

ISSN 1870-3666

REVISTA TRIMESTRAL

VOLUMEN 91

OCTUBRE-DICIEMBRE 2022 NÚM. 731

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- Optimización de la Homeopatía en el Manejo del Trastorno de Estrés Postraumático a Consecuencia de la Pandemia de la Covid-19: una Serie de Casos Retrospectivos.

Hima Bindu Ponnam, Madhavi Botla.

Págs. 5-22

- "Continuum" de la Teoría Unificada de las Enfermedades.

George Vithoukas, Stefano Carlino.

Págs. 23-36

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

Ciudad de México

www.similia.com.mx

latindex

www.latindex.unam.mx

PERIÓDICA
Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

periodica.unam.mx

LILACS

lilacs.bvsalud.org/es/



imbiomed

www.imbiomed.com

85 AÑOS

Similia

Lo confiable en Homeopatía

Similasan



Tus ojos en las mejores manos.
¡Llegó la solución **natural!**



OJO SECO

OJO CANSADO

OJO ALÉRGICO

OJO ROJO

DE VENTA EN:



DE VENTA EN:



www.similasan.com.mx

similasanshop.com.mx

LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

CONTENIDO

- 3 EDITORIAL**
- 5 ARTÍCULO ORIGINAL**
Optimización de la Homeopatía en el Manejo del Trastorno de Estrés Postraumático a Consecuencia de la Pandemia de la Covid-19: una Serie de Casos Retrospectivos.
Hima Bindu Ponnam, Madhavi Botla.
- 23 ARTÍCULO DE REVISIÓN**
“Continuum” de la Teoría Unificada de las Enfermedades.
George Vithoulikas, Stefano Carlino.
- 37 ACTUALIDAD**
El Gobierno central no puede dar la espalda a ocho millones de españoles.
Asamblea Nacional de Homeopatía (España).

FUNDADOR DR. RAFAEL LÓPEZ HINOJOSA

DIRECCIÓN MA. DE LOURDES LÓPEZ ANAYA

ADMINISTRACIÓN LOLA M. LÓPEZ ANAYA

DIRECTORIO

Director Editorial

Juan Fernando González G.

Coordinador Editorial y de Comunicación Digital

Rafael Mejía Rosas

Coordinador de Arte y Diseño Editorial

L.D.G. Fabiola Reyes Lúa

Asesor Editorial

Dra. Isis María Infante Regalado

Asistente Editorial

Jesús Navarro Hernández

La Homeopatía de México es una revista científica que publica trabajos nuevos y originales, artículos de opinión, temas de revisión, reportes de casos clínicos, protocolos de investigación 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.

40 CARTAS A MIS PACIENTES

Máscara, Identidad y Sufrimiento Humano (Primera parte).

M. Gloria Alcover Lillo.

43 EL MUNDO DE LA HOMEOPATÍA

La enfermedad es el diálogo del hombre con su propia historia: Gloria Alcover.

Juan Fernando González G.

La Homeopatía de México es una revista trimestral, fundada en 1933 y editada desde 1941 por Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., a través de su División Editorial. **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:** Shutterstock. Precio por ejemplar: \$90.00. **Contacto:** 55 5547 9483 ext. 176; contacto@similia.com.mx. Dirección electrónica: homeopatiamex.similia.com.mx
Impresión: Sistemas de Duplicación, S.A. de C.V. (Prioridad Uno), Ciudad de México.

La Homeopatía de México forma parte de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC).

Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de sus autores, y no reflejan necesariamente la postura editorial de **La Homeopatía de México** ni la de su casa editora, Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

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; en Periódica, el Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Dirección General de Bibliotecas, UNAM); en Lilacs, índice de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud y en Imbiomed, Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas.



CONSEJO EDITORIAL

Dr. Gustavo Cataldi

Presidente de la Liga Medicorum Homeopathica Internationalis.

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 Ochoa Bernal

Coordinador de Homeopatía del Hospital Nacional Homeopático (Secretaría de Salud).

Dr. Héctor Montfort Cabello

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

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. Óscar Michel Barboza

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

Dr. Luis Bárcenas García.

Catedrático e investigador de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía.

L.D.G. María de Lourdes Hernández López

Directora de Diseño, Editorial y Comunicación de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V.

COMITÉ DE ARBITRAJE

Dr. Hugo Aldana Quintero.

Dra. Guadalupe Barajas Arroyo.

Dr. Guillermo Parás García.

Dr. Vicente Rosas Landa Lechuga.

Dra. Victorina Elizabeth Jiménez Sánchez.

Dra. Susana Novelo Pichardo.

Dra. Laura Olivia Molina López.

C.D. María Ernestina Moctezuma Lechuga.

Dra. Jessica M. García Vivas.

Dra. María Elena Ruiz Mandujano.

Dr. Marcus Teixeira (Brasil).

Dr. Flávio Dantas (Brasil).

Dra. Gloria Alcover Lillo (España).

Dr. Francisco Eizayaga (Argentina).

Dr. Roque Penna (Argentina).

Editorial

En espera de que el año que acaba de culminar haya sido benigno con ustedes, sus familiares y sus pacientes, queremos enviarles el mejor de los deseos para que 2023 esté lleno de salud, logros y la consolidación de sus proyectos profesionales.

El año 2022 pasará a la historia de **La Homeopatía de México** como el último en el que se imprimió nuestra revista, situación que obedece a los lineamientos generales que se han adoptado mundialmente para que las ediciones de papel se conviertan en digitales. Así las cosas, a partir de 2023 nuestra publicación estará alojada en la dirección electrónica: <http://homeopatiamex.similia.com.mx/>, desde donde se podrá consultar y descargar gratuitamente para cumplir con el objetivo de ser un medio de libre acceso que promueva la actualización científica de los seguidores de la doctrina hahnemanniana.

El doctor Óscar Michel Barboza, destacado médico homeópata que ha sido también editor de publicaciones especializadas en el rubro que nos ocupa, consigna que desde la primera revista mexicana que se tiene referencia, *La Gaceta*, editada por la Sociedad Homeopática de México en 1861, la situación de las revistas homeopáticas mexicanas ha estado llena de complicaciones que han impedido, entre otras cosas, que permanezcan en el ámbito literario científico por mucho tiempo.

El Dr. Michel Barboza escribió hace unos años un interesante artículo denominado *El Devenir Histórico de las Revistas Homeopáticas Mexicanas y su Situación Actual (La Homeopatía de México)*. Edición conmemorativa 80 aniversario, diciembre de 2013, p. 5-13). Allí consignó el nombre de algunas de las revistas del rubro homeopático más antiguas de las que se tiene referencia: *La Reforma Médica*, editada por el Instituto Homeopático Mexicano hasta 1876; *La Propaganda Homeopática* (1901-1910), editada por el médico cubano Juan Antiga, quien fue uno de los precursores de la Homeopatía en México, y algunas más que se editaron durante tres décadas (entre 1908 y 1937) en el estado de Yucatán: *La Reforma Médica III* (1908-1909); *Revista Hahnemanniana* (1911-1912); *Revista de Medicina Homeopática* (1921-1926); *Revista Homeopática Internacional* (1926-1930); *Clínica Homeopática* (1928-1930); *La Voz de Hahnemann* (1934) y *Homeopatía Científica* (1937).

Durante gran parte de su vida, la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (ENMH) del Instituto Politécnico Nacional ha editado varias revistas dedicadas a la materia que le da sustento: *Medicina Homeopática Mexicana*, *La Revista Homeopática*, *El Catalizador* (editada por la Sociedad de Alumnos de la Escuela Nacional de Medicina Homeopática) y *La Gaceta*, que luego de una pausa reapareció como *Gaceta Homeopática*.

En este momento la entidad politécnica cuenta con un medio electrónico de divulgación “de las actividades académicas, de investigación, culturales, deportivas y sociales que se desarrollan en la ENMH”. Es una especie de gaceta, que en nada se parece a las publicaciones que se mencionaron.

Nuestra revista y la modernidad

La Homeopatía de México (1933-2022) es heredera de la revista **La Homeopatía**, publicación que la Sociedad Hahnemann editó de 1893 a 1910. A lo largo de los años, nuestro medio ha experimentado algunas modificaciones, pero nunca ha perdido de vista el objetivo de ser un órgano que promueva el uso responsable de la terapéutica hahnemanniana y una herramienta para la educación continua de médicos y estudiantes.

Hoy, el equipo editorial de **La Homeopatía de México**, así como su casa editora, Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V., asumen el compromiso de perseverar en el esfuerzo de brindar información veraz, de calidad y con el fundamento científico indispensable para formar parte de una publicación seria y respetable.

La Homeopatía de México, hay que decirlo con humildad, se ha convertido en la única referencia **en español** de la comunidad médica ligada a la Homeopatía en el continente americano. En Brasil, debemos consignarlo, la Asociación Paulista de Homeopatía edita semestralmente la **Revista de Homeopatía**, una publicación que está muy bien estructurada y que se fundó en 1936. La revista brasileña se publica digitalmente desde el año 2008, y es una plataforma de acceso abierto que busca facilitar el conocimiento de las investigaciones científicas ligadas a la medicina configurada por el médico alemán Samuel Hahnemann.

No nos resta más que agradecer a todos ustedes su fidelidad y confianza en el trabajo que realizamos cada trimestre. Queremos invitarlos, una vez más, a que nos ayuden a fortalecer nuestro trabajo en favor de la comunidad homeopática mexicana. ¿Cómo? A través de trabajos originales, artículos de opinión, temas de revisión, reportes de casos clínicos, protocolos de investigación o trabajos presentados en congresos y encuentros académicos.

Sea impresa o digital, nuestra publicación seguirá siendo un foro abierto a todas las expresiones bajo la premisa de respetar la opinión de los demás y cumplir con las normas para los autores que nos hemos impuesto desde 2012, cuando sucedió una gran metamorfosis que ha instalado a nuestro medio de difusión como una entidad médico-científica arbitrada e indizada que busca tener una gran repercusión en diferentes índices y repositorios de información nacionales e internacionales.

Es muy pertinente reconocer públicamente que gran parte de la transformación de **La Homeopatía de México** se la debemos al médico homeópata Jorge Alejandro Fernández Pérez, quien, gracias a su experiencia como miembro del Sistema Nacional de Investigadores y a su trabajo a favor del gremio homeopático durante décadas, se erigió como un asesor de primera categoría para dotar de una nueva estructura a la revista que refundó en 1941 el doctor Rafael López Hinojosa, creador de Propulsora de Homeopatía, S.A. de C.V. y de Distribuidora Homeopática Nacional, en aquella época en que todo estaba por hacerse.

Reciban un abrazo muy afectuoso.

Juan Fernando González G.
Director Editorial

Artículo original

Optimización de la Homeopatía en el Manejo del Trastorno de Estrés Postraumático a Consecuencia de la Pandemia de la Covid-19: una Serie de Casos Retrospectivos*

Hima Bindu Ponnam, *Madhavi Botla

Resumen

PALABRAS CLAVE:

CAPS-5, Serie de casos clínicos, Homeopatía, MONARCH, Trastorno de estrés postraumático, TEPT, Covid-19, Post-covid, Retrospectivo.

*Artículo publicado en el *International Journal of High Dilution Research*. Cita del original: Optimization of Homoeopathy in the management of Post-Traumatic Stress Disorder, the aftermath of COVID-19 pandemic: Clinical Case Series. *Int J High Dilution Res.* 2022; 21(cf): 46-66. <https://doi.org/10.51910/ijhdr.v21icf.1140>.

Traducción: Lilia A. Fonseca Andere.

**Doctora en Medicina (MD) (Homeopatía), Investigadora (H), Científica III. Unidad de Normalización de Medicamentos Homeopáticos (H), Consejo Central para la Investigación Homeopática, Ministro de AYUSH, Gobierno de India, Hyderabad, Telangana - 500007, India. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2735-424X>
Correo: drdewdrop@gmail.com

***Psicóloga Clínica - Centro de Desarrollo Infantil Fernandez, Hyderabad, Telangana, India. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7626-967X>

Antecedentes: la vulnerabilidad psicológica a la que se ha expuesto la vida humana ha sido la principal consecuencia de la pandemia, lo cual ha hecho surgir una preocupación de salud a nivel global. Este impacto se identifica como **trastorno de estrés postraumático** (TEPT o PTSD, por sus siglas en inglés), el cual ha sido el trastorno psicológico más comúnmente diagnosticado durante esta pandemia. Si permanecieren sin tratar ni identificar, estos casos podrían sufrir una devastadora transformación en trastornos psicóticos y ocasionar un gran daño al individuo y a la comunidad al perturbar las relaciones humanas. **Objetivo:** teniendo en mente el papel benéfico de la Homeopatía para tratar trastornos psicológicos con base en su filosofía y estudios previos, se presenta aquí una serie de 10 casos clínicos de TEPT tratados con éxito con Homeopatía durante esta pandemia. **Método:** 10 casos de TEPT que recibieron consulta durante la primera ola de la pandemia y que fueron diagnosticados con base en un cuadro clínico análogo al conjunto de síntomas de TEPT de acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales-5* (DSM-5) y, de forma objetiva, a través de la *Escala de Puntos de TEPT* aplicada por un médico a DSM-5 (CAPS-5), recibieron tratamiento con intervención homeopática. La medicina homeopática fue prescrita con base en la totalidad de los síntomas de cada caso a través de repertorización y consultando libros de la *Materia Medica Homeopática* (MMH). Los casos recibieron un seguimiento mensual en relación con la mejoría clínica y cada tres meses utilizando la escala de puntos de CAPS-5. El resultado fue evaluado después de seis meses de forma clínica y objetiva a través de la escala de puntos de CAPS-5. Además, al término de un año, con el fin de evaluar la atribución causal de los resultados clínicos a la intervención homeopática, se utilizó la herramienta validada de los *Criterios Modificados de Naranjo para la Homeopatía* (MONARCH, por sus siglas en inglés). **Resultados:** los 10 casos con diagnóstico de TEPT mostraron una notable mejoría al ser evaluados después de un año de tratamiento homeopático. Se encontró una mejoría significativa en el cuadro clínico establecido a través de la escala de puntos de CAPS-5 y la herramienta MONARCH. **Conclusión:** los medicamentos homeopáticos tuvieron un papel considerablemente benéfico en el manejo del TEPT durante la pandemia en los 10 casos presentados. Se encuentra justificada una validación adicional mediante ensayos clínicos bien diseñados.

Abstract

KEYWORDS:

CAPS-5, Clinical case series, Homoeopathy, MONARCH, Post-traumatic stress disorder, PTSD, Covid-19, Post-covid, Retrospective.

Background: psychological fragility caused to human life has been the largest aftermath of the pandemic posing a raised public health concern globally. This psychological impact is identified as **post-traumatic stress disorder (PTSD)** which was the most commonly diagnosed psychological disorder during this pandemic. These cases, if left untreated and unidentified may take a devastating transformation into psychotic disorders and cause gross damage to the individual and the community by disrupting human relations. **Aims:** keeping in view the beneficial role of Homoeopathy in dealing with psychological disorders based on its philosophy and previous studies, a clinical case series of 10 PTSD cases successfully treated with Homoeopathy during this pandemic is presented here. **Methods:** 10 cases of PTSD consulted during the first wave of the pandemic diagnosed based on the clinical picture analogous to PTSD cluster symptomatology from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) and objectively through Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) were treated with homoeopathic intervention. Homoeopathic medicine was prescribed based on the totality of each case through repertorization and in consultation with the sourcebooks of Homoeopathic Materia Medica (HMM). The cases were followed monthly for clinical improvement and every three months using the CAPS-5 score. The outcome was assessed after six months clinically and objectively through the CAPS-5 score. At the end of one year, further, to assess the causal attribution of clinical outcomes to homoeopathic intervention, a validated MONARCH (Modified Naranjo Criteria for Homoeopathy) tool was utilized. **Results:** the 10 diagnosed PTSD cases showed marked improvement assessed after one year of homoeopathic treatment. Significant improvement was found in the clinical picture affirmed through the CAPS-5 score and MONARCH tool. **Conclusion:** homoeopathic medicines showed a significantly beneficial role in the management of PTSD during the pandemic in the presented 10 cases. Further validation through well-designed clinical trials is warranted.

Introducción

Los trastornos mentales son una amenaza importante para la salud pública y su tratamiento representa un desafío para la comunidad médica¹. Como consecuencia de la pandemia de la covid-19, la enfermedad de mayor preocupación para la salud pública que ha sido más pronosticada y diagnosticada es el trastorno de estrés postraumático (TEPT o PTSD, por sus siglas en inglés), una secuela independiente de cualquier evento traumático². En algunos estudios recientes realizados durante la primera y la segunda fase de la pandemia, se encontró que la prevalencia del TEPT era de 28.2%³⁻⁵, confirmando la prevalencia reportada por los estudios realizados en la última década⁶. A nivel global, la prevalencia general del TEPT dio cuenta del 12-15% y de una de cada cuatro personas expuestas a un evento traumático (natural o producto de la actividad humana) en algún momento de sus vidas⁷. En un metaanálisis previo y una revisión reciente, se observó que 17-44% de los sobrevivientes de enfermedades críticas, especialmente aquellos que requirieron de hospitalización/permanencia en unidad de

terapia intensiva, reportaron síntomas clínicamente significativos de TEPT^{8, 9}, mientras que una revisión sistemática reciente, efectuada durante la pandemia, confirmó lo mismo¹⁰. Numerosas experiencias traumáticas a lo largo de la pandemia, como el impacto mental de la cuarentena y el aislamiento, la pérdida de personas queridas y cercanas, el miedo mórbido de contraer la covid-19, el estrés por la carga financiera debida a la pérdida de empleo, acompañado por el miedo al futuro, la violencia doméstica y el abuso sexual a las mujeres debido al confinamiento durante las cuarentenas, así como el miedo a la estigmatización social, condujeron a manifestaciones de TEPT⁴. Si el TEPT no es tratado podría transformarse en el futuro en estados crónicos y severos trastornos psicóticos, representando una amenaza para la vida humana y suponiendo un desafío importante para la comunidad médica¹¹.

Aunque el diagnóstico del TEPT ha sido controvertido en el pasado, la aparición del *Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales* (DSM-IV) con criterios definidos y más precisiones en el DSM-V (la versión revisada de la Asociación

Psiquiátrica Estadounidense, editada en 2013) como continuación, han puesto fin a ello. De acuerdo con la descripción clínica y los criterios de diagnóstico del DSM-V, el TEPT se ha mantenido dentro de una nueva categoría (la de los trastornos relacionados con las conmociones y el estrés) y se ha definido con base en distintos conjuntos de síntomas, como el antecedente de evento traumático específico (criterio A), irrupción o nueva vivencia del evento (criterio B), síntomas de evitación (criterio C), alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo (criterio D), incremento de síntomas de agitación (criterio E), malestares con duración mayor a 1 mes (criterio F), aflicción o disfunción clínicamente significativas (criterio G) y causa no atribuible a ningún consumo de drogas o condición médica (criterio H)¹². Con base en este DSM-V, una escala de puntos del TEPT (CAPS-5) aplicada por un médico ha sido desarrollada y validada por F. W. Weathers *et al* (2013) para el diagnóstico y la evaluación de seguimiento del TEPT. Esta escala se considera el criterio de referencia en la evaluación del TEPT^{13, 14}.

Para el TEPT, la primera línea de tratamiento que conforma la práctica convencional es la farmacoterapia asociada a psicoterapia, lo cual es ampliamente recomendado. Los únicos fármacos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) comúnmente prescritos para el tratamiento del TEPT son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS o SSRI, por sus siglas en inglés), los bloqueadores de los receptores beta-adrenérgicos, como el propranolol; los estabilizadores del estado de ánimo, como el topiramato; la metilendioximetanfetamina (MDMA), los antidepresivos de segunda generación y los antipsicóticos atípicos¹⁵. A pesar de una sólida evidencia de sustento, la psicoterapia junto con la farmacoterapia que comprende el modelo de comportamiento cognitivo (CBT, por sus siglas en inglés) y la terapia psicodinámica (PDT, por sus siglas en inglés) a menudo se recomienda para el tratamiento efectivo del TEPT¹⁶. Sin embargo, la evidencia es muy limitada en cuanto a las mejores prácticas en el manejo de los casos de TEPT¹⁷. El principal desafío en relación con el tratamiento de los trastornos mentales consiste en la cooperación del paciente, que se ve obstaculizado por los tabús culturales y estigmas sociales prevalentes en la comunidad. Adicionalmente, se cuenta con evidencia de que un porcentaje significativo de pacientes que sufre TEPT ha elegido opciones de tratamiento complementarias y alternativas¹⁸. La Homeopatía es un sistema complementario y alternativo de la

medicina que cuenta con un amplio alcance en el manejo de los trastornos psicológicos, con una extensa historia de 200 años basada en su abordaje holístico¹⁹. En este estudio se presentan 10 casos clínicos de TEPT que se beneficiaron a través del tratamiento homeopático.

