

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- Los Ciclos Circadianos, un Análisis desde el Punto de Vista Homeopático.
Gustavo Aguilar Velázquez.
Págs. 5-11
- Elementos Claves de la Repertorización.
Fernando Ochoa Bernal.
Págs. 12-21
- Un Caso Clínico de Artralgia Severa por Rickettsiosis Tratado con *Rhus toxicodendron* 6CH y *Chamomilla matricaria* 6CH.
Iván Renato Zúñiga Carrasco.
Págs. 22-26
- Depresión y Homeopatía. Una Alternativa de Tratamiento.
Emma del Carmen Macías Cortés.
Págs. 27-43

Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.
México, D.F.

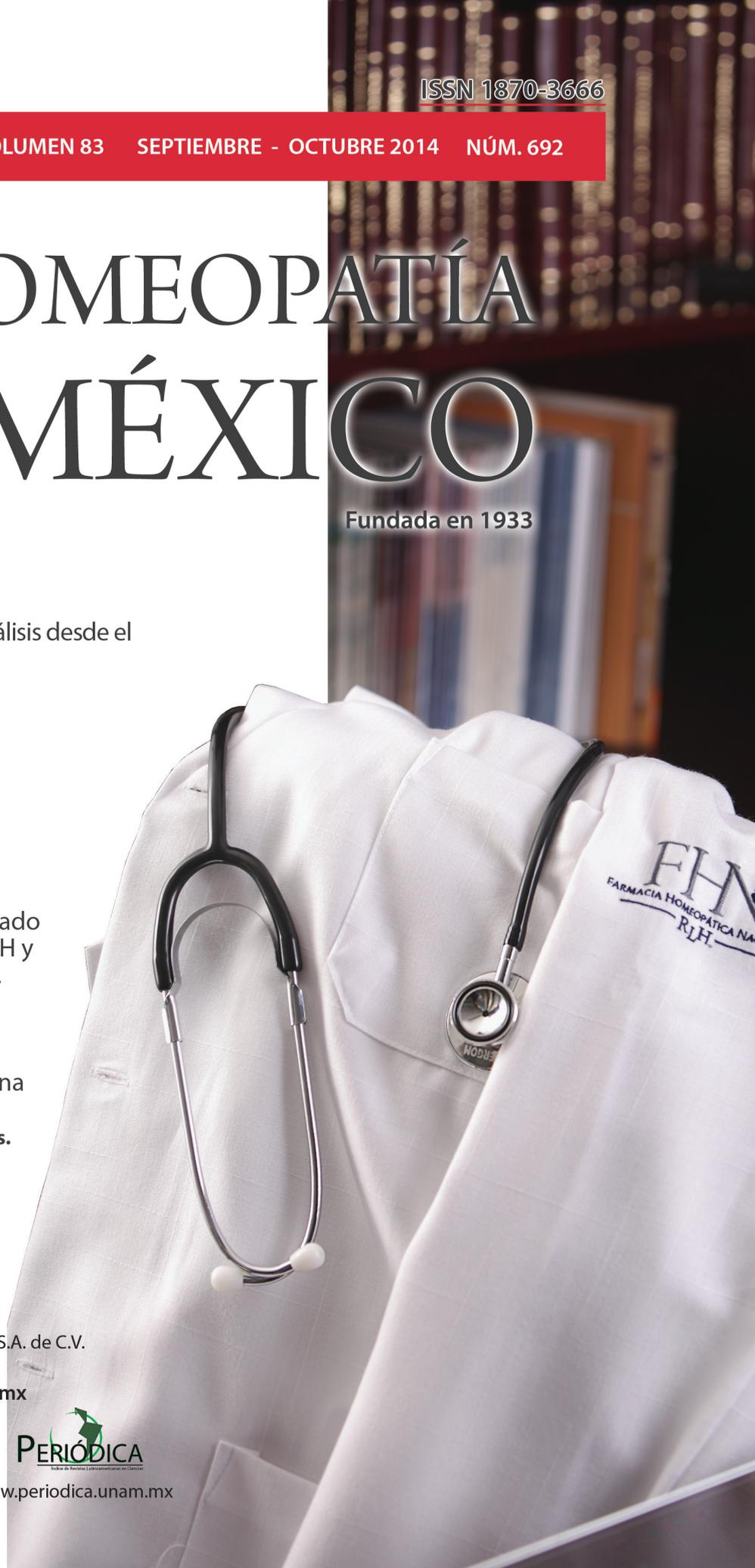
www.similia.com.mx

latindex

www.latindex.unam.mx

PERIÓDICA
Revista de Estudios Latinoamericanos en Ciencias

www.periodica.unam.mx





Lo confiable en Homeopatía

Investigación y desarrollo científico
al servicio de su **SALUD**



www.similia.com.mx

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- | | |
|--|---|
| <p>3 EDITORIAL</p> <p>5 ARTÍCULO DE REVISIÓN
Los Ciclos Circadianos, un Análisis desde el Punto de Vista Homeopático.
Gustavo Aguilar Velázquez.</p> <p>12 ARTÍCULO DE REVISIÓN
Elementos Claves de la Repertorización.
Fernando Ochoa Bernal.</p> <p>22 ARTÍCULO DE REVISIÓN
Un Caso Clínico de Artralgia Severa por Rickettsiosis Tratado con Rhus toxicodendron 6CH y Chamomilla matricaria 6CH.
Iván Renato Zúñiga Carrasco.</p> | <p>27 DE NUESTRA HEMEROTECA
Depresión y Homeopatía. Una Alternativa de Tratamiento.
Emma del Carmen Macías Cortés.</p> <p>44 EL MUNDO DE LA HOMEOPATÍA
Rafael Mejía.</p> <p>46 CARTAS DEL EDITOR</p> |
|--|---|

Aviso: las siguientes entregas del artículo *Las Enfermedades Crónicas de Hahnemann*, de la autoría del doctor Héctor Montfort Cabello, se publicarán en las ediciones noviembre-diciembre de 2014 y enero-febrero de 2015.

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

Asesor Editorial

Dra. Isis María Infante Regalado

Directora de Mercadotecnia

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Coordinador Editorial y de Comunicación Digital

Rafael Mejía Rosas

Coordinador de Arte y Diseño Editorial

L.D.G. Fabiola Reyes Lúa

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. Jorge A. Fernández Pérez

Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C.
Profesor e investigador de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Dr. Fernando Domínguez Vello

Miembro fundador del Círculo Mexicano de Homeopatía, A.C.
Coordinador Médico del Proyecto de Atención Médico-Homeopático del Desierto (Wadley S.L.P.).

Dr. Héctor Montfort Cabello

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

Dr. Óscar Michel Barboza

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

C.P. Héctor Torres Carbajal

Director General Adjunto de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.
Ex 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: \$60.00. Suscripción anual en la República Mexicana: \$250.00; extranjero: 30.00 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 forma parte de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC).

La Homeopatía de México es una publicación indizada en Latindex, el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, así como en Periódica, el Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Dirección General de Bibliotecas, UNAM).



Editorial

De manera gradual, la ciencia ha descubierto que existen diversas acciones bioquímicas cíclicas que generan alteraciones en el comportamiento del organismo. Hoy se sabe que hay algunos sensores neurohormonales que configuran el reloj biológico del cuerpo, los cuales determinan, por ejemplo, las variaciones de la presión sanguínea, la liberación de diversas hormonas, la temperatura corporal o la tolerancia al dolor físico, entre otras muchas reacciones.

Es por eso que los médicos en general, y los homeópatas en particular, se muestran especialmente interesados en precisar el horario más apropiado para administrar un medicamento. Recordemos que, desde el punto de vista de la Homeopatía, los horarios de la sintomatología son esenciales para determinar una parte de la individualidad del cuadro y definir la generación de las patologías de un medicamento.

En esta ocasión presentamos un interesante artículo, denominado *Los ciclos circadianos, un análisis desde el punto de vista homeopático*, en el que se aborda la participación de los sistemas neurológicos en la permanencia de dichas fases. Destaca, sin embargo, la revisión que realiza el autor acerca de otros elementos (independientes al sistema nervioso central) que ayudan a perpetuar estas funciones, destacadamente el ciclo de los genes CLOCK y BMAL-1.

Por otra parte, es innegable que en los últimos tiempos las enfermedades que se encuadran en la esfera mental se han multiplicado. Hablamos de la ansiedad, los trastornos asociados al estrés o la depresión, afección ésta última que se considera como una de las más incapacitantes para un gran sector de la población.

Un trabajo de investigación publicado en la revista *Salud Mental* (México; volumen 35, número 1; enero-febrero de 2012), denominado *Enfocando la depresión como problema de salud pública en México*, establece que “uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la *Encuesta mundial de salud mental* mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas, pues la discapacidad en las tareas productivas por trastornos físicos y mentales fue similar.

“La *Encuesta mundial de salud mental 2004* determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave, y alrededor de siete si la gravedad fue moderada”.

Sirva este precedente para destacar el trabajo que originalmente apareció en *La Homeopatía de México* en 2006, un estudio de la doctora Emma del Carmen Macías Cortés titulado *Depresión y Homeopatía. Una Alternativa de Tratamiento*, que configura con precisión la sintomatología de la enfermedad y ofrece una hipótesis que se refiere a la capacidad que posee la Homeopatía para devolverle el equilibrio físico, mental y emocional al enfermo.

Repertorización y caso clínico

El doctor Fernando Ochoa Bernal, actual director del Hospital Nacional Homeopático de la Secretaría de Salud, nos ofrece un interesante recorrido por el mundo de la repertorización a través de una conferencia en la que se destaca la originalidad de este concepto, un término propio del mundo de la Homeopatía que no se encuentra en ningún tipo de diccionario y que el especialista define como “un índice de datos clínicos seleccionados a partir de registros toxicológicos, patogenésicos y curaciones verificadas, que son reproducidos en forma regional y alfabética con el objeto de facilitar la localización de sus correspondientes medicamentos valorados por su importancia”.

Lleno de referencias clínicas y técnicas, la historia viva que el doctor Ochoa Bernal tiene en sus alforjas convierte este trabajo en una especie de texto académico que bien pudiera convertirse en un documento de estudio obligado en las escuelas especializadas en Homeopatía.

Nuestra publicación incluye, asimismo, *Un caso clínico de artralgia severa por rickettsiosis tratado con Rhus toxicodendron 6CH y Chamomilla matricaria 6CH*. Es pertinente puntualizar que el género *Rickettsia* está constituido por especies de cocobacilos Gram negativos pleomórficos, inmóviles y aerobios, que se comportan como patógenos intracelulares obligados y están relacionados serológicamente.

El doctor Iván Renato Zúñiga Carrasco, autor de este texto, explica que “las rickettsiosis son un grupo de enfermedades zoonóticas de distribución geográfica heterogénea, que pueden presentarse desde formas benignas y autolimitadas hasta infecciones de elevada mortalidad. La mayor parte de los casos se generan por la picadura de garrapatas, piojos o pulgas que están infectadas por el microorganismo”.

El artículo que publicamos es una muestra fehaciente de la utilidad que tiene la Homeopatía para subsanar un problema específico, en una zona geográfica en la que el ser humano convive cotidianamente con otros mamíferos (roedores, venados, ganado y perros) y algunos artrópodos.

Finalmente, es digno de destacarse la participación estelar que tuvieron los representantes de la medicina homeopática mexicana en la celebración del 69 Congreso de la *Liga Medicorum Homeopathica Internationalis* (LMHI), celebrado del 16 al 19 de julio de 2014 en París, Francia.

Los médicos que acudieron a este encuentro, varios de ellos miembros de la prestigiada escuela de posgrado Homeopatía de México, así como los doctores Gustavo Aguilar Velázquez, director de Investigación de Propulsora de Homeopatía, S. A. de C. V., y Emma del Carmen Macías Cortés, investigadora adscrita al Hospital Juárez de México, son dignos herederos de personajes tan ilustres como los maestros Proceso Sánchez Ortega e Higinio G. Pérez.

Artículo de revisión

Los Ciclos Circadianos, un Análisis desde el Punto de Vista Homeopático

*Gustavo Aguilar Velázquez

Resumen

Muchos aportes de la ciencia actual pueden servir para entender el funcionamiento de la Homeopatía; tal es el caso de la cronobiología y el conocimiento de los ciclos circadianos. El comprender que los ciclos circadianos no son un proceso pasivo que realiza el organismo ante los cambios ambientales que ocurren durante las 24 horas del día ha sido una labor difícil. La ciencia no sólo ha descubierto los sistemas neurológicos que permiten la permanencia de estos ciclos, incluso en organismos privados de la luz, sino que ha encontrado otros elementos que ayudan a perpetuar estas funciones; uno de ellos es el ciclo de los genes CLOCK y BMAL-1, agentes responsables de perpetuar el ciclo en diferentes grupos celulares de todo el organismo, independientemente del sistema nervioso central. Entender esos temas permite plantear hipótesis sobre el funcionamiento del medicamento homeopático y el porqué del predominio de horario en la aparición de los síntomas tanto en los enfermos como en las patogénesias.

Abstract

Many contributions of modern science can be used to understand homeopathy and how it works, as in the case of chronobiology and knowledge of circadian cycles. Understanding that circadian cycles are not a passive process that happens in the individual due to environmental changes in 24 hrs has been a difficult task. Science has not only discovered neurological systems that allow the permanence of these cycles in even organisms that have been deprived of light but it have found other

PALABRAS CLAVE:
Polimorfismo, Ciclos circadianos, Sistema nervioso central, Genes.

*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.

Recibido: mayo, 2014. Aceptado: julio, 2014

KEYWORDS:

Polymorphism, Circadian cycle, Central nervous system, Genes.

items that help perpetuate these functions One of them is cycle of the CLOCK and BMAL-1 genes which are responsible for perpetuating the cycle in different cell groups throughout the body regardless of Central Nervous System. Understanding these issues allows to develop hypotheses about the functioning of homeopathic medicine and may be the reason for the predominance certain hours of the day in the onset of symptoms in both patients and in the medicine pathogenesis.

Desde el punto de vista de la Homeopatía, los horarios de la sintomatología son esenciales en la clínica para determinar una parte de la individualidad del cuadro; al mismo tiempo, son fundamentales para definir la generación de las patogénesis de un medicamento y un factor básico en la prescripción. Pero, ¿cómo entender por qué existen estos cambios relacionados con el tiempo en la expresión de los síntomas, tanto en el enfermo como en la patogénesis del medicamento? El método científico tradicional ha generado una gran cantidad de conocimiento que podría dar respuesta a muchas de las interrogantes que plantea la clínica homeopática, aun desde su enfoque más ortodoxo.

Una de las áreas que más ha contribuido a sostener la doctrina homeopática es la bioquímica, ya que por medio de ésta hemos podido conocer el sustrato bioquímico de la individualidad morbosa. La bioquímica y la genética nos han dejado ver que existen polimorfismos genéticos para diferentes moléculas, es decir, que cuando hablamos de receptores, de enzimas o de componentes proteicos pudiéramos pensar que son iguales para todos los seres humanos; sin embargo, existen pequeñas diferencias codificadas genéticamente entre grupos de personas, lo que significa que un receptor (aunque sea el mismo para dos individuos) puede tener ligeras diferencias estructurales.

Este escenario alcanza su máxima expresión con el complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), el cual codifica para un grupo de moléculas que son diferentes en cada persona, que marcan nuestra identidad bioquímica y que, además, le otorga características diferentes a cada sistema inmune. Así pues, la individualidad rige el patrón de reacción de un individuo tanto a nivel genético como epigenético, e incluso clínico¹. Dentro de este enfoque, se puede decir que una de las consecuencias de esta individualidad se relaciona con las variaciones en el horario en que se presentan los síntomas.

Para esto tenemos que entender que el momento vital de un individuo no es el mismo dentro de los diferentes períodos de tiempo. En los seres humanos, un gran número de parámetros fisiológicos presentan ritmicidad circadiana, entre ellos el sueño, la vigilia, la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la presión arterial y los niveles de varias hormonas, así como el estado de alerta y el rendimiento intelectual. Todas estas condiciones se modifican ostensiblemente a lo largo del día, dentro de lo que se denomina ciclo circadiano².

Dicho término fue acuñado en 1959 por el fisiólogo estadounidense Franz Halberg (1919-2013) para describir las oscilaciones endógenas que se observaban en los organismos y que coincidían con el ciclo día-noche de la Tierra³, planteando que los ritmos circadianos se originaron en las células más primitivas con el propósito de proteger la replicación del ADN de la alta radiación ultravioleta durante el día.

