paciente más de una sustancia medicinal, simple y única, por cada vez. Es inconcebible que pueda haber la menor duda acerca de si es más racional y más conforme con la naturaleza prescribir, en cada caso, una medicina simple y única o una mezcla de varias drogas activas y diferentes. **En la Homeopatía, único arte de curar verdadero, simple y natural, no es admisible, en absoluto, dar al paciente dos diferentes sustancias medicinales al mismo tiempo.**

§274: Dado que el médico encuentra cuanto puede necesitar en las medicinas simples, administradas individualmente y sin combinar (fuerzas patógenas artificiales capaces, a causa de su poder homeopático, de dominar y extinguir por completo y curar permanentemente a las enfermedades naturales), y consciente, además, de la sabiduría contenida en la máxima: “es erróneo recurrir a medios complejos cuando los simples bastan”, **jamás pensará en dar un remedio que no sea una sustancia medicinal simple y única;** además de estas razones, porque aún cuando esas medicinas simples hubieran sido verificadas íntegramente en lo que atañe a sus efectos puros y peculiares sobre el hombre en buen estado de salud, **es imposible prever, habiendo dado dos o más sustancias combinadas, cómo cada una puede obstaculizar o alterar la acción de la otra en el cuerpo humano;** y por último, a causa de que una sustancia medicinal simple, cuando es empleada en una enfermedad cuyos síntomas totales se conozcan bien, se basta por sí misma para ser eficaz, siempre que haya sido seleccionada homeopáticamente.

Suponiendo que ocurriera lo peor, es decir, que un medicamento no se hubiera seleccionado en estricta conformidad con la similitud de síntomas y en consecuencia no hiciera bien alguno, de todos modos sería de utilidad al promover nuestro conocimiento de los agentes terapéuticos porque, por los nuevos síntomas que excitaría en tal caso, aquellos que la sustancia medicinal ha exhibido cuando fue experimentada sobre el cuerpo humano en salud, deberían ser confirmados, y tal ventaja se pierde al emplear remedios complejos.

A todo esto, me gustaría agregar lo dicho en el parágrafo 247, que dice:

§247: Carece de sentido repetir la misma dosis de un remedio sin haberla variado, peor aún repetirla con frecuencia (y a cortos intervalos con la finalidad de no demorar la curación). El principio vital no acepta tales dosis sin variación y las resiste, o sea que se manifestarán otros síntomas de la medicina diferentes de aquellos que son similares a la enfermedad por curar, debido a que la dosis anterior ya había cumplido el cambio que se esperaba sobre el principio vital y una segunda dosis, sin cambio alguno y similar dinámicamente, ya no encuentra a la fuerza vital en iguales condiciones.

Por cierto que **el paciente puede enfermar diferentemente al administrarle otra dosis sin cambio, incluso agravarse más de lo que estaba**, pues ahora continúan activos tan solo aquellos síntomas del remedio dado que no eran homeopáticos respecto de la enfermedad original, **por lo que el estado del paciente no avanza hacia la curación, y sí hacia una verdadera agravación**. Pero si la dosis subsiguiente fuera modificada ligeramente cada vez, es decir, “potentizada” algo más (sucusionándola), entonces el principio vital podría ser alterado sin dificultad por la misma medicina, y así se aproximaría a la curación.

Esforcémonos por cumplir lo mejor posible nuestra misión encomendada, devolviendo un individuo sano a su familia, a la sociedad, a nuestros semejantes (pacientes) que sufren y se acercan a nosotros buscando comprensión, atención y curación. ¿A quién serviría una tarea mal hecha? Ni a ellos, ni a nosotros.

Concluyo enfatizando la importancia del artículo *Debemos Prescribir un Solo Remedio*, y reiterando que en caso de requerirse otra dosis, será del mismo medicamento, pero sucusionando, para llegar a una verdadera curación. Agradezco de antemano su atención y quedo en espera de sus próximas publicaciones.

M.P.S.S. Angélica Velázquez Hernández
Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P.

Instrucciones para los autores

“La Homeopatía de México” es una publicación bimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. Sus páginas incluyen artículos de publicaciones antiguas, debido a su calidad, su vigencia y al interés que pueden generar, además de trabajos nuevos y originales: artículos de opinión, temas de revisión, materia médica, investigaciones nuevas, reportes de casos clínicos y controversias que se llevan a cabo en México y el mundo, referentes al medio homeopático.