Métodos

a) Evaluación clínica y diagnóstica

Los casos fueron tomados del servicio ambulatorio (OPD, por sus siglas en inglés) del centro de Extensión de la Unidad de Normalización de Medicamentos (Homeopatía) en Hyderabad, India. Fueron enrolados para el tratamiento los casos identificados con por lo menos 6 síntomas que cubrían los cuatro grupos de síntomas del TEPT, con antecedentes de un evento traumático reciente y que hubieran experimentado síntomas durante más de un mes, de acuerdo con el DSM-V. Los grupos de síntomas son los siguientes:

- i) **Criterio B.** Por lo menos un síntoma de revivir la experiencia, como: recuerdos involuntarios, recurrentes de un evento traumático pasado, sueños angustiantes recurrentes, reminiscencias (*flashbacks*).
- ii) **Criterio C.** Al menos un síntoma de evitación, entre ellos: evitación de cosas, lugares, gente, eventos, objetos relacionados con un evento traumático.
- iii) **Criterio D.** Por lo menos dos síntomas de agitación y reactividad, como: comportamiento irritable, arranques de furia, autodestrucción, comportamiento imprudente, perturbaciones del sueño, problemas de concentración, respuesta de alarma exagerada.
- iv) **Criterio E.** Al menos dos síntomas de la cognición y el estado de ánimo, entre ellos: incapacidad de recordar la parte principal del evento traumático, falta de interés, sensaciones, emociones negativas, no confiar en nadie, pensamientos distorsionados persistentes, enojo, culpa, vergüenza, horror, incapacidad de experimentar emociones positivas¹².

Los demás criterios resultan esenciales para el diagnóstico del TEPT. Los casos fueron evaluados por un psicólogo clínico que aplicó CAPS-5 para confirmar el diagnóstico y proceder con un tratamiento adicional. Los 10 casos reportados aquí fueron la muestra representativa de la primera ola de la pandemia que se enrolaron durante septiembre y octubre de 2020.

b) Intervención homeopática

Inicialmente, durante las primeras 4 semanas se prescribieron remedios homeopáticos para todos los casos con base en la presentación aguda de los síntomas. Mientras tanto, el caso fue registrado conforme a los lineamientos del *Órganon de la Medicina*²⁰. Se desarrolló la totalidad del mismo, se realizó la repertorización utilizando el software *Zomeo*²¹ y, por último, se dio paso a la selección final del medicamento con la consulta de la *Materia Médica Homeopática* (libro fuente o principal referencia: *Síntomas Guía de Hering de Materia Médica*²²) para la administración subsiguiente, cuando los síntomas agudos se atenuaron a un grado moderado. El medicamento, adquirido en una farmacia homeopática estándar, fue administrado por vía oral en diluciones ultra-altas de potencia centesimal (200C, 1M y 10M). La repetición se realizó según lo requiriere el caso, en estricto cumplimiento con los principios homeopáticos.

c) Seguimiento y resultado de la evaluación

Se dio seguimiento semanal a cada caso durante el primer mes, para posteriormente realizar evaluación clínica cada mes, así como cada tres meses en relación con la escala de puntos CAPS-5, que fue aplicada por el psicólogo clínico para evaluar el estatus de la mejoría. A los seis meses se realizó una evaluación mediante CAPS-5. Adicionalmente, aunque no hubiera síntomas, se continuó dando seguimiento a los casos cada mes durante un periodo adicional de seis meses para observar cualquier recurrencia; la administración del medicamento se repitió si el caso lo ameritaba (se estaba viviendo la segunda ola de la pandemia). El psicólogo clínico aconsejó no aplicar la escala de puntos CAPS-5 para evaluación adicional si no había síntomas. Al término de 1 año, con el fin de evaluar la atribución casual de resultados clínicos a la intervención homeopática, se utilizó la herramienta validada MONARCH (*Criterios Modificados de Naranja para la Homeopatía*²³). La metodología se proporciona en el diagrama de flujo de la figura 1, mientras que las tablas 1 y 2 muestran la demografía de la línea basal y un resumen detallado de los casos.

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes antes del inicio del tratamiento, dado que se negaron a recibir algún tratamiento auxiliar junto con el medicamento, como sesiones de psicoterapia, etcétera. Éste no fue un ensayo clínico pre-diseñado, por lo que se solicitó la aprobación de IEC para el análisis y la compilación de los datos con la finalidad de su presentación y publicación.

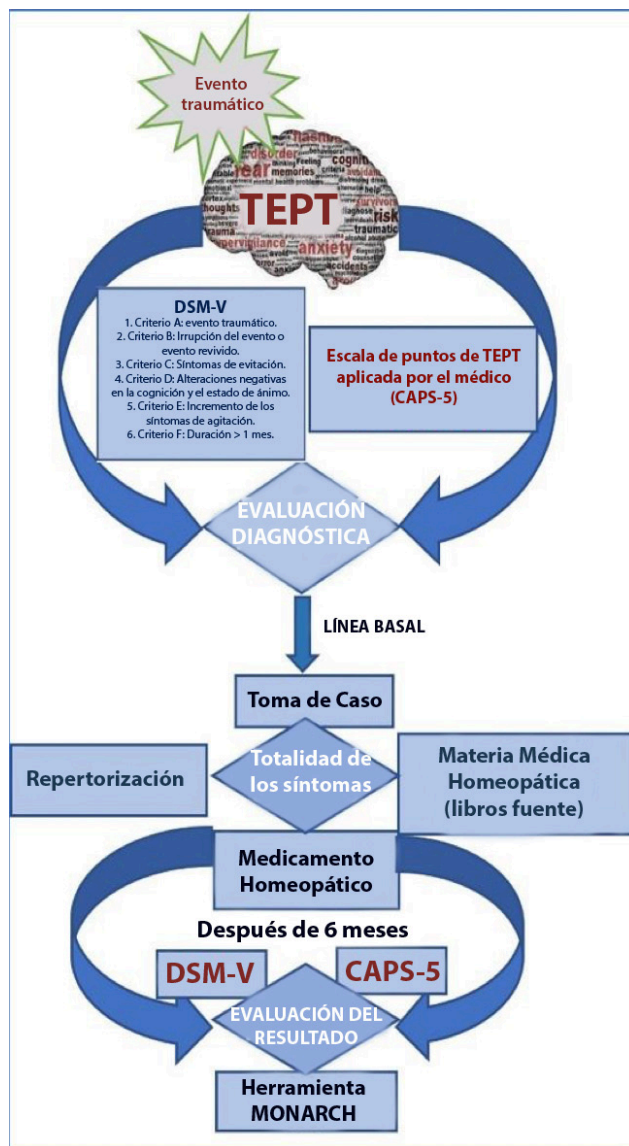


Figura 1. Diagrama de flujo de la metodología.

Perfiles de casos

Caso 1

Paciente (PR). Mujer soltera de 25 años de edad, de etnicidad hindú, empleada de una compañía multinacional.

Síntomas principales. La paciente acudió al servicio ambulatorio (OPD) con malestares de severa ansiedad, miedo a la covid-19 y tristeza durante el último mes y medio. Todos los malestares comenzaron después de la muerte de su padre, que padecía covid-19. Estaba acompañada por su madre. Inicialmente parecía tranquila, pero después de que iniciara la conversación comenzó a expresar su ansiedad.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era fría. Deseosa de alimentos condimentados y estimulantes fuertes. Presentaba un incremento del apetito y un deseo constante de comer. Sed irresistible. Abdomen flatulento después de comer. Presentaba estreñimiento con heces duras y secas, así como sudoración abundante al hacer esfuerzo. Tenía tendencia a padecer ataques recurrentes de frío y tos.

Antecedentes médicos significativos. Tuvo varicela en su niñez.

Antecedentes familiares. La madre de la paciente tiene hipotiroidismo.

Antecedentes de tratamiento. Aunque ella había consultado a un psiquiatra, no tomó medicamentos por miedo a la adicción. También se le recomendó tomar sesiones de psicoterapia, pero no asistió.

Su miedo era tan severo que no podía concentrarse en su trabajo. Desesperanza, aflicción y pensamientos constantes de que la vida no vale la pena. Pensamientos suicidas, pero de nuevo miedo a la muerte. Intentó golpearse la cabeza con la pared, intentó apretarse el cuello y cortarse a la altura de la muñeca. Irritable, no deseaba hablar, cualquier discurso que la contradijera le provocaba furia, llegando a gritar violentamente. Sensación de confusión. Su sueño sufría perturbaciones, junto con sueños angustiantes; lloraba dormida. Tendencia a llorar al encontrarse sola. No lograba realizar sus ocupaciones.

Evaluación diagnóstica. El criterio de los conjuntos de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 63, por lo que el caso fue

diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente, debido al insomnio por la ansiedad reportada por la paciente con tanta intensidad, se prescribió **Coffea cruda** 200C en una dosis de 4 glóbulos, 2 veces al día, durante 3 días consecutivos, seguido de placebo. Mientras tanto, se tomó el caso, se desarrolló la totalidad de los síntomas, se repertorizaron (figura 3) y, después de consultar la obra *Síntomas Guía de Hering de Materia Médica*, el 1 de septiembre de 2020 se le prescribieron a la paciente 2 dosis de **Aurum metallicum (Aur-met)** 200C, seguidas de placebo.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsiguientes se prescribió **Aur-met** en potencias de 1M en dosis única, para continuar con placebo, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. La ansiedad mental había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses y fue capaz de realizar sus ocupaciones. En la evaluación después de seis meses realizada el 25 de marzo de 2021, ella se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y su vida laboral volvió a la normalidad con tranquilidad. El puntaje de CAPS-5 fue de 12. La paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió dos veces durante este periodo con una sola dosis, seguido de placebo. No hubo recurrencia de los malestares observados, incluso si la paciente tuvo que experimentar eventos adversos (perdió a su madre por infección de covid-19) en este periodo. En este momento, el 5 de octubre de 2021, se aplicó la herramienta MONARCH y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó a la paciente que revisara y reportara si en el futuro reaparecía alguno de los malestares.

Remedy	Nux-v	Aur	Ars	Phos	Sulph	Puls	Sep	Lach	Nat-m	Plat	Lyc	Calc	Nat-c	Bluff
Totally	89	88	88	87	86	86	83	82	81	79	78	77	77	77
Symptoms Covered	27	29	27	27	26	25	26	23	22	24	22	23	23	21
Kingdom														
[Complete] [Mind]ANXIETY:Health, about: (312)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4
[Complete] [Mind]FEAR:Disease, of: (183)	4	1	3	4	3	3	3	3	1	3	1	4	1	
[Complete] [Mind]UNWORTHY:Life, for, feels: (3)											3			
[Complete] [Mind]SUICIDAL DISPOSITION:Despair, from: (21)	2	4	3				3	3						2
[Complete] [Mind]SUICIDAL DISPOSITION:Fear, with,Death, of: (14)	4	3	4	2						3				

Figura 3. Hoja de repertorización del caso no. 1, junto con la lista de síntomas.

Caso 2

Paciente (JKC). Varón casado de 36 años de edad, de etnicidad hindú, empleado de gobierno.

Síntomas principales. El paciente acudió al servicio ambulatorio (OPD) con malestares de severa ansiedad, miedo a la covid-19 y tristeza durante los 2 meses anteriores. Estaba acompañado de su esposa. Su miedo era tal que dejó de ir a trabajar. Anteriormente era muy dedicado a su trabajo, responsable y cumplido. Presentaba alteraciones del sueño, con sueños angustiantes y pesadillas. Sus malestares iniciaron después de que un colega cercano contrajo covid-19 y murió durante su estancia en el hospital. Incremento de la irritabilidad; al ser mínimamente contradicho reaccionaba con ira violenta. Desarrolló miedo a los sitios cerrados o concurridos, con miedo a infectarse.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era fría. El paciente tenía deseo de comer carne y alimentos condimentados. Su ansia por comer alimentos ricos y condimentados siempre parecía relacionarse con entregarse al placer de comer. Muchos deseos de tomar café, pero después de este incidente parecía sufrir de dependencia a tomar café (5 a 6 veces al día). Sufría de estreñimiento, con heces duras y secas. Aunque normalmente tiene un elevado deseo sexual, ahora ese deseo se había exacerbado. Evita los pensamientos y el miedo al covid-19 entregándose al acto sexual o concentrándose en comer.

Antecedentes médicos significativos. Nada específico.

Antecedentes familiares. Su padre había sido diagnosticado como diabético y tomaba medicamentos de forma regular.

Antecedentes de tratamiento. El paciente acudió directamente al servicio ambulatorio (OPD).

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 55, por lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente se prescribió **Piscidia erythrina**, en tintura madre, en dosis de 15 gotas en un cuarto de vaso de agua, una vez al día antes de dormir, para aliviar la ansiedad y el insomnio. Mientras tanto, se tomó el caso con base en la totalidad de los síntomas y, después de considerar el repertorio (figura 4) y la *Materia Médica*, el 25 de septiembre de 2020 se le prescribió al paciente **Nux vomica (Nux vom)** 200C, seguida de placebo.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsiguientes se prescribió **Nux vom** en potencias de 1M en dosis única, junto con placebo, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de cumplir con sus ocupaciones. En la evaluación después de seis meses realizada el 30 de marzo de 2021, el paciente se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y su vida laboral volvió a la normalidad con tranquilidad. El puntaje de CAPS-5 fue de 22. El paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió tres veces en dosis únicas, seguido por placebo, durante este periodo. Al término de 1 año, el 10 de octubre de 2021, se aplicó la escala *Criterios Modificados de Naranja para la Homeopatía* y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó al paciente que revisara y reportara si en el futuro reaparecía alguno de los malestares.

The screenshot shows a repertory software interface with a grid of symptoms and remedies. The 'Nuxvom' remedy is circled in green. The grid shows the following data:

Remedy	Ars	Nuxvom	Aur	Nat-m	Graph	Lyc	Sulph	Calc	Sep	Phos	Puls	Ign	Nit-ac	Staph
Totally	41	38	36	36	34	33	33	30	30	30	29	29	28	28
Symptoms Covered	20	18	17	17	16	14	17	13	15	13	13	14	13	13
Kingdom	↓	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
[Kent] [Mind]ANXIETY: Fear, with: (85)	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	1
[Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY): Disease, of impending: (44)	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	2
[Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY): Crowd, in a: (39)	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2
[Kent] [Mind]IRRITABILITY (SEE ANGER): (245)	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3
[Kent] [Mind]CONTRADICTION, IS INTOLERANT OF: (35)	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
[Kent] [Mind]GRIEF: Alliments, from: (32)	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Recorded symptoms list on the right:

- [Kent] [Mind]ANXIETY: Fear, with: (85)
- [Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY): Disease, of impending: (44)
- [Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY): Crowd, in a: (39)
- [Kent] [Mind]IRRITABILITY (SEE ANGER): (245)
- [Kent] [Mind]CONTRADICTION, IS INTOLERANT OF: (35)
- [Kent] [Mind]GRIEF: Alliments, from: (32)
- [Kent] [Mind]SADNESS, MENTAL DEPRESSION: (249)
- [Kent] [Sleep]SLEEPLESSNESS: (226)
- [Kent] [Sleep]DISTURBED: (42)
- [Kent] [Sleep]DREAMS: Frightful: (170)
- [Kent] [Mind]CONSCIENTIOUS ABOUT TRIFLES: (35)
- [Kent] [Generalities]HEAT: Vital: Lack of: (108)
- [Kent] [Stomach]DESIRE: Pungent things: (9)
- [Kent] [Stomach]DESIRE: Meat: (20)
- [Kent] [Rectum]CONSTIPATION (SEE INACTIVITY): (213)
- [Kent] [Stomach]DESIRE: Coffee: (30)
- [Kent] [Stomach]APPETITE: Ravenous, canine, excessive: (140)
- [Kent] [Genitalia male]SEXUAL PASSION: Increased: (119)
- [Kent] [Mind]THOUGHTS: Persistent (See Delusions): (63)
- [Kent] [Mind]ANGER, IRASCIBILITY (SEE IRRITABILITY, QUARRELSOME): Violent: (35)
- [Kent] [Mind]IMPULSIVE: (11)

Figura 4. Hoja de repertorización del caso no. 2, junto con la lista de síntomas.

Caso 3

Paciente (KDR). Mujer casada de 35 años de edad, de etnicidad hindú, empleada a cargo de software en una compañía transnacional.

Síntomas principales. La paciente acudió al servicio ambulatorio (OPD) con malestares de severa ansiedad por covid-19, miedo y tristeza durante los 2 meses anteriores. Estaba acompañada por su esposo. Su miedo era tal que dejó de ir a su trabajo. Anteriormente era muy responsable con sus ocupaciones y disfrutaba su trabajo. Tenía insomnio debido a pensamientos persistentes de su colega, con sueños de ansiedad y pesadillas. Los malestares comenzaron después de saber que los padres de su colega murieron por infección de covid-19 de forma repentina después de unos días de haber sido diagnosticados, antes de ser internados en un hospital. Un constante dar vueltas al hecho. Aunque básicamente introvertida, al momento se había convertido en alguien completamente callada. Si alguien se aproximaba para consolarla, se enojaba y abandonaba el lugar en donde se encontraba.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era caliente. La paciente tenía deseos de sal y alimentos salados. Experimentaba estreñimiento con heces secas y duras.

Antecedentes médicos significativos. Tiene un hijo de 6 años nacido por cesárea. Tuvo varicela en la infancia. Padeció malaria a los 15 años de edad, tomó tratamiento alopático y se alivió. Después de eso no hubo recaídas.

Antecedentes familiares. Su padre había sido diagnosticado como hipertenso y tomaba medicamentos de forma regular.

Antecedentes de tratamiento. La paciente acudió directamente al servicio ambulatorio (OPD).

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 51, con lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente se prescribió **Ignatia 200C** en dosis de 4 glóbulos dos veces al día, por un día, seguido de placebo, para aliviar la ansiedad y el insomnio. Mientras tanto, se tomó el caso con base en la totalidad de los síntomas y, después de considerar tanto al repertorio (figura 5) como a la *Materia Médica*, el 27 de septiembre de 2020 se le prescribieron dos dosis de **Natrum muriaticum (Nat mur)** 200C, seguidas de placebo.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsiguientes se prescribió Nat mur en potencias de 1M al mes en dosis única, junto con placebo, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de cumplir con sus ocupaciones. En la evaluación después de seis meses, realizada el 28 de marzo de 2021, la paciente se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y su vida laboral volvió a la normalidad, con tranquilidad. El puntaje de CAPS-5 fue de 24. La paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió dos veces en dosis únicas, seguido por placebo, durante este periodo. Al término de 1 año, el 15 de octubre de 2021 se aplicó la herramienta MONARCH y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó a la paciente que revisara y reportara si reaparecía alguno de los malestares en el futuro.

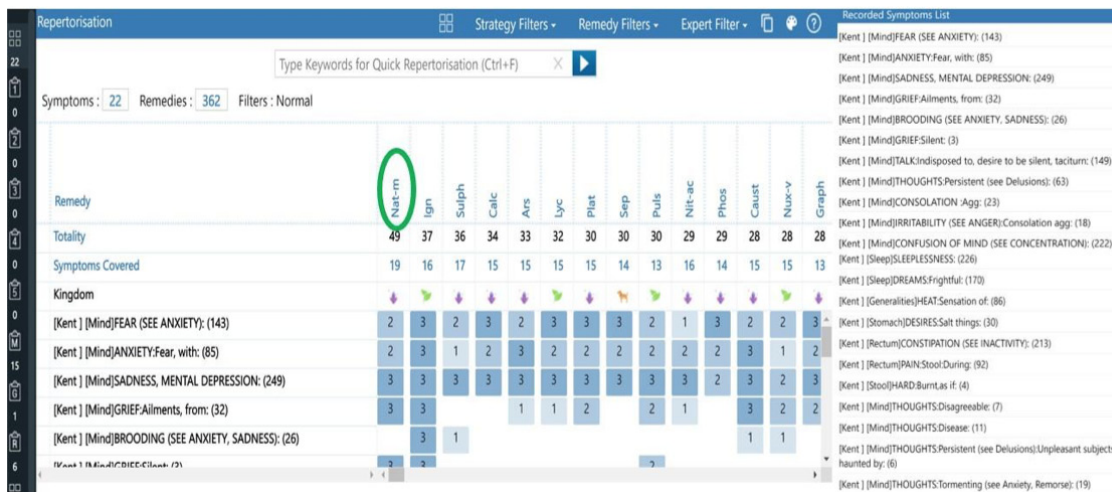


Figura 5. Hoja de repertorización del caso no. 3, junto con la lista de síntomas.

Caso 4

Paciente (GS). Mujer casada de 32 años de edad, de etnicidad hindú, enfermera en un prestigiado hospital.

Síntomas principales. La paciente acudió al servicio ambulatorio (OPD) con malestares de severa ansiedad por covid-19, miedo y tristeza durante los 3 últimos meses. Llegó sola. Su miedo era tan severo que dejó de ir a trabajar. Fue testigo de muertes continuas en el hospital por infección de covid-19 y desarrolló ansiedad, miedo e insomnio. Experimentó extrema tristeza y conmoción durante el tratamiento de estos pacientes, con continuos gritos, llantos y vociferaciones de sus cuidadores. Anteriormente cuidaba de los pacientes con la máxima dedicación y era reconocida en el hospital por su comprometida forma de realizar su trabajo. Experimentaba insomnio por persistentes pensamientos de escenas angustiantes del hospital. Perdió la confianza en sí misma para manejar a los pacientes. Su continua exposición a los pacientes con covid-19 le hizo pensar que moriría pronto. El pensamiento mismo la hacía sentir terriblemente triste y se quedaba dándole vueltas al asunto. Su llanto y risas manifestaban inestabilidad emocional. Pensamientos negativos persistentes. Aunque de naturaleza introvertida, estas situaciones hicieron que se tomara más cerrada y callada.

Características homeopáticas. En cuanto a la temperatura, en general no podía tolerar ningún extremo climático. La paciente tenía deseos de alimentos ácidos, condimentados y fritos. Estreñimiento. Tenía ganas de evacuar una vez cada dos días. El dolor en el recto por el tránsito de las heces persistía durante horas después de haber evacuado, incluso si las heces eran blandas.

Antecedentes médicos significativos. Dos hijos: un niño de 4 años de edad y una niña de 2 años de edad, nacidos por cesárea. Tuvo varicela en la infancia. Sufrió de ictericia a los 20 años de edad, recibió tratamiento alopático y se recuperó.