En el pasado lejano, probablemente hacia fines del período Proterozoico, unos 800 millones de años atrás, la radiación UV inundó la faz del planeta con una intensidad tal vez 100 veces mayor a la actual. Se piensa que estos ritmos fueron evolucionando no sólo para protegerse del daño de la radiación, sino también para detectar los niveles ambientales de oxígeno generados por las bacterias fotosintéticas durante el ciclo solar⁴. Esto representó una ventaja al permitir que los organismos utilizaran sus fuentes de energía de una manera más eficiente, aumentando su habilidad para sobrevivir; tan importante fue este hecho que actualmente se estima que, en los mamíferos, el 10% del genoma se encuentra bajo control circadiano y se expresa de acuerdo a los ciclos de actividad y reposo, dependiendo de la especie en particular (si es diurna o nocturna).

En aislamiento, los organismos vivos pueden manifestar ritmos circadianos con un período cercano, aunque no exactamente igual, al experimentado

en condiciones normales. Así pues, los ritmos que expresan los organismos vivos no son un resultado pasivo de los estímulos ambientales, sino que su origen tiene un componente endógeno. El sistema circadiano parece estar compuesto por un reloj biológico interno que actúa como una pieza principal, la cual posee una capacidad intrínseca de oscilamiento que actúa como un marcapasos biológico en el que unas vías de entrada de información, desde ciertos receptores, captan las señales del ambiente, y unas vías de salida dirigidas a los sistemas fisiológicos que manifiestan cambios responsables de los ritmos biológicos de un individuo.

La periodicidad endógena es ligeramente mayor a las 24 horas, por lo que el reloj responsable de mantener a tiempo la organización de los procesos metabólicos internos del organismo debe sincronizarse diariamente con el medio externo, a través de estructuras capaces de captar y conducir los estímulos del entorno⁵.

En la naturaleza existen cambios impredecibles y cambios predecibles; éstos últimos ocurren con una frecuencia y duración determinada, lo que ha permitido a lo largo de la evolución activar mecanismos efectores antes de que ocurrieran los cambios ambientales, y ha posibilitado que haya una respuesta sumamente eficaz a este tipo de modificaciones en lo que ahora se conoce como homeostasis predictiva^{6, 7}.

Las señales ambientales o estímulos externos rítmicos capaces de modificar la duración del ciclo o período que marca el reloj endógeno, dirigiéndolo o encarrilándolo, se denominan *zeitgebers*. En el caso del ser humano, la luz es el *zeitgeber* más importante.

Desarrollo del ciclo circadiano

En resumen, el modelo clásico para describir un ciclo circadiano señala que se requieren tres elementos para su realización:

1) Una vía de entrada o agente sincronizador, que en el caso del ser humano es la retina, misma que le permite percatarse de la transición entre la oscuridad y la luz.

2) Un oscilador, formado por estructuras biológicas que funcionan como marcapasos que generan señales de diferentes tipos.

3) Vías eferentes desde los marcapasos a los sistemas efectores⁸.

Analizando a profundidad al primero de estos tres factores, cabe enfatizar que la vía de entrada es el ojo y la luz es el *zeitgeber* por excelencia⁹. El efecto luminoso es procesado por la retina, en donde conos y bastones lo detectan y lo transforman en una señal eléctrica mediante una cascada de eventos que se conoce como foto transducción.

La rodopsina y la conopsina (fotopigmentos de los bastones y los conos, respectivamente), presentes en la retina, tienen el mismo patrón estructural y el mismo mecanismo de activación que los receptores acoplados a proteínas G. Cuando estos receptores (que se encuentran en la membrana celular y son estimulados por moléculas externas) se activan, estimulan las vías que promueven procesos bioquímicos en el centro de la célula, generando con ello diferentes actividades metabólicas¹⁰. En el caso de los agentes citados, aunque son miembros de esta familia y los procesos que se suceden son similares a las proteínas G, su estimulador no es una molécula extracelular, sino un fotón.

De esta forma, cuando la luz activa al fotopigmento de los conos y de los bastones se generan señalizaciones que se transmiten a través del tracto retino hipotalámico al núcleo supraquiasmático (NSQ), con lo cual se logra la sincronización de diferentes funciones biológicas con la luz ambiental.

Es importante hacer notar que la retina no sólo distingue formas y colores, sino que por medio de algunas células que se encuentran en su estructura (llamadas células ganglionares intrínsecamente sensibles) percibe otro tipo de sensaciones luminosas no ligadas a formas y colores. Todo ello como resultado de la actividad de una sustancia llamada melanopsina, un fotorreceptor similar a la rodopsina y la conopsina, pero que promueve respuestas no visuales a la luz al activar otros mecanismos de señalización intracelular¹¹.

El impulso nervioso generado en los fotorreceptores de los vertebrados se transmite de las interneuronas retinianas a las neuronas de proyección, y de ahí a las células ganglionares, cuyos axones forman el nervio óptico; así, las señalizaciones generadas en la retina se transmiten a través del tracto retino hipotalámico al NSQ¹².

El segundo elemento sería un oscilador que, en el caso del hombre, es precisamente el NSQ, considerado el centro primario de regulación de los ritmos circadianos. Desde el NSQ llegan referencias a la glándula pineal, en donde se sintetiza y secreta la melatonina, una hormona que se eleva durante la noche de forma proporcional a la extensión de la fase de oscuridad y que se inhibe en función de la cantidad de luz existente.

Se ha sugerido que la melatonina podría ser la hormona fundamental para la sincronización de los ritmos endógenos, ya que el período en que se secreta actúa como una señal temporal que le indica al organismo la duración de la etapa luz-oscuridad. Debido a su robusto patrón de secreción circadiana, esta molécula es considerada como el marcador biológico de elección para la determinación de la fase y el período del sistema circadiano^{13, 14}.

Por lo que toca al tercer punto, la vía eferente estaría dada a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA o HPA), por medio de hormonas y neuropéptidos¹⁵. Estos mediadores provocan señales que modulan a su vez otros pequeños relojes biológicos en los tejidos periféricos, generando un ritmo común. Así, el individuo se sincroniza con el ambiente, estableciendo una relación con los ciclos externos.

Previendo que esto no fuera suficiente, el sistema nervioso autónomo inerva los tejidos, modulando los ritmos a través de la liberación cíclica de noradrenalina local, colaborando con ello a la sincronización total¹⁶. Hay que señalar que actualmente se desconoce por qué la misma señal adrenérgica regula la expresión de distintas moléculas y funciones celulares. Asimismo, se debe mencionar que este ciclo no es solamente diario, sino que es susceptible de modificarse de acuerdo con las estaciones del año (ritmos circanuales) y que puede verse afectado por otros factores, como la edad o el estado de salud, por ejemplo.

Aunque este modelo ha resuelto en gran parte el por qué de los ciclos, su respuesta no ha sido del todo satisfactoria en cuanto a las razones por las que en modelos animales, así como en personas en aislamiento y en pacientes con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central con pérdida de la función de conos y bastones (ceguera), se conserva el ciclo circadiano.

Estos hechos provocaron que durante mucho tiempo se pensara que era posible la existencia de otros mecanismos reguladores de este ciclo, ade-

más de los estímulos provenientes de la retina. Más aún, observaciones posteriores dejaron otra incógnita en el aire: ¿cómo es posible que estos ciclos se mantengan incluso en condiciones de aislamiento de la luz?

Para resolver este problema, Joseph S. Takahashi identificó una proteína (1994) implicada en la regulación circadiana, a la cual llamó ***circadian locomotor output cycles kaput*** (CLOCK, por sus siglas en inglés)¹⁷, una especie de marcapasos que funciona a nivel molecular y que consiste en un circuito de retroalimentación autorregulado de transcripción-transducción de genes que genera ciclos de aproximadamente 24 horas, aún en ausencia de estímulos ambientales.

Analizando el funcionamiento de este sistema a lo largo de un día encontraríamos que, en las primeras horas de la mañana y a nivel celular, la proteína CLOCK se une a otra proteína llamada **receptor nuclear translocador de aril hidrocarburos en cerebro y músculo** (BMAL-1, por sus siglas en inglés), formando un dímero que entra en contacto con secuencias reguladoras en el ADN, las cuales están localizadas en los promotores de ciertos genes llamados PER y CRY.

Cuando el dímero CLOCK-BMAL-1 se forma, activa la transcripción de estos genes que, al inicio del día circadiano (primeras horas de la mañana), son traducidos a las proteínas llamadas **Period** (PER1, PER2, PER3) y **Criptocromos** (CRY1, CRY2) en el citosol de la célula. Hacia el comienzo de la noche las proteínas PER y CRY se asocian formando heterodímeros (PER-CRY), que son fosforiladas y se translocan al núcleo en donde se acumulan para, posteriormente, secuestrar a los dímeros CLOCK-BMAL-1, interfiriendo con su función promotora; así, el dímero PER-CRY actúa como regulador negativo. Como puede observarse, los niveles de BMAL-1 aumentan al final de la noche favoreciendo la formación de dímeros CLOCK-BMAL-1, los cuales volverán a activar la transcripción de los genes PER y CRY para reiniciar el ciclo^{18, 19}.

Los efectos contrarios de los dímeros CLOCK-BMAL-1 y PER-CRY en la transcripción aseguran que los mensajeros de PER y CRY oscilen antagónicamente; la expresión de estos genes ocurre con una periodicidad cercana a las 24 horas, de tal manera que en el NSQ el pico máximo de expresión de BMAL-1 sucede, a mitad de la noche, mientras que el pico máximo de los mensajeros de PER y CRY sucede a mediodía²⁰. Además de este sistema, se sabe

que puede estar regulado con cambios posteriores en las histonas (proteínas que sostienen al ADN)²¹.

Las proteínas PER y CRY tienen otras funciones: en el caso de los genes PER1 y PER2, además de participar en el control de ritmo circadiano a nivel molecular, actúan como genes supresores de tumores debido a que inhiben la proliferación celular y estimulan la apoptosis²².

Proteínas y ciclos luz-oscuridad

Las proteínas CRY1 y CRY2 o criptocromos son una familia de flavoproteínas que actúan como fotorreceptores de luz UV-A/azul. Dichas proteínas están asociadas a dos sustancias que poseen una gran cantidad de electrones capaces de absorber energía o luz visible, como son la **flavina adenina dinucleótido** (FAD) y el **metiniltetrahidrofolato** (MTHF). En estas moléculas la luz captada es transformada en energía química que se transfiere a la proteína, generando un cambio conformacional que promueve su fosforilación²³.

Las proteínas CRY1 y CRY2 han generado un gran interés entre la comunidad científica. Si bien es cierto que se encuentran diseminadas por todo el organismo, hay que decir que su presencia es preponderante a nivel de las células ganglionares, así como en la capa interna de la retina. Su expresión, es un hecho, guarda una fuerte relación con los ciclos de luz-oscuridad en los núcleos supraquiasmáticos²⁴.

Es muy importante señalar que en una serie de estudios experimentales se ha demostrado que los genes PER, CRY y BMAL-1 presentan una expresión rítmica en diferentes partes del organismo: el hígado, el corazón, el tejido pulmonar, los riñones e incluso en fibroblastos en cultivo, donde funcionan como relojes periféricos que responden a otros estímulos no relacionados con la luz²⁵.

La relevancia de estas moléculas con relación al control del ciclo circadiano se ha demostrado en modelos animales, ya que se ha observado que algunas mutaciones en estos genes alteran la duración del cíclico de los mismos. Por otra parte, algunas investigaciones realizadas en murinos que carecen de estos genes han concluido que no presentan modificaciones conductuales relacionadas al ciclo circadiano, ni modifican los niveles de otras proteínas²⁶.

Los genes CRY no sólo regulan la fotoperiodicidad sino que, por su estructura, pueden detectar campos magnéticos, según se ha podido demostrar en algunos modelos de investigación. De esta forma, además de participar en la generación y mantenimiento de los ritmos circadianos, los criptocromos, al ser sensibles a los campos magnéticos, pueden lograr que en la retina de las aves se “vea” un campo de esta naturaleza²⁷, el cual estaría relacionado con la orientación de ciertas aves durante su migración²⁸.

Ahora sabemos que múltiples sistemas celulares están sujetos a una variación circadiana. Por ejemplo, las oscilaciones en la expresión de los receptores de reconocimiento de moléculas de patógenos del sistema inmune, los mecanismos bioquímicos intracelulares, la producción hormonal, etcétera, nos hacen más resistentes o vulnerables en diferentes momentos del ciclo circadiano. Este hecho se observa en diferentes patologías con los medicamentos homeopáticos, lo que podría explicar el comportamiento de ciertas enfermedades y de algunas patologías. Un conocimiento más profundo de estos procesos podría servir para optimizar el tratamiento de ciertas enfermedades, determinando si existe un momento específico para administrar el medicamento homeopático.

Sistema nervioso central y la acción de la Homeopatía

Las propuestas actuales del funcionamiento del ciclo circadiano del sistema nervioso central (SNC) establecen que existen periodos de retroalimentación a nivel molecular que producen oscilaciones diarias en los niveles de expresión de ciertos genes. Dicha expresión regula las propiedades cíclicas y electrofisiológicas de las células del SNC; sin embargo, la ciencia no ha sido capaz de entender cómo es que estos relojes celulares funcionan dentro de los circuitos del SCN, y tampoco ha podido averiguar si existen funciones en la membrana celular que modifiquen desde fuera de la célula estos eventos de retroalimentación que se llevan a cabo al interior de ella. Esto significa que el reloj circadiano no sólo organiza varios procesos biológicos y conductuales, sino que también desempeña un papel fundamental en la función celular.

Si suponemos que el medicamento homeopático interviene en la totalidad del paciente, como lo mencionó el maestro Hahnemann, y que

esto se debe (según la ortodoxia homeopática) a una acción del medicamento homeopático dinámico sobre la fuerza vital, la traducción bioquímica o fisiológica acerca de este comportamiento resultaría bastante complicada. Lo que sí podemos suponer es que el medicamento ejercería su acción tanto en la membrana celular como en el interior de la misma, en donde existen miles de rutas metabólicas y mecanismos bioquímicos sumamente complejos.

Así, el medicamento homeopático realizaría modificaciones en el proceso funcional de los ciclos celulares en todas las partes del organismo, lo cual se relacionaría con la forma en que se comportan las células de la retina. En realidad, habría una modificación en la forma en que la información es enviada desde el SNC, tanto por inervación directa como por la producción de mediadores, regulando la expresión génica de diferentes moléculas. De esta manera, la incidencia del medicamento homeopático sobre esos procesos generaría las reacciones propias e individuales que llevarían al paciente nuevamente al equilibrio.

El estímulo particular de cada medicamento actuaría, quizá, sobre algún mecanismo intracelular determinado de entre los miles que existen y que son compartidos por la gran mayoría de las células en el organismo. Por lo tanto, si algún medicamento homeopático produjo una patogenesia con predominio de horario, significaría que éste incide sobre las rutas metabólicas intracelulares que tienen ese predominio de horario durante la regulación circadiana, y que las hace más sensibles a cierta hora del día.

Por otro lado, hay que decir que el conocimiento de que los criptocromos, que son moléculas sensibles a las radiaciones electromagnéticas, sería otro punto a favor para comprobar que las células del organismo no son solamente sensibles a los estímulos químicos, sino también a estímulos de este tipo. Del mismo modo, si se ha impulsado la teoría de que el medicamento homeopático pudiera llevar algún tipo de información electromagnética de cierta amplitud y frecuencia, entonces podemos proponer que pudiera existir una relación energética electromagnética entre los medicamentos homeopáticos y las células del organismo (como pudiera ser el caso de los criptocromos) dándole soporte a la doctrina homeopática ortodoxa sin desvirtuarla.

Así pues, el conocimiento sobre los ritmos biológicos se podría utilizar en la clínica para optimizar los resultados de diversos tratamientos, pudiéndose pensar que en el futuro este conocimiento ayudaría a comprender en qué nivel intracelular pu-

dieran actuar los medicamentos homeopáticos y, tal vez, para elegir el mejor momento de administración de los medicamentos en una amplia gama de condiciones y enfermedades²⁹.

Finalmente, como un dato que apoya todavía más a la existencia de un sustrato bioquímico y genético sobre la individualidad morbosa, se ha descrito un polimorfismo en el gen CLOCK (rs6832769) en el que se describe que cierto alelo de este gen podría relacionarse con rasgos de la personalidad, condicionando que el portador de este gen en específico pudiera tener una mayor propensión a ser agradable y complaciente³⁰.