Desde su origen, la revista ha contribuido al mejoramiento del nivel académico, científico y de discusión entre particulares, y al interior de las instituciones educativas y hospitalarias dedicadas a la medicina homeopática.

Para su aceptación y publicación, todos los artículos que pretendan incluirse en “La Homeopatía de México” deben caracterizarse por su calidad teórica metodológica, su vigencia o su relevancia. Asimismo, serán analizados por al menos dos revisores (revisión por pares) y, finalmente, calificados como aceptados o rechazados por el Consejo Editorial.

En lo general, “La Homeopatía de México” acata las indicaciones establecidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, por sus siglas en inglés), cuya versión actualizada (abril de 2010) se incluye en el documento *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica*, mismo que se encuentra íntegramente en la página electrónica <http://www.icmje.org/> (la versión en castellano de este texto, también conocida como Normas o Lineamientos de Vancouver, puede consultarse y descargarse libremente en el sitio de la Universidad Autónoma de Barcelona: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf).

De lo anterior se desprenden los siguientes puntos:

I. Aspectos generales

a) Libertad editorial

Que radica en la plena autoridad que posee el director editorial sobre el contenido de la revista y la elección del momento en que se publicará la información. En este sentido, basará sus decisiones en la validez de los trabajos recibidos, la importancia que puedan tener para los lectores y los puntos de vista de los miembros del Consejo Editorial; además, contará con la libertad para expresar puntos de vista críticos, aunque responsables, sobre todos los aspectos de la medicina homeopática.

b) Sobre los derechos de autor

Los autores deberán certificar a través de una carta, o correo electrónico, que el artículo que envían es original y que autorizan su publicación en “La Homeopatía de México”. El creador conservará la propiedad (*copyright*) de la obra.

c) Conflictos de intereses

Cuando una parte, o el total de un trabajo, se haya publicado en otro medio o se haya enviado a otra revista para su publicación, los autores tienen la responsabilidad de informarlo por escrito al director editorial de “La Homeopatía de México”, proporcionando una fotocopia o un manuscrito de la versión original, y precisando los detalles de la relación que se haya establecido entre ambas partes. Dicha solicitud tiene la finalidad de evitar conflictos relacionados con dobles publicaciones. Queda a juicio del equipo editorial de “La Homeopatía de México” si el trabajo se imprimirá de manera íntegra o si será suficiente con una versión abreviada, bajo el compromiso de que ésta reflejará fielmente los datos e interpretaciones de la original, y de que se citarán tanto la fuente original del texto como su autor.

d) Declaración de financiamiento

Algunos estudios reciben fondos de empresas, fundaciones privadas, instituciones educativas o gubernamentales; debido a que esto podría influir en la investigación misma y desprestigiarla, se

solicita a los autores que especifiquen si su trabajo contó con algún tipo de financiamiento. Debe detallarse al director editorial de “La Homeopatía de México”, por escrito, el nombre de fundaciones, organizaciones o particulares que hayan brindado apoyo económico. Esta información deberá incluirse en el trabajo para mantener al tanto a los lectores. Asimismo, debe comunicarse si el autor o alguno de los autores laboran o perciben un tipo de retribución económica, o de otro tipo, por parte de un laboratorio o compañía privada que haya participado en el financiamiento del trabajo.

e) Notas de agradecimiento

Las notas de agradecimiento dirigidas a personas o instituciones que hayan apoyado el desarrollo del trabajo aparecerán en la parte final del escrito, nunca al principio.

II. Especificaciones para los trabajos

a) Criterios para la aceptación de manuscritos

Deben presentarse con escritura clara, además de brindar información importante y de interés para los lectores de “La Homeopatía de México”. En los trabajos de investigación los métodos de estudio deben ser apropiados, los datos válidos, y las conclusiones razonables y fundamentadas en evidencias y referencias confiables. Se recomienda al autor o autores que antes de remitir cualquier texto, lo ofrezcan a revisión por parte de un colega con experiencia en la publicación de trabajos científicos, a fin de detectar posibles problemas.