Antecedentes familiares. El padre de la paciente había sido diagnosticado como diabético e hipertenso y recibía medicamentos de forma regular. Su madre

había sido diagnosticada como diabética y se encontraba bajo tratamiento.

Antecedentes de tratamiento. Acudió directamente al servicio ambulatorio (OPD). Anteriormente había consultado a un psiquiatra en el hospital en donde trabaja y fue diagnosticada con TEPT. No tomó los medicamentos recomendados por el psiquiatra, excepto ocasionalmente el calmante. Temía la adicción a los medicamentos y estaba renuente a tomarlos.

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 54, con lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Se tomó el caso, con base en la totalidad de los síntomas y, después de considerar el repertorio (figura 6) y la *Materia Médica*, el 30 de septiembre de 2020 se le prescribieron dos dosis de **Ignatia 200C**, seguidas de placebo.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsecuente se prescribió **Ignatia** en potencias de 1M, 10M en dosis únicas, junto con placebo, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de cumplir con sus ocupaciones. En la evaluación después de seis meses, realizada el 30 de marzo de 2021, la paciente se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y su vida laboral volvió a la normalidad, con tranquilidad. El puntaje de CAPS-5 fue de 12, sin síntomas de TEPT. La paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió dos veces en dosis únicas durante este periodo, seguido por placebo. Al término de 1 año, el 1 de octubre de 2021 se aplicó la escala *Criterios Modificados de Naranjo para la Homeopatía* y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó a la paciente que revisara y reportara si alguno de los malestares reaparecía en el futuro.

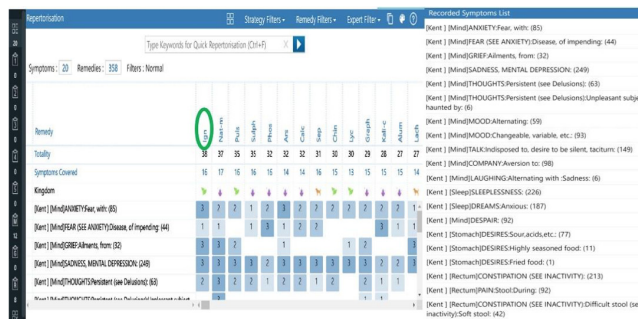


Figura 6. Hoja de repertorización del caso no. 4, junto con la lista de síntomas.

Caso 5

Paciente (RL). Varón de 22 años de edad, de etnicidad hindú, estudiante de ingeniería.

Síntomas principales. El paciente acudió a OPD con malestares de severo miedo a la covid-19 y ansiedad durante los 2 meses anteriores. Estaba acompañado por su padre. Su miedo era tan severo que no podía concentrarse en sus estudios. Aversión a los estudios. Parecía estar muy deprimido y no mostraba interés en trabajo alguno. Deseo de estar solo. Pensamientos persistentes en torno a la salud. Este pánico comenzó después de saber de la muerte del padre de un amigo cercano. Ver las actualizaciones de las noticias de la covid-19 le causaba mucha aprensión. Manifestaba una fuerte tendencia a cometer suicidio. Desarrolló aversión a la vida. Deseaba llegar a su fin porque pensaba que, de cualquier modo, la infección por covid-19 terminaría con toda vida humana. Tenía trastornos del sueño, con sueños de angustia. El padre del paciente consultó un psiquiatra en busca de ayuda. El psiquiatra diagnosticó el caso como TEPT, prescribió medicamento y recomendó sesiones de psicoterapia, sin que éstas se realizaran.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era fría. El paciente tenía deseos de comer carne y alimentos condimentados. Tenía estreñimiento con heces duras y secas.

Antecedentes médicos significativos. Nada específico.

Antecedentes familiares. El padre del paciente había sido diagnosticado como diabético y recibía medicamento de forma regular.

Antecedentes de tratamiento. Acudió directamente al servicio ambulatorio (OPD). Previamente tomó los antidepresivos y tranquilizantes prescritos por el psiquiatra durante 1 mes y los interrumpió de forma

abrupta. El paciente se negaba a tomar medicamentos y nunca acudió a las sesiones de psicoterapia, incluso si había mucha persuasión de la familia.

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 53, con lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente se prescribió **Piscidia erythrina**, en forma de tintura madre, en dosis de 15 gotas en un cuarto de vaso de agua una vez al día, antes de acostarse, para aliviar la ansiedad y el insomnio. Mientras tanto, se tomó el caso, con base en la totalidad de los síntomas y, después de considerar el repertorio (figura 7) y la *Materia Médica*, el 25 de septiembre de 2020 se le prescribieron al paciente dos dosis de **Aurum metallicum (Aur met)** 200C, seguido de placebo.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsiguientes se prescribió **Aur met** en potencia de 1M en dosis únicas, una vez al mes, seguido de placebo, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de realizar sus ocupaciones. En la evaluación después de seis meses realizada el 30 de marzo de 2021, se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y pudo continuar con su vida académica a un ritmo normal. El puntaje de CAPS-5 fue de 12. El paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió tres veces en dosis únicas durante este periodo, seguido por placebo. Al término de 1 año, el 10 de octubre de 2021, se aplicó la herramienta MONARCH y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó al paciente que revisara y reportara si aparecía alguno de los malestares en el futuro.

Remedy	Nux-v	Ars	Puls	Aur	Phos	Nat-m	Merc	Hep	Lyc	Sep	Chin	Alum	Nit-ac	Rhus-t
Totally	57	56	56	54	53	51	50	49	49	49	48	47	47	47
Symptoms Covered	17	16	16	18	15	16	15	16	16	16	14	17	15	14
Kingdom	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
[Complete] [Mind]ANXIETY/Fear, with: (149)	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4
[Complete] [Mind]FEAR: (844)	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4
[Complete] [Mind]FEAR:Death, of: (283)	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	4
[Complete] [Mind]FEAR:Happen:Something will: (279)	4	3	3	2	4	3	4	2	4	3	1	3	4	2
[Complete] [Mind]COMPANY:Aversion to Solitude, desire for: (242)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Figura 7. Hoja de repertorización del caso no. 5, junto con la lista de síntomas.

Caso 6

Paciente (MV). Mujer casada de 32 años de edad, de etnicidad hindú, ama de casa.

Síntomas principales. La paciente acudió a OPD con malestares de severa ansiedad y miedo a la covid-19, junto con depresión durante los 2 meses anteriores. Los malestares comenzaron después de la muerte de sus padres por infección de covid-19. Los había cuidado durante su estancia en el hospital. Su miedo era tan severo que dejó de realizar tareas domésticas y permanecía todo el día en silencio, pensando en el hecho. Tenía insomnio debido a pensamientos persistentes de sus padres, con sueños de angustia y pesadillas. No comía nada, se encerraba en una habitación. Su naturaleza es introvertida.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era caliente. La paciente tenía deseos de sal y alimentos salados. Tenía estreñimiento con heces secas y duras.

Antecedentes médicos significativos. Tiene un hijo de 6 años de edad que nació por cesárea. Sin enfermedades significativas en el pasado.

Antecedentes familiares: El padre y la madre de la paciente murieron recientemente por covid-19.

Antecedentes de tratamiento. Su esposo la llevó a consulta directamente a OPD.

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de

puntos CAPS-5 fue de 61, con lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente se prescribió **Ignatia 200C** en dosis de 4 glóbulos dos veces al día durante un día, seguido por placebo, para aliviar la ansiedad y el insomnio. Mientras tanto, se tomó el caso con base en la totalidad de los síntomas y, después de considerar el repertorio (figura 8) y la *Materia Médica*, el 5 de octubre de 2020 se prescribieron a la paciente dos dosis de **Natrum muriaticum (Nat mur) 200C**, seguidas por placebo.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsecuentes se prescribió una dosis de **Nat mur** en potencia de 1M cada mes, junto con placebo para continuar, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de realizar sus ocupaciones. En la evaluación después de seis meses realizada el 5 de abril de 2021, se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y su vida habitual volvió a la normalidad, con tranquilidad. El puntaje de CAPS-5 fue de 12. La paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió cuatro veces en dosis únicas durante este periodo, seguido por placebo. Al término de 1 año, el 20 de noviembre de 2021, se aplicó la escala *Criterios Modificados de Naranjo para la Homeopatía* y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó a la paciente que revisara y reportara si aparecía alguno de los malestares en el futuro.

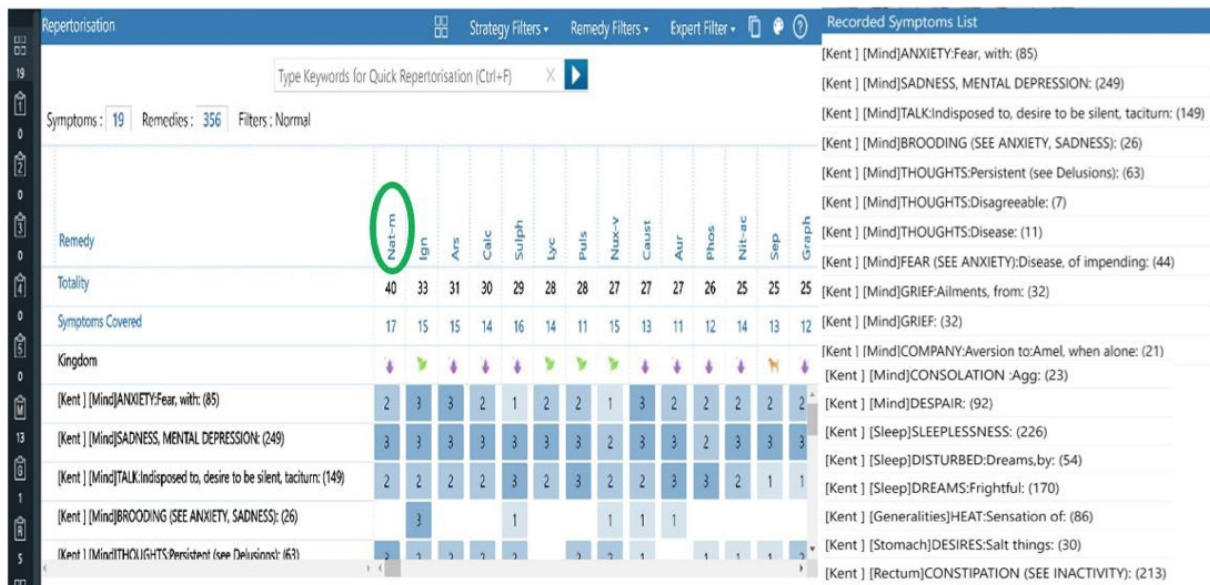


Figura 8. Hoja de repertorización del caso no. 6, junto con la lista de síntomas.

Caso 7

Paciente (KG). Varón casado de 45 años de edad, de etnicidad hindú; hombre que tiene un negocio de ropa y viaja con frecuencia.

Síntomas principales: El paciente acudió a OPD con malestares de severo miedo a la covid-19 y ansiedad durante el mes anterior. Llegó solo. Su miedo era tan severo que no podía manejar su negocio. Parecía muy deprimido. Pensamientos persistentes en torno a la salud. Este pánico comenzó después de la muerte de su esposa. Debido a sus viajes regulares relacionados con su negocio de ropa, contrajo covid-19. Se recuperó, pero su mujer fue hospitalizada y murió. Tenía perturbaciones del sueño, con sueños de angustia.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era caliente. El paciente tenía deseos de dulces y aversión a la carne. Su movimiento intestinal estaba completamente afectado, con estreñimiento alternado con diarrea, independientemente de los alimentos que ingeriera.

Antecedentes médicos significativos. Fue diagnosticado como diabético durante la infección por covid-19.

Antecedentes familiares. El padre y la madre del paciente habían sido diagnosticados como diabéticos. Su padre murió de infarto al miocardio.

Antecedentes de tratamiento. Acudió directamente a OPD. Previamente tomó calmantes prescritos por un médico durante 15 días y los interrumpió de forma abrupta. El paciente estaba renuente a tomar medicamento alopático, por miedo a ser etiquetado como paciente con problemas mentales.

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 53, con lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente se prescribió **Piscidia erythrina**, en forma de tintura madre, en dosis de 15 gotas en un cuarto de vaso de agua, diariamente al acostarse para aliviar la ansiedad y el insomnio. Mientras tanto, se tomó el caso con base en la totalidad de los síntomas y, después de considerar el repertorio (figura 9) y la *Materia Médica*, el 25 de octubre de 2020 se prescribieron al paciente dos dosis de **Lycopodium (Lyc)** 200C, seguido por placebo.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsiguientes se prescribió **Lyc** en potencias 1M de dosis única, una vez en dos meses, junto con placebo para continuar, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de atender su negocio de nuevo. En la evaluación después de seis meses, realizada el 20 de abril de 2021, se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y pudo continuar con los tratos de su negocio a su ritmo normal. El puntaje de CAPS-5 fue de 12. El paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió cuatro veces en dosis únicas durante este periodo, seguido por placebo. Al término de 1 año, el 10 de noviembre de 2021, se aplicó la herramienta MONARCH y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó al paciente que revisara y reportara si aparecía alguno de los malestares en el futuro.

Remedy	Lyc	Ans	Puls	Calc	Phos	Sulph	Nusc-v	Kali-c	Nat-m	Merc	Ign	Sep	Graph	Bry
Totally	31	29	28	25	25	25	23	22	22	21	20	20	19	18
Symptoms Covered	14	15	13	12	12	11	13	11	11	14	11	11	8	12
Kingdom														
[Kent] [Mind]ANXIETY: Fear, with: (85)	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	1
[Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY): Imaginary things: (7)	1	1			2					1				
[Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY): Failure of, in business: (1)														
[Kent] [Mind]SADNESS, MENTAL DEPRESSION: (249)	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2
[Kent] [Mind]ANXIETY: Health, about: (33)		1	1	2	2	1	1	1			1	2		1
[Kent] [Mind]ANXIETY: Dark: (22)														
[Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY): Alone, of being (see Company): (43)														
[Kent] [Mind]COMPANY: Desire for: (58)														
[Kent] [Sleep]DISTURBED: (42)														
[Kent] [Sleep]DISTURBED: Dreams, by: (54)														
[Kent] [Sleep]DREAMS: Frightful: (170)														
[Kent] [Sleep]DREAMS: Nightmare: (73)														
[Kent] [Generalities]HEAT: Sensation of: (86)														
[Kent] [Stomach]DESIRE: Sweets: (36)														
[Kent] [Stomach]AVERSION: Meat: (88)														
[Kent] [Rectum]CONSTIPATION (SEE INACTIVITY): Alternating with diarrhoea: (81)														

Figura 9. Hoja de repertorización del caso no. 7, junto con la lista de síntomas.

Caso 8

Paciente (KS). Mujer casada de 40 años de edad, de etnicidad hindú, ama de casa.

Síntomas principales. La paciente acudió a OPD con malestares de severa ansiedad y miedo a la covid-19 durante los 2 meses anteriores. Estaba acompañada de su esposo. Los malestares comenzaron después de la muerte de su único hijo debido a la covid-19. Había cuidado a su hijo durante su internamiento en el hospital. Su miedo era tan severo que dejó de realizar las tareas domésticas, permanecía todo el día en silencio pensando en el hecho. Tenía insomnio debido a pensamientos persistentes sobre su hijo, con sueños angustiantes y pesadillas. Se le veía constantemente agitada, siempre pensando y caminando en la casa. Mostraba limpieza excesiva, lavando las cosas compradas en el exterior una y otra vez. También comenzó a lavarse las manos de forma repetida, con miedo de infectarse.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era fría. La paciente tenía deseos de fruta. Tenía estreñimiento con heces secas y duras.

Antecedentes médicos significativos. Tuvo un hijo de 20 años de edad que murió por covid-19. Sin enfermedades significativas en el pasado.

Antecedentes familiares. El padre y la madre de la paciente habían sido diagnosticados como diabéticos e hipertensos y se encontraban bajo tratamiento con medicamento.

Antecedentes de tratamiento. Su esposo la llevó a consulta directamente a OPD. Antes había ido a un psiquiatra que la diagnosticó con TEPT. Le prescribió medicamentos, pero la paciente estaba renuente a tomarlos.

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 54, con lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente se prescribió **Aconitum napellus** 200C en dosis de 4 glóbulos dos veces al día durante tres días, seguido de placebo, para aliviar la agitación y el insomnio. Mientras tanto, se tomó el caso, con base en la totalidad de los síntomas y, después de considerar al repertorio (figura 10) y la *Materia Médica*, el 20 de octubre de 2020 se le prescribieron dos dosis de **Arsenicum album (Ars alb)** 200C, seguido de placebo.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsecuentes se prescribió **Ars alb** en potencia 1M en dosis únicas, una vez en dos meses, junto con placebo para continuar, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de realizar sus quehaceres diarios de nuevo. En la evaluación después de seis meses, realizada el 20 de abril de 2021, se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y su vida cotidiana volvió a la normalidad con tranquilidad. El puntaje de CAPS-5 fue de 12. La paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió tres veces en dosis únicas durante este periodo, seguido por placebo. Al término de 1 año, el 20 de noviembre de 2021, se aplicó la escala *Criterios Modificados de Naranja para la Homeopatía* y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó al paciente que revisara y reportara si alguno de los malestares reaparecía en el futuro.

Remedy	Ars	Nit-m	Nit-ac	Nux-v	Sulph	Calc	Ign	Sep	Kali-c	Phos	Caust	Lyc	Ph-ac	Puls
Totality	27	27	27	25	25	24	23	22	21	21	21	21	20	20
Symptoms Covered	13	12	11	12	12	11	11	12	10	10	9	9	10	9
Kingdom	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
[Kent] [Mind]ANXIETY:Fear, with: (85)	3	2	2	1	1	2	3	2	2	2	3	2		2
[Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY):Disease, of impending: (44)	1	1	2	2	1	2	1	2	3	3				2
[Kent] [Mind]ANXIETY:Health, about: (33)	1		3	1	1	2	1	2	1	2			1	1
[Kent] [Mind]RESTLESSNESS, NERVOUSNESS: (249)	3	2	2	2	3	3	2	3	2	1	2	3	2	3
[Kent] [Mind]FEAR (SEE ANXIETY):Death, of: (103)	3	1	3	2	1	3	1	1	2	3	2	2	2	2

Figura 10. Hoja de repertorización del caso no. 8, junto con la lista de síntomas.

Caso 9

Paciente (NM). Varón de 21 años de edad, de etnicidad hindú, estudiante de farmacéutica.

Síntomas principales. El paciente acudió a OPD con malestares de severo miedo a la covid-19 y ansiedad durante los 2 meses anteriores. Estaba acompañado de su padre y su madre. Su miedo era tan severo que no se podía concentrar en sus estudios. Parecía estar muy deprimido, sin interés alguno por realizar trabajo. Pensamientos persistentes en torno a la salud y el futuro. Este pánico comenzó después de la muerte de su compañero de clases y amigo cercano por covid-19. Ver noticias sobre la covid-19 lo hacía sentir muy aprensivo. Mostraba irritabilidad e ira violenta. Comenzó a pelear por cosas sin importancia y reaccionaba violentamente a la mínima contradicción. Terminaba pensando que de cualquier modo la covid-19 terminaría con toda vida humana. Tenía insomnio y perturbaciones del sueño, con sueños de angustia. El padre del paciente consultó a un psiquiatra, quien diagnosticó el caso como TEPT, prescribió medicamento y aconsejó sesiones de psicoterapia.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era fría. El paciente tenía deseos de carne y alimentos condimentados. Tenía estreñimiento con heces secas y duras.

Antecedentes médicos significativos. Nada específico.

Antecedentes familiares. El padre del paciente había sido diagnosticado con diabetes y tomaba medicamento de forma regular.

Antecedentes de tratamiento. Acudió directamente a OPD. Previamente tomó durante un mes antidepresivos y calmantes prescritos por el psiquiatra, que interrumpió de forma abrupta. El paciente estaba renuente a tomar medicamentos y

nunca recurrió a sesiones de psicoterapia, incluso con mucha persuasión de la familia.

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 52, con lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente, debido al insomnio y la ansiedad reportados por el paciente, se prescribió **Coffea cruda** 200C en dosis de 4 glóbulos dos veces al día, durante 3 días consecutivos, seguido por placebo. Mientras tanto, el caso fue tomado, con el desarrollo de la totalidad de los síntomas y su repertorización (figura 11) y, después de la consulta, con ayuda de los *Síntomas Guía de Hering de Materia Médica*, el 1 de noviembre de 2020 se prescribieron al paciente dos dosis de **Nux vomica (Nux vom)** 200C, junto con placebo para continuar.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsiguientes se prescribió **Nux vom** en potencias 1M en dosis única, una vez al mes, junto con placebo para continuar; se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo había mejorado considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de asistir a la universidad. En la evaluación después de seis meses realizada el 30 de abril de 2021, se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y pudo continuar con sus estudios a su ritmo normal. El puntaje de CAPS-5 fue de 13. El paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió cuatro veces en dosis únicas durante este periodo, seguido por placebo. Al término de 1 año, el 10 de noviembre de 2021, se aplicó la herramienta MONARCH y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó al paciente que revisara y reportara si alguno de los malestares reaparecía en el futuro.