Referencias

1. The MHC sequencing consortium. Complete sequence and gene map of a human major histocompatibility complex. *Nature*. 28 Oct 1999; 401(6756): 921-923. Pubmed PMID: 10553908.
2. Reppert SM, Weaver DR. Coordination of circadian timing in mammals. *Nature*. 29 Ago 2002; 418(6901): 935-941. Pubmed PMID: 12198538.
3. Halberg F, Halberg E, Barnum CP, Bittner JJ. Physiologic 24-hour periodicity in human beings and mice, the lighting regimen and daily routine. En: Withrow RB, editor. *Photoperiodism and related phenomena in plants and animals*. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science; 1959. p. 803-878.
4. Edgar RS, Green EW, Zhao Y, van Ooijen G, Olmedo M, Qin X, *et al*. Peroxiredoxins are conserved markers of circadian rhythms. *Nature*. 16 May 2012; 485(7399): 459-464. doi: 10.1038/nature11088. Pubmed PMID: 22622569. PMCID: PMC3398137.
5. Brown SA, Schibler U. The ins and outs of circadian timekeeping. *Curr Opin Genet Dev*. Oct 1999; 9(5): 588-594. Pubmed PMID: 10508692.
6. Panda S, Antoch MP, Miller BH, Su AI, Schook AB, Straume M, *et al*. Coordinated transcription of key pathways in the mouse by the circadian clock. *Cell*. 3 May 2002; 109(3): 307-320. Pubmed PMID: 12015981.
7. Reppert SM, Weaver DR. *Op cit*.
8. Rietveld WJ, Minors DS, Waterhouse JM. Circadian rhythms and masking: an overview. *Chronobiol Int*. Ago 1993; 10(4): 306-312. Pubmed PMID: 8403074.
9. Roenneberg T, Kumar CJ, Merrow M. The human circadian clock entrains to sun time. *Curr Biol*. 23 Ene 2007; 17(2): R44-45. Pubmed PMID: 17240323.
10. De Vries L, Zheng B, Fischer T, Elenko E, Farquhar MG. The regulator of G protein signaling family. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. Abr 2000; 40: 235-271. doi: 10.1146/annurev.pharmtox.40.1.235. Pubmed PMID: 10836135.

11. Aguilar-Roblero R, Guadarrama P, Mercado C, Chávez JL. El núcleo supraquiasmático y la glándula pineal en la regulación de los ritmos circadianos en roedores. En: Velázquez Moctezuma J, coordinador Temas selectos de neurociencias III. Ciudad de México: UAM, 2004. p. 321-329.
12. *Ibid.*
13. Hankins MW, Peirson SN, Foster RG. Melanopsin: an exciting photopigment. *Trends Neurosci.* Ene 2008; 31(1): 27-36. Pubmed PMID: 18054803.
14. Arendt J. Importance and relevance of melatonin to human biological rhythms. *J Neuroendocrinol.* Abr 2003; 15(4): 427-431. PMID: 12622845.
15. Reiter RJ. The pineal and its indole products: basic aspects and clinical applications. En: Cohen MP, Foley PP, editores. The brain as an endocrine organ. Vienna: Springer; 1989. p. 96-149.
16. Scheiermann C, Kunisaki Y, Lucas D, Chow A, Jang JE, Zhang D, *et al.* Adrenergic nerves govern circadian leukocyte recruitment to tissues *Immunity.* 24 Ago 2012; 37(2): 290-301. doi: 10.1016/j.immuni.2012.05.021. PMID: PMC3428436. NIHMSID: NIHMS395536.
17. Vitaterna MH, King DP, Chang AM, Kornhauser JM, Lowrey PL, McDonald JD, *et al.* Mutagenesis and mapping of a mouse gene, Clock, essential for circadian behavior. *Science.* 29 Abr 1994; 264(5159): 719-725. Pubmed PMID: 8171325. PMID: PMC3839659.
18. Dibner C, Schibler U, Albrecht U. The mammalian circadian timing system: organization and coordination of central and peripheral clocks. *Annu Rev Physiol.* 2010; 72: 517-549. doi: 10.1146/annurev-physiol-021909-135821. Pubmed PMID: 20148687.
19. Abe H, Honma S, Namihira M, Masubuchi S, Ikeda M, Ebihara S, *et al.* Clock gene expressions in the suprachiasmatic nucleus and other areas of the brain during rhythm splitting in CS mice. *Brain Res Mol Brain Res.* 19 Feb 2001; 87(1): 92-99. Pubmed PMID: 11223163.
20. Reppert SM, Weaver DR. Coordination of circadian timing in mammals. *Nature.* 29 Ago 2002; 418(6901): 935-941. Pubmed PMID: 12198538.
21. DiTacchio L, Le HD, Vollmers C, Hatori M, Witcher M, Scombe J, *et al.* Histone lysine demethylase JARID1a activates CLOCK-BMAL1 and influences the circadian clock. *Science.* 30 Sep 2011; 333(6051): 1881-1885. doi: 10.1126/science.1206022. Pubmed PMID: 21960634. PMID: PMC3204309.
22. Gery S, Gombart AF, Yi WS, Koeffler C, Hofmann WK, Koeffler HP. Transcription profiling of C/EBP targets identifies Per2 as a gene implicated in myeloid leukemia. *Blood.* 15 Oct 2005; 106(8): 2827-2836. Pubmed PMID: 15985538. PMID: PMC1895299.
23. Lin C, Shalitin D. Cryptochrome structure and signal transduction. *Annu Rev Plant Biol.* 2003; 54: 469-496. Pubmed PMID: 14503000.
24. Miyamoto Y, Sancar A. Vitamin B2-based blue-light photoreceptors in the retinohypothalamic tract as the photoactive pigments for setting the circadian clock in mammals. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 26 May 1998; 95(11): 6097-6102. Pubmed PMID: 9600923.
25. Schibler U, Ripperger J, Brown SA. Peripheral circadian oscillators in mammals: time and food. *J Biol Rhythms.* Jun 2003; 18(3): 250-260. Pubmed PMID: 12828282.
26. Van der Horst GT, Muijtjens M, Kobayashi K, Takano R, Kanno S, Takao M, *et al.* Mammalian Cry1 and Cry2 are essential for maintenance of circadian rhythms. *Nature.* 15 Abr 1999; 398(6728): 627-630. Pubmed PMID: 10217146.
27. Lok C. Vision science: Seeing without seeing. *Nature.* 20 Ene 2011; 469(7330): 284-285. doi: 10.1038/469284a. Pubmed PMID: 21248815.
28. Community Research and Development Information Service (Cordis). Scientists discover molecule behind birds' magnetic sense [internet]. Unión Europea: Cordis; 11 Sep 2006 [citado 10 Feb 2014]. Disponible en: http://cordis.europa.eu/news/rcn/26320_en.html. Versión en español: http://cordis.europa.eu/news/rcn/26320_es.html.
29. Reinberg A, Smolensky MH. Circadian changes of drug disposition in man. *Clin Pharmacokinet.* Sep-Oct 1982; 7(5): 401-420. Pubmed PMID: 6754207.
30. Terracciano A, Sanna S, Uda M, Deiana B, Usala G, Busonero F, *et al.* Genome-wide association scan for five major dimensions of personality. *Mol Psychiatry.* Jun 2010; 15(6): 647-656. doi: 10.1038/mp.2008.113. PMID: PMC2874623. NIHMSID: NIHMS74370.

*Elementos Claves de la Repertorización

**Fernando Ochoa Bernal

PALABRAS CLAVE:
Repertorio,
Repertorizar, Materia
médica, Prescripción,
Entrecruzamiento,
Patogenias, Rúbricas,
Síntomas, Noxa.

*Conferencia dictada el 3 de septiembre de 2013, en la ciudad de México, como parte del Curso Precongreso Clínica Homeopática Avanzada que antecedió al Primer Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático, organizado por la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica (Anifhom).

**Médico cirujano y homeópata por la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional, con especialidad en medicina interna. Especialidad por la escuela de posgrado Homeopatía de México, A.C. Director del Hospital Nacional Homeopático de la Secretaría de Salud y expresidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A.C.

Resumen

El repertorio puede definirse como un índice de síntomas seleccionados de las patogenias y otros registros admitidos, los cuales se ordenan y valoran para facilitar la localización de los medicamentos homeopáticos más indicados para el paciente. La mecánica que se emplea para repertorizar es relativamente sencilla, ya que es un proceso aritmético; sin embargo, no sustituye al criterio médico ni al conocimiento de la materia médica, por lo que exige estudio, conocimiento, práctica y disciplina por parte del médico homeópata para aprovechar su potencial y no realizar prescripciones inadecuadas.

En el siguiente texto se presentan numerosas experiencias sobre los alcances y oportunidades que ofrece el uso del repertorio, como simplificar y reforzar la selección del medicamento homeopático o continuar aprendiendo de la materia médica, así como las limitaciones habituales de esta herramienta.

Abstract

The repertoire can be defined as a reference book which lists symptoms obtained from the different homeopathic provings and other types of admitted records, which are classified and graded to facilitate finding the most suitable homeopathic medicine for the patient. The mechanism used to repertorize is relatively simple, since it is a simple mathematical process; however, it does not replace the medical criterion or knowledge of the materia médica, that is why it requires the homeopathic doctor's study, knowledge, practice and discipline in order to harness its potential and to avoid making inappropriate prescriptions.

Recibido: mayo, 2014. Aceptado: julio, 2014

KEYWORDS:

Index, Repertorize,
Materia medica,
Prescription,
Crosslinking,
Pathogenesis, Headings,
Symptoms, Noxa.

In the following writing many experiences are shown about the scope and opportunities offered by the use of the repertoire, how to simplify and reinforce the selection of the homeopathic medicine, how to continue learning from the materia medica by this mean and to know the usual limitations of this tool.

He sido un apasionado del *Repertorio homeopático* de Kent desde que era alumno en Homeopatía de México, en 1973; me apasionaba esta obra en toda la extensión de la palabra, me impresionaba el esfuerzo monumental de arreglar, de acomodar la materia médica de esa manera, pero sobre todo descubrir que en el repertorio hay una inteligencia interna. Así, cuando veía al maestro Proceso Sánchez Ortega o al maestro Darío Flores Toledo manejarlo con tal maestría, me preguntaba: “¿qué se necesita para dominar esa obra, este libro?”.

Posteriormente, mientras cursaba el internado de pregrado en el Hospital Nacional Homeopático, le preguntaba al doctor Rubén Poplawsky, un buen amigo mío: “¿cuándo habrá un repertorio que podamos manejar en las computadoras, con rapidez, con fluidez?”, y bueno, poco después, uno de los primeros repertorios en computadora que hubo en la ciudad de México (creo que el segundo que llegó) lo tuve yo, y es desde ese entonces que me he adentrado en su estudio.

El tema es muy sencillo, aparentemente; la mecánica que se emplea al repertorizar no tiene mayor ciencia o dificultad, ya que es un proceso aritmético. Sin embargo, es muy importante entender lo que es el proceso de repertorización.

Para empezar, la palabra es una peculiaridad, pues no existe en el diccionario. Así como no existe **sucusionar*** tampoco repertorizar; esa es una terminología nuestra, homeopática podríamos decir, casi un neologismo, ya que el médico homeópata ha elaborado su propio lexicón. Así pues, hemos creado un verbo que se llama **repertorizar**.

Bien, pues un repertorio se aborda como un índice, que en este caso hace mención de manifestaciones notables, ¡más que notables!, que aparecieron en los experimentadores formando las patogenesias; de esta forma, dicho índice de síntomas que se registran en las patogenesias es lo que podemos definir, en primera instancia, como nuestro repertorio homeopático. De una manera un tanto romántica, un tanto poética, un gran homeópata indio definió al repertorio como “una composición artística de las experimentaciones de los medicamentos registrados en la materia médica”. Siempre he sido obsesivo y escrupuloso en relación a las definiciones, y todas las que he leído sobre el repertorio, en muchas obras, me han parecido incompletas. Por tal motivo elaboré una definición un poco más extensa:

El repertorio es un índice de datos clínicos seleccionados a partir de registros toxicológicos, patogenésicos y curaciones verificadas, que son reproducidos en forma regional y alfabética con el objeto de facilitar la localización de sus correspondientes medicamentos valorados por su importancia.

Desde mi perspectiva esto expresa lo que es en verdad un repertorio homeopático (que en realidad debe denominarse *Repertorio de la materia médica homeopática*, como originalmente estaba intitulado): es un índice de síntomas o de datos clínicos coleccionados, pero de una manera especial, con fuentes específicas, no sólo patogenésicas.

Es importante recordar que en la actualidad los repertorios se alimentan de tres venas: lo toxicológico, lo patogenésico y las curaciones verificadas; tomamos las aportaciones clínicas que se generan en el día a día, las vamos agregando y reproducimos

Nota del editor: dado que no existe una ortografía oficial para esta palabra, se optó por emplear la grafía de la segunda edición de la *Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos*.

todos esos datos en este índice de una manera alfabética, regional y organizada, de tal forma que nos permite encontrar con relativa facilidad (habría que poner énfasis en la palabra facilidad) aquellos medicamentos que tienen una relación con tales registros de patogenias, efectos toxicológicos y curaciones, que además tienen la ventaja de ser categorizados y de tener un valor máximo (3), intermedio (2) y menor (1), lo que es conocido por todo aquel que haya utilizado un repertorio homeopático.

Repertorizar, en sí, es un procedimiento mecánico aritmético que tiene una finalidad: ayudar al homeópata a encontrar el medicamento más indicado para su paciente, pero no es la panacea para encontrar un medicamento, y eso debe quedar muy claro; de ninguna manera la repertorización sustituye al médico en su conocimiento de la materia médica ni a su criterio para encontrar el medicamento que cure al paciente. Es importante tomar en cuenta algo fundamental, que es registrar los síntomas característicos del enfermo. Esto es un *sine qua non*: tenemos rigurosamente que utilizar síntomas característicos para una repertorización. Eso sería el primer elemento clave; el médico que no lo haga de esta manera, estará destinado a realizar una prescripción inadecuada.

Entonces, ¿la repertorización es solamente una media aritmética o es algo más? en mi opinión, es algo más; genera lo que llamamos el cuadro repertorizado, en donde tenemos un elemento denominado entrecruzamiento. A su vez, del entrecruzamiento podemos decir que no es nada más la suma de los valores del medicamento en relación con alguno de los síntomas en donde sí se encuentre. No es nada más este cruce; es lo que consideramos dentro de nuestro conocimiento de la Homeopatía como la totalidad, porque si yo tengo cinco síntomas característicos de un enfermo y esos cinco síntomas los tiene un medicamento, significa que dicho medicamento tiene la “cobertura total” de los cinco síntomas que considero como principales o característicos en mi enfermo. Pero además de eso me proporciona un puntaje, y ese puntaje es la suma de estos cinco síntomas encontrados en el medicamento, pero que tienen un valor.

Esa suma, expresada con un indicador, nos da valores que actualmente ciertos programas para computadora o *software* dan en automático. Entonces no es nada más un promedio donde se dice que, por ejemplo, de los cinco síntomas característicos de un paciente, Sepia tiene los cinco y cubre todo, mientras que a Natrum muriaticum y a Calendula officinalis les falta uno, y que a Natrum carbonicum le

faltan dos. Esto no me dice que tenga que prescribir forzosamente Sepia; más bien, lo que me indica es que estos cuatro medicamentos cubren una buena parte o la totalidad de los síntomas del paciente.

¿Por qué usar el repertorio? Es frecuente escuchar a profesores de escuelas homeopáticas decir que no se necesita para prescribir, y aunque esto puede parecer descabellado, en algunos casos específicos estoy de acuerdo. Existen casos tan evidentes que no se necesita repertorizar; sin embargo, es inevitable que la mente de un homeópata que conoce la materia médica quiera realizar comparaciones y entrecruzamientos, aunque no esté utilizando el repertorio, y será inevitable que haga dificultosas operaciones en su mente. No obstante, si utilizara algún repertorio facilitaría su labor realizando estos análisis y síntesis con rapidez y precisión.

¿Qué ventajas ofrece el uso de estos repertorios en la práctica diaria? Primeramente la selección de un remedio o medicamento único, ya que los médicos que utilizan un repertorio tienden a esto. Recuerdo muy bien la experiencia que tuve alguna vez con un médico de la escuela francesa, el cual mencionó con respecto al uso de los repertorios digitales: “¡oye!, cada vez tengo menos necesidad de utilizar dos o tres medicamentos”, lo cual me dio una gran satisfacción y me hizo sentir que yo, como pretendido unicista, defendiendo a ultranza esta ortodoxia, pensara: “bueno, es que así tiene que ser”. En fin, que llegar a esa conclusión a través del repertorio me pareció particularmente curioso, porque no fue mediante la doctrina, sino por el uso de una herramienta que le facilitó elegir el medicamento más similar.

Así pues, el uso del repertorio nos lleva a ser prescriptores cada vez más cuidadosos en la selección de nuestro medicamento; nos evita ser rutinarios porque, sorprendentemente en ocasiones, una buena repertorización nos hace descubrir que el medicamento en el que estábamos pensando no aparece ni en las primeras cinco opciones, sino hasta el séptimo, octavo o noveno lugar; esto en muchas ocasiones puede llevarnos a reconsiderar la prescripción que pretendíamos realizar exclusivamente con ayuda de nuestra materia médica.