Todos los trabajos deberán dirigirse al director editorial de “La Homeopatía de México”, escribiendo a la dirección electrónica: **contacto@similia.com.mx**

En caso de que se presente algún impedimento para hacer el envío de algún escrito por este medio, será necesario comunicarse con la División Editorial de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., para acordar los detalles de su remisión en disco compacto, memoria USB u otro soporte:

Revista “La Homeopatía de México”

Mirto No. 26
Colonia Santa María la Ribera
Delegación Cuauhtémoc
México, Distrito Federal
C.P. 06400
Teléfono: (01 55) 5547 9483, extensión 176
Fax: (01 55) 5547 3707

Queda a juicio de la División Editorial de “La Homeopatía de México” decidir si los manuscritos cuentan o no con el formato adecuado para su publicación, de tal manera que puede regresarlos a los autores para corrección, antes de considerarlos para el proceso de arbitraje por parte de su Consejo Editorial.

b) Características generales

- Los artículos deben encontrarse en formato de Office Word (archivos .doc o .docx).
- Se evitará la numeración de las páginas, encabezados y pies de página.
- Todas las secciones deben tener continuidad, sin utilizar saltos de página.
- Los manuscritos deben incluir un título de extensión libre, así como un título corto para las páginas internas.
- El nombre del autor o autores que hayan intervenido en el trabajo deben anotarse en el siguiente orden: nombre(s), apellido paterno, guión, apellido materno.
- Si ya se cuenta con publicaciones previas (o indización), el nombre debe escribirse igual que en ellas.
- En todo caso debe incluirse el cargo académico, institucional o ambos.
- Es preferible que los trabajos incluyan un resumen estructurado,

el cual debe proporcionar el contexto o los antecedentes del estudio, así como sus objetivos, procedimientos básicos, principales resultados, conclusiones y fuentes de financiamiento. De ser posible, debe proporcionarse su traducción al inglés (*Abstract*).

- En caso de que se adjunten imágenes, éstas deben presentarse en alta resolución (a 300 dpi) y formato jpg, debidamente numeradas conforme a su cita o llamada en el texto. Se aceptan gráficos a color o en blanco y negro. Debe incluirse el pie de foto o figura (explicación breve) correspondiente a cada imagen o gráfico.
- Las tablas deben enviarse en formato de Office Word (.doc, .docx), y no como imagen. Se numerarán de acuerdo a la llamada o cita en el texto, y con título. De ser necesario, se incluirá un resumen explicativo (pie de figura).
- No se aceptarán imágenes ni tablas en archivos de Power Point.

c) Referencias

Deben colocarse al final del texto y nunca al pie de página. Se enunciarán de manera correspondiente al texto, donde se citarán con números en superíndice.

Los casos más usuales y su presentación internacionalmente aceptada son los siguientes:

- **Artículo de revista:** Autor o autores. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. Año; volumen (número): página inicial y final del artículo. En caso de varios autores, se citan los seis primeros seguidos de la abreviatura et al. En lo posible, el nombre de la publicación debe abreviarse de acuerdo con el estilo de la National Library of Medicine, de Estados Unidos, disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/>. / **Ejemplo:** Macías Cortés EC, Asbun Bojalil J. Frecuencia de eventos adversos en prescripciones homeopáticas del Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex.* 2008; 75(3):190-197.
- **Libro:** Autor o autores. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. No es necesario consignar la primera edición. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2a ed. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debe citarse a continuación del título del libro: vol. 3. / **Ejemplo:** Sánchez Ortega P. Apuntes sobre los miasmas o enfermedades crónicas de Hahnemann vol. 4, 2a ed. México: Biblioteca de Homeopatía de México, 1999.
- **Capítulo de libro:** Autor o autores del capítulo. Título del capítulo. En: Director o recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo. / **Ejemplo:** Demarque D. El método hahnemaniano. En: Benkemoun P, Cornillot P, Deltombe-Kopp M, Lutzler LJ. Tratado de Homeopatía. 2a ed. España: Paidotribo; 2000. p. 33-36.
- **Artículo en internet:** Autor o autores. Título. Nombre de la publicación abreviada [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: / **Ejemplo:** Fernández Pérez JA, Barajas Arroyo G, Romano Rodríguez MC. La Homeopatía: un modelo médico clínico terapéutico, no una medicina complementaria. *Gaceta Homeopática de Caracas* [internet]. 2008 [citado 19 Dic 2011]; 16(1): p. 017-024. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-30802008000100004&lng=es&nrm=iso

Para información sobre casos particulares, se puede consultar el documento *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas*, citado en la primera parte de las presentes instrucciones.

III. Tipos de trabajos a publicar

Los siguientes formatos son sugeridos por La Homeopatía de México para la entrega de manuscritos. No es estrictamente necesario que los autores se apeguen a ellos, siempre y cuando sus trabajos cumplan con los requisitos indispensables: la claridad en la exposición de ideas, la elección de un tema de interés para la comunidad homeopática y el sustento de cada una de sus afirmaciones en fuentes fidedignas.

a) Artículo de investigación (básica o clínica)

- **Título.** Es de extensión libre y debe ser representativo de los hallazgos. Se debe agregar un título corto para las páginas internas.