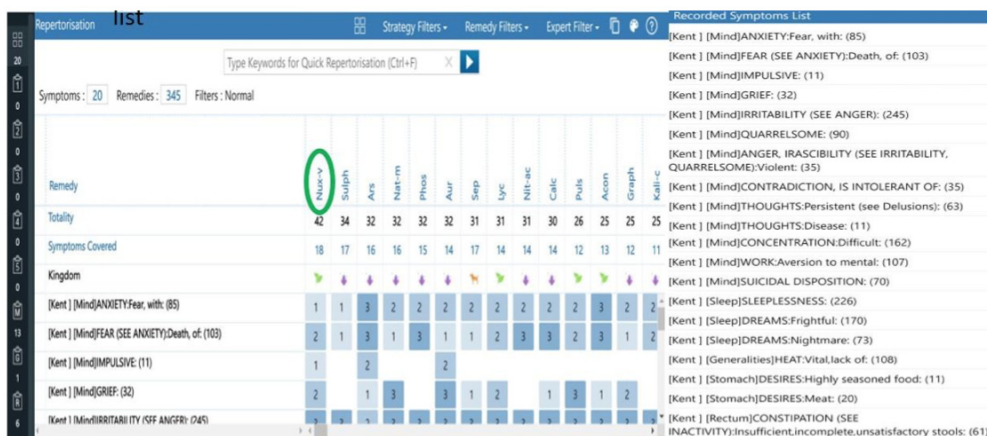


Figura 11. Hoja de repertorización del caso no. 9, junto con la lista de síntomas.

Caso 10

Paciente (KK). Mujer soltera de 28 años de edad, de etnicidad hindú, maestra de bachillerato.

Síntomas principales. La paciente acudió a OPD con malestares de severa ansiedad y miedo a la covid-19, junto con depresión durante los 2 meses anteriores. Estaba acompañada por su madre. Los malestares comenzaron después de la muerte de su padre por covid-19. Había atendido a su padre durante su internamiento en el hospital. Su miedo era tan severo que no podría concentrarse en su profesión. Tenía insomnio debido a pensamientos persistentes de su padre, con sueños de angustia y pesadillas. Era introvertida por naturaleza, pero ahora se había vuelto más absorta en sí misma. Muy callada y sin interés por nada en torno a ella.

Características homeopáticas. En general, su temperatura era caliente. La paciente tenía deseos de alimentos salados. Tenía estreñimiento con heces secas y duras, así como dolor en el recto que duraba durante horas después de haber evacuado.

Antecedentes médicos significativos. Sin enfermedades significativas en el pasado.

Antecedentes familiares. El padre y la madre de la paciente habían sido diagnosticados con diabetes e hipertensión, bajo tratamiento con medicamento. Su padre murió por covid-19.

Antecedentes de tratamiento. Su madre la llevó a consulta directamente a OPD. Su madre estaba muy preocupada por ella y no quería que fuera catalogada como paciente con problemas mentales, dado que esto podría ser un obstáculo para su matrimonio.

Evaluación diagnóstica. El criterio del conjunto de síntomas DSM-5 estuvo presente y la escala de puntos CAPS-5 fue de 59, con lo que el caso fue diagnosticado como TEPT con síntomas severos.

Prescripción. Inicialmente se prescribió **Ignatia** 200C en dosis de 4 glóbulos, dos veces al día durante tres días, seguido por placebo, para aliviar la agitación y el insomnio. Mientras tanto, el caso fue tomado con base en la totalidad de los síntomas y, después de considerar el repertorio (figura 12) y la *Materia Médica Homeopática*, el 20 de noviembre de 2020 se le prescribieron dos dosis de **Natrum mur** (Nat mur) 200C, junto con placebo para continuar.

Seguimiento y resultados. En seguimientos subsecuentes se prescribió **Nat mur** en potencia 1M en dosis única, una vez al mes, junto con placebo para continuar, y se dio seguimiento durante 6 meses con una evaluación mensual de los síntomas y puntaje de CAPS-5 cada tres meses. El miedo mejoró considerablemente dentro de los primeros 3 meses, con buen sueño, y fue capaz de asistir a la escuela. En la evaluación después de seis meses, del 30 de abril de 2021, se había recuperado de sus síntomas en un grado notable y su vida habitual regresó a la normalidad, con tranquilidad. El puntaje de CAPS-5 fue de 13. La paciente recibió seguimiento adicional durante los siguientes 6 meses a lo largo de la segunda fase de la pandemia. El medicamento se repitió tres veces en dosis únicas durante este periodo, seguido por placebo. Al término de 1 año, el 30 de noviembre de 2021, se aplicó la escala *Criterios Modificados de Naranja para la Homeopatía* y el puntaje fue de +9/13. Además, se le solicitó a la paciente que revisara y reportara si alguno de los malestares reaparecía en el futuro.

Remedy	Natrum mur	Sulphur	Caustic	Puls	Calc	Nux-v	Ign	Ars	Phos	Lyc	Nit-ac	Graph	Lach	Aur
Totally	37	35	32	32	29	29	28	27	27	26	26	25	24	24
Symptoms Covered	15	15	15	13	14	14	14	14	12	12	12	11	10	
Kingdom														
[Kent] [Mind]ANXIETY: Fear, with: (85)	2	1	3	2	2	1	3	3	2	2	2	1	2	
[Kent] [Mind]SADNESS, MENTAL DEPRESSION: (249)	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	
[Kent] [Mind]GRIEF: (32)	3		3	3	1	2	3	1		2		2	3	
[Kent] [Mind]GRIEF: Ailments, from: (32)	3		3	2		2	3	1		1	1	2	3	
[Kent] [Mind]BROODING (SEE ANXIETY, SADNESS): (26)			1	1			1	3						1
[Kent] [Mind]THOUGHTS: Persistent (see Delusions): (63)	3	3	1	3	3	3	3	1		1	1	1	1	

Figura 12. Hoja de repertorización del caso no. 10, junto con la lista de síntomas.

Discusión

La pandemia ha puesto a la vida humana en la incertidumbre, conflicto y bajo emociones altamente inestables, lo cual ha conducido a una conmoción psicológica inimaginable. Las experiencias traumáticas de la pandemia llevaron a muchos a experimentar ansiedad y miedo al futuro. Estas consecuencias condujeron a las manifestaciones del TEPT en algunos. Se presentan en este artículo 10 de los casos que llegaron en busca de tratamiento homeopático. El abordaje holístico del sistema médico homeopático muestra su particular aplicación en el tratamiento de los trastornos psicológicos. El abordaje que presenta Hahnemann en su *Organon* al referirse a los trastornos mentales en los aforismos 210-230²⁰ brinda el enfoque que puede aplicarse para su tratamiento específico.

Los casos fueron estudiados a profundidad y se les prescribieron medicamentos homeopáticos individualizados. Inicialmente se utilizaron remedios para la fase aguda, como **Aconitum**, **Coffea cruda** e **Ignatia** en potencias centesimales, así como *Piscidia erythrina* en tintura madre, de conformidad con las indicaciones de los casos, y después de

una evaluación profunda se prescribió el *simillimum* apropiado, una vez efectuada la repertorización de la totalidad de los síntomas y consultando la *Materia Médica*. Para la selección final del remedio se consultó la obra *Síntomas Guía de Hering de Materia Médica*²². Se trata de la *Materia Médica* más madura y práctica, considerada uno de los libros fuente más importantes de la Homeopatía. Los libros fuente en los que los síntomas de experimentación se establecieron de conformidad con su secuencia de ocurrencia y situación, contribuyen en gran medida a llegar al *simillimum* perfecto. Al término de un año, ninguno de los casos mostraba síntomas del TEPT en la escala de puntos de CAPS-5, además de que la escala de puntos MONARCH resultó significativa para la atribución de los resultados al tratamiento homeopático. El resumen de los casos se muestra en la tabla 2. Sólo los casos a los que fue posible darles mayor seguimiento a largo plazo fueron seleccionados para presentarse aquí. Se pidió a los pacientes que reportaran si algún síntoma reaparecía en el futuro. Los medicamentos homeopáticos que se indicaron y que se encontraron útiles en estos casos fueron **Arsenic album**, **Aurum met**, **Ignatia**, **Lycopodium**, **Natrum muriaticum** y **Nux vomica**, según se muestra en la figura 2.

	Hombre	Mujer	Total
21-30 años de edad	2	2	4
31-40 años de edad	1	4	5
41-50 años de edad	1	0	1
Total	4	6	10

Tabla 1. Distribución de los casos por edad y sexo.

Además de presentar las manifestaciones del TEPT, se encontró que la mayor parte de los pacientes sufría la conmoción de ser estigmatizados como pacientes con problemas mentales. Incluso habiendo un nivel avanzado de civilización y progreso, la gente continúa expresando tabús culturales y estigmas sociales en relación con los trastornos mentales y éste es un obstáculo real para su perspectiva de tratamiento oportuno²⁴.

Finalmente, la introspección en la perspectiva histórica muestra que el TEPT se identificó como una neurosis de pánico (1800) y neurosis traumática (1920) después de la Primera Guerra Mundial, pero no se encontraba claramente definido. La nomenclatura del TEPT es reciente (1980) y sus grupos de síntomas fueron definidos claramente a partir del DSM-V, que es el texto moderno actual para diagnosticar trastornos mentales. Sin embargo, la

imagen de estos grupos ya había sido representada en nuestros medicamentos y asentada en nuestros libros fuente, como *Síntomas Guía de Hering de Materia Médica*, nada menos que en 1879-1891. Esto ilustra el fantástico resultado de la experimentación de

medicamentos/pruebas patogénicas homeopáticas realizadas meticulosamente por nuestros maestros con máxima precisión, que se mantienen vigentes a estas alturas y demuestran que la Homeopatía es una ciencia médica adelantada a su tiempo.

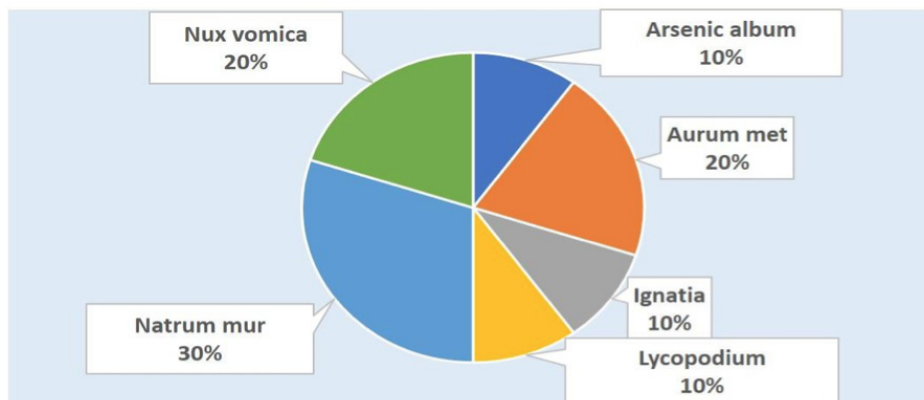


Figura 2. Medicamentos homeopáticos útiles prescritos en casos de TEPT (n = 10).

Empero, las series de casos retrospectivos se consideran un nivel inferior de evidencia en comparación con los estudios prospectivos. Los pacientes se toman mediante un método de muestreo conveniente y los resultados no pueden atribuirse a la población en general, debido al sesgo

de la selección. Sin embargo, el resultado positivo logrado a través del manejo homeopático en estos casos es un incentivo para pensar en emprender una investigación adicional en este campo. Se encuentra justificada una validación adicional a través de ensayos clínicos bien diseñados.

Descripción	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
Antecedentes de tratamiento médico convencional y psicoterapia	No	No	No	Ocasionalmente se emplearon calmantes	Se emplearon antidepresivos y calmantes durante 1 mes y se interrumplieron	No	Calmantes	No	Se emplearon antidepresivos y calmantes durante 1 mes y se interrumplieron	No
Evaluación diagnóstica conforme al conjunto de síntomas DSM-5	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
Evaluación diagnóstica por CAPS-5 (Psicólogo clínico)	63	55	51	54	53	61	53	54	52	59
Duración de la intervención homeopática en meses	12	12	12	12	12	12	12	12	13	13
Medicamento homeopático prescrito (potencia y dosificación)	Aurum metallicum 200C y 1M	Nux vomica 200C y 1M	Natrum muriaticum 200C y 1M	Ignatia 1M y 10M	Aurum metallicum 200C y 1M	Natrum muriaticum 200C y 1M	Lycopodium 200C y 1M	Arsenicum album 200C y 1M	Nux vomica 200C y 1M	Natrum muriaticum 200C y 1M
Resultado evaluado por DSM-5 y CAPS-5 (Psicólogo Clínico)	Sin síntomas CAPS-5 = 12	Síntomas Leves CAPS-5 = 22	Síntomas CAPS-5 = 24	Sin síntomas CAPS-5 = 12	Sin síntomas CAPS-5 = 13	Sin síntomas CAPS-5 = 16	Sin síntomas CAPS-5 = 16	Sin síntomas CAPS-5 = 18	Sin síntomas CAPS-5 = 15	Sin síntomas CAPS-5 = 18
Herramienta MONARCH	+9/13	+9/13	+9/13	+9/13	+9/13	+9/13	+9/13	+9/13	+9/13	+9/13

Tabla 2. Resumen de los casos conforme a los lineamientos HOM-CASE CARE. Abreviaturas utilizadas: C: potencia centesimal; CAPS-5: el médico aplicó la Escala de Puntos de TEPT; DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales-5.

Conclusión

Los medicamentos homeopáticos mostraron un papel significativamente benéfico en el manejo del TEPT durante la pandemia en los 10 casos presentados. Se encuentra justificada una validación adicional a través de ensayos clínicos bien diseñados.

Agradecimientos

Los autores quisieran agradecer a los pacientes por su consentimiento para recibir tratamiento homeopático, cumpliendo oportunamente los seguimientos y la realización de reportes detallados.

Consentimiento del paciente

El consentimiento de los pacientes para la divulgación de los detalles de los casos se obtuvo bajo la promesa de mantener un anonimato de identificación estricto.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5, 5a ed. CBS Publishers & Distributors. Edición Especial Hindú. 2013.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020; 395: 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
3. Cao C, Wang L, Fang R, *et al.* Anxiety, depression, and PTSD symptoms among high school students in china in response to the COVID-19 pandemic and lockdown [publicado en línea antes de impresión, 22 de septiembre de 2021]. *J Affect Disord.* 2021; 296: 126-129. doi: 10.1016/j.jad.2021.09.052
4. Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, *et al.* Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2013; 44(6): 635-650. doi: 10.1016/j.amepre.2013.02.013
5. Giannopoulou I, Galinaki S, Kollintza E, *et al.* COVID-19 and post-traumatic stress disorder: The perfect 'storm' for mental health (Review). *Exp Ther Med.* 2021; 22(4): 1162. doi: 10.3892/etm.2021.10596
6. Hahnemann S. *Organon of Medicine*, 5a y 6a ed. Nueva Delhi: B. Jain. Publishers; 1994.
7. Hardy KV, Mueser KT. Editorial: Trauma, Psychosis and Posttraumatic Stress Disorder. *Front Psychiatry.* 2017; 8: 220. doi: 10.3389/fpsy.2017.00220
8. Hering C. *The Guiding Symptoms of our Materia Medica*. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 1991.
9. Homopath Zomeo Ultimate software. Mind Technologies Pvt. Ltd. 2020, Lan 13.7.3 ver.
10. Ipser JC, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). *International Journal of Neuropsychopharmacology.* Jul 2012; 15(6): 825-840. doi: 10.1017/S1461145711001209
11. Lamba CD, Gupta VK, van Haselen R, Rutten L, Mahajan N, Molla AM, *et al.* Evaluation of the Modified Naranjo Criteria for Assessing Causal Attribution of Clinical Outcome to Homeopathic Intervention as Presented in Case Reports. *Homeopathy.* 2020; 109: 191-197. doi:10.1055/s-0040-1701251
12. Larkin M. Can post-traumatic stress disorder be put on hold? *The Lancet.* 1999; 354(9183): 1008. doi:10.1016/S0140-6736(05)76618-6
13. Organización Mundial de la Salud. *Mental Health Action Plan 2013-2020* [internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 1 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
14. Mittelstadt U. Post-Traumatic-Stress-Disorder and Homoeopathy. *Clever H. - the Mag!* 2017: 1-5 [citado 1 Nov 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320704121_Post-Traumatic-Stress-Disorder_and_Homeopathy
15. Ni MY, Yao XI, Leung KSM, Yau C, Leung CMC, Lun P, *et al.* Depression and post-traumatic stress during major social unrest in Hong Kong: a 10-year prospective cohort study. *The Lancet.* 2020; 395(10220): 273-284. doi: 10.1016/S0140-6736(19)33160-5
16. Paintain E, Cassidy S. First-line therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review of cognitive behavioral therapy and psychodynamic approaches. *Couns Psychother Res.* 2018; 18(3): 237-250. doi: 10.1002/capr.12174
17. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A meta-analysis. *Crit Care Med.* 2015; 43: 1121-1129.
18. Ponnambalam HB, Akondi BR. Post-COVID Stress Disorder: An Emerging Upshot of the COVID-19 Pandemic. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care.* 2021; 13(2): 123-124. doi: 10.18311/ajprhc/2021/27648

19. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, *et al.* Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(5): 630-637. doi: 10.1176/ajp.155.5.630
20. Singh SP, Khokhar A. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in General Population in India During COVID-19 Pandemic Home Quarantine. *Asia Pac J Public Health*. 2021; 33(1): 154-156. doi: 10.1177/1010539520968455
21. Strauss JL, Lang AJ. Complementary and Alternative Treatments for PTSD. *PTSD Research Quarterly, National Center of PTSD*. 2012; 23(2): 1-7 [citado el 20.11.2021]. Disponible en: https://www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/v23n2/pdf
22. Venkatesh BT, Andrews T, Mayya SS, Singh MM, Parsekar SS. Perception of stigma toward mental illness in South India. *J Family Med Prim Care*. 2015; 4(3): 449-453. doi: 10.4103/2249-4863.161352
23. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, *et al.* The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military Veterans. *Psychological Assessment*. 2018; 30: 383- 395. doi: 10.1037/pas0000486
24. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. (2013). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). [Evaluación] Disponible en: www.ptsd.va.gov

Artículo de revisión

**“Continuum” de la Teoría Unificada de las Enfermedades

George Vithoulkas, *Stefano Carlino

Resumen

El tema de este artículo fue inspirado por una pregunta realizada por un niño: “¿Por qué me enfermo?” La pregunta es muy interesante, pero no tiene una respuesta sencilla. Este escrito aborda algunas posibles respuestas a esta difícil cuestión. Durante la vida de una persona, desde su nacimiento hasta su muerte, existe un *continuum* de las condiciones patológicas que puede experimentar. El cuerpo como un todo sufre profundamente en cualquier ocasión que una condición crónica o aguda sea maltratada o desatendida. Las enfermedades crónicas y agudas en el historial médico de una persona constituyen una cadena de respuestas inmunológicas estrictamente relacionadas que forman un verdadero *continuum* que en cada punto determinado de tiempo indica el resultado final de dicho *continuum*.

La idea aquí promovida es que la supresión de enfermedades, a través del uso excesivo de medicamentos químicos o por cualquier otro medio, en varias ocasiones sobrecargan a las defensas naturales del cuerpo y obligan al sistema inmunológico a ceder e iniciar en una línea de defensa más interna, que posteriormente constituirá el principio de una nueva condición crónica. Por consiguiente, la inflamación original de una condición aguda podrá continuar como un proceso inflamatorio subagudo a un nivel más profundo.

Por consiguiente, las condiciones inflamatorias agudas deberán tratarse con sumo cuidado desde sus inicios en la infancia para no obligar al sistema inmunológico a comprometerse. En este escrito también se sugiere que todas las enfermedades cronicodegenerativas son de índole inflamatorio subagudo, y que la “inflamación” constituye el parámetro prevalente principal en todas las enfermedades.

Abstract

This essay's theme was inspired by a question asked by a child: “Why do I get ill?” The question is very interesting, but has no easy answer. This paper discusses a few possible answers to this difficult question. Through the life of a person, from birth to death, there is a continuum in the pathological conditions a person may experience. The body, as a whole, suffers deeply any time there is an acute or a chronic condition that is either maltreated or neglected. Chronic and acute diseases in the medical history of a person constitute a rigidly

PALABRAS CLAVE:

Homeopatía, Enfermedad, Enfermedad crónica, Sistema inmunológico, Modelos, Biológicos.

*Publicado originalmente en el *Medical science monitor: International medical journal of experimental and clinical research*. Cita del original: The “continuum” of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit.* 2010; 16(2): SR7-15.

Traducción: Fernando González.

**International Academy of Classical Homeopathy, Alónnisos, Grecia. Profesor honorario de la Universidad del Egeo, Grecia. Profesor honorario de la Universidad Estatal de Medicina de la República de Chuvash (Rusia). Profesor Honorario de la Academia Médica de Kiev. Miembro asociado senior de la Royal Society of Medicine, Reino Unido.

***The International Academy of Classical Homeopathy (IACH).

KEYWORDS:

Homeopathy, Disease, Chronic disease, Immune system, Models, Biological.

related chain of immune responses in the form of a real continuum that at every point in time indicates the end result of this continuum.

The idea promoted here is that suppression of diseases, through excess of chemical drugs or other means, many times overwhelms the body's natural defenses and forces the immune system to compromise and start a deeper line of defense, which then constitute the beginning of a new chronic condition. Thus, the original inflammation of an acute condition may continue as a sub-acute inflammatory process on a deeper level.

Acute inflammatory conditions must therefore be treated very carefully from their beginnings in childhood in order not to force the immune system to compromise. It is also suggested here that all chronic degenerative conditions have a sub-acute inflammatory character, and that "inflammation" constitutes the main common parameter of all diseases.

Antecedentes

Durante la vida de una persona, desde el nacimiento hasta su muerte, existe un *continuum* en la secuencia de sus enfermedades naturales, agudas y crónicas. Cuando el paciente sufre enfermedades agudas que no son tratadas apropiadamente y además tiene un sistema inmunológico debilitado, su salud, en general, está en riesgo permanente.