En los diferentes tratados en donde se analizan los métodos de repertorización se menciona que no se debe prescribir con base en el resultado mayor del repertorio sino a partir de los primeros tres, cuatro o cinco medicamentos, y que se utilizarán ciertos criterios o filtros para finalmente seleccionar el mejor medicamento.

¿Por qué se dice que el repertorio también enseña materia médica? Porque en la medida en que se buscan los síntomas de un paciente en el repertorio, se aprende. Por ejemplo, digamos que un médico conoce por su estudio que el síntoma “X” lo presentan 10 medicamentos de la materia médica, pero en el momento en que dicho síntoma es consultado en un repertorio, en forma de rúbrica, se da cuenta de que hay un total de 35 medicamentos que tienen ese síntoma; de ellos, en efecto, existen 10 que lo presentan en un grado máximo en el repertorio (3), pero aprende que existen otros 25 medicamentos que también presentan dicho síntoma con un valor medio (2) o menor (1), y son medicamentos que nunca estudió o no les puso atención. En consecuencia, por medio de la repertorización el médico también va descubriendo la importancia relativa de cada medicamento.

¿Qué nos permite relativizar el poder, la fuerza, la capacidad curativa de un medicamento en relación con algún síntoma? Es precisamente el observar constantemente la clasificación en grados de los diversos síntomas lo que también proporciona una enseñanza. En este sentido, podemos ver que el síntoma de un medicamento que siempre consideramos de altísimo valor, como la falta de sed durante la fiebre que tiene Pulsatilla, en realidad cuenta con un valor medio (2) en el repertorio.

A menudo los médicos homeópatas tendemos a tener un sesgo: tratamos de prescribir o encontrar con mayor frecuencia el medicamento que hemos estudiado recientemente en la materia médica, lo cual podría deberse a que tenemos en la mente la mayor cantidad de síntomas de ese remedio; esto nos vuelve un poco prejuiciosos, y lo he observado tanto con mis alumnos como conmigo mismo. Por ejemplo, si en esta semana he estudiado el *Arsenicum album*, tenderé a ver la patogenesia de este medicamento en muchos pacientes.

Eso no sucede cuando el repertorio se utiliza sistemáticamente; no es necesario usarlo en forma exhaustiva, simplemente se pueden introducir tres o cuatro síntomas rápidamente. Por ejemplo, si hemos hecho toda la toma del caso y tardamos casi una hora en hablar con el paciente, y nos adentramos en estudiar su biopatografía, ya no repertorizamos de manera sistemática como lo hacíamos al principio; pero con tres o cuatro síntomas que entresacamos de esa toma del caso es suficiente para estar muy, muy cerca del medicamento ideal para el paciente.

¿Qué más nos permite el uso del repertorio? Simplifica y refuerza nuestra selección, ya que

al tener a la vista durante la repertorización a los medicamentos más probablemente útiles para un determinado caso, de forma rápida, logramos mayor precisión en la prescripción. Y es que en el caso de la medicina Institucional, especialmente en el área de urgencias, esto resulta de gran importancia. Les voy a explicar por qué: en el Hospital Nacional Homeopático existe un grupo de Clínica Integral Homeopática en el servicio de Urgencias; cuando llega un caso de asma, por ejemplo, este equipo sólo tiene una hora para manejarlo con Homeopatía, ya que si no se obtienen resultados en muy poco tiempo (recordemos que se trata de un hospital general gubernamental) el médico tendrá que alinearse a las normas de tratamiento de las *Guías de Práctica Clínica* y seguir las normas oficiales. En estos casos la técnica que utilizamos es la administración de un medicamento a la 1Q cada quince minutos y esperamos cuatro dosis antes de ver una mejora.

El médico homeópata está en una gran desventaja para prescribir Homeopatía a nivel institucional, pero este hecho no es percibido por los pacientes. Al comentar esto con otros médicos, me han dicho: “Deberían elaborar algún tipo de guías y prontuarios para prescribir Homeopatía en el caso agudo”, y de alguna manera eso es lo que hemos hecho en el servicio de Urgencias del Hospital Nacional Homeopático para solucionar el caso con la mayor rapidez posible: contamos con guías de 10, 12 o hasta 15 medicamentos que pueden cubrir entre el 80 y el 90 por ciento de los cuadros de asma, y el novato en Homeopatía tiene que enfocarse en esos 12 o 15 medicamentos, a menos de que una repertorización bien llevada proporcione la evidencia de que el paciente necesita otro medicamento de la lista. Actualmente no se le permite prescribir al estudiante o al interno en el servicio de Urgencias, si no realiza antes una repertorización de cuatro, cinco o seis medicamentos, sobre los cuales se discute.

Existen casos de pacientes que presentan síntomas raros, que obviamente requerirán de “medicamentos raros”. Este es un fenómeno que se observa en el hospital, en donde se atienden estos casos y encontramos síntomas que jamás o con muy poca frecuencia se verían en la práctica de consulta externa. Tan raros son estos síntomas que en ocasiones no los podemos encontrar en el repertorio; para esto podemos acudir a la selección de medicamentos auxiliares.

Supe por primera vez del término de medicamento auxiliar cuando leí la obra de Kent, y posteriormente el maestro Flores Toledo lo comentó en alguna ocasión. Es como la segunda flecha en la historia de

Guillermo Tell: al prescribir un medicamento se tiene la gran expectativa de que va a funcionar perfectamente y de que, como en el tiro al blanco, en el que uno intenta atinar al centro de la diana, a veces no se consigue el objetivo a pesar de afinar el pulso y la flecha; el medicamento se queda en el 80 o 70 por ciento, y eso significa que no llegamos al *simillimum*, sólo “le atinamos” a un *parasimillimum*.

Hallar los medicamentos auxiliares significa encontrar después de la repertorización esos cuatro, cinco o seis medicamentos que proporcionen una segunda opción; esto resulta útil en esta época, de grandes avances en las comunicaciones, ya que en casos agudos se le puede decir al paciente que llame al día siguiente para saber cómo ha evolucionado, permitiendo hacer un ajuste en el medicamento o en su posología.

Si el paciente no ha mejorado después de 48 horas será necesario revisar el caso, y si se ha realizado una repertorización adecuada se tiene la ventaja de que al contar con los registros, la revisión se puede hacer de inmediato y es viable ajustar la prescripción. Ya no son los tiempos envidiables en que los médicos homeópatas de hace 100 años se daban el lujo de pasar a ver al paciente después de su consulta habitual, de revisar al paciente encamado, al paciente grave, y de permanecer junto a su cama, observándolo, platicando con él. Esto resulta muy complicado, si no es que imposible en la actualidad.

¿Qué otra ventaja tiene el repertorio? Muchas veces, buscar alguna rúbrica en particular de cierto síntoma hace que el médico aprenda nuevas rúbricas, así que nos enseña a afinar la búsqueda de las modalidades de los síntomas. Muchas veces ni siquiera se conoce la existencia de esas modalidades, pero con base en repetir y repetir constantemente las búsquedas, vamos encontrando esos detalles que de otra manera no se nos ocurriría preguntar. Así, nos ayuda o nos capacita para encontrar la diferencia entre el síntoma característico y el síntoma común.

Siempre le digo a mis alumnos: “pónganse muy listos, porque el repertorio tiene una sabiduría intrínseca que va de lo cuantitativo a lo cualitativo”. Pero, ¿por qué? Bueno, podemos hacer una analogía con la tabla periódica de los elementos: todos los átomos tienen protones y electrones idénticos; sin embargo, cuando varía el número de estas partículas, como en el caso del helio y el hidrógeno, ya no son lo mismo; son muy diferentes. Lo mismo sucede cuando repertorizamos. En un ejemplo anterior ha-

blamos de un caso hipotético en el que *Sepia* ocupaba el primer lugar en una repertorización, y esto significa que tiene cobertura absoluta y con valores altos en los síntomas recogidos, llegando a (3) o (2); esto no es lo mismo que con otros medicamentos, *Tarentula* por ejemplo, que aparecía por ahí cubriendo cuatro de los cinco síntomas y sólo con valores (1). Entonces, la repertorización nos da lo cuantitativo, pero al final nos revela algo cualitativo, por hacer la diferencia en la selección del medicamento.

La repertorización también nos permite encontrar con frecuencia síntomas desconocidos. La verdad es que esto nos motiva, nos hace buscar en una materia médica diferente ese síntoma que no se conocía. Recuerden que una de las ventajas (y a veces de las desventajas) del repertorio son sus fuentes. Actualmente, las fuentes de los repertorios son múltiples materias médicas, y nadie alcanza a leer las diferentes versiones o descripciones del medicamento homeopático en una sola materia médica, por más completa que sea, aunque sea la *Enciclopedia médico homeopática* de Allen, o la *Materia médica pura* de Hahnemann; nunca se alcanzan a ver todas las facetas que tiene un medicamento.

El repertorio está integrado por muchísimas fuentes; esas rúbricas y los medicamentos que tienen relación con esas rúbricas representan una ventaja.

Para Herbert Roberts hay elementos importantes que rebasan la repertorización para llegar a la prescripción exitosa; este autor nos habla en principio del arte del médico para tomar el caso, el *techné* o técnica, y en eso estriba la gran diferencia que hay entre las distintas escuelas homeopáticas en México. Otro factor es el conocimiento de la materia médica especial arreglada, en este caso el repertorio, y que no es sólo una suma de síntomas y medicamentos arreglados en un índice de forma particular, no.

En realidad tiene una filosofía, porque cuenta con una estructura didáctica o un sentido común que le lleva a tener una construcción particular; pero también, de alguna manera, tiene la limitación de que en ese proceso de elaboración como índice, el repertorio pierde la esencia del síntoma como lo expresa el paciente o el experimentador. Obviamente que al final una de las grandes dificultades que tenemos, con el paciente enfrente de nosotros, en vivo, es que nos va a referir el síntoma de acuerdo con su cultura, como él lo percibe, traducido de alguna manera, y nos lo va a decir con su lenguaje. Nosotros deberíamos hacer el esfuerzo de anotarlo con fidelidad en nuestra historia clínica.

Sin embargo, el repertorio es inamovible, está escrito de alguna forma, de acuerdo con el autor, con su pensamiento y su filosofía, y según la idea que tenía de construir los síntomas; y así los deja: fijos. Así pues, no hay forma alguna de conocer a cabalidad las rúbricas de un repertorio, salvo leyéndolas, viéndolas y repasándolas una y otra vez.

¿Y cuál es el mejor repertorio? Algunos médicos dicen: “no, pues es muy simple, el mejor repertorio es el de Murphy, que está en orden alfabético; me voy en orden alfabético y lo hago muy sencillo”. En lo personal jamás he recomendado a mis alumnos que estudien en ese repertorio, porque el mundo de la Homeopatía utiliza desde hace 150 años a distintos repertorios como referencia para sus grandes obras clásicas de clínica, en el análisis de los grandes casos reportado en sus congresos, y tales repertorios están basados en la estructura kentiana, por lo que pienso que sobre esa base hay que aprender.

En alguna ocasión estuvo el doctor Luis Detinis en el Hospital Nacional Homeopático dictando algunas conferencias, y uno de los conceptos que mencionó fue el de hacer notar la existencia de síntomas que tenían una semejanza impresionante, y cuya única diferencia era su graduación en el repertorio; un medicamento “X” estaba graduado con un (2) y el otro tenía valor (3), y de los cinco medicamentos que había en esa rúbrica la diferencia era que el quinto medicamento estaba sustituido por otro medicamento; entonces las diferencias eran mínimas.

Detinis hablaba mucho de eso, de la flexibilidad que podemos tener al decir: “Bueno, como no estoy cierto realmente de ese síntoma y son tan parecidos...”, y comentó que se podían fusionar en una gran rúbrica. Eso en la actualidad se puede hacer fácilmente con ayuda de los nuevos repertorios digitales, pero existe un riesgo: sólo lo puede ejecutar el médico que tiene experiencia. Pero se puede hacer, aunque a veces es muy difícil definir cómo está desarrollada la estructura de los síntomas en el repertorio, es complicado diferenciar si se trata de un temor o de una ansiedad; no es tan sencillo.

Hay médicos que dicen que tienen una gran técnica y depuración del síntoma, pero lo cierto es que a veces hasta el mismo paciente nos lo pone de una manera que fácilmente pudiera traducirse como “temor a algo”, pero si no encontramos tal temor, podemos utilizar el término ansiedad. Así pues, el médico debe tener la capacidad de ver el síntoma de varias formas para utilizarlo en un momento dado.

El elemento final es el análisis que se realiza para seleccionar al que consideramos como el mejor medicamento. Existen siete claves para repertorizar; tomé las cinco que a mi juicio tienen mayor sentido común para realizar una repertorización exitosa:

- a) El conocimiento de la construcción y la organización del repertorio.
- b) La evaluación correcta de los síntomas.
- c) La conversión precisa del síntoma al lenguaje de la rúbrica repertorial.
- d) Las permutas y combinaciones de rúbricas.
- e) Reconocer las limitaciones del repertorio.

Sabemos que existe una gran cantidad de repertorios; en alguna ocasión los conté y recuerdo que existían más de cien. De hecho, siguen creciendo y más ahora que incluso resulta muy fácil confeccionar un repertorio propio.

Durante una reunión que hubo en Ecuador, un médico mexicano comentó que un grupo de colegas había llegado al consenso de elaborar una materia médica muy depurada, solamente con síntomas patogenésicos, así como un repertorio de la *Materia médica pura*, es decir, un repertorio muy riguroso que no se contaminara con los síntomas toxicológicos y con los clínicos, pero al parecer no se ha realizado. Con relación a esto, es importante reconocer que el modelo kentiano del repertorio sigue siendo el más utilizado, y el que en la mayoría de las escuelas del mundo se continúa estudiando.

El repertorio de Kent, desde su plan, su organización, no tiene ninguna falla; para los que lo hemos estudiado desde que empezamos a aprender Homeopatía es muy sencillo: se comienza en *mente* y se termina en *generales*, y después hay un arreglo regional que va aproximadamente de cabeza a pies. Antes de *generales* existen varios capítulos de manifestaciones generales de la patología; pero finalmente es sencillo de entender para el que lo ha utilizado durante algún tiempo. El repertorio tiene un arreglo interno, por capítulos, y las rúbricas se acomodan a través de los diferentes capítulos; esto varía dependiendo del órgano o la región del organismo que analizamos. Nadie puede encontrar un síntoma si no tiene una idea más o menos clara de cómo se organiza, y ese trabajo solamente se logra con estudio. El doctor David Flores comentaba: “son ‘horas nalga’ de estar hojeando y hojeando, viendo, buscando al-

gunos síntomas, a veces del propio paciente, a veces alguno que se nos ocurre o que leímos en la materia médica, y que tratamos de encontrar en el repertorio, cosa que no es sencilla”.

En mi opinión, para que un médico domine paulatinamente el repertorio, la manera en que está construido y en que están diseñadas las diferentes rúbricas, primero se necesita leer la *Materia médica pura* y luego pensar qué hizo el autor para expresar los síntomas que vienen en ella, en una frase simple o en una construcción muy sencilla de la rúbrica; desafortunadamente, esa curiosidad ya no se da tanto con los repertorios digitales, porque están muy digeridos, es muy fácil encontrar las rúbricas así, y manejarlas.

Si no se conoce cómo están arreglados los capítulos del repertorio, difícilmente se podrá encontrar el síntoma del paciente en el mismo. Cuando se enfrentan a esta dificultad, algunos médicos rechazan el uso del repertorio y prefieren consultar directamente su materia médica o las guías terapéuticas. He observado esta situación con muchos alumnos de la escuela de la cual procedo, y ahí se quedan, haciendo una Homeopatía parcial, imperfecta; una Homeopatía débil que no tiene la fuerza que nos dan el uso del repertorio y el hacer repertORIZACIONES.

¿Qué sigue a la valorización correcta de los síntomas? Es motivo de meses, incluso de años, para que el médico homeópata tome un caso correctamente; pero supongamos que el médico va bien en esa dirección, y para eso existen grandes maestros y múltiples guías de lo que se denomina filosofía homeopática, así como *El Organon*, nuestra doctrina, y que nosotros hemos modernizado en el Hospital Nacional Homeopático denominándole **metodología homeopática**, la técnica de la práctica de la Homeopatía, que al final es una metodología.

Siempre, y lo remarco, siempre es necesario determinar cuáles son los síntomas generales y diferenciarlos de los síntomas locales; eso es básico, sobre todo tratándose de la patología crónica, pues nos enseñan hasta el cansancio que para una buena prescripción en un cuadro crónico, la importancia de los síntomas locales es muy pequeña, casi mínima.