Es importante identificar si se trata de un estudio aleatorizado o de otro tipo.

- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto. Preferentemente, debe incluir título, antecedentes, objetivo, material y método, resultados y conclusiones.
- **Introducción.** Enuncia aquellos aspectos que permiten entender el objetivo del estudio, mismo que se menciona al final de este apartado. La o las hipótesis, así como los planteamientos, deben incluirse en este apartado.
- **Método.** Explica a detalle cómo se desarrolló el estudio y en especial que sea reproducible. Menciona el tipo de estudio, observacional o experimental y métodos estadísticos. Cuando el caso lo amerita, se especifica si las personas involucradas tuvieron que firmar una carta de consentimiento informado.
- **Resultados.** De acuerdo al diseño del estudio, se presentan todos los resultados, sin comentarlos. Tablas y otros gráficos con resultados deben presentarse al final del texto y con pie de figura. Es preferible no repetir la información de las tablas en el texto.
- **Discusión.** Con base en evidencias actuales, se discute por qué el estudio es único, diferente, confirmatorio o contrario a otros de la literatura. Debe incluirse un párrafo que informe si hubo limitaciones en el diseño del trabajo. Las conclusiones sobre el mismo se mencionan al final.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad. Es preferible incluir citas de autores mexicanos.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, y de los gráficos, es libre. No obstante, "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

b) Artículo sobre casos clínicos o serie de casos

- **Título.** Debe especificarse si se trata de casos clínicos (uno o dos) o una serie de casos (más de tres). Se debe incluir un título corto a utilizar en las páginas internas.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción.** Se describe la enfermedad o síndrome y su causa atribuible, o bien, la respuesta del paciente al tratamiento.
- **Presentación del (los) caso (s) clínico (s).** Se incluye la descripción clínica, así como los resultados obtenidos por estudios de laboratorio y otros métodos de diagnóstico. Se debe especificar el tiempo en que se reunieron estos casos. Las imágenes y tablas se mencionan en el texto del documento y aparecen al final del mismo, con pie de figura.
- **Discusión.** Se comentan las referencias bibliográficas más recientes o necesarias para entender la relevancia del caso expuesto, así como aquellas particularidades, similitudes o diferencias que lo hacen comunicable.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, así como de gráficos, es libre. Sin embargo, "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

c) Artículo de revisión

- **Título.** Se debe especificar con claridad el tema a tratar.
- **Resumen.** Esboza los aspectos más importantes del texto.
- **Introducción y subtítulos.** Puede iniciarse el tema a tratar directamente, y los subtítulos se incluirán de manera libre, siempre que se consideren necesarios.
- **Referencias.** Deben seguir las especificaciones descritas con anterioridad.
- **Extensión e imágenes.** El número de páginas del manuscrito, así como de gráficos, es libre, aunque "La Homeopatía de México" se reserva el derecho de editar o resumir los textos e imágenes cuando se considere necesario.

d) Actualidad, históricos y sobre personajes

- Los escritos de este tipo abordan temas informativos, históricos y de interés médico o social. No tienen un formato en especial.

e) Materia médica y otros temas de actualización médica

- Sólo se realiza a petición del director editorial de "La Homeopatía de México", de acuerdo con el formato convenido con él.

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933



La información médica científica más actual y relevante del mundo de la **Homeopatía**.

Suscríbase y obtenga más de **30% de descuento** sobre el precio de portada.

Suscripción anual
\$200.00 (6 números)

Adquiera nuestra revista a través de la **Tienda en Línea**

www.similia.com.mx



Llame a los teléfonos 5547 9483 / 5547 5735 / 01 800 730 2300 Escriba a contacto@similia.com.mx



LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

¡Ahora indizada!

La publicación médica científica más importante en la historia de la Homeopatía mexicana ya forma parte del catálogo del Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal.

Latindex

A partir de ahora, nuestros contenidos podrán ser consultados por todos aquellos que usan, intercambian y generan información científica editada en la región, como son: investigadores, docentes, estudiantes, editores, bibliotecarios y especialistas de la información de todo el mundo.



La coordinación general de Latindex reside en el Departamento de Bibliografía Latinoamericana, adscrito a la Dirección General de Bibliotecas (DGB) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).