Las enfermedades agudas de la infancia (afecciones no epidémicas, que se manifiestan principalmente en los sistemas que están más expuestos al ambiente externo, a saber, las respiratorias, digestivas y epidérmicas) deben tratarse con cuidado y no suprimirse con una medicación excesiva, de lo contrario continuarán en forma modificada como un tipo de proceso inflamatorio subagudo, detonando la expresión de la predisposición genética del cuerpo y, por consiguiente, manifestando las enfermedades cronicodegenerativas. Todas las enfermedades crónicas tienen también un carácter inflamatorio, y esa "inflamación" constituye el principal parámetro que caracteriza a todas las afecciones.

Si el cuerpo, al desarrollar una fiebre alta, se estresa agresivamente en repetidas ocasiones mediante la administración de drogas químicas fuertes o excesivas, el sistema inmunológico, ya en un estado debilitado, puede verse comprometido a tal grado que es incapaz de reaccionar produciendo una fiebre alta, incluso cuando se expone a microbios agresivos¹. Uno de los mejores ejemplos de esto es el síndrome de fatiga crónica, también llamado "síndrome post-viral". En tal condición es sabido que después

de una infección viral puede desarrollarse una afección crónica², la cual suele manifestarse con fatiga extenuante, debilidad muscular, fiebre leve, nódulos linfáticos sensibles, dolor de cabeza y depresión. Otros ejemplos son la hepatitis viral aguda, la cual podría continuar como un trastorno hepático y finalmente cirrosis³, así como la fiebre reumatoide aguda, que culmina en una condición crónica del corazón⁴⁻¹². También es sabido que las personas ancianas tienen menor capacidad para desarrollar una fiebre alta aun después de exponerse a algún agente infeccioso^{1, 13}. En todos los casos antes mencionados, cuando la fiebre alta debida a una infección viral es frenada por medios supresivos, el nivel de salud general es severamente afectado. Al mismo tiempo, una nueva condición cronicodegenerativa comienza, en la cual el cuerpo es genéticamente predispuerto.

La pregunta que surge es: "¿Cuál es la relación entre los procesos inflamatorios agudos y las enfermedades crónicas caracterizadas por exacerbaciones agudas?", y también, "¿es posible que compongan una misma línea básica de trastornos?"

En condiciones agudas, después de una interferencia agresiva a través de sustancias químicas fuertes, el cuerpo descenderá en su estado de salud general, renunciando a su defensa a nivel periférico y procediendo a defenderse a un nivel más profundo. Si esta nueva línea de defensa es atacada de nuevo, pasará a un nivel aún más profundo. El descenso en las defensas obedecerá un plan jerárquico, siendo al parecer un arquetipo en todos los humanos (infecciones periféricas dirigiéndose hacia un nivel más centralizado a mayor profundidad).

Por lo tanto, la hipótesis que podemos ex-

traer es que el sistema inmunológico, cuyo propósito principal es el de mantener la vida a cualquier costo, está estructurado de tal forma que responde y reacciona en diferentes niveles de diversas formas. El sistema inmunológico posee varios niveles de defensa. La primera línea de defensa será generar una fiebre alta. Si esto es imposible, debido a una deficiencia del sistema inmunológico, la segunda línea de defensa será un proceso inflamatorio subagudo, el cual es más difuso y por consiguiente más debilitante, ya que requiere la participación de órganos o sistemas vitales^{14, 15}.

La complejidad infinita del ser humano

Si consideramos al ser humano como una totalidad, con inteligencia, emociones, lenguaje y capacidades cognitivas y creativas, **ningún otro organismo en el planeta es tan complejo y multidimensional**. Por lo tanto, no es posible que algún análisis bioquímico nos ofrezca una respuesta definitiva en cuanto al grado de salud que posee un individuo en determinado momento. Las pruebas de laboratorio solamente ofrecen una idea muy generalizada de sucesos a nivel bioquímico en un momento determinado, pero no pueden decirnos el verdadero estado general de salud.

La función del ambiente en la creación y la formación de enfermedades

Por lo regular, las enfermedades comienzan a manifestarse desde los primeros días de la vida, cuando el ambiente se vuelve hostil a un recién nacido. Vivimos en un medio en el que encontramos organismos portadores de enfermedades o sustancias que obligan al cuerpo a defenderse. La relación entre la habilidad del individuo para adaptarse y defenderse, y la habilidad de organismos hostiles para desafiar la salud del individuo, determinará si el proceso de enfermedad sea puesto en movimiento. Para que una persona empiece a enfermarse, se requiere obviamente de algún factor estresante, además de tener al sistema inmunológico débil y poseer una sensibilizada predisposición hacia el organismo hostil. Esto es muy cierto en un primer nivel, es decir, puede haber un microbio y un organismo susceptible a dicho microbio con ca-

pacidad de iniciar una infección, o bien, la exposición de una sustancia química al organismo sensibilizado, y esto puede desencadenar una enfermedad^{16, 17}.

La función del estilo de vida en la formación de enfermedades

Otra razón importante por la que caemos enfermos es que los padecimientos, con frecuencia, son el resultado de nuestro estilo de vida, hábitos alimenticios, pensamientos o algo que rompa las leyes de la naturaleza. Al exceder los límites establecidos por la naturaleza, inevitablemente perdemos la homeostasis. Por ejemplo, si nos esforzamos por encima de cierto nivel de resistencia, en algún punto el cuerpo reaccionara desarrollando un padecimiento. Al nutrir emociones negativas podremos provocar la predisposición inherente hacia condiciones crónicas.

“La predisposición a enfermedades”

El ambiente y el estilo de vida no son suficientes para causar enfermedades; también existe el factor de influencia patológica **al que el cuerpo humano podría ser sensible** y, por consiguiente, podría desarrollar un padecimiento agudo a causa de él. Es bien sabido que dos o más hombres pueden tener contacto con una mujer infectada con gonorrea y sólo uno de ellos adquiriría dicha enfermedad. Un organismo desarrolla una afección cuando posee la predisposición, una debilidad hacia algún factor particular de influencia patológica (no todos desarrollarán tuberculosis al ser expuestos al *Mycobacterium tuberculosis*). En otras palabras, cuando la relación entre la fuerza del estresor y la fuerza de uno de los mecanismos de defensa favorece al estresor, el cuerpo cae enfermo; asimismo, si la supremacía del estresor es excesiva, podría causar la muerte del paciente. La gran mayoría de las predisposiciones son congénitas¹⁸⁻²¹, pero el uso de ciertos medicamentos, como los antibióticos²²⁻³¹, así como la exposición a radicales libres o alguna otra sustancia química presentes en el ambiente³²⁻³³, pueden causar mutaciones en el ADN que podrían conducir al desarrollo de predisposiciones “adquiridas”, debido al debilitamiento de ciertos órganos o tejidos. Normalmente, cerca de 10^4 bases de ADN por cada célula se dañan al día y cada célula repara continuamente este daño para mantener la integridad genómica. Afortunadamente, este mecanismo

tan complejo es muy eficiente, pero su mal funcionamiento puede jugar un papel en el desarrollo de nuevas predisposiciones³⁴.

La supresión de los padecimientos agudos como causa del comienzo de las enfermedades crónicas

Profundicemos en esta idea un poco más; tenemos enfermedades a las que llamamos agudas, así como otras que son crónicas y degenerativas. Es importante distinguir la razón por la que una persona cae enferma con una enfermedad aguda versus un trastorno crónico. Deseamos descubrir qué sucede realmente en una persona que tiene problemas de salud al nacer y cómo esos problemas se desarrollan a lo largo de su vida.

Casi todos tienen problemas de salud. No hay un solo infante que al nacer se encuentre libre de la posibilidad, en un momento u otro, de adquirir problemas de salud agudos o crónicos.

El panorama general de las enfermedades en los seres humanos se caracteriza desde el punto de vista de la expresión febril en dos grupos principales: el de fiebre alta y el de fiebre baja o ausencia de fiebre. Al primer grupo pertenecen los casos agudos y al segundo las enfermedades crónicas. El objetivo principal de este artículo es demostrar la relación entre tales padecimientos en un mismo individuo; en otras palabras, demostrar la existencia de un *continuum* en un organismo específico que determina la reacción del sistema inmunológico del individuo.

Una observación muy interesante son las exacerbaciones y remisiones contenidas en varias enfermedades crónicas³⁵⁻⁴⁴. Tomemos, por ejemplo, a una persona que sufre epilepsia: en la etapa de crisis manifiesta una convulsión epiléptica, pero al no tener la crisis, ¿qué cambios ocurren en su cuerpo y qué cambios suceden para que la convulsión epiléptica se lleve a cabo? La misma pregunta es válida para la esclerosis múltiple, el asma bronquial, las alergias y otras condiciones cronicodegenerativas.

Por lo tanto, la siguiente pregunta legítima es: “¿Las exacerbaciones son oleadas que ocurren durante una condición crónica mientras el cuerpo sufre una recaída comparable a los padecimientos agudos?”. **Si pudiéramos comprender cómo funciona**

el cuerpo tal vez llegaríamos a una teoría de las enfermedades que sería completamente diferente a lo que la medicina convencional enseña a sus estudiantes en la escuela.

En las escuelas médicas los estudiantes aprenden a distinguir entre las enfermedades crónicas y agudas, acerca de varios síndromes, cómo caracterizar los estados agudos y cómo deben tratar cada uno de ellos, separadamente, con un tratamiento en particular. ¿Este conocimiento es suficiente para que un médico cure al paciente con crisis asmática que llega a él? A menudo, el médico conoce lo que debe hacer en una crisis asmática (prescribe broncodilatadores o bien, si la crisis es muy severa, proporciona corticosteroides; así el paciente pasará la crisis a salvo). Al poco tiempo la crisis regresará y la condición será peor. A través de los años las crisis se multiplicarán, volviéndose más severas, y finalmente nos enfrentaremos a pacientes como uno que he atendido recientemente, que no podía respirar y se dirigía a mí hablando inclinado. Según el artículo *Asma Mundial*, publicado por la revista *Scientific American* en su edición de junio del 2000, página 30: “El asma era inusual en 1900, pero ahora ha crecido en forma de epidemia: más de 15 millones han sido afectados en Estados Unidos y hasta 10 veces más esa cantidad alrededor del mundo. Cada año mata a 5 mil estadounidenses, la mayoría de ellos son adultos de avanzada edad, y 180 mil mundialmente al año. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la razón por lo que los índices de asma se han incrementado no han sido comprendidos en su totalidad, pero se tienen pistas provenientes de estudios que muestran que su prevalencia es más alta en los países occidentales, sobre todo de habla inglesa, mientras que resulta virtualmente inexistente en el África rural”. También la *American Academy Allergy Asthma & Immunology* muestra información estadística muy preocupante respecto al aumento de incidencias de asma⁴⁵. Es evidente que la manera de atender las enfermedades en los países “occidentales” no es precisamente lo que debería entenderse como “curar” a la gente. Al suprimir los síntomas podrías tener la impresión inicial de mejoría general de la enfermedad, pero posteriormente la afección empeora cada vez más. Puede ser parecido a tener una olla de presión en la estufa (causa de la enfermedad) y al notar la salida de vapor a través de la válvula de seguridad (síntoma), en lugar de apagar la hornilla (remover la causa), se cierra la válvula de seguridad (supresión del síntoma), produciendo un peligroso aumento de presión al interior de la olla. En la práctica de rutina diaria, una correlación ha sido demostrada entre la amigdalotomía y el riesgo de

enfermedad intestinal inflamatoria^{46, 47}, porque la extracción quirúrgica de amígdalas, que en apariencia son la causa de las molestias del paciente, puede producir enfermedades más internas y serias. Desde los siglos XVII y XVIII, la supresión de hemorroides, flujo menstrual y erupciones cutáneas ha llevado los trastornos hacia el interior del cuerpo, induciendo el surgimiento de asma y disnea⁴⁸. Si analizamos las estadísticas oficiales del Gobierno de Estados Unidos desde el inicio del siglo pasado con respecto a los índices de fallecimientos, podremos observar un descenso en la mortalidad debido a enfermedades infecciosas, pero un aumento en la mortalidad por cáncer⁴⁹. Dicho en otras palabras, claramente colaboramos en el cambio de los trastornos a un nivel más profundo. El descenso en la mortalidad debido a enfermedades infecciosas no fue por la aplicación de antibióticos o vacunaciones, dado que estas últimas fueron introducidas en un periodo en el que la tendencia descendiente de dichas patologías mostraba que estaban a punto de ser eliminadas⁵⁰. Análogamente, podemos observar un preocupante aumento en la incidencia del autismo en infantes estadounidenses desde los periodos comprendidos entre 1992 y 1993 y entre 1999 y 2000, de aproximadamente 2,500% como promedio⁵¹. Nosotros, como terapeutas, tenemos la responsabilidad de considerar cuidadosamente este fenómeno.

La totalidad de los síntomas como reacción del cuerpo que intenta restablecer el equilibrio

Regresando a la crisis asmática, lo que le interesa hoy a la medicina es tener la habilidad para reducir la severidad de las crisis, o bien, curar al paciente.

¿Cuáles son los parámetros que nos indican si un paciente puede ser curado? Estos parámetros son de gran interés para la práctica médica. El niño cuya inquietud motivó este artículo presumiblemente tenía enfermedades repetidas, una tras otra, y se preguntó: “¿Por qué me enfermo? Mis amigos en la escuela no se enferman, o no tan a menudo”. Quizás la respuesta reside principalmente en la complejidad del individuo y en su herencia específica. Con esta predisposición hereditaria su mecanismo de defensa intenta adaptarse al medio para sobrevivir, manteniendo la homeostasis, sin necesidad de manifestar la sucesión de síntomas patológicos. En realidad, con la manifestación de síntomas patológicos el cuerpo

intenta restaurar su equilibrio perdido. Por ejemplo, en un clima muy caliente la reacción del cuerpo es la transpiración para bajar la temperatura. Pero si el enfriamiento es abrupto, el sistema reaccionará con un “resfriado” común que, para recuperar el equilibrio, desarrollará una fiebre, llevando la reacción a un grado patológico. Es una absoluta invención intelectual afirmar que los síntomas son una manifestación negativa que debe eliminarse o suprimirse. Sentimos dolor en una articulación cuando la parte afectada necesita inmovilizarse para minimizar la perturbación local y permitir una recuperación máxima y rápida. La supresión del dolor —la cual, por un lado, proporciona libertad de movimiento— en ocasiones conduce a daños orgánicos severos; por lo tanto, **el desarrollo del síntoma es un mecanismo conveniente**. La biología lo considera un mecanismo evolutivo y un mecanismo de adaptación. Por tal motivo, debemos deducir que las enfermedades infantiles epidémicas, por ejemplo, son necesarias para “entrenar” al sistema inmunológico y hacerlo más fuerte para sobrevivir en ocasiones posteriores.

El significado de los síntomas

Podemos formular la hipótesis de que los padecimientos agudos con frecuencia son para el cuerpo un proceso de aprendizaje que el médico deberá interpretar como tal, para así evitar y/o protegerlo de una supresión y su transformación en una enfermedad crónica. Cuando un organismo experimenta un nuevo ambiente deberá aprender en qué dirección proceder y también a fortalecer su sistema inmunológico. El cuerpo expresa su malestar a través de síntomas, y en ellos existe mucha información valiosa para los médicos, para guiarlos a atender a los pacientes y así ser capaces de responder preguntas tales como: “¿Puede curarse mi enfermedad?”, o “¿podré obtener ayuda y hasta qué alcance?”. En casos crónicos, en muy raras ocasiones el médico convencional podrá decir que es capaz de curar al paciente. Lo que si deberá decir es que proveerá al paciente con medicamentos que le harán sentirse cómodo, y que sus dolores y todos los otros síntomas no le molestarán tanto. Sin embargo, el médico convencional no podrá asegurar que este paciente en particular será curado. En la Homeopatía las cosas son algo distintas, pues el médico, utilizando la información de “la totalidad de los síntomas”, puede afirmar en numerosas ocasiones que su paciente puede o no ser curado.

El mecanismo de defensa y su jerarquía en el cuerpo humano

Todo organismo vivo tiene su propio sistema de defensa, tanto en el reino animal como en el vegetal⁵²⁻⁵⁸, y el médico deberá, de ser posible, encontrar la clave que corresponda a la forma en que cada organismo reacciona ante las enfermedades. Esta es una regla fundamental en la Homeopatía. No es accidental que las enfermedades de los recién nacidos ocurran principalmente en las partes más externas del cuerpo. Los pediatras coinciden en que durante la infancia los sistemas principalmente afectados son el respiratorio, el digestivo y el cutáneo. Estos tres sistemas se relacionan con el contacto que tenemos con el ambiente y están sujetos al mayor porcentaje de ataques de microbios y sustancias químicas que producen enfermedades caracterizadas con fiebre alta y que son llamadas “agudas”. El sistema urinario con los riñones, el sistema vascular con el corazón y el sistema neurológico con el cerebro, son menos vulnerables, están mucho más protegidos y son mucho menos afectados en la primera infancia con infecciones agudas. Esto sucede porque el sistema inmunológico del infante normalmente está en buena condición y en general posee un mejor nivel de salud comparado con un adulto. Es obvio que una inflamación en la piel, los intestinos o los bronquios es menos peligrosa para la vida en comparación con una inflamación en los riñones, el corazón o el cerebro. “La barrera hematoencefálica (BHE) proporciona protección anatómica y fisiológica para el sistema nervioso central (SNC), regulando estrictamente la entrada a sustancias y células transmitidas por la sangre hacia el tejido nervioso”, y esto indica la forma en que está diseñado el cuerpo para proteger activamente los sistemas más indispensables para sobrevivir. Tenemos que aceptar que el cuerpo mantiene una jerarquía en sus órganos y sistemas en cuanto a la protección de estos sistemas y órganos se refiere. Por consiguiente, tratará de mantener el trastorno preferentemente a un nivel periférico y tan alejado como sea posible de los órganos y los sistemas más importantes. Las primeras infecciones observables en infantes son en las vías respiratorias altas, usualmente amigdalitis, rinofaringitis, resfriado común, etcétera⁶⁰, y no encefalitis, meningoencefalitis o infecciones en el sistema nervioso central en general. Las amígdalas son una de las barreras que mantienen la infección apartada de los pulmones, situados a un nivel más centralizado, para así evitar que una infección más seria ponga a todo el cuerpo en peligro. El cuerpo tiene un orden, una inteligencia

no expresada de manera lógica pero sí de tal forma que es notada por nosotros, tomando en consideración los hechos arriba mencionados. Por ejemplo, el caso del infante que desarrolla amigdalitis y toma antibióticos, que al poco tiempo presenta otra infección y al año siguiente la repite, siendo atendido con antibióticos. **El próximo año podría no tener más amigdalitis, pero en su lugar sufre una infección traqueo-bronquial**, y de nuevo recibe antibióticos. Después de algunos años de esto, el debilitado cuerpo tendrá infecciones iniciando desde los pulmones y neumonía. Los pulmones (con neumonía) siendo los órganos más importantes del sistema respiratorio son ahora afectados. A menudo, la rinitis alérgica es una condición que precede a la patología asmática, sobre todo cuando es suprimida con tratamiento farmacológico⁶¹⁻⁶⁷. En otras palabras, el trastorno abandona el área periférica del sistema respiratorio y avanza aún más al interior, hacia los órganos del sistema que son totalmente esenciales para la sobrevivencia del individuo. Siendo este orden jerárquico un principio arquetípico en todos los seres humanos, la elección hecha por el mecanismo de defensa para mantener la inflamación en un nivel periférico (amígdalas) es la mejor elección posible y deberá ser respetada por el médico, quien comprende y acepta estos principios. En tal caso, la terapia elegida no deberá suprimir el proceso inflamatorio empujándolo a niveles más profundos, sino solamente ayudar al cuerpo a superar el problema.

Consideremos otro sistema, el urinario. Tenemos un paciente con infecciones urinarias repetidas y que eventualmente desarrolla cistitis intersticial, síndrome de vejiga dolorosa⁶⁸ o daño renal permanente⁶⁹. Al investigar el historial clínico de cada uno de estos pacientes observaremos un proceso similar. El cuerpo inicialmente intenta mantener la infección a un nivel periférico o superficial, pues de esta manera es menos peligrosa para la totalidad del cuerpo. Al interferir con drogas químicas fuertes impedimos que la perturbación permanezca en el nivel periférico, causando un sistema inmune comprometido⁷⁰⁻⁷⁴, y obligando a la infección a proceder a un nivel más profundo, hasta que alcanza e infecta a la parte más profunda del sistema, que en este ejemplo son los riñones.

Analicemos otro ejemplo. Existen pacientes que fácilmente contraen diarrea debido algún tipo de infección; estas afecciones son tratadas con medicamentos químicos, en otras ocasiones con antibióticos, hasta que finalmente surge una colitis seudomembranosa⁷⁵⁻⁷⁷, que a su vez es atendida con otros medicamentos. El tratamiento con antibióticos produ-

ce cambios en la flora intestinal, favoreciendo ciertas cepas anaeróbicas y promoviendo su aumento desmedido, siendo que normalmente se mantienen inofensivas, presentes en pequeñas colonias. Como resultado de su aumento desmedido, la totalidad del cuerpo puede verse seriamente dañado. En tiempos recientes, la hipótesis de que la calidad de la microflora juega un papel importante en la patogénesis del autismo ha ganado aceptación⁸⁵⁻⁸⁷.