Otro dato fundamental: al evaluar los síntomas es importante encontrar los concomitantes; nos vamos mucho por la modalización de los síntomas, pero en mi práctica en el hospital, donde tenemos que prescribir con rapidez muchos casos, a mí me ayuda mucho el concomitante; a veces son como

atajos. Si un paciente se presenta con una crisis epiléptica, inmediatamente encontramos dos, tres síntomas concomitantes, que son un patrón recurrente cada vez que él entra en crisis; con estos síntomas el trabajo se abrevia, sobre todo en casos que requieren una prescripción rápida, como en todo caso agudo. Por supuesto que esto es lo que llamaríamos la buena semiología de la Homeopatía y está dentro del arreglo repertorial de cada síntoma. Cada síntoma, cada dolor de cabeza, va a tener muchas variables, va a tener concomitantes, localización o sensación, donde habrá otros muchos detalles.

Y luego viene la manera kentiana de repertorizar, la que el maestro Kent siempre practicó, de generales y particulares, teniendo los generales dos grandes grupos: los mentales y los generales propiamente dichos, y que son con los que prescribimos mayormente en casos crónicos. Otro elemento importante, sobre todo cuando nos enseñaban teoría miasmática, se refiere a buscar la congruencia en algunos síntomas; cuando algún síntoma se aleja totalmente de lo que el paciente está sufriendo, no es un síntoma al que debemos darle demasiada importancia; realmente no nos está reflejando lo que el paciente es o está sufriendo.

Para darle validez al síntoma, para que realmente represente al paciente, tenemos que hacer siempre un estudio del síntoma y del paciente, partiendo desde buscar la causalidad, la cual es básica en el paciente hospitalizado porque también es una forma de atajo. Cuando tenemos un síntoma como causa evidente de agudización o de agravamiento de un paciente o de un cuadro, tenemos adelantado el trabajo para poder prescribir el *simillimum*.

Una vez que hemos hecho todo este discernimiento del síntoma, este estudio, este análisis, este “disecarlo”, incluyendo la mayor cantidad de información del paciente, del enfermo, debemos tener en ese “filtro”, en esa selección de los síntomas que consideramos mayormente característicos, que ya refinamos en nuestra mente con base en el párrafo 253 del *Organon*, nos encontramos en condiciones de tener en la mente un pequeño grupo de medicamentos. Esto se logra con muchísima facilidad mediante la repertORIZACIÓN.

Llegar a este punto parece fácil, pero nos podemos perder en el camino porque en realidad no estamos tomando lo característico del caso. Necesitaríamos muchas charlas y seminarios completos para establecer la manera de determinar y detectar rápidamente cuándo estamos ante un síntoma carac-

terístico y cuándo no. Y hasta en eso nos ayuda el repertorio; es curioso, pero volvemos al tema de lo cuantitativo y lo cualitativo. El repertorio, de alguna manera, en muchos de sus síntomas, nos señala con el número de medicamentos y por la graduación que tiene, el valor de ese síntoma para el medicamento, nos va dando “la nota”, “el tono” que nos permite, digamos, individualizar más a nuestro paciente. Esto es como la mitad del camino, la mitad de la utilidad del procedimiento de esa repertorización; en tanto, la gran dificultad o una de las grandes dificultades que desanima a los homeópatas jóvenes es el momento en que tienes que convertir el síntoma del paciente en rúbrica.

En ocasiones se quejan los alumnos de eso; me dicen: “Es que, doctor, usted apenas está leyendo cinco síntomas del paciente que tenemos anotados del caso, y automáticamente los está localizando en el repertorio, ¿cómo lo hace?”. Les contesto que es como todo: es practicar, es hacerlo muchas veces y sobre todo apoyarse en la materia médica, porque el síntoma, tal como está expresado en el repertorio, no tiene la suficiente claridad. No puede utilizarse un repertorio si no se conoce la materia médica, o al menos no se va a utilizar con precisión. Ese es el punto clave: se pierde precisión cuando no sabemos traducir los síntomas, nos podemos perder en no conocer el significado de las rúbricas. A mí me entrenaron y me enseñaron mucho de eso en el lexicón homeopático, que también era como el lexicón repertorial; es un trabajo muy arduo, extenso y profundo, ¡y más si a eso le agregamos lo miasmático!

Recuerdo ciertos ejercicios que hicimos durante mucho tiempo con un grupo muy pequeño de homeópatas, en Homeopatía de México. ¡Qué difícil era diferenciar los matices entre lo que significaban una cosa y otra! Me refiero a ver la diferencia entre la ansiedad, el temor, la angustia, la irritabilidad, la ira, la ira violenta, la violencia, etcétera; no era nada fácil, era motivo de estudio, de analizar los síntomas, de tratar de entenderlos. Resulta muy importante la paciencia del médico para tener una adecuada toma del caso, con los síntomas precisos del enfermo, evitando la distorsión y la deformación, lo cual se vuelve especialmente difícil en el medio hospitalario.

En mi experiencia esto último es muy difícil porque muchos de los médicos anteponen de inmediato, “en automático”, el término de la semiología moderna. Es más, hasta el paciente nos lo dice: “es que yo tengo un reflujo todas las noches”, y nos preguntamos: “¿qué es reflujo para él?” Entonces, debemos hacer que el paciente cambie el término “reflujo”

y utilice un lenguaje más sencillo, común, vulgar. Y ahí tenemos que hacer de nuevo la traducción a palabras que se utilizan en el repertorio.

En fin, el elemento clave para la conversión precisa del síntoma del paciente a una rúbrica repertorial, tiene que ver con esto que he remarcado en las diapositivas de mi presentación: **no se vale distorsionar**. Eso todavía me pasa con frecuencia; no tomo el síntoma como debería de ser y luego, aún con ese sesgo, lo traduzco mal, utilizo una rúbrica que no es exactamente lo que expresa como síntoma original el paciente. Desde ahí empiezan las imprecisiones por las que no encontramos el *simillimum*.

Otra cosa que se puede hacer es recurrir a la que llamo los síntomas parientes. Aunque sepamos cuál es el verdadero significado de la rúbrica, aunque tengamos esa precisión mental, no siempre encontramos el síntoma convertido en rúbrica en el repertorio; el síntoma pariente es semejante al término de paronimia, es decir, “se parece a...”, y ahí es donde viene una decisión importante: usarlo o no usarlo. Los maestros me decían que no lo usara, pero ¿y qué tal si es uno de los tres o cuatro principales síntomas del caso?, ¿qué hacer? Kent y algunos otros recomendaban su uso, pues de alguna manera hay síntomas semejantes.

En este sentido, por ejemplo, no conozco el rubro (o le pido a alguien que me corrija) como tal de “temor a la enfermedad”. Muchas veces, síntomas como “temor a una enfermedad inminente” son tomados como “ansiedad por su salud”, pero la distinción entre un síntoma y otro es evidente: “ansiedad por su salud” correspondería a aquella persona extraordinariamente preocupada por su salud, que siempre está observándose la lengua o buscando para mejorar un nuevo complemento en el local de productos de nutrición; la preocupación por su salud es más en ese sentido y no por un temor.

Sin embargo, hay personas con temores específicos, como a las infecciones o a ir a los hospitales. ¿Alguien conoce el rubro “temor de ir a un hospital”? Tenemos el de “temor de ir al médico”, por supuesto, pero ¿de ir a un hospital?

El de ir a un hospital tiene una relevancia más grande; el paciente tiene mucho más miedo y mayor ansiedad de una complicación, porque ya trae una cultura o ideas preconcebidas: de “los *matasanos*”, “en los hospitales se muere la gente” o “si me hospitalizan es porque de verdad estoy cerca de algo grave o de la muerte”.

Tenemos que interpretar esos síntomas que no encontramos en el lenguaje repertorial y traducirlos a otro. Por ejemplo, cuando yo veo en la clínica integral algunos casos de angina de pecho, siempre les digo: “El medicamento homeopático que van a prescribir depende mucho del momento en que llega el paciente, desde las 7:00 u 8:00 de la noche, hasta las 6:00 de mañana”.

El paciente que llega tempranamente, a las 7:00, 8:00 o 9:00 de la noche, a lo mejor es un paciente de Phosphorus; pero el que te llega tardíamente y bien complicado, a lo mejor es Lachesis, porque está muy desconfiado y porque ya durmió, y vamos, porque ya tiene ese elemento de angina perfectamente descuidado.

Así pues, a veces se pueden hacer combinaciones de síntomas, de rúbricas; se vale.

Ahora bien, otro elemento clave para no equivocarnos radica en distinguir las limitaciones del método repertorial en sí. En una época se sufrió mucho por esto, faltaban rúbricas, había listas incompletas de remedios o no había experimentación. De esto se quejaba mucho Hahnemann en un principio. Ahora tenemos demasiada riqueza, pero aun así el lenguaje repertorial es limitado, no nos describe bien o no traduce bien lo que el paciente nos está diciendo.

Un repertorio de “sensaciones como sí...” puede ser muy útil. Con ese repertorio podemos encontrar más fácilmente una sensación como la de “me escurre una gota de agua en la espalda”; puede ser más fácil encontrarlo ahí que en un repertorio de formato kentiano, por ejemplo. Asimismo, cuando estamos ante un cuadro de eclampsia o toxemia grave puede ser útil un repertorio clínico, por ejemplo, para encontrar rápidamente el campo y un número de medicamentos reducido.

Otro aspecto importante es prescribir en forma limitada, con muy pocos síntomas; eso hace que a veces prescribamos por *keynote* o por nosode, y no está del todo mal, siempre y cuando tengamos ya unos elementos o síntomas generales mentales y generales propiamente dichos, que apunten al medicamento.

En el momento en que encontramos la *keynote* dejamos de repertorizar; eso sucede. O igual, encontramos algo muy característico en un nosode y dejamos de repertorizar; entonces hay una limitación. Y eso sin olvidar que en los cuadros agudos y sobreaudos a veces no sirve para nada el repertorio.

Otro punto relevante: tenemos que encontrar y conocer medicamentos pequeños. ¿Cuántos casos se han salvado de cuadros muy severos por conocer un medicamentito? Les voy a dar un ejemplo, el de una hemorragia.

Ese caso lo vimos hace ya seis o siete años; era una metrorragia que no se controlaba con nada y pudimos encontrar el medicamento gracias al repertorio; se trataba de un medicamento pequeñito. En esa rúbrica no había más de dos o tres opciones y me parece que usamos *Thlaspi bursa pastoris* o alguno de esos medicamentos que probablemente vas a usar una sola vez en la vida, pero que van a salvar el caso, es decir, van a salvar la vida de alguien.

Entonces no hay que despreciarlos; yo antes los relegaba: “con mis 100 medicamentos ya la hice”; ahora lo digo de esta manera: “con mis 100 medicamentos de línea (que son los que vamos a incluir en una *Guía de Homeopatía*, desde el punto de vista oficial) manejo el 90 por ciento de los casos”, y al otro 10 por ciento tenemos que ver cómo lo arreglamos, qué usamos. La práctica le va quitando a uno esas ideas, esos perjuicios que nos llevan a pensar: “yo con esto me las arreglo, con este botiquín”.

Dejé al final el siguiente punto para que se den una idea, *grosso modo*, de las claves de la repertorización en el cuadro agudo. Todo mundo sabe que Bönninghausen le daba mucho énfasis a los síntomas generales, incluso a cosas patognomónicas, mientras que Kent le daba mucha más importancia a los síntomas mentales. Bönninghausen hacía grandes generalizaciones, a veces verdaderos “cuentos chinos”; inventaba, hacía inferencias de unos síntomas patogenéticos, los iba armando y decía: “¡ah!, si tiene varios síntomas parecidos, entonces también debe tener este otro”. Eso es lo que hacía Bönninghausen, y era muy curioso.

En otras pláticas que he dado sobre este tema hemos visto a detalle cómo lo hacía, cómo armaba un cuarto síntoma a partir de tres; pero eso en estricto sentido no es real. Le daba mucha importancia a las concomitancias, y esto nos empuja un poquito al cuadro agudo, entonces se ve que el cuadro agudo puede utilizar mucho de esto y ahí Bönninghausen es útil. Por ahí hay una nueva tendencia a utilizar a este autor en ciertos cuadros. Pero ésta es la base en la prescripción de Bönninghausen: los generales físicos, y sólo utilizaba los mentales para una diferenciación. Esto, tratándose de un cuadro crónico, pienso que está alejado y sesgado, y es más difícil encontrar el *simillimum* de esa manera.

En cambio, Kent es lo clásico, es lo que hemos utilizado todo el tiempo, aunque no debemos olvidar que mucho de este abordaje es para lo crónico, no tanto para los casos agudos. Y hablo desde lo que tengo muy cerca, en el Hospital Nacional Homeopático, y que es precisamente esto.

A mí me enseñaron: “jamás vas a utilizar la rúbrica nosológica, no te va a servir para prescribir”. Pues que me perdonen mis maestros, pero no es así, porque cuando tienes la rúbrica nosológica de un síndrome sobreagudo, te sirve para llegar rápidamente al territorio de los medicamentos que te pueden ayudar, sin perder tiempo.

Otro elemento que utilizamos mucho en los cuadros agudos es la noxa. Si un paciente tiene convulsiones cada vez que come mole, quiere decir que el mole es noxal y que se tiene que tomar en cuenta; sin embargo, el mole no existe en el repertorio. Entonces, hay que hacer una diferencia, hay que decir: “¡ah!, pues es una comida rica”, pero rica no es nada más que sea grasosa, sino que tiene muchos ingredientes. Esto es fundamental, es clave para la repertorización de casos agudos y siempre se ha dicho, es muy clásico: si vamos a tomar algún síntoma crónico, tiene que estar modificado y debidamente modalizado; asimismo, cuando tenemos un síntoma característico por la intensidad, tenemos que tomarlo en cuenta; no lo podemos obviar porque distingue al enfermo en ese momento.

Si la rúbrica contiene muchos medicamentos, hay que usar un segundo medicamento y cruzarlo. Esto era una recomendación clásica de Kent en su libro; en la actualidad, la mayoría de los médicos homeópatas tienen un repertorio electrónico y esto ya se obvia, pero era lo clásico.

Al agregar el resto de los síntomas podemos hacerlo en cualquier orden, siempre y cuando los tengamos perfectamente caracterizados; y si es un patognomónico, que esté modalizado, por favor.

Algo que no se debe olvidar y es clave en una repertorización, es que no nos conviene utilizar demasiadas rúbricas, tanto en un caso agudo como en uno crónico. Podrían ser tres; con dos vamos a tener dificultades y la prescripción difícilmente va a ser el *simillimum*. Es básico que juntemos lo más característico, que no usemos menos de tres, ni tampoco demasiados.

Si repertorizamos alrededor de 10 o más síntomas, lo que haremos es darle demasiado poder y fuerza a los policrestos, y éstos siempre aparecerán en los primeros lugares de la repertorización. Y si no les aparece un policresto, será entonces un semipolicresto, o un organotrópico, pero se pierden en la repertorización de todas, todas. Es como ver demasiado el bosque, y así no podrán apreciar al árbol peculiar que se necesita ver, al árbol diferente. Por eso no es recomendable repertorizar demasiados síntomas.

Caso clínico

Un Caso Clínico de Artralgia Severa por Rickettsiosis Tratado con Rhus toxicodendron 6CH y Chamomilla matricaria 6CH

*Iván Renato Zúñiga Carrasco

Resumen

Las rickettsias son microorganismos que infectan a gran cantidad de especies de mamíferos y artrópodos que les sirven como vectores. El modo de transmisión es por la picadura de una garrapata, piojo o pulga infectada, la cual tiene que succionar sangre para que las rickettsias se vuelvan infectantes para las personas. Otro mecanismo es la contaminación de escoriaciones en la piel o en las mucosas al entrar en contacto con los tejidos de las garrapatas aplastadas o sus heces. El periodo de incubación es de 3 a 14 días; no existe transmisión directa de persona a persona. La garrapata se mantiene infectante toda su vida, que dura 18 meses. A continuación se reporta el caso clínico de un paciente de la Península de Yucatán (sur de México), diagnosticado con *Rickettsia* spp. y atendido exitosamente con dos medicamentos homeopáticos.

Abstract

*Rickettsias are microorganisms that infect many species of mammals and arthropods that serve as vectors. The mode of transmission is by the bite of a tick infected flea or louse, which must suck blood to become infective rickettsiae to humans. Another mechanism is the contamination of skin abrasions or mucous from the crushed tick tissues or feces. The incubation period is 3 to 14 days; there is no direct transmission from person to person. The tick remains infective throughout his life that lasts 18 months. We describe the clinical case of a patient from the Yucatan Peninsula (south of Mexico), diagnosed with *Rickettsia* spp reported. and successfully dressed with two homeopathic medicines.*

PALABRAS CLAVE:

Rickettsia,
Rickettsiosis,
Homeopatía, Artralgia,
Rhus toxicodendron,
Chamomilla matricaria.