Todos estos ejemplos son parecidos en un aspecto particular: al principio, el cuerpo intenta mantener el trastorno en un nivel superficial, en la periferia, y por consiguiente fácilmente controlado. La pregunta es si entendemos este principio y tratamos de mantener la perturbación en un nivel periférico, o si ignoramos este principio vital y seguimos adelante y suprimimos la manifestación de una condición aguda. La mayoría de los trastornos crónicos comienzan cuando los bebés, afectados por erupciones cutáneas, son tratados con corticosteroides (las erupciones cutáneas se suprimen, no permitiendo que el cuerpo exprese su perturbación más profunda en la piel).

Los antibióticos son frecuentemente prescritos para prevenir infecciones urinarias, no basados en la manifestación de síntomas, sino simplemente porque los cultivos de orina son positivos para ciertos tipos de bacterias. No hay investigación alguna por parte del médico sobre por qué el cuerpo “necesita” estas colonias de bacterias, pero como regla general se prescribe un antibiótico fuerte. Ciertamente no es la manera óptima de atender enfermedades, y varias opiniones e ideas interesantes presentadas en este artículo merecen consideración.

En los Estados Unidos, por ejemplo, las estadísticas más recientes mencionan a 328,000 pacientes con insuficiencia renal que se someten a hemodiálisis sanguínea, lo cual es una cifra alarmante. ¿Por qué no existían tales estadísticas de pacientes con insuficiencia renal en el pasado? Al examinar el historial clínico de estas personas, descubrimos repetidas infecciones en las vías urinarias inferiores que fueron tratadas con antibióticos. Con el tiempo, las infecciones son expresadas a mayor profundidad, en la vejiga; posteriormente en la pelvis (pielonefritis) y por último en los riñones (glomerulonefritis), dañando considerablemente la función estos importantes órganos. La interrogante es, ¿hasta qué punto el abuso de los antibióticos es responsable de este curso de los acontecimientos?

Las enfermedades como resultado de una cadena de eventos

Estamos interesados en observar si los padecimientos finales que aparecen en los seres humanos y en cada individuo en particular están vinculados a través de una cadena de incidentes patológicos que se originaron como eventos inflamatorios agudos y finalmente resultaron en una enfermedad degenerativa crónica. Por ejemplo, alguien contrae artritis reumatoide o cualquier otro padecimiento degenerativo crónico, y de acuerdo con la creencia de la medicina convencional esto es un evento accidental, pero la pregunta es: “¿Se trata de un hecho accidental o es el resultado de un preciso, casi matemático, curso de eventos patológicos que llevaron a este paciente a esta condición final?” Es muy importante averiguar si esta afección que apareció a la edad de 35, 40, 50 o 55 años está relacionada con toda la historia médica de la persona. Mi experiencia en tomar la historia médica de miles de pacientes desde el nacimiento hasta la infancia, o hasta el momento en que vinieron a consultarme con problemas crónicos, me muestra que su sistema inmunológico invariablemente había tratado de mantener la perturbación en un nivel periférico inflamando un órgano no vital, como las amígdalas, y reaccionando a los intrusos con fiebre alta, pero tal reacción casi siempre fue suprimida rápidamente por drogas químicas fuertes. Debido a la administración de tratamientos muy fuertes al momento de la inflamación aguda, el cuerpo ha adoptado una segunda línea de defensa, ya que no le ha sido permitido desempeñar todos los procesos bioquímicos necesarios que hubieran restablecido la homeostasis perdida, lo que significa que la condición crónica ha iniciado por medio de un proceso inflamatoria subagudo. Podemos asumir que la intervención de químicos fuertes no le ofreció al cuerpo el tiempo ni el espacio suficientes para reorganizarse y ser capaz de defenderse en contra del próximo ataque de microbios.

Es bien sabido que el sistema inmunológico aprende a defenderse a sí mismo por medio de la experiencia de las epidemias. Cuando impedimos que este proceso tenga lugar, como consecuencia no tendremos un sistema inmune más fuerte, sino debilitado. Por supuesto, es cierto que si permitiésemos que todas las enfermedades agudas siguieran su curso natural, algunos pacientes morirían. A veces la “neumonía” sería más fuerte que las defensas y el paciente sucumbiría. Este es el curso de todas las enfermedades agudas: tienen un período prodrómico, un clímax y un final que resulta en la curación

(lisis-disolución) o la muerte. Aquí es donde tenemos la aportación de la Homeopatía y otros métodos alternativos. Es posible, en lugar de suprimir la infección, asistir al cuerpo a superar la fase aguda de una manera natural mediante el fortalecimiento de las defensas con un remedio que produce síntomas similares a los de la enfermedad. De esta forma ayudamos al cuerpo a recuperar su equilibrio. Previamente comenté una teoría que llamo “*continuum* de la teoría unificada de las enfermedades, agudas y crónicas”. De acuerdo con ella, todas las enfermedades crónicas y cronicodegenerativas naturales son “procesos inflamatorios”⁸⁸. La diferencia principal entre un proceso inflamatorio en una condición crónica y una inflamación aguda es la manifestación de fiebre alta durante la fase aguda⁸⁹⁻⁹⁸.

El cuerpo, al tener la posibilidad de producir una fiebre alta, está relativamente en buen estado de salud. Perder esta habilidad significa que no permitimos a este proceso inflamatorio permanecer en un nivel periférico, y ahora el proceso inflamatorio se ha dirigido a un nivel más profundo, a un órgano vital o hasta al cuerpo completo (ejemplo: lupus eritematoso sistémico). La nueva situación es que ahora el cuerpo se consume con un proceso inflamatorio subagudo, con fiebre baja o sin fiebre aparente, pero también sin la posibilidad de una disolución final (lisis). Por el contrario, lo que ocurre ahora es que el proceso inflamatorio subagudo está destruyendo constantemente nuevas áreas y hay un empeoramiento continuo de la condición crónica⁹⁹⁻¹⁰⁸.

Se tiene una inflamación parecida a la aguda de la periferia, pero a un nivel más profundo, y el cuerpo ya no puede superarla sin la capacidad de producir fiebre alta a pesar de realizar esfuerzos esporádicos. Por ejemplo, la gente que sufre habitualmente de migraña dice que tiene ataques periódicos¹⁰⁹⁻¹¹⁴, digamos, dos o tres veces por semana. Al investigar estos casos descubriremos que habían sucedido varios padecimientos agudos con fiebre alta antes del inicio de esta migraña, tales como amigdalitis, cistitis o bronquitis que fueron mal atendidos o suprimidos antes de la aparición de la migraña.

Es la misma inflamación a la que no le fue permitido expresarse cuando era amigdalitis, y ahora el cuerpo con regularidad retoma la fortaleza y hace un esfuerzo para reproducir el estado agudo original. El paciente percibe este esfuerzo como el síndrome llamado migraña o “cefalea en racimos”. Hace algunos años, cuando hablaba del *continuum* de las enfermedades, no sabía del mecanismo bioquímico que crearía estas inflamaciones subagudas. Poste-

riormente, leí la idea en relación con las proteínas inflamatorias¹¹⁵⁻¹²¹. Uno de mis estudiantes me trajo los resultados de un estudio conducido en los Estados Unidos, demostrando la alta probabilidad de que la esquizofrenia sea un proceso inflamatorio¹²².

La reacción inmediata de los investigadores médicos fue tratar de encontrar un medicamento antiinflamatorio para curar la esquizofrenia. Así pues, en todos estos años no hemos aprendido que esta forma de pensar es errónea, y aun en estas últimas instancias continuamos insistiendo en esta manera de pensar (eliminar al estresor en vez de fortalecer al sistema inmunológico). La manera de pensar de la medicina convencional es: “Encontremos al agente productor de la enfermedad, encontremos un medicamento químico que pueda eliminarlo y curar al paciente”. Ellos no reconocen que estas son proteínas inflamatorias que no pueden ser exterminadas por un químico, **pero pueden ser atendidas solamente estimulando al sistema inmunológico**. Si la medicina no se separa de esta forma de pensar, la humanidad seguirá padeciendo enfermedades cada vez más complejas, cada vez más difíciles de curar.

La Homeopatía es capaz de restablecer al sistema inmunológico a su fortaleza original

Ante factores ambientales estresantes, el cuerpo tiene la habilidad de reaccionar con síntomas, los cuales deberán acrecentarse en vez de suprimirse para que la inflamación se supere de manera natural, sin empujarla a niveles más profundos. Todo este proceso de reacción del cuerpo al producir una inflamación aguda con fiebre alta “es el resultado de millones de reacciones bioquímicas” con el propósito de restablecer el equilibrio perdido (la homeostasis). Este proceso, en caso de ser interrumpido y forzado a desaparecer por la fuerza brutal de los químicos, no alcanzaría el clímax de su misión curativa que es el restablecimiento de la homeostasis; en consecuencia, el cuerpo estaría obligado a reorganizar sus defensas y el sistema inmunológico optará por tomar una línea de defensa más profunda, interiorizando el proceso inflamatorio. Este es el punto de partida de una enfermedad crónica. Puede ser una enfermedad del colágeno, lupus eritematoso, psoriasis, esclerosis múltiple, afección neuromuscular, trastorno psiquiátrico, autismo, etcétera; todos tienen detrás de ellos un proceso similar. La gran e importante diferencia es que ahora el sistema inmunológico ha perdido la

capacidad de reunir la fuerza necesaria para generar de nuevo una fiebre alta con la finalidad de lograr la cura. Si hubiese un mejor sistema médico para tratar las enfermedades agudas con medios más afebiles, entonces el sistema inmunológico no tendría la necesidad de ceder y aceptar la perturbación en un nivel más profundo. La supresión de la fiebre en mujeres embarazadas o en un infante puede causar el inicio del autismo¹²³. Las niñas y los niños autistas rara vez tienen fiebre (pero tuvieron fiebre antes de convertirse en autistas; por ejemplo, la mayoría sufrió en repetidas ocasiones otitis media acompañada de fiebre alta, la cual fue suprimida con antibióticos o fuertes antipiréticos). Es interesante señalar que, en caso de adquirir una fiebre, su condición autista mejoraría¹²⁴. Con el tratamiento correcto las fiebres regresarán, mientras el comportamiento autista mejora dramáticamente. Las enfermedades de nuestra sociedad moderna perjudican cada vez más al sistema nervioso central y periférico. Dado el hecho de que el órgano más importante es el cerebro, si seguimos empujando la enfermedad al centro del cuerpo, pronto seremos testigos de un tremendo aumento de las enfermedades psicóticas.

Investigadores japoneses han descubierto que pueden curar al cáncer al producir una fiebre alta¹²⁵ por medio de diferentes antígenos con el fin de provocar una elevación en la temperatura, obteniendo realmente resultados sobresalientes. Introducen agentes inductores de fiebre en el cuerpo. Han observado una mejoría en el cáncer¹²⁶ al introducir agentes inductores de fiebre en el cuerpo y éste reacciona. Lo mismo se ha visto en infantes afectados por el autismo¹²⁷.

Esperamos haber respondido a la pregunta inicial del niño (“¿por qué me enfermo?”) y al cuestionamiento de por qué había comenzado con amigdalitis y ahora ha llegado al punto de tener asma.

Discusión

Todo avance del ser humano y sus esfuerzos científicos ha encontrado siempre una resistencia. La historia de la humanidad está repleta de revoluciones científicas y sociales que han sacudido los cimientos y las creencias existentes. Invariablemente, tales descubrimientos han requerido de muchos años para su desarrollo y aceptación. Sin embargo, cada uno de estos importantes pasos ha abierto horizontes más amplios, permitiendo nuestra evolución. La Homeopatía representa una de estas grandes revoluciones, y dado que actúa en niveles aún descono-

cidos y poco explorados del mundo humano, está requiriendo más de doscientos años (desde su descubrimiento por Samuel Hahnemann) antes de que el mundo científico abra su mente a una evaluación seria de las decenas de miles de pruebas, hoy en nuestras manos, sobre su maravilloso efecto en los seres humanos y los animales¹²⁸⁻¹²⁹.

Somos conscientes de que todo ser vivo está sujeto a las leyes de la termodinámica. Según la segunda de estas leyes, el universo entero tiende espontáneamente hacia el máximo desorden posible. Sólo el suministro de energía libre a un sistema puede contrarrestar este incremento del caos. Nadie puede negar la presencia de un dualismo en cada ser vivo, en donde la tendencia universal hacia el desorden (algo que ocurre espontáneamente después de la muerte de este ser) es continuamente contrarrestado por una tendencia intrínseca hacia el orden y la armonía en equilibrio de fuerzas que mantienen al ser “con vida”.

El descubrimiento de los complejos y maravillosos mecanismos bioquímicos de la vida indujo a los humanos a experimentar la posibilidad de afectarlos, mediante la introducción de otras moléculas en los sistemas del cuerpo, tratando de modificar las vías y controlar las “causas” del mal funcionamiento. Efectivamente, en un sistema energético que se ha autogestionado por más de cuatro mil millones de años, los mecanismos bioquímicos que observamos, cuando el sistema está desequilibrado (por ejemplo, durante una fiebre alta), no son otra cosa que los últimos efectos de la mejor solución posible que el maravilloso e inteligente mecanismo de defensa ha encontrado para tratar de restaurar el orden en el sistema que ha sido molesto por un factor estresante. Por lo tanto, estos efectos metabólicos no deberían ser interrumpidos con el uso de otros agentes químicos, ya que éstos no hacen otra cosa que impedir la expresión inteligente de la recuperación. Por el contrario, es necesario incentivar las capacidades del mecanismo de defensa eliminando las causas “energéticas” de su debilitamiento.

Conclusiones

Todo ser humano es afectado por enfermedades, ya sean agudas o crónicas, que están interconectadas a lo largo de su existencia en un “continuum de un sustrato unificado de enfermedades” que conduce a la condición de enfermedad final que marca el final de su vida.

La interrogante es si la medicina puede descubrir formas de atender padecimientos agudos (los cuales constituyen el inicio del desequilibrio) con medios más moderados, que promuevan y mejoren la reacción natural del sistema inmunológico en lugar de suprimirlo con medicamentos químicos fuertes que quizá lo dañen irreparablemente. Al parecer, el mecanismo de defensa en su conjunto tiene una inteligencia “superior” que es capaz de mantener un equilibrio óptimo bajo cualquier estrés. Pero si, bajo ciertas condiciones, el cuerpo no puede sobreponer-

se y neutralizar al factor estresante mientras el problema se encuentra en un nivel periférico, esto pone en riesgo su bienestar general y transfiere la defensa a un nivel más profundo al movilizar las defensas a un órgano o sistema más profundo y, por lo tanto, más importante; de esta manera se marca el “comienzo” de una enfermedad cronicodegenerativa.

El modelo que aquí presentamos surge de casi 50 años de observaciones directas en decenas de miles de pacientes.

REFERENCIAS

1. Ahkee S, Srinath L, Ramirez J. Community-acquired pneumonia in the elderly: association of mortality with lack of fever and leukocytosis. *South Med J*. 1997; 90(3): 296-298. doi: 10.1097/00007611-199703000-00006
2. Mowbray JF, Yousef GE. Immunology of postviral fatigue syndrome. *Br Med Bull*. 1991; 47(4): 886-894. doi: 10.1093/oxfordjournals.bmb.a072518
3. Lee WM. Hepatitis B virus infection. *N Engl J Med*. 1997; 337(24): 1733-1745. doi: 10.1056/NEJM199712113372406
4. Guilherme L, Faé K, Oshiro SE, Kalil J. Molecular pathogenesis of rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Expert Rev Mol Med*. 2005; 7(28): 1-15. doi: 10.1017/s146239940501015x
5. Guilherme L, Ramasawmy R, Kalil J. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: genetics and pathogenesis. *Scand J Immunol*. 2007; 66(2-3): 199-207. doi: 10.1111/j.1365-3083.2007.01974.x
6. Guilherme L, Faé KC, Oshiro SE, *et al*. Rheumatic Fever: How S. pyogenes-Primed Peripheral T Cells Trigger Heart Valve Lesions. *Ann NY Acad Sci*. 2005; 1051: 132-140. doi: 10.1196/annals.1361.054
7. Guilherme L, Ramasawmy R, Kalil J. T cell response in rheumatic fever: crossreactivity between streptococcal M protein peptides and heart tissue proteins. *Curr Protein Pept Sci*. 2007; 8(1): 39-44. doi: 10.2174/138920307779941488
8. Guilherme L, Kalil J. Rheumatic fever: from sore throat to autoimmune heart lesions. *Int Arch Allergy Immunol*. 2004; 134(1): 56-64. doi: 10.1159/000077915
9. Guilherme L, Kalil J. Rheumatic fever: the T cell response leading to autoimmune aggression in the heart. *Autoimmun Rev*. 2002; 1(5): 261-66. doi: 10.1016/s1568-9972(02)00062-9
10. Chopra P, Gulwani H. Pathology and pathogenesis of rheumatic heart disease. *Indian J Pathol Microbiol*. 2007; 50(4): 685-697. PMID: 18306530
11. Gölbası Z, Uçar O, Keles T, *et al*. Increased levels of high sensitive C-reactive protein in patients with chronic rheumatic valve disease: evidence of ongoing inflammation. *Eur J Heart Fail*. 2002; 4(5): 593-595. doi: 10.1016/s1388-9842(02)00102-2
12. Otto CM. Aortic stenosis – listen to the patient, look at the valve. *N Engl J Med*. 2000; 343(9): 652-654. doi: 10.1056/NEJM200008313430910
13. Norman DC. Fever in elderly. *Clin Infect Dis*. 2000; 31(1): 148-151. doi: 10.1086/313896
14. Vithoulkas G. The three levels of the human being. In: Vithoulkas G, ed. *The Science of Homeopathy*. Grove Press: Nueva York; 1980. p. 23-44.
15. Vithoulkas G: The energy complex of the human body. In: Vithoulkas G, ed. *A new model for health and disease*. North Atlantic Books: Berkeley; 1991. p. 42-61.
16. Kim YJ, Choi JY, Paek D, Chung HW. Association of the NQO1, MPO, and XRCC1 polymorphisms and chromosome damage among workers at a petroleum refinery. *J Toxicol Environ Health A*. 2008; 71(5): 333-341. doi: 10.1080/15287390701738558
17. Nebert DW, Roe AL, Vandale SE, *et al*. NAD(P)H: quinone oxidoreductase (NQO1) polymorphism, exposure to benzene, and predisposition to disease: a HuGE review. *Genet Med*. 2002; 4(2): 62-70. doi: 10.1097/00125817-200203000-00003
18. Miki Y, Swensen J, Shattuck-Eidens D, *et al*. A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. *Science*. 1994; 266(5182): 66-71. doi: 10.1126/science.7545954
19. Hugot JP, Chamaillard M, Zouali H, *et al*. Association of NOD2 leucine-rich repeat variants with susceptibility to Crohn's disease. *Nature*. 2001; 411(6837): 599-603. doi: 10.1038/35079107
20. Tanaka S, Kobayashi T, Nakanishi K, *et al*. Association of HLA-DQ genotype in autoantibody-negative and rapid-onset type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2002; 25(12): 2302-2307. doi: 10.2337/diacare.25.12.2302
21. Sumnik Z, Cinek O, Bratanic N, *et al*. Risk of celiac disease in children with type 1 diabetes is modified by positivity for HLA-DQB1*02-DQA1*05 and TNF -308A. *Diabetes Care*. 2006; 29(4): 858-863. doi: 10.2337/diacare.29.04.06.dc05-1923
22. Li PY, Chang YC, Tzang BS, *et al*. Antibiotic amoxicillin induces DNA lesions in mammalian cells

- possibly via the reactive oxygen species. *Mutat Res*, 2007; 629(2): 133-139. doi: 10.1016/j.mrgen-tox.2007.02.005
23. Arabski M, Kazmierczak P, Wisniewska-Jarosinska M, *et al.* Interaction of amoxicillin with DNA in human lymphocytes and *H. pylori*-infected and non-infected gastric mucosa cells. *Chem Biol Interact*. 2005; 152(1): 13-24. doi: 10.1016/j.cbi.2005.01.004
24. González C, Nájera O, Cortés E, *et al.* Susceptibility to DNA damage induced by antibiotics in lymphocytes from malnourished children. *Teratog Carcinog Mutagen*. 2002; 22(2): 147-158. doi: 10.1002/tcm.10007
25. Friedman GD, Oestreicher N, Chan J, *et al.* Antibiotics and risk of breast cancer: up to 9 years of follow-up of 2.1 million women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006; 15(11): 2102-2106. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0401
26. Sesti F, Abbott GW, Wei J, *et al.* A common polymorphism associated with antibiotic-induced cardiac arrhythmia. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2000; 97(19): 10613-10618. doi: 10.1073/pnas.180223197
27. Velicer CM, Heckbert SR, Lampe JW, *et al.* Antibiotic use in relation to the risk of breast cancer. *JAMA*. 2004; 291(7): 827-835. doi: 10.1001/jama.291.7.827
28. Knekt P, Adlercreutz H, Rissanen H, *et al.* Does antibacterial treatment for urinary tract infection contribute to the risk of breast cancer? *Br J Cancer*. 2000; 82(5): 1107-1110. doi: 10.1054/bjoc.1999.1047
29. Didham RC, Reith DM, McConnell DW, Harrison KS. Antibiotic exposure and breast cancer in New Zealand. *Breast Cancer Res Treat*. 2005; 92(2): 163-167. doi: 10.1007/s10549-005-2115-8
30. Voiculescu C, Stanciu L, Voiculescu M, *et al.* Experimental study of antibiotic-induced immunosuppression in mice. I. Humoral and cellmediated immune responsiveness related to in vivo antibiotic treatment. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis*. 1983; 6(4): 291-299. doi: 10.1016/0147-9571(83)90022-x
31. Voiculescu C, Stanciu L, Voiculescu M, *et al.* Experimental study of antibiotic-induced immunosuppression in mice. II. Th, Ts and NC cell involvement. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis*. 1983; 6(4): 301-312. doi: doi.org/10.1016/0147-9571(83)90023-1
32. Kim YJ, Choi JY, Paek D, Chung HW. Association of the NQO1, MPO, and XRCC1 polymorphisms and chromosome damage among workers at a petroleum refinery. *J Toxicol Environ Health A*. 2008; 71(5): 333-341. doi: 10.1080/15287390701738558
33. Nebert DW, Roe AL, Vandale SE, *et al.* NAD(P)H: quinone oxidoreductase (NQO1) polymorphism, exposure to benzene, and predisposition to disease: a HuGE review. *Genet Med*. 2002; 4(2): 62-70. doi: 10.1097/00125817-200203000-00003
34. Fortini P, Pascucci B, Parlanti E, *et al.* The base excision repair: mechanisms and its relevance for cancer susceptibility. *Biochimie*, 2003; 85(11): 1053-1071. doi: 10.1016/j.biochi.2003.11.003
35. Tomioka R, Tani K, Sato K, *et al.* Observations on the occurrence of exacerbations in clinical course of systemic lupus erythematosus. *J Med Invest*. 2008; 55(1-2): 112-119. doi: 10.2152/jmi.55.112
36. Panitch HS. Interferons in multiple sclerosis. A review of the evidence. *Drugs*. 1992; 44(6): 946-962. doi: 10.2165/00003495-199244060-00004
37. Rancé F, Boguniewicz M, Lau S. New visions for atopic eczema: an iPAC summary and future trends. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008; 19(Suppl.19): 17-25. doi: 10.1111/j.1399-3038.2008.00764.x
38. Brand HS, van Beusichem FF, van Nieuw Amerongen A. Behçet's disease. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2008; 115(6): 340-345. PMID: 18618988
39. Abularrage CJ, Slidell MB, Sidawy AN, *et al.* Quality of life of patients with Takayasu's arteritis. *J Vasc Surg*. 2008; 47(1):131-136. doi: 10.1016/j.jvs.2007.09.044
40. Susac A, Babić S, Lipozencić J. An overview on atopic dermatitis in children. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2007; 15 (3): 158-166. PMID: 17868542
41. Van Rossum MM, van der Avoort IA, de Hoop D, *et al.* Lichen sclerosus. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2007; 151(22): 1225-1231. PMID: 17583090
42. Dunand M, Lalive PH, Vokatch N, Kuntzer T. Myasthenia gravis: treatments and remissions. *Rev Med Suisse*. 2007; 3(110): 1185-1186, 1188-1190. PMID: 17564346
43. Shields LB, Hunsaker DM, Hunsaker JC III. Schizophrenia and suicide: a 10-year review of Kentucky medical examiner cases. *J Forensic Sci*. 2007; 52(4): 930-937. doi: 10.1111/j.1556-4029.2007.00485.x
44. El-Shanti HI, Ferguson PJ: Chronic recurrent multifocal osteomyelitis: a concise review and genetic update. *Clin Orthop Relat Res*. 2007; 462: 11-19. doi: 10.1097/BLO.0b013e3180986d73
45. American Acad. of Allergy Asthma & Immunology. Asthma stats. Disponible en: www.aaaai.org/media/resources/media_kit/asthma_statistics.stm. Recuperado en: http://web.archive.org/web/20090504071621/www.aaaai.org/media/resources/media_kit/asthma_statistics.stm
46. Koutroubakis IE, Vlachonikolis IG, Kapsorita, *et al.* Appendectomy, tonsillectomy, and risk of inflammatory bowel disease: casecontrolled study in Crete. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42(2): 225-230. doi: 10.1007/BF02237133
47. Maté-Jimenez J, Correa-Estañ JA, Perez-Miranda M, *et al.* Tonsillectomy and inflammatory bowel disease location. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1996; 8(12): 1185-1188. doi: 10.1097/00042737-199612000-00010
48. Timio M, Capodicasa E. Ippolito Albertini and Michael Albertus: disparate old and innovative theories on dropsy and edema. *Am J Nephrol*. 2002; 22(2-3): 220-224. doi: 10.1159/000063765
49. USA deaths statistics. Disponible en: http://www.whale.to/a/usa_deaths.html
50. Statistics graphs. Disponible en: <http://www.whale.to/a/graphs.html>
51. Autism increase. Disponible en: http://www.whale.to/a/autism_increase.html
52. Bruce TJ, Pickett JA. Plant defence signalling induced by biotic attacks. *Curr Opin Plant Biol*. 2007; 10(4): 387-392. doi: 10.1016/j.pbi.2007.05.002

53. Dangl JL, Jones JD. Plant pathogens and integrated defence responses to infection. *Nature*. 2001; 411(6839): 826-833. doi: 10.1038/35081161
54. McPhee JB, Scott MG, Hancock RE. Design of host defence peptides for antimicrobial and immunity enhancing activities. *Comb Chem High Throughput Screen*. 2005; 8(3): 257-272. doi: 10.2174/1386207053764558
55. Kraus D, Peschel A. Staphylococcus aureus evasion of innate antimicrobial defense. *Future Microbiol*. 2008; 3: 437-451. doi: 10.2217/17460913.3.4.437
56. Lee HY, Andalibi A, Webster P, *et al*. Antimicrobial activity of innate immune molecules against *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* and nontypeable *Haemophilus influenzae*. *BMC Infect Dis*. 2004; 4: 12. doi: 10.1186/1471-2334-4-12
57. Blanco JL, Garcia ME. Immune response to fungal infections. *Vet Immunol Immunopathol*. 2008; 125(1-2): 47-70. doi: 10.1016/j.vetimm.2008.04.020
58. Lanier LL. Evolutionary struggles between NK cells and viruses. *Nat Rev Immunol*. 2008; 8(4): 259-268. doi: 10.1038/nri2276
59. Pachter JS, de Vries HE, Fabry Z. The blood-brain barrier and its role in immune privilege in the central nervous system. *J Neuropathol Exp Neurol*, 2003; 62(6): 593-604. doi:
60. GreenFacts. Scientific facts on respiratory diseases in children. Disponible en: <https://www.greenfacts.org/en/respiratory-diseases/l-3/01-effects-children.htm#0p0>
61. Polosa R, Al-Delaimy WK, Russo C, *et al*. Greater risk of incident asthma cases in adults with allergic rhinitis and effect of allergen immunotherapy: a retrospective cohort study. *Respir Res*. 2005; 6(1): 153. doi: 10.1186/1465-9921-6-153
62. Guerra S, Sherrill DL, Martinez FD, Barbee RA. Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2002; 109(3): 419-425. doi: 10.1067/mai.2002.121701
63. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, *et al*. Perennial rhinitis: An independent risk factor for asthma in nonatopic subjects: results from the European Community Respiratory Health Survey. *J Allergy Clin Immunol*. 1999; 104: 301-304. doi: 10.1016/s0091-6749(99)70370-2
64. Leynaert B, Neukirch C, Kony S, *et al*. Association between asthma & rhinitis according to atopic sensitization in a population-based study. *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 113(1): 86-93. doi: 10.1016/j.jaci.2003.10.010
65. Shaaban R, Zureik M, Soussan D, *et al*. Allergic rhinitis and onset of bronchial hyperresponsiveness: a population-based study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 176(7): 659-666. doi: 10.1164/rccm.200703-427OC
66. Mete N, Sin A, Gulbahar O, *et al*. The determinants of bronchial hyperresponsiveness in patients with allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2004; 93(2): 193-199. doi: 10.1016/S1081-1206(10)61475-5
67. Valdesoiro L, Bosque M, Marco MT, *et al*. Allergic rhinitis & bronchial hyperreactivity. *Allergol Immunopath (Madr)*. 2004; 32(6): 340-343. doi: 10.1016/s0301-0546(04)79266-6
68. Warren JW, Brown V, Jacobs S, *et al*. Urinary tract infection and inflammation at onset of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology*. 2008; 71(6): 1085-1090. doi: 10.1016/j.urology.2007.12.091
69. Orellana P, Cavagnaro F, Baquedano P, *et al*. Risk factors for permanent kidney damage in children with urinary tract infection. *Rev Med Chil*. 2002; 130(10): 1147-1153. doi: 10.4067/S0034-98872002001000009
70. Heinle S, Stünkel K, Zähler H, *et al*. Immunosuppressive effects of the macrolide antibiotic bafilomycin towards lymphocytes and lymphoid cell lines. *Arzneimittelforschung*. 1988; 38(8): 1130-1133. PMID: 3264168
71. Tanouchi Y, Shichi H. Immunosuppressive and anti-proliferative effects of a macrotetrolide antibiotic, tetractin. *Immunology*. 1988; 63(3): 471-475. PMID: 3258281
72. De Simone C, Pugnaloni L, Cilli A, *et al*. Pharmacokinetic assessment of immunosuppressive activity of antibiotics in human plasma by a modification of the mixed lymphocyte reaction. *Crit Care Med*, 1984; 12(6): 483-485. doi: 10.1097/00003246-198406000-00002
73. Horáková L, Nouza K, Pospíšil M, *et al*. Immunosuppressive properties of the antibiotics cytotipin and vermiculine. *Folia Biol (Praha)*. 1980; 26(5): 312-326. PMID: 7002636
74. Siefert G, May DJ, Günther B. Immunosuppressive effect of common antibiotics. *Arzneimittelforschung*. 1971; 21(12): 2109-2112. PMID: 4110349
75. Bartlett JG, Chang TW, Gurwith M, *et al*. Antibiotic-associated pseudo-membranous colitis due to toxin-producing clostridia. *N Engl J Med*. 1978; 298(10): 531-534. doi: 10.1056/NEJM197803092981003
76. Bartlett JG, Moon N, Chang TW, *et al*. Role of *Clostridium difficile* in antibiotic-associated pseudo-membranous colitis. *Gastroenterology*. 1978; 75(5): 778-782. PMID: 700321
77. Bartlett JG. Antibiotic-associated pseudomembranous colitis. *Rev Infect Dis*. 1979; 1(3): 530-539. doi: 10.1093/clinids/1.3.530
78. Rufo PA, Bousvaros A. Current therapy of inflammatory bowel disease in children. *Paediatr Drugs*. 2006; 8(5): 279-302. doi: 10.2165/00148581-200608050-00002
79. Botoman VA, Bonner GF, Botoman DA. Management of inflammatory bowel disease. *Am Fam Physician*. 1998; 57(1): 57-68, 71-72. doi: PMID: 9447214
80. D'Haens GR, Lashner BA, Hanauer SB. Pericholangitis and sclerosing cholangitis are risk factors for dysplasia and cancer in ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 1993; 88(8): 1174-1178. doi: 10.1111/j.1572-0241.1993.tb03111.x
81. Lewis JD, Gelfand JM, Troxel AB, *et al*. Immunosuppressant medications and mortality in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2008; 103(6): 1428-1435. doi: 10.1111/j.1572-0241.2008.01836.x

82. Hordijk ML, Shivananda S. Risk of cancer in inflammatory bowel disease: why are the results in the reviewed literature so varied? *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1989; 170: 70-74. doi: 10.3109/00365528909091357
83. Mir-Madjlessi SH, Forouzandeh B, Ghadimi R. Ulcerative colitis in Iran: a review of 112 cases. *Am J Gastroenterol.* 1985; 80(11): 862-866. PMID: 4050759
84. Pongprasobchai S, Manatsathit S, Leelakusolvong S, *et al.* Ulcerative colitis in Thailand: a clinical study and long term follow-up. *J Med Assoc Thai.* 2001; 84(9): 1281-1288. PMID: 11800302
85. Finegold SM, Molitoris D, Song Y, *et al.* Gastrointestinal microflora studies in late-onset autism. *Clin Infect Dis.* 2002; 35(Suppl.1): S6-S16. doi: 10.1086/341914
86. Parracho HM, Bingham MO, Gibson GR, McCartney AL. Differences between the gut microflora of children with autistic spectrum disorders and that of healthy children. *J Med Microbiol.* 2005; 54(Pt 10): 987-991. doi: 10.1099/jmm.0.46101-0
87. Song Y, Liu C, Finegold SM. Real-time PCR quantitation of clostridia in feces of autistic children. *Appl Environ Microbiol.* 2004; 70(11): 6459-6465. doi: 10.1128/AEM.70.11.6459-6465.2004
88. University of California, Berkeley Wellness Letter The newsletter of nutrition, fitness, and self-care. 2008; 24: 4 From the School of Public Health – WellnessLetter.com 10/2/2009.
89. Naudin J, Mège JL, Azorin JM, Dassa D. Elevated circulating levels of IL-6 in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1996; 20(3): 269-273. doi: 10.1016/0920-9964(96)00014-x
90. Kluger MJ, Kozak W, Conn CA, *et al.* Role of fever in disease. *Ann NY Acad Sci.* 1998; 856: 224-233. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb08329.x
91. Kluger MJ. Fever. *Pediatrics.* 1980; 66(5): 720-724. PMID: 7432877
92. Cunha BA. Symposium on infections in the compromised host. Significance of fever in the compromised host. *Nurs Clin North Am.* 1985; 20(1): 163-169. PMID: 3844817
93. Bernheim HA, Block LH, Atkins E. Fever: pathogenesis, pathophysiology, and purpose. *Ann Intern Med.* 1979; 91(2): 261-270. doi: 10.7326/0003-4819-91-2-261
94. Soszyński D. The pathogenesis and the adaptive value of fever. *Postepy Hig Med Dosw.* 2003; 57(5): 531-554. PMID: 14737969
95. Kluger MJ. Phylogeny of fever. *Fed Proc.* 1979; 38(1): 30-34. PMID: 759235
96. Kluger MJ, Kozak W, Conn CA, *et al.* The adaptive value of fever. *Infect Dis Clin North Am.* 1996; 10(1): 1-20. doi: 10.1016/s0891-5520(05)70282-8
97. Hasday JD, Fairchild KD, Shanholtz C. The role of fever in the infected host. *Microbes Infect.* 2000; 2(15): 1891-1904. doi: 10.1016/s1286-4579(00)01337-x
98. Hasday JD, Garrison A. Antipyretic therapy in patients with sepsis. *Clin Infect Dis.* 2000; 31(Suppl.5): S234-S241. doi: 10.1086/317514
99. Romanovsky AA, Székely M. Fever and hypothermia: two adaptive thermoregulatory responses to systemic inflammation. *Med Hypotheses.* 1998; 50(3): 219-226. doi: 10.1016/s0306-9877(98)90022-6
100. Meira LB, Bugni JM, Green SL, *et al.* DNA damage induced by chronic inflammation contributes to colon carcinogenesis in mice. *J Clin Invest.* 2008; 118(7): 2516-2525. doi: 10.1172/JCI35073
101. Ernst P. Review article: the role of inflammation in the pathogenesis of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther.* 1999; 13(Suppl.1): 13-18. doi: 10.1046/j.1365-2036.1999.00003.x
102. Chavarria A, Alcocer-Varela J. Is damage in central nervous system due to inflammation? *Autoimmun Rev.* 2004; 3(4): 251-260. doi: 10.1016/j.autrev.2003.09.006
103. Butterfield TA, Best TM, Merrick MA. The dual roles of neutrophils and macrophages in inflammation: a critical balance between tissue damage & repair. *J Athl Train.* 2006; 41(4): 457-465. PMID: 17273473
104. Kundu JK, Surh YJ. Inflammation: Gearing the journey to cáncer *Mutat Res.* 2008; 659(1-2): 15-30. doi: 10.1016/j.mrrev.2008.03.002
105. Fujita N, Sugimoto R, Ma N, *et al.* Comparison of hepatic oxidative DNA damage in patients with chronic hepatitis B and C. *J Viral Hepat.* 2008; 15(7): 498-507. doi: 10.1111/j.1365-2893.2008.00972.x
106. McKay CJ, Glen P, McMillan DC. Chronic inflammation and pancreatic cancer. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008; 22(1): 65-73. doi: 10.1016/j.bpg.2007.11.007
107. Farrow B, Sugiyama Y, Chen A, *et al.* Inflammatory mechanisms contributing to pancreatic cancer development. *Ann Surg.* 2004; 239(6): 763-771. doi: 10.1097/01.sla.0000128681.76786.07
108. Farinati F, Cardin R, Bortolami M, *et al.* Hepatitis C virus: from oxygen free radicals to hepatocellular carcinoma. *J Viral Hepat.* 2007; 14(12): 821-829. doi: 10.1111/j.1365-2893.2007.00878.x
109. Meinel E, Krumbholz M, Derfuss T, *et al.* Compartmentalization of inflammation in the CNS: A major mechanism driving progressive multiple sclerosis. *J Neurol Sci.* 2008; 274: 42-44. doi: 10.1016/j.jns.2008.06.032
110. Leroux E, Ducros A. Cluster headache. *Orphanet J Rare Dis.* 2008; 3: 20. doi: 10.1186/1750-1172-3-20
111. Greenfield DP, Hariharan S. Diagnosis and clinical management of headaches. *CNS Spectr.* 1999; 4(9): 32-47. doi: 10.1017/s1092852900012153
112. Alstadhaug KB, Bekkelund S, Salvesen R. Circannual periodicity of migraine? *Eur J Neurol.* 2007; 14(9): 983-988. doi: 10.1111/j.1468-1331.2007.01828.x
113. Alstadhaug K, Salvesen R, Bekkelund S. Insomnia and circadian variation of attacks in episodic migraine. *Headache.* 2007; 47(8): 1184-1188. doi: 10.1111/j.1526-4610.2007.00858.x
114. Alstadhaug KB, Salvesen R, Bekkelund SI. Seasonal variation in migraine. *Cephalalgia.* 2005; 25(10): 811-816. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.01018.x
115. Alstadhaug KB, Salvesen R, Bekkelund S. Weekend migraine. *Cephalalgia.* 2007; 27(4): 343-346. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01284.x

116. Zeremski M, Petrovic LM, Talal AH. The role of chemokines as inflammatory mediators in chronic hepatitis C virus infection. *J Viral Hepat.* 2007; 14(10): 675-687. doi: 10.1111/j.1365-2893.2006.00838.x
117. Driscoll KE. Macrophage inflammatory proteins: biology and role in pulmonary inflammation. *Exp Lung Res.* 1994; 20(6): 473-490. doi: 10.3109/01902149409031733
118. Hachicha M, Naccache PH, McColl SR. Inflammatory microcrystals differentially regulate the secretion of macrophage inflammatory protein 1 and interleukin 8 by human neutrophils: a possible mechanism of neutrophil recruitment to sites of inflammation in synovitis. *J Exp Med.* 1995; 182(6): 2019-2025. doi: 10.1084/jem.182.6.2019
119. Smith RE, Strieter RM, Zhang K, *et al.* A role for C-C chemokines in fibrotic lung disease. *J Leukoc Biol.* 1995; 57(5): 782-787. doi: 10.1002/jlb.57.5.782
120. Zoccali C, Mallamaci F, Tripepi G. Inflammatory proteins as predictors of cardiovascular disease in patients with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2004; 19(Suppl.5): V67-V72. doi: 10.1093/ndt/gfh1059
121. Chait A, Han CY, Oram JF, Heinecke JW. Thematic review series: The immune system and atherogenesis. Lipoprotein-associated inflammatory proteins: markers or mediators of cardiovascular disease? *J Lipid Res.* 2005; 46(3): 389-403. doi: 10.1194/jlr.R400017-JLR200
122. O'Brien KD, Chait A: Serum amyloid A: the "other" inflammatory protein. *Curr Atheroscler Rep.* 2006; 8(1): 62-68. doi: 10.1007/s11883-006-0066-0
123. Naudin J, Mège JL, Azorin JM, Dassa D. Elevated circulating levels of IL-6 in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1996; 20(3): 269-273. doi: 10.1016/0920-9964(96)00014-x
124. Torres AR. Is fever suppression involved in the etiology of autism and neurodevelopmental disorders? *BMC Pediatr.* 2003; 3: 9. doi: 10.1186/1471-2431-3-9
125. Hobohm U. Fever therapy revisited. *Br J Cancer.* 2005; 92(3): 421-425. doi: 10.1038/sj.bjc.6602386
126. Hobohm U. Fever and cancer in perspective. *Cancer Immunol Immunother.* 2001; 50(8): 391-396. doi: 10.1007/s002620100216
127. Curran LK, Newschaffer CJ, Lee LC, *et al.* Behaviors associated with fever in children with autism spectrum disorders. *Pediatrics.* 2007; 120(6): e1386-e1392. doi: 10.1542/peds.2007-0360
128. Mastrangelo D, Loré C. The growth of a lie and the end of "conventional" medicine. *Med Sci Monit.* 2005; 11(12): SR27-SR31. PMID: 16319808
129. Mastrangelo D. Hormesis, epitaxy, the structure of liquid water, and the science of homeopathy. *Med Sci Monit.* 2007; 13(1): SR1-SR8. PMID: 17179919

*El Gobierno central no puede dar la espalda a ocho millones de españoles

Asamblea Nacional de Homeopatía (España).

*Manifiesto a favor de las terapias complementarias: por el respeto a la libertad médica y de elección de los pacientes, dado a conocer en 2018. Fuente: Asamblea Nacional de Homeopatía (España).