KEYWORDS:

Rickettsia, Rickettsiosis,
Homeopathy, Arthralgia,
Rhus toxicodendron,
Chamomilla matricaria.

*Médico egresado de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional. Médico epidemiólogo por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Cursa la maestría en Dirección de Gobierno y Políticas Públicas, Universidad del Sur.

Recibido: julio, 2014. Aceptado: agosto, 2014

Introducción

El género *Rickettsia* está constituido por especies de cocobacilos Gram negativos pleomórficos, inmóviles y aerobios, que se comportan como patógenos intracelulares obligados y están relacionados serológicamente. Se tiñen razonablemente bien con los métodos de Giemsa, Castañeda y Giménez, y débilmente con la tinción de Gram.

Las rickettsiosis constituyen un grupo de enfermedades zoonóticas de distribución geográfica heterogénea cuya severidad varía desde formas benignas y autolimitadas hasta infecciones de elevada mortalidad. La mayoría de los casos se adquieren por picadura de garrapatas, piojos o pulgas que están infectadas por el microorganismo. El hombre es un huésped accidental en el ciclo biológico de las rickettsias, mismo en el que habitualmente intervienen diversos mamíferos (reservorios) y artrópodos. Diferentes mamíferos, esencialmente roedores, venados, ganado y perros, contribuyen a perpetuar la infección y a cerrar el ciclo biológico de la bacteria.

Un hecho de especial interés en relación a la epidemiología de las rickettsiosis reside en que la distribución de una especie determinada, en general, coincide con la distribución de la garrapata. Sin embargo, las bases de la asociación entre determinadas especies de *Rickettsia* y de garrapatas no se conocen a detalle. Las rickettsias de mayor importancia epidemiológica son: a) *Rickettsia prowazekii*, agente etiológico del tifus epidémico, cuyo principal vector es el piojo del cuerpo humano; b) *R. typhi*, causante del tifus murino o endémico; los roedores son su principal reservorio mientras que sus principales vectores son las pulgas de la rata y el gato, y c) *R. rickettsii*, agente de la fiebre maculosa de las Montañas Rocosas que es transmitido principalmente por la garrapata, ectoparásito cuyo principal reservorio es el perro.

Los principales síntomas de una rickettsiosis aparecen entre los seis y 10 días después de la picadura, siendo habituales: fiebre, cefalea, artralgias, mialgias, anorexia, escalofríos, dolor abdominal, náuseas, ictericia, vómito, diarrea, tos, rinitis, faringitis, otitis, conjuntivitis, hematemesis, erupciones maculopapulares, prurito, adenomegalia, leucocitosis y una o varias escaras en el punto de inoculación. En los casos más severos las rickettsiosis suelen acompañarse de edema pulmonar, neumonía intersticial y erupción hemorrágica. También se pueden producir miopericarditis, meningitis, afectación hepática (hepatomegalia, transaminasemia, plaquetopenia). Las alteraciones del sistema nervioso

central son relativamente frecuentes, pudiendo provocar distintos cuadros clínicos como ataxia, afasia y hemiplejía. Algunas de estas alteraciones derivan en importantes secuelas, como sordera, pérdida de visión y paraplejía, entre otros defectos neurológicos.

Si bien los principales signos clínicos varían de acuerdo con la especie implicada, los daños tienen un mismo origen y derivan de la vasculitis por la multiplicación bacteriana en las células endoteliales. Asimismo, hay que tener en cuenta que, además de la cepa causante de la infección y del vector, puede influir el estado inmunitario del paciente. En México las serovariedades de *Rickettsia* predominantes son: *R. felis*, *R. akari*, *R. rickettsii*, *R. prowazekii* y *R. typhi*^{1, 2, 3}.

Definiciones operacionales

Caso sospechoso. Toda persona que presente fiebre acompañada de cualquiera de los siguientes signos o síntomas: hiperemia faríngea, rash cutáneo, vómito, dolor abdominal y diarrea; en las personas que puedan referirla se añadirá la presencia de cefalea, además de que se tomará en cuenta la procedencia de áreas en las que se identifiquen los vectores o se haya confirmado la ocurrencia de la enfermedad.

Caso probable. Todo caso sospechoso que adicionalmente presente dos o más de los siguientes factores:

- Alteraciones neurológicas (indiferencia al medio, irritabilidad, estupor, coma, convulsiones, signos meníngeos; en menores de 18 meses: presencia de fontanela abombada, signo de “sol naciente”); alteraciones del citoquímico del LCR compatibles con infección bacteriana.
- Choque.
- Púrpura y/o sangrado a cualquier nivel.
- Alteraciones hepáticas (ictericia, aumento de las bilirrubinas por encima del estándar del laboratorio clínico, y/o hipoalbuminemia, y/o elevación de transaminasas).
- Alteraciones hematológicas: plaquetopenia (<100,000/mm³), bandemia absoluta >500, aumento de los tiempos de coagulación (por arriba del estándar del laboratorio clínico), anemia.

- Hiponatremia (Na sérico menor a 135 meq/l).
- Elevación de DHL mayor a 350 UI.
- Acidosis (metabólica y/o respiratoria).

Caso confirmado. Todo caso probable en el que se confirme la presencia de *Rickettsia spp.* mediante pruebas de laboratorio debidamente avaladas y autorizadas por la autoridad competente.

Caso descartado. Todo caso probable en el que no se identifique la presencia de *Rickettsia spp.* a través de las pruebas de laboratorio.

Los antibióticos indicados por la terapéutica alopática son la doxiciclina, las tetraciclinas y el cloranfenicol. Las tetraciclinas han sido consideradas como los medicamentos de primera elección para el tratamiento de la rickettsiosis, pero tienen limitaciones para su uso; por ello se empleará la doxiciclina a dosis única de 200 mg en cualquier grupo de edad como tratamiento del tifus epidémico. El mismo esquema se emplea con fines de profilaxis^{4,5}.

En las últimas décadas el crecimiento de la Homeopatía ha sido considerable en varios países desarrollados, como es el caso de algunos de Europa; de hecho, en ese continente ocupa el segundo lugar como método médico no convencional, después de la acupuntura. La terapéutica homeopática es individualizada, lo que significa que no recurre a protocolos médicos estandarizados y que es difícil utilizar los procedimientos científicos habituales para probar su efecto terapéutico⁶.

Según Caro⁷ “la Homeopatía es una medicina cuyo objetivo es curar de acuerdo a las leyes naturales. Estas leyes respetan los mecanismos de defensa que la naturaleza ha otorgado a los seres vivos desde su nacimiento. Utiliza como medicamentos sustancias vegetales, animales y minerales (estos elementos también son utilizados por la medicina natural y la herbolaria), que estimulan el sistema inmune; no tiene efectos secundarios”. Asimismo, añade, “la Homeopatía no actúa de manera empírica, actúa como una medicina biológica, que respeta los fundamentos, las relaciones y las conexiones de las leyes naturales. El médico homeópata considera al individuo en su totalidad [...]. Es respetuoso con los diagnósticos clásicos y los datos derivados de la exploración física y de otras pruebas, y de hecho los utiliza, pero considerará paliativo cualquier uso de la terapéutica alopática”.

Caso clínico

Paciente masculino de 44 años de edad; refiere que el 19 de enero de 2014 inició con la aparición de fiebre persistente (39° C), sed, escalofríos, cefalea, dolor retro ocular, conjuntivitis, erupción cutánea puntiforme con enrojecimiento en cara anterior y posterior de tórax, fotofobia, mialgias y severas artralgiás en articulaciones menores: manos y pies. El paciente labora de cantinero en un hotel de la Rivera Maya, por lo que habitualmente tiene contacto con extranjeros.

Acudió a la Unidad de Medicina Familiar no. 11 Playa del Carmen, del Instituto Mexicano del Seguro Social, comentándole al médico de urgencias que se trataba de un probable caso de faringoamigdalitis; sólo se le prescribieron diclofenaco 50 mg cada ocho horas, y paracetamol 500 mg cada seis horas; no hubo alivio a sus molestias. Acudió con un médico particular, el cual le prescribió dexametasona 9 mg una ampula diaria por tres días; ketoprofeno 50 mg cada 12 horas, por 7 días; omeprazol 20 mg una vez al día, y ceftriaxona 1 g cada 24 horas por 3 días; esta medicación tampoco alivió las molestias.

El 6 de febrero de 2014 ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona no. 18 IMSS Playa del Carmen, donde se le diagnosticó fiebre en estudio; se decidió su ingreso al servicio de Medicina Interna ya que las molestias persistían; no se presentó cambio alguno con la administración de dexametasona ni con la fiebre, la cual continuó en 39° C. Hasta el 14 de febrero de 2014 persistieron las artralgiás en articulaciones menores, las cuales mejoraron con el movimiento y tuvieron una discreta recuperación con naproxeno 500 mg cada 8 horas, siendo valorado con una escala visual análoga (EVA) de 9; asimismo, se registró disminución de la fuerza muscular 4/5 debido al dolor.

Ante el fracaso del tratamiento alopático y después de 10 días de hospitalización, el paciente acudió con un médico homeópata el mismo día de su egreso, ya que persistía la sintomatología antes mencionada. Se le realizó una exploración física, se tomó una historia clínica enfocada en los datos de sus síntomas mentales con respecto a su padecimiento y el tipo de dolor articular que estaba cursando. Como datos importantes: diabetes *mellitus* de 11 años de evolución; negó: hipertensión arterial sistémica, enfermedades reumáticas, autoinmunes, cardiovasculares, neoplásicas, crisis convulsivas e infecciones de transmisión sexual; COMBE (-); controlado con insulina glargina 18 U SC, cada 24 horas.

Por su profesión, su carácter antes de la enfermedad era optimista, dinámico, sociable y extrovertido; al comenzar el padecimiento se volvió intolerante, impaciente y necesitaba tener a alguna persona a su lado para que le ayudara a deambular. No toleraba el dolor articular, el cual se manifestaba principalmente durante el reposo, y mejoraba al caminar.

Se repertorió y se le prescribieron Rhus toxicodendron 6CH y Chamomilla matricaria 6CH. Ambos medicamentos se administraron en solución, siendo la dosis 25 gotas cada ocho horas, dejando pasar una hora entre uno y otro. Se citó al paciente 10 días después de su egreso del hospital, comentando que la mejoría a su sintomatología fue considerable: comenzó a tener movilidad a la deambulaci3n, las artralgias habían disminuido hasta un EVA 2; podía caminar sin ayuda de otra persona a la semana de tomar dichos medicamentos. Dos semanas después del inicio del tratamiento homeopático, en el servicio de Medicina Interna le comentaron que no suspendiera dicha terapéutica, ya que se le prescribió por seis meses, hasta que desaparecieran los dolores articulares.

Rhus toxicodendron es un medicamento homeopático cuya patogenesia nos remite a dolores habitualmente de tipo reumático: se agravan al comenzar el movimiento (después de estar quieto o en reposo, al levantarse de la cama, luego de permanecer sentado, etcétera), pero van mejorando conforme la actividad de la parte afectada continúa. El paciente tiene un irresistible deseo de moverse o cambiar de posición constantemente, lo que le proporciona un gran alivio aunque por poco tiempo: necesita volver

a moverse debido a que el dolor se incrementa de nuevo durante el lapso de reposo; esta condici3n es usualmente peor de noche, cuando se está menos activo que durante el día.

Asimismo, el individuo presenta dolores como si se hubiera luxado o torcido; como si le arrancaran un músculo o tend3n de su inserci3n; como si los huesos o el periostio fueran raspados con un cuchillo. También se refiere dolor después de acalorarse caminando y de enfriarse con rapidez, o por tocar las partes afectadas. Generalmente las dolencias se acompañan de rigidez. Dolor en las muñecas al sujetar algo. Dolor en las rodillas, de tipo reumático, estando sentado o al levantarse de la silla⁸.

Por su parte, Chamomilla matricaria se caracteriza por la presencia de una excesiva, enorme sensibilidad, en especial a los dolores, que resultan intolerables. Las articulaciones se presentan doloridas y cansadas; sin fuerzas en pies y manos. En este sentido, y debido a que el paciente del que se habla en este caso clínico reportaba artralgias dolorosas e incapacitantes, se optó por administrar Chamomilla como medicamento complementario, siguiendo lo dicho por Vannier: “**intolerancia al dolor**; por la más pequeña sensaci3n se lamenta y lanza gemidos; si está acostado se mueve de un lado a otro; está enloquecido y desesperado”⁹.

Los resultados de su biometría hemática, niveles de glucosa, alanina transaminasa y aspartato aminotransferasa, se muestran en las tablas 1 y 2.

Fecha	Hemoglobina	Hematocritos	Plaquetas	Leucocitos	Linfocitos
31/01/14	14.1	37	333	9.2	13
6/02/14	12.9	39.1	388	9.1	14
7/02/14	11.6	36.8	373	8.7	16
8/02/14	11.6	35.4	354	9.7	15
10/02/14	12.4	38.4	351	9.1	18

Tabla 1. Resultados de la biometría hemática, reportados del 31 de enero al 10 de febrero de 2014.

Fecha	Glucosa	ALT	AST
6/02/14	531	29	11
7/02/14	144	---	---
8/02/14	---	19	9
10/02/14	302	24	7

Tabla 2. Evolución de los niveles de glucosa, alanina transaminasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST), del 6 al 10 de febrero de 2014.

Reacciones febriles **negativas**, factor reumatoide **negativo**, VDRL **negativo**, ELISA VIH **no reactor**, urocultivo **negativo**, gota gruesa **negativa**, prueba dengue **negativa**. Radiológicamente no había datos de neoplasia o sugestivos de tuberculosis, en ultrasonido de hígado y riñón se reportaron nefropatía crónica difusa bilateral, y a nivel hepático: proceso inflamatorio crónico inespecífico, ya que el paciente es diabético controlado desde hace 10 años. No refirió alergias. Proteína C reactiva 4.5 (0.0-0.9), EGO: Glucosa 4(+) 2000 mg/dl, Ph 5.0, Leucos, nitritos, proteínas, bilirrubinas, eritrocitos (-), urobilinogeno (+-) normal, células epiteliales +, bacterias +. Cifras bajas de cloro, sodio, magnesio, calcio (92, 130, 1.6, 7.9 mmol/l respectivamente). Tinción Gram **negativo**, hemocultivo **negativo** sin desarrollo a los 7 días. **Negativo** a TORCH (toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes); todos estos resultados los presentó al momento de su consulta con el médico homeópata.

Ante la alerta de fiebre chikungunya en las islas del Caribe, y por ser la Riviera Maya un área de turismo mundial, se decidió tomar como caso sospechoso hasta descartar o confirmar, ya que el paciente, clínicamente, cumplía con la definición operacional. Se notificó el caso a nivel estatal, jurisdiccional y delegacional de manera inmediata. La Jurisdicción Sanitaria no. 2 Benito Juárez, como parte del control de vectores, decidió hacer una visita domiciliaria al paciente, se revaloró clínicamente junto con su familia, se fumigaron las manzanas que rodean la casa del paciente, se tomó muestra para envío al Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, se procesó por inmunofluorescencia-indirecta (IFI) IgM, dando **positivo** para *Rickettsia* spp en dilución 1:128; después de este resultado la Jurisdicción Sanitaria no le dio seguimiento al caso ni se tipificó, ya que se realizaron acciones de bloqueo intradomiciliario, se practicaron nebulizaciones intradomiciliarias no sólo en la habitación del caso, sino también peridomiciliarias.

Discusión

La Península de Yucatán es una región de constante movimiento turístico y migratorio tanto interno como externo. La presencia de enfermedades emergentes o reemergentes es latente, por lo cual la sospecha de cualquier padecimiento de notificación debe ser inmediata para evitar brotes entre la población, los cuales podrían generar no sólo morbi-mortalidad sino disminución de turismo. Asimismo, la aplicación de la medicina homeopática debe correr a cargo de un profesionista del ramo y debe evitarse su demeritamiento, descrédito y denigración, ya que en este caso pudimos apreciar que la Homeopatía brindó una mejoría al paciente: mejoró su salud y su calidad de vida, permitiéndole volver a desempeñar sus actividades tanto personales como laborales sin secuelas ni complicaciones, pues en el mes de julio acudió al servicio de Epidemiología para comentar que sus síntomas eran casi nulos y su estado de ánimo era óptimo. En su expediente se reportó desde el mes de abril, no haber acudido a cita de medicina interna.