Ante el anuncio realizado por los ministerios de Sanidad y Ciencia de poner en marcha un Plan de Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias y tras conocerse los datos de la última Encuesta de Percepción Social de la Ciencia, las 27 sociedades científicas, asociaciones de profesionales de la salud y asociaciones de pacientes, abajo firmantes, nos vemos en la necesidad de publicar el siguiente manifiesto:

1. El Gobierno central no puede dar la espalda a una realidad sanitaria, social y legal. La última Encuesta de Percepción Social de la Ciencia, conocida recientemente, arroja datos muy interesantes:

- El 19.6% de los españoles –ocho millones de personas– ha utilizado tratamientos como la Homeopatía o la acupuntura.
- Uno de cada cuatro españoles (25.4%) confía en los efectos beneficiosos de la Homeopatía.
- El 21.6% de los españoles considera que la Homeopatía tiene carácter científico y el 23.3% que la acupuntura también lo tiene.

Este Gobierno no puede, en ningún caso, considerar que los pacientes y usuarios de terapias complementarias son menores de edad que necesitan ser tutelados. Una vez informados objetivamente y sin distorsiones mediáticas irresponsables, todos los ciudadanos tenemos derecho a decidir sobre nuestra salud y a elegir las terapias que mejor se adapten a nuestras necesidades. Un gobierno democrático no puede ni debe poner trabas a la libre elección de aquellas terapias que nos ofrecen más confianza y mejores resultados.

Los firmantes de este manifiesto entendemos que el gobierno no puede permanecer impasible ante una demanda de más de ocho millones de españoles y nos brindamos para colaborar con el Ejecutivo con el propósito de que estas terapias sean ejercidas únicamente por profesionales sanitarios debidamente cualificados, sacándolas del concepto y ámbito de una “pseudociencia”.

2. Primera opción o complementaria, ambas decisiones son válidas. La encuesta también indica que:

- El 14.4% de los españoles utiliza estas terapias de forma complementaria.
- El 5.2% las emplean como primera opción.

El hecho de que casi 2 millones de usuarios elijan este tipo de terapias como primer tratamiento solo puede entenderse de forma positiva y revela que confían abiertamente en sus resultados. Y lo hacen porque, siempre que sea bajo el control y supervisión de profesionales cualificados, estas terapias son seguras y sus efectos secundarios son leves y poco frecuentes. Además, que el resto de los encuestados las use de manera complementaria pone de manifiesto que ni renuncian ni se les prescriben de forma exclusiva, cuando otros tratamientos son útiles y/o necesarios.

3. Nuestra prioridad son siempre los pacientes. Quienes ejercemos la Homeopatía, la acupuntura y la medicina naturista somos profesionales sanitarios, debidamente cualificados y formados, y empleamos estas terapias como una herramienta más en nuestras consultas. En ningún caso sustituimos tratamientos prescritos por otros profesionales.

4. Defendemos una estrategia común, rigurosa y objetiva contra las “pseudociencias”. Somos los primeros interesados en evitar que se engañe a la población con falsas promesas terapéuticas. Compartimos la preocupación del Gobierno central por las “pseudociencias” y nos brindamos a colaborar. En ningún caso la acupuntura, la Homeopatía y la medicina naturista podrían considerarse como tales. Por ello, nos alegramos de que la ministra de Sanidad, María Luisa Carcedo, matizara sus declaraciones iniciales y no haya incluido por ahora terapias como la Homeopatía y la acupuntura dentro de las “pseudociencias”.

5. La Homeopatía, la acupuntura y la medicina naturista sí tienen evidencia científica. Estas tres terapias no son “pseudociencias”. Sobre la Homeopatía, existen más de 6,500 artículos indexados en Pubmed, 279 de ellos corresponden a ensayos clínicos, el tipo de estudio que con mayor fiabilidad discrimina el efecto de un principio activo con respecto al placebo. Sobre acupuntura médica, se han publicado cerca de 29,000 artículos en revistas científicas indexadas. Solo en los últimos cinco años se han publicado 8,390, de los cuales el 90% son ensa-

yos aleatorizados doble ciego. La Sociedad de Acupuntura Médica de España (SAME), acaba de publicar la Síntesis de Evidencias Científicas de la Acupuntura, desarrollada por profesores de Universidad e investigadores del Estado Español, que demuestran que la acupuntura, no es una pseudociencia. Con respecto a la medicina naturista, el volumen de publicaciones científicas supera los 30,000 artículos, la tercera parte de ellas en revistas de máximo prestigio.

6. El Ministerio de Sanidad ya respaldó estas evidencias. El Ministerio de Sanidad publicó un primer documento, en 2011, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, en el que concluía que “los niveles actuales de evidencia (de acupuntura y Homeopatía) pueden ser valorados como suficientes para justificar su utilización en determinadas situaciones clínicas”.

7. Es necesario actualizar la legislación actual y definir cuáles son las terapias naturales fomentando su formación en profesionales sanitarios y su investigación. Los colectivos que firmamos este manifiesto somos conscientes de la necesidad de actualizar la regulación de las terapias no convencionales. Con todo, entendemos que la estrategia que pretende sacar adelante el gobierno central conculca el derecho de los profesionales a la libertad de prescripción y el de los pacientes a la libertad de elección de tratamiento médico. Ambos principios forman parte del ordenamiento legal tanto en España como en Europa.

8. La Organización Mundial de la Salud, nuestro aliado. La OMS define la salud como el estado de pleno bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad. Precisamente por eso, la máxima autoridad mundial en este campo ha recomendado promover la incorporación de las terapias no convencionales a la formación, investigación y atención sanitaria en cada uno de sus países miembros.

Respaldan con su firma y apoyo este manifiesto las siguientes sociedades científicas, asociaciones de profesionales de la salud y asociaciones de pacientes:

Asamblea Nacional de Homeopatía (ANH): constituida por la Asociación Española de Farmacéuticos Homeópatas (AEFHOM), la Sociedad Española de Médicos Homeópatas (SEMH), la Federación Española de Médicos Homeópatas (FEMH), la Academia Médico Homeopática de

Barcelona y la Sociedad Española de Homeopatía Veterinaria (SEHV), Sociedad de Acupuntura Médica de España (SAME), Asociación Española de Médicos Naturistas, Sindicato de Homeópatas Licenciados (SHL), Asociación Española de Médicos Integrativos (AESMI), Asociación Española Profesional en Nutrición y Medicina Integrativa (ASEPROIM), Asociación Científica Médica Antroposófica, Asociación Colegial de Médicos Acupuntores, Sociedad Española de Kinesiología Médica Odontológica (SEKMO), Sociedad Española de Salud y Medicina Integrativa (SES-MI), Sociedad Española de Medicina Biológica y Antienvjecimiento, Asociación de Médicos Homeópatas de Bizkaia, Sociedad Murciana de Homeopatía, Asociación Canaria de Profesionales sanitarios por la Medicina Integrativa), Sociedad Canaria de Medicina Integrativa (ACASAMI), Asociación Catalana de Pacientes, Amigos y Usuarios de la Homeopatía (ACPAUH), Asociación Canaria de Amigos y Usuarios de la Homeopatía (ACUAHOM), Asociación de Pacientes y Usuarios de Homeopatía de Aragón (APUHA), Asociación Madrileña de Usuari@s de Homeopatía, Similia Andalucía, Similia Navarra, Similia País Vasco, Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (Afibrom), Asociación de Alérgicos y Asmáticos de Málaga (Alerma), Asociación de Pacientes con Fibromialgia, Fatiga Crónica y otras Enfermedades Reumáticas (Aparffer), Asociación de Oncología Integrativa (AOI) y Fundación ALPE Acondroplasia.

Cartas a Mis Pacientes



Ilustración: José Luis Alcover Lillo.

M. Gloria Alcover Lillo*

Máscara, Identidad y Sufrimiento Humano (Primera parte)

*La autora es médico cirujano por la Universidad Complutense de Madrid (España), con especialidad en Ginecología y Obstetricia; además, tiene la especialidad en Homeopatía por la Escuela de Posgrado de Homeopatía de México, A.C., y es miembro de honor de la Universidad de Sevilla, la Academia Médico Homeopática de Barcelona, la Escuela Médico Homeopática Rumana, la Escuela Médico Homeopática Ecuatoriana, la Escuela Médico Homeopática de Bogotá y el Instituto G. Páez de Bogotá.

Comprender la antigua frase acuñada en la antropología médica que dice que “la enfermedad es un diálogo de cada persona con su propia historia” nos lleva a considerar algunos aspectos importantísimos que se dan en el desarrollo natural de la vida de cada uno de nosotros, los complejos seres humanos. Se debe considerar que muchos gestos, aunque no se piensan, exteriorizan y realizan una parte inconsciente de nosotros mismos, descubriéndonos de repente las múltiples respuestas a una de las preguntas que se encuentra implícita en nuestra intimidad, una de las más ambicionadas, recurrentes y necesarias que nos hacemos los seres humanos espontáneamente e incluso sin querer:

“¿Quién soy yo y quién quiero ser?”. Y también: “¿Por qué no soy lo que quiero ser?”.

Entre una frase y otra se devana ante nuestros ojos el ir y venir de nuestros actos, de nuestra conducta, de nuestros acontecimientos internos y externos. Se devana nuestro propio ser y vivir. Nuestra propia realidad concreta y cotidiana. Es decir, **los hechos**. Lo que somos y hacemos cada día de nuestra vida, cómo somos y cómo lo hacemos, contrastando tantas veces con aquello de “hubiéramos querido hacer y ser”. O “cómo lo hubiéramos querido hacer y/o cómo hubiéramos querido ser”. En síntesis, una continua entrada en el gran teatro del mundo de cada día donde se hace evidente la armonía o desarmonía, la coherencia o incoherencia entre nuestra **máscara** y nuestra **identidad**. Entre lo que aparentamos y parecemos y lo que somos, enredado este asunto entre mil motivos y mil justificaciones dadas a nosotros mismos.

Hablar de máscara es hablar de una figura alusiva al rostro humano. Un rostro humano imaginario, o de cualquier animal, con la que la persona puede cubrir la totalidad de su cara para **no ser descubierto** o tomar el aspecto de otra persona. Esto se ha usado desde tiempos inmemoriales, de forma voluntaria, con una finalidad festiva, ritual o defensiva.

Sin embargo, en el desarrollo normal de la vida de los seres humanos la máscara se conforma poco a poco desde que se nace, naturalmente, para presentarse a los demás. Porque “los demás” son el receptor fundamental de nuestra vida, lo que nos permite **ser relación, y ser en la relación y a través de la relación con el otro, descubrir verdaderamente quiénes somos**. Porque estamos constituidos de “el otro y lo otro”. Por tanto, hablar de la máscara natural humana no es hablar de falsedad. Es hablar de expresión exterior de lo que se **es** en el interior y se manifestó en un modo no verbal, es decir, sin palabras.

La vida toda y todos los seres vivientes somos no una mezcla, sino una **amalgama** inseparable entre lo visible y lo invisible. ¡Somos! Visible e invisible al mismo tiempo. Por ejemplo, en este mismo momento que escribo, las **letras son lo visible**. El **movimiento** que organiza las letras de acuerdo con mi pensamiento es **invisible**. Y el **mensaje** que está organizando el pensamiento, el movimiento y el orden de los códigos reconocidos en nuestra lengua (las letras), es decir, lo que quiero transmitir, es **invisible**.

Por lo tanto, hablar de máscara es hablar de la parte visible, la parte que se muestra y se conforma desde que una persona nace para poder manifestar lo que “es” (invisible), incluso a sí mismo, a los demás, a la vida, en la que vivo dentro y fuera de mí. Mi cuerpo, inevitablemente, va tomando la forma de mí mismo añadiendo todo, como en una escultura, todo los movimientos y experiencias que, a través de este cuerpo, día a día hago sobre mí. De acuerdo con lo que soy y hago en mí y conmigo cada día. Si le pego a un niño, eso se escribe sobre mi cuerpo. Si acaricio una flor, también.

Si hago cosas que **me pertenecen** (algo que reconozco porque me satisfacen), cosas que abren la puerta al profundo verdadero de mi ser (por cuanto sea invisible y desconocido a mí mismo), mi rostro, mi cuerpo, mis movimientos reflejan este buen vivir, y mi máscara, mi rostro corpóreo, será tan armoniosa y coherente conmigo misma como satisfactoria. Los demás no verán un ser perfecto, sino genuino y verdadero. Es decir, “fiable”.

En una persona sana, existe una **armonía** y una **coherencia** evidente entre lo que **es** y lo que **parece**. En una persona enferma, hay una diferencia entre lo que es y lo que parece. Cuanto más enferma, más es la distancia entre su ser invisible, su sí mismo, que es lo más central de su existencia y el cómo se manifestó en la vida y aparece ante los demás.

Por eso la enfermedad se vive como una **deformación**. Como una **pérdida de la forma genuina original** que cada ser humano siente como algo que le pertenecería radicalmente. Desde sus raíces. Esa que debería reflejar verdaderamente su persona en estado de verdadera salud. Su mejor forma. Su mayor pertenencia. Y justamente en este punto es donde nosotros nos debemos detener para comprender lo que como médicos nos corresponde e interesa: la importancia, organización y significado de esa deformación en la vida del sufrimiento, la enfermedad y la curación. La diferencia entre la máscara y la identidad de nuestro paciente, ese ser humano que nos pide ayuda.

Por ello nos conviene hacer alguna reflexión sobre la **identidad** para saber buscar en nuestro paciente este punto central del “diálogo de su enfermedad con su propia historia”. Pues, como sabemos, cada ser viviente padece de acuerdo con su especie y dentro de su especie según su propia naturaleza irrepetible. El diálogo con la propia historia y la conformación/deformación de su enfermedad dependerá sin duda alguna de ese “quién es”, de los instru-

mentos que tenga, de sus objetivos trascendentes invisibles, de cómo los sepa usar. De su habilidad para usarlos. De los triunfos o fracasos en la batalla cotidiana. De lo que pretenda cumplir para dar justa satisfacción a su existencia. Es decir, de su realización exterior de su vida interior.

La **identidad** no es una elección, es la realidad fundamental y constitutiva de cada ser viviente. Su ser mismo, totalmente único, caracterizado e irremplazable que lo distinguirá siempre y por siempre en la historia del Universo. Esto significa que esta identidad rige todo movimiento del “ser lo que tiene que ser” cada cual. Es decir, no existe la posibilidad de que un ser viviente no tenga todo lo que le sirve, toda la información necesaria en su interior para evolucionar hacia el esplendor y realización de su plenitud posible. Es decir, que no sepa “lo que tiene que hacer y ser” porque está escrito en su identidad.

Ese **saber invisible** que se manifestará través del cuerpo visible, por tanto inevitablemente carnal y espiritual, inmanente y trascendentemente amalgamados, que construye su realidad total de su persona, será la aguja de la balanza, a través de sus deseos, tendencias, entusiasmo, pasiones y elecciones realizadas en modo justo y erróneo que dará voz a lo que entendemos por la salud individual de su individual modo de enfermar y estar enfermo.

En realidad, lo que se interpone realmente entre la coherencia de esa máscara y esa identidad del ser humano son **las pasiones**, que deterioran el alma y que, como en el célebre *Retrato de Dorian Gray*, nos deforman y envejecen por dentro aunque, aparentemente, la ficción de la máscara impida que se evidencie.

El Mundo de la Homeopatía

La enfermedad es el diálogo del hombre con su propia historia: Gloria Alcover

Juan Fernando González G.

Generosidad y vocación por la vida podrían ser las características fundamentales para definir de una manera muy sintética a una mujer que encontró en la Homeopatía la manera de servir a su prójimo y ayudarlo a transitar armoniosamente por el sendero de su existencia.

Sabia, elocuente, sensible y dueña de respuestas para cada vicisitud que pueda existir, María Gloria Alcover Lillo se presenta ante el mundo como una persona que desea “proporcionar un ‘criterio de sanación’ al paciente para que sepa conocer, distinguir y elegir el camino que le es necesario para reconocer cómo restituir su higiene, su equilibrio o su curación profunda y su bienestar. Y en este sentido, sin duda, dar a entender la extraordinaria revolución que representa la medicina homeopática, que mal se conoce y que constituye verdaderamente el camino óptimo para restituir la verdadera curación individual, social y trascendente”, señala en una primera reflexión durante la entrevista exclusiva para **La Homeopatía de México**.

La homeópata española, mexicana, italiana, francesa... del mundo entero, ha sido pilar fundamental de la revista **La Homeopatía de México** a través de la sección *Cartas a mis pacientes*, misma que se publica ininterrumpidamente desde septiembre de 2015. En aquella oportunidad, la doctora Alcover Lillo dijo: “Después de un buen número de años dedicada a la enseñanza e información de la Homeopatía me doy cuenta de la dificultad que tienen, tanto los médicos como los pacientes o las personas que se acercan a la Homeopatía, para comprender la rigurosidad del método, su doctrina, su práctica y la revolución que implica en la visión de la enfermedad y del sufrimiento del ser humano, individual y social. Y, sobre todo, su potente y bondadosa eficacia”.

Una historia digna de contarse

Dotada de un talento innato para relatar un sinnúmero de experiencias ligadas a su ejercicio profesional y a su vocación para ayudar al que sufre, la doctora Alcover Lillo nos comenta que ella, como parte de una familia que enfrentó la Guerra Civil Española y la Segunda Guerra Mundial, está dotada de una enorme fuerza de sobrevivencia.

Para muestra un botón, cuenta la entrevistada: “Mi abuelo materno fue un chiquillo que se creó en la calle, que dormía en las bancas públicas y que aprendió a leer con pequeños trozos de periódico”.



dicos, hasta que un buen día se convirtió en el dueño de todo un pueblo. Puedo citar de igual manera a mi madre, quien a los 70 años de edad ganó el primer lugar del Premio Nacional de Ingenio de España. Ella leía mucho y como se cansaba, inventó un accesorio para leer sin tener que usar las manos”, rememora.

La médica homeópata tiene claro que decidió seguir la carrera de medicina como una herencia. “Yo creo que no hay más: te vuelves un monstruo o una persona sensible a la vida. Desde los 13 años supe que quería ser médico, aunque mi madre no estaba de acuerdo porque, me decía, es una profesión en la que se sufre mucho.

“En realidad, yo he tenido vocación de cantante, de teatrera, pero vivía entre gente que sufría mucho y eso determinó que yo abrazara esta profesión. Mi tío fue alcohólico la mayor parte de su vida, pero a los 60 años decidió estudiar medicina y filosofía, y después fue una maravilla como médico, al grado de atender a los pobres hasta su muerte, a los 90 años. Él es un gran ejemplo de lo que puede hacer un ser humano cuando comprende lo que es el dolor”.

Alcover Lillo, quien es médica cirujana por la Universidad Complutense de Madrid (España), con especialidad en Ginecología y Obstetricia, cuenta que rara vez habla de sus experiencias personales, pues está convencida de que lo importante es reflejarse en los ojos de los demás. Sin embargo, a lo largo de la entrevista compartió anécdotas y relatos que la pintan de cuerpo entero:

“Nací con mucho sentido poético de la existencia, ya que viví entre gente que sufría mucho y por eso creo que era imposible que hiciera otra cosa que no fuera médico. Empecé a estudiar medicina muy joven y a los 17 años ya estaba dentro de los quirófanos; me pasaba la vida en el hospital y en alguna temporada trabajé en el área de ginecología en un hospital de siete plantas, tan sólo con la ayuda de una compañera médica y dos enfermeras. Muchas veces, obligadas por las circunstancias, teníamos que doblar turno. Allí vi morir a mucha gente en situaciones inaceptables.

“Una vez llegó al hospital una señora gitana a la que atendí y curé, lo que ocasionó que a partir de ese momento se llenara el lugar de gitanos. Ellos veían que yo era un médico que se ocupaba humanamente de ellos. Puedo decir que, a partir de entonces, comencé una gran batalla para cambiar lo que se hacía ya que los médicos de esa época no consideraban la naturaleza del ser humano, que es algo que está más allá de su situación física”, enfatiza.

Dialogar con el alma

Mucha gente se pregunta la diferencia que hay entre la medicina alopática y homeopática, pero no solamente en la parte técnica o clínica, sino en el trato que tienen los especialistas de una y otra modalidad con sus pacientes. La Dra. Alcover Lillo lo entiende de la siguiente manera:

“Cualquier ser humano necesita un diálogo con el alma, de comunicación, de amistad y comprensión. Cualquier persona que está mal necesita un interlocutor para superar su sufrimiento, de allí que el médico debe ser un espejo del alma para que el paciente entre en comunicación consigo mismo; la enfermedad es un diálogo del hombre con su propia historia.

“Esa forma de decirlo resulta muy clara para mí, una persona que venía de la calle, del mundo, de una lucha revolucionaria y que fue parte de una generación, la de los 70, que fue una generación del diálogo entre amigos, la generación donde el sufrimiento del alma formaba parte prioritaria de la existencia y de la propia amistad. Yo, particularmente, ya tenía la idea de ejercer una medicina que se ocupara de todo lo que es el **ser**, tenía una intuición natural para pensar de esa manera, algo que estaba alejado de la llamada medicina convencional.

“No estoy de acuerdo con la idea surgida en la Ilustración que considera que el ser humano debe ser considerado, analizado y tratado como una máquina. En función de esa máxima es que la medicina convencional realiza cada una de sus investigaciones, sin observar que lo que le pasa a un paciente es una cosa mucho más compleja”, afirma.

Primer contacto con la Homeopatía

Muy pronto, la joven que trabajaba de sol a sol en un hospital se percató de que “con los medios convencionales nadie se podía curar”; en esa etapa de su vida bastaba que entrara al hospital para que su temperatura corporal se instalara en 40 grados, todo por la tensión que le significaba la incapacidad de ayudar a los enfermos como ellos se merecían.

Así las cosas, Alcover Lillo decidió retirarse para “encontrar el camino que me pertenecía”, lo que implicó dejar la medicina y hacer de todo para ganarse la vida. Un día, rememora la entrevistada, “sucedió que, por casualidad, estaba frente a un kiosco en el que

había un libro de