Referencias

1. Blanco JR, Jado I, Marín M, Sanfeliu I, Portillo A, Anda P, *et al*. Diagnóstico microbiológico de las infecciones por patógenos bacterianos emergentes: *Anaplasma*, *Bartonella*, *Rickettsia*, *Tropheryma whipplei*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. Nov 2008; 26(9): 573-580. doi: 10.1157/13128275.
2. Ramal C; Díaz E; López J. Rickettsiosis, enfermedad emergente en Loreto. Evidencia serológica de 20 casos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Ene-Mar 2007; 24(1): 99-100.
3. Field CJ, Seijo MJ. Rickettsiosis en Baja California. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2011; 28(2): 44-50.
4. Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Aviso epidemiológico Rickettsiosis: Incremento de casos de Rickettsiosis en Coahuila. México: Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 15 Nov 2012. Reporte no.: CoNaVE/07/RICKETTSIOSIS.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. *Diario Oficial de la Federación*, p. 20-56 (21 Jul 2003).
6. Foladori G. El reto de las enfermedades infecciosas al paradigma biomédico. *Nómadas*, Revista Crítica de Ciencia Sociales y Jurídicas [internet]. Jul-Dic 2005 [citado 10 Jun 2014]; 12: [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/12/gfoladori.html>
7. Caro Lozano J; Zúñiga Carrasco IR, Zaragoza Jiménez CA. Homeopatía en México: contexto histórico y praxis. *Boletín de Epidemiología de la Secretaría de Salud*. May 2007; 24(20): 1-4.
8. Vannier L. Compendio de materia médica homeopática. Ciudad de México: Porrúa, 1996.
9. *Ibid*.

*Depresión y Homeopatía. Una Alternativa de Tratamiento

**Emma del Carmen Macías Cortés

PALABRAS CLAVE:

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

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

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

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

Resumen

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

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

Abstract

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

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

KEYWORDS:

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

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

Antecedentes

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

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

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

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

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

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

Marco de referencia

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

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

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

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

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

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por:

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

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

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

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

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

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

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Planteamiento del problema

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

Justificación

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

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

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

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

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

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

Objetivo

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

Hipótesis

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

Diseño y metodología

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

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

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

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

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

Para cada una de estas variables se tomó en cuenta:

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

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

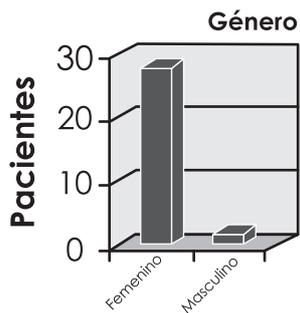
Los medicamentos fueron elegidos de acuerdo a la siguiente sintomatología^{20, 21}:

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

Resultados

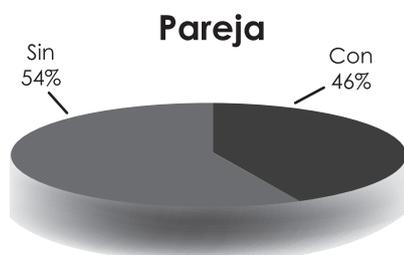
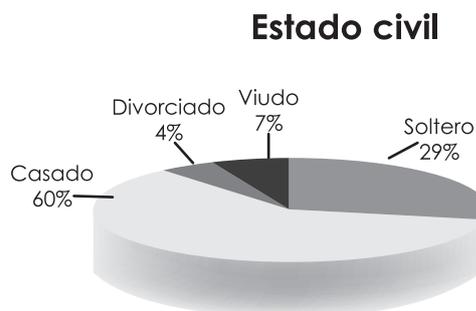
De los 28 pacientes contemplados en el presente estudio se tiene un promedio de edad de 41.25 años, con una edad mínima de 13 años y máxima de 80. La edad que se presentó con mayor frecuencia (moda) fue 32 años. De los 28 pacientes, 27 corresponden al sexo femenino (96.4%) y sólo uno fue masculino (3.6%).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

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



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

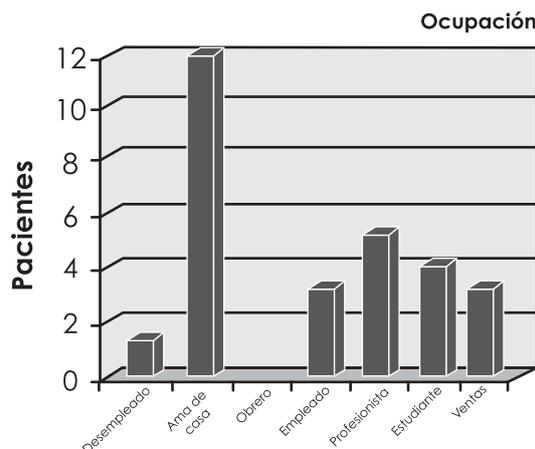
Edo. civil	Frecuencia	%
Soltero	8	28.6
Casado	17	60.7
Divorciado	1	3.6
Viudo	2	7.1
Total	28	100



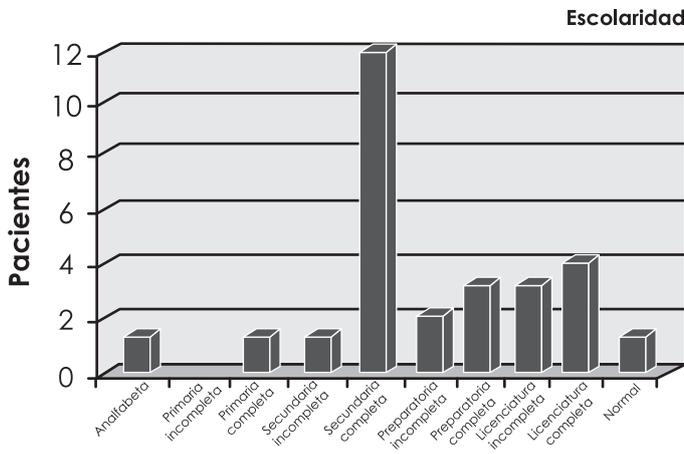
Pareja	Frecuencia	%
Con	13	46.4
Sin	15	53.6
Total	28	100

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

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



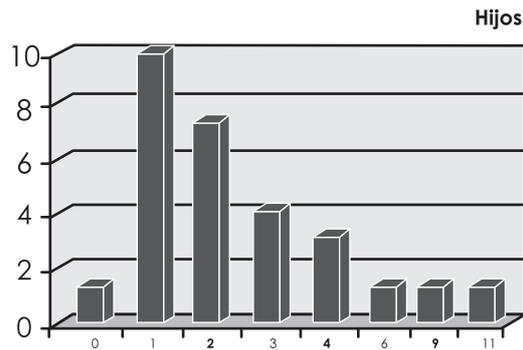
El 42.9% de los pacientes tiene la educación secundaria concluida, el 14.3% tiene licenciatura completa, el 10.7% tiene licenciatura incompleta o preparatoria terminada. Sólo el 3.6% es analfabeta.



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

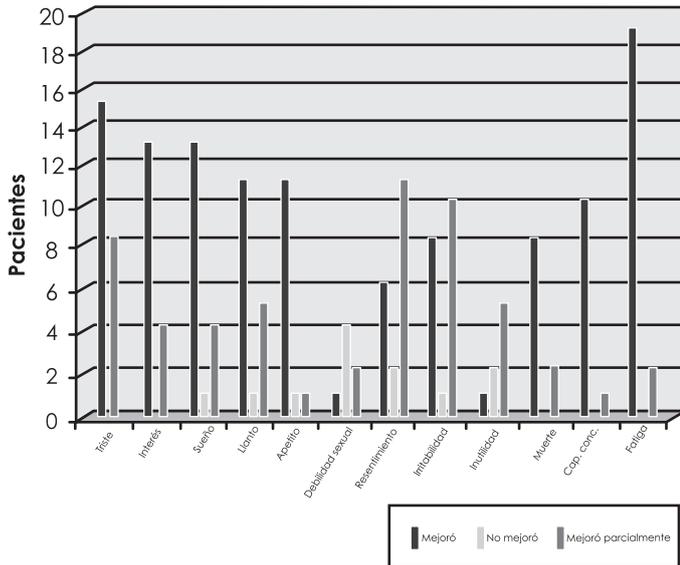
Consultas	Frecuencia	Porcentaje%
2	4	14.3
3	6	21.4
4	7	25.0
5	5	17.9
6	5	17.9
7	1	3.6
Promedio	4.1 consultas	
Desv. est.	1.4	

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

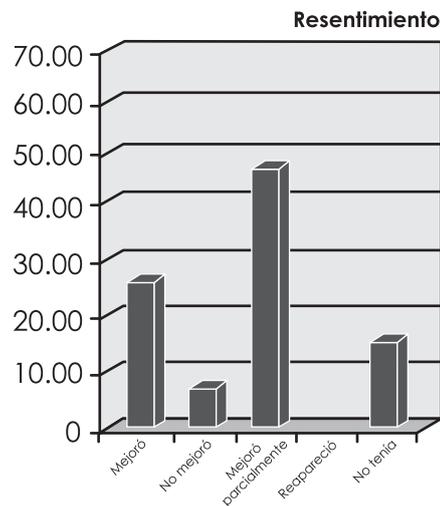
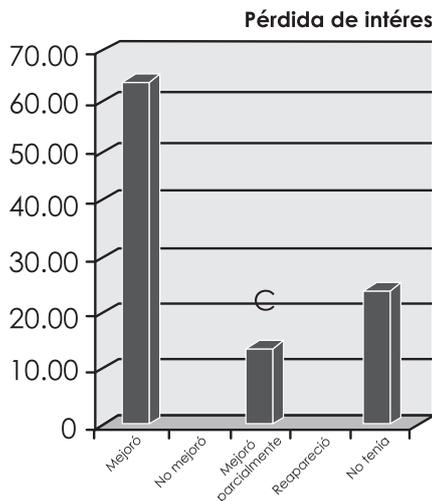
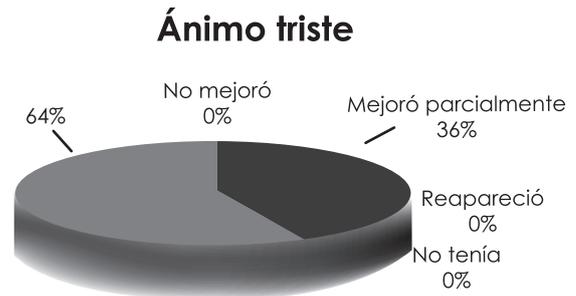
	Tx inicial	%	Tx final	%
Natrum muriaticum 200c	23	82.14	5	17.86
Lycopodium clavatum 200c		0.00	12	42.86
Sepia officinalis 200c	3	10.71	3	10.71
Pulsatilla nigricans 200c	1	3.57	5	17.86
Ignatia amara 200c		0.00	2	7.14
Nux vomica 30c	1	3.57		0.00
Calcarea carbonica 200c		0.00	1	3.57

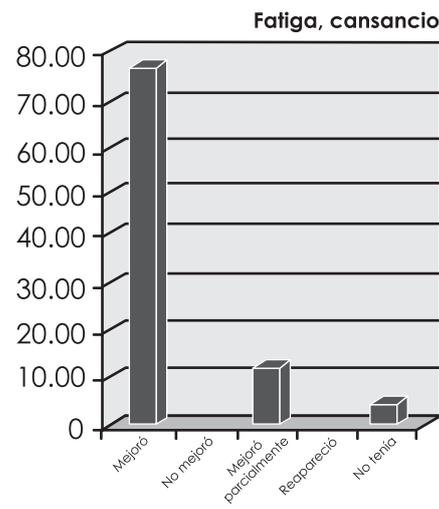
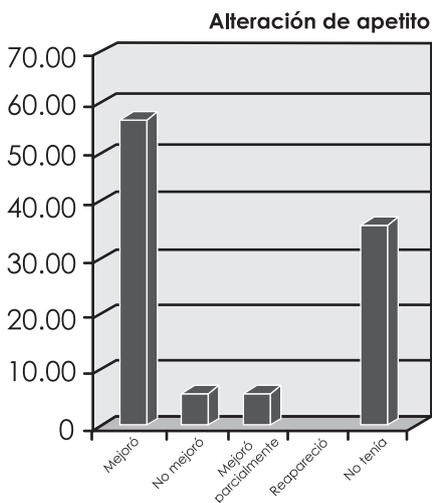
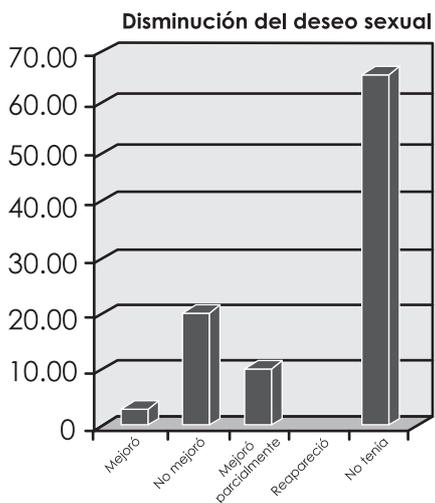
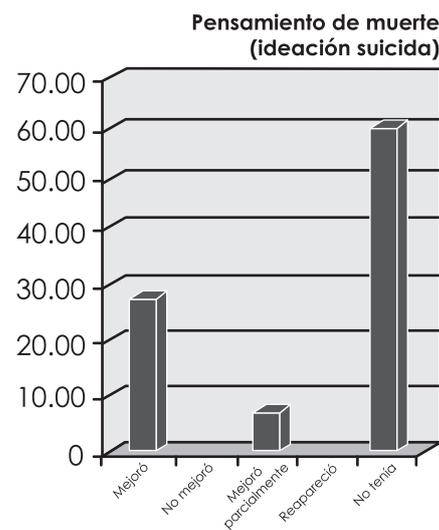
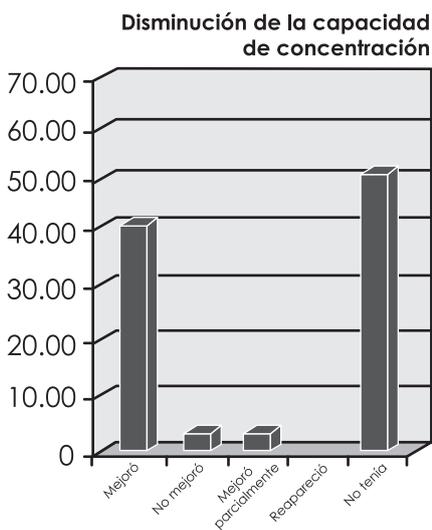
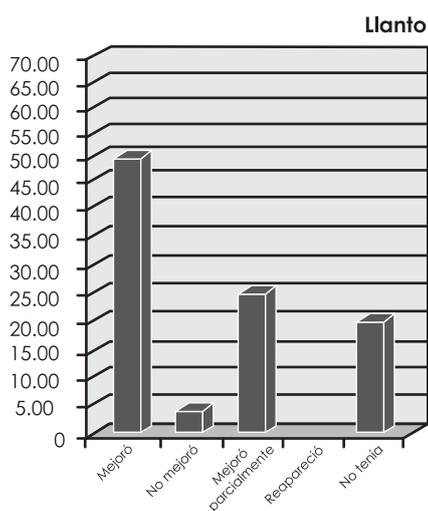
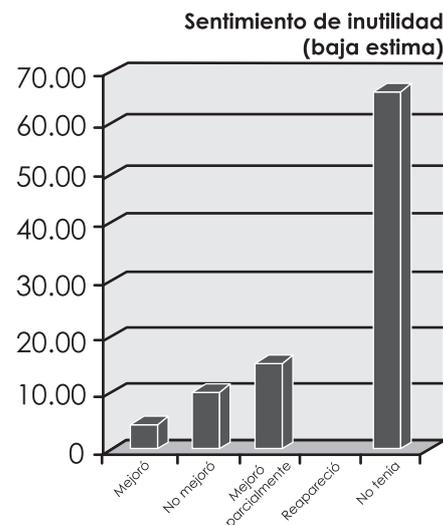
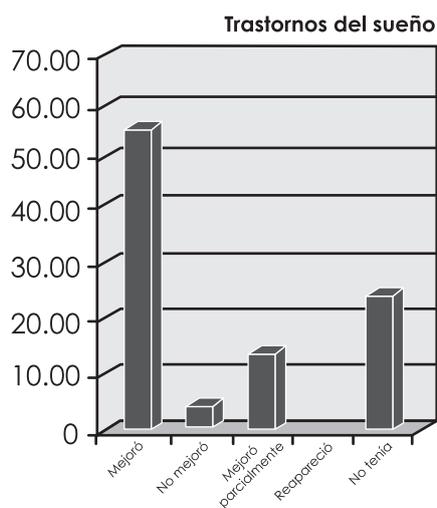
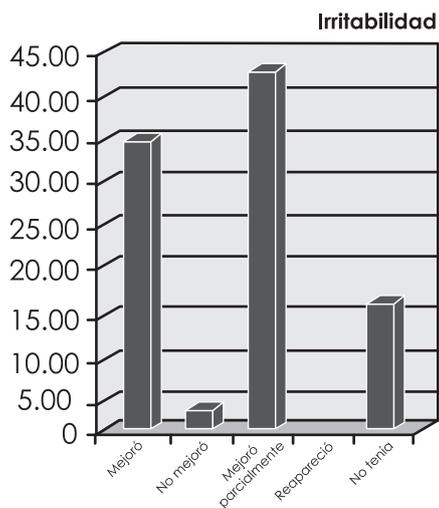
En cuanto a la mejoría posterior al tratamiento homeopático, los resultados fueron los siguientes:

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



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





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

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

r = x Pearson, s = significancia a 0.05

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

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

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

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

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

Al correlacionar la sintomatología presentada se obtuvo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

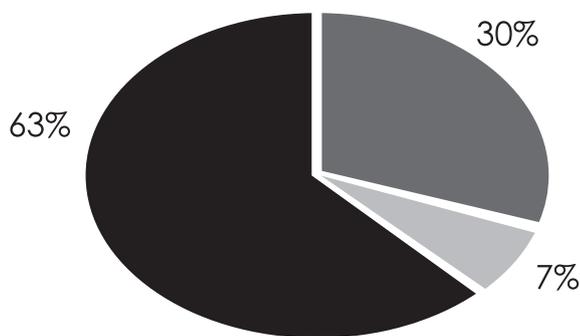
Pacientes que mejoraron	Natrum muriaticum 200C	Sepia officinalis 200C	Pulsatilla nigricans 200C	Nux vomica 30C	Total
Ánimo triste	15	1	1	1	18
Desinterés	13	3		1	17
Trastornos del sueño	15				15
Llanto fácil	11	2		1	14
Alteración del apetito	12	3		1	16
Deseo sexual disminuido	1				1
Resentimiento	6	2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

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

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

Conclusiones

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



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

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

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

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

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

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

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

Referencias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otras obras consultadas

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

La Homeopatía mexicana, líder mundial en el 69 Congreso de la LMHI

Rafael Mejía

“Al nivel máximo” y “a la altura de la mejor en el mundo”, fueron los calificativos que mereció la Homeopatía mexicana por parte de dos de sus hacedores, los doctores Antonio Sánchez Carballo y Gustavo Aguilar Velázquez, luego de su asistencia al 69 Congreso de la *Liga Medicorum Homeopathica Internationalis* (LMHI), celebrado del 16 al 19 de julio de 2014 en París, Francia.

El hecho no es casual, ya que en este encuentro realizado bajo el tema central *La Homeopatía en movimiento, estrategias y criterios de curación*, se contó con la participación de un importante número de ponentes mexicanos cuyos trabajos llamaron la atención de la comunidad médico homeopática internacional, reunida durante cuatro días en el Palacio de Congresos de la “Ciudad Luz”.

Consultado por La Homeopatía de México, el doctor Antonio Sánchez Carballo, director técnico de la Escuela de Posgrado Homeopatía de México, indicó que “la presencia de México en este Congreso fue muy destacada, ya que se presentaron seis trabajos. Fue muy gratificante, por ejemplo, ver que un médico brasileño reconoció la investigación que se hizo en Homeopatía de México, relacionada con la experimentación de Carcinosinum. Ese trabajo fue de la autoría de las doctoras Rosario y Eduwiges Sánchez Caballero, así como de la doctora Martha Riva, y se ha convertido en una referencia para nuevas investigaciones”.

Además de destacar la participación de los médicos mexicanos Antonio Sánchez Caballero, René Torres García, Estrella Torres y María Elena Monterde, el doctor Sánchez Carballo dijo a pregunta expresa que la Homeopatía de nuestro país, en comparación con otras del mundo, “Está al nivel máximo y lo único que nos faltaría, como ha dicho el doctor Fernando Ochoa Bernal, director del Hospital Nacional Homeopático de la Secretaría de Salud, es que haya un reconocimiento institucional mayor. Aún así, la Homeopatía es oficial en México desde los tiempos de Porfirio Díaz; somos un país pionero, lo que nos permite tener mucha experiencia y ser ejemplo para muchas naciones en legislación y educación”.

A su vez, el doctor Gustavo Aguilar Velázquez, director de Investigación en Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. (Similia), calificó como sobresalientes las exposiciones de los médicos españoles, italianos y argentinos, y en especial “las de los mexicanos Antonio y Rosario Sánchez Caballero, y Estrella Torres”.

Además, indicó que Propulsora de Homeopatía tuvo una participación importante en el Congreso. “Fuimos representados por dos trabajos, el primero de ellos fue una ponencia de la doctora Emma del Carmen Macías Cortés sobre los resultados de una investigación que comprobó la eficacia del tratamiento homeopático individualizado en comparación con la fluoxetina en casos de depresión severa y moderada de pacientes peri y postmenopáusicas, y que tuvo un muy alto nivel científico”.

Dicha investigación, apoyada por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, el Hospital Juárez de la Secretaría de Salud y Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. (Similia), fue relevante porque mostró que los medicamentos homeopáticos son tan efectivos como los antidepresivos clásicos, pero sin efectos colaterales, y que representan una opción real para un problema de salud pública en México.

El segundo trabajo, presentado por el mismo doctor Aguilar, fue un cartel que se centró en la relación entre el funcionamiento del medicamento homeopático y los ciclos circadianos, de modo que “se explicó por qué algunos medicamentos funcionarían mejor en la mañana, la tarde o la noche, y por qué hay síntomas que se agravarían en determinados momentos del día”.

Para finalizar, el doctor Aguilar Velázquez señaló: “La conclusión que tuve de este encuentro es que la Homeopatía de nuestro país está a la altura de las mejores en el mundo, y no debemos perder ese lugar; tenemos que fomentar el estudio y la investigación homeopáticas entre los jóvenes”.

La Liga Médica Homeopática Internacional

La Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis fue fundada en Rotterdam, Países Bajos, el 10 de septiembre de 1925 por 14 médicos homeópatas de nueve naciones; hoy día congrega a más de 15 mil miembros procedentes de más de 70 países, siendo su actual presidente el doctor Renzo Galassi, de Italia.

Nuestro país ha organizado el Congreso de la LMHI en cuatro sedes: la ciudad de México (1929), Acapulco (1980), Oaxaca (1995) y Puebla (2007). Asimismo, dos médicos mexicanos han sido distinguidos como Miembros de Honor: los doctores Proceso Sánchez Ortega (1987) y David Flores Toledo (1995), y sólo uno ha sido su presidente: el doctor José Matuk Kanan (2010-2013).

Otros aspectos sobresalientes

En números redondos, el Congreso de la LMHI contó con 60 ponencias diarias, repartidas en cuatro salas, y tuvo una asistencia de más de 600 personas.

Destacaron las aportaciones de los médicos de La India. “Además de la presentación del doctor R. K. Manchanda, director general del Consejo Central para la Investigación en Homeopatía del Ministerio de Salud de ese país, hubo un caso clínico muy bien documentado sobre la atención de una úlcera en un pie diabético, así como los resultados de investigaciones encaminadas a tratar las enfermedades neurológicas con Homeopatía”, señaló el doctor Aguilar.

En el Congreso también se presentó el llamado protocolo Banerji, creado en 1993 por la Fundación de Investigación Homeopática Prasanta Banerji (PBHRF) con el propósito de aplicar la Homeopatía de manera científica y eficaz, y de posicionarla dentro de la medicina social. “Esta iniciativa ha originado varias investigaciones, y los resultados de una de ellas fueron mencionados por la doctora Joyce Frye, de Filadelfia (Estados Unidos), que ha documentado la disminución del crecimiento de los tumores mamarios con tratamiento homeopático, antes de la cirugía,

y quien habló también sobre las investigaciones realizadas en el M. D. Anderson Cancer Center, de Houston, que han demostrado la actividad anticancerígena *in vitro* de varios medicamentos homeopáticos”.

Otros temas que se abordaron en el Congreso de la LMHI fueron el valor de la Homeopatía como instrumento de salud pública y para el tratamiento pediátrico, así como el uso de los medicamentos homeopáticos para infecciones virales, tumores y problemas autoinmunes como la esclerosis múltiple.

Ponentes mexicanos

Fecha y hora	Ponente	Tema
17 de julio, 11:00	Emma del Carmen Macías Cortés	La eficacia del tratamiento homeopático individualizado en comparación con la fluoxetina en la depresión severa y moderada de pacientes peri y postmenopáusicas, un estudio doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo.
17 de julio, 14:30	Antonio Sánchez Caballero	Curación y falsa curación.
17 de julio, 16:30	Estrella Torres	Retomar los principios de curación de acuerdo a Hahnemann por medio del Organon, para una prescripción concisa y miasmática.
18 de julio, 10:00	María del Rosario Sánchez Caballero	Niveles de curación: un caso clínico considerando lo miasmático.
18 de julio, 12:00	René Torres	Curación superficial y profunda a través del estado miasmático.
18 de julio, 16:30	María Elena Monterde	Nódulos de Bohn en un recién nacido: diagnóstico diferencial y tratamiento homeopático.

Posters de médicos homeópatas mexicanos

Autores	Título
M. E. Monterde Coronel, N. E. Herrera González, V. Ponce Medina, J. L. Aguilar Faisal, P. López-Sánchez, J. Asbun	Eficacia del Mercurius solubilis en el tratamiento de la desmineralización dental en mujeres climatéricas.
B. J. Zenteno Manzano, C. Chávez Camarena, R. Sánchez Caballero	Propuesta de protocolo experimental.
M. E. Monterde Coronel, J. Asbun Bojalil	Un caso de hiperplasia gingival secundaria al tratamiento con fenitoína sódica y su tratamiento homeopático.
G. Aguilar Velázquez	La Homeopatía y los ciclos circadianos.

Carta de la Asociación Médico Homeopática de Baja California, A.C.

A la comunidad médico homeopática nacional:

Los antecedentes de la Asociación Médica Homeopática de Baja California se remontan a 1984. Este organismo nació con el objetivo de congregar a los médicos homeópatas de esta región del país y algunos colegas que ejercían en el sur de California (Chula Vista, National City, San Diego y Los Ángeles), debido a la estrecha relación comercial y social que existía en aquel entonces entre ambas entidades.

La frontera se convirtió, así, en una zona muy atractiva para el llamado turismo médico de pacientes nacionales y estadounidenses, quienes solicitaban atención médica homeopática especializada. La asociación contaba entre sus filas con prestigiosos médicos homeópatas mexicanos, entre ellos Honorato del Portillo (presidente), German Guajardo (vicepresidente), Ezequiel Osorio (tesorero), Federico Sáenz, Héctor Madrid, Salvador Pichardo y algunos colegas mexicano-americanos.

Dos años después de su nacimiento, la congregación se registró ante las autoridades y los organismos oficiales como la Asociación Médica Homeopática de Baja California, A. C., nombre que conserva hasta la actualidad.

Desde su origen, la asociación ha pugnado por realizar sesiones académicas y científicas, y por promover la participación de sus miembros en cursos de actualización en línea, diplomados, congresos regionales de medicina general y de especialidades, así como en el Congreso Nacional de Medicina Homeopática.

Queremos hacer del conocimiento público que actualmente nos encontramos en la etapa final del registro ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT) para conformarnos también como el Colegio de Médicos Homeópatas de Baja California, A. C., filial del Colegio Médico de Tijuana, A. C., y parte de la Federación Médica de Baja California.

Este es un paso importante para nuestra organización, así como para la medicina homeopática de la región y de nuestro país, ya que estos organismos están legalmente constituidos ante las autoridades de salud estatales, lo que avala que el ejercicio de la actividad médica profesional pueda ejercerse conforme a lo dispuesto por la normatividad vigente.

La Asociación Médica Homeopática de Baja California, A. C., está debidamente registrada en el Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático y el Comité Mexicano de Certificación en Homeopatía (Comech), que son las instancias oficiales que rigen y regulan el ejercicio profesional de los verdaderos médicos homeópatas del país. Del mismo modo, mantenemos contacto estrecho y frecuente con instituciones educativas tan destacadas como la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional, la Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P., y Homeopatía de México, A. C. (grupos foráneos), así como con otros colegios y asociaciones de médicos homeópatas de México.

La conformación del Colegio, servirá precisamente para ayudar a mejorar estos intercambios y nuestras actividades en general.

Dr. Luis Enrique Tapia Ochoa.

- Médico Cirujano y Homeópata, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del I.P.N.
- Secretario de la Asociación Médica Homeopática de Baja California, A. C.

Mesa directiva / Asociación Médico Homeopática de Baja California, A.C.
2014-2016

Presidente

Dr. Tito Abel Román Ortiz.

Secretario

Dr. Luis Enrique Tapia Ochoa.

Tesorera

Dra. Laura Moreno M.

Vocal

Dr. Mario Federico Holguín.

Comité Científico

Dr. Salvador Pichardo.

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 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.

Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía



Oferta Educativa

Licenciatura

Médico Cirujano y Homeópata
(Programa de Estudios acreditado por
COMAEM 2009/2014)

Maestrías

En Ciencias en Salud Ocupacional
Seguridad e Higiene

Licenciatura

Médico Cirujano y Partero
(Programa de Estudios acreditado por
COMAEM 2011/2016)

En Ciencias en Biomedicina Molecular
(Programa reconocido por el PNPC-CONACYT)

Especialidades

Médica en Terapéutica Homeopática

Doctorado

En Ciencias en Biotecnología (en Red)
(Programa reconocido por el PNPC - CONACYT)

Médica en Acupuntura Humana
(Programa reconocido por el PNPC - CONACYT)



LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

• El Abordaje Homeopático de la Tos, la Miel Inflamada Registrada.
Págs. 5-14

• Pruebas de Función Respiratoria. Casos Clínicos. Magaña Hernández, José Luis López Escobar, Jesús Guadalupe Magaña Casares.
Págs. 15-24

• Un Caso Clínico de Oligohidramnios Severo Tratado con Homeopatía. Héctor Montfort Cabello.
Págs. 25-28

• La Homeopatía Frente a Casos con Tratamiento Convencional. Roger Morrison, Nancy Herrick.
Págs. 29-42

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



LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

• En Busca de la Explicación de la Homeopatía. Beatriz Elisa Gallo Ojeda, Lorena García Morales.
Págs. 5-8

• Análisis de La Reforma Médica, una Revista Mexicana sobre Homeopatía. Germán Guajardo Barral.
Págs. 9-15

• Tratamiento Homeopático para el Vómito: un Estudio Piloto Abierto Observacional. Subhashini Ganapathy, Subhashini Saha, Mamun Koley, Ramkumar Mondal.
Págs. 16-23

• Marco Normativo para la Educación Médica Continua. La Importancia para el Médico Homeopata. Jorge A. Fernández Pérez.
Págs. 24-30

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



LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

• Las Enfermedades Crónicas de Hahnemann. Qué son en Realidad (parte 1 de 3). Héctor Montfort Cabello.
Págs. 5-13

• Consideraciones Relevantes en un Modelo de Investigación Científica en Homeopatía. Victoria Elizabeth Jiménez Sánchez.
Págs. 14-18

• Transmutación, Redención Biológica y Homeopatía. Gloria Muiyer Lillo.
Págs. 19-25

• Evaluación de la Satisfacción de los Pacientes en un Hospital Homeopático Gubernamental en Bengala Occidental, India. Mamun Koley, Subhashini Saha, Shubhamy Ghosh, Rajeshi Mukherjee, Raji Kanda, Ramkumar Mondal, Rajib Purkait, Jangendra Singh Arya, Gurudev Choudhry.
Págs. 26-34

• Efecto de Ribus toxicodendron y Causaticum en la Artritis Adyuvante en Ratas. Anshu Sahai, Himad Chandra Sukut.
Págs. 35-38

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



LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

• Farmacogenómica y Farmacogenética, una Visión Molecular para la Individualidad Morbosa y Medicamentosa. Beatriz Elisa Gallo Ojeda, Lorena García Morales.
Págs. 5-10

• Seguimiento de un Caso de Depresión y su Abordaje Homeopático. Victoria Elizabeth Jiménez Sánchez.
Págs. 11-15

• Las Enfermedades Crónicas de Hahnemann, La Supresión y el Estrés Oxidativo (parte 2 de 3). Héctor Montfort Cabello.
Págs. 16-28

• La Profesión Médico Homeopática en México, ¿Sistema o Modelo? Jorge A. Fernández Pérez, Guadalupe Rojas Arroyo, José Gabriel Montes Sosa.
Págs. 27-41

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



LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

La información médico 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
\$250.00 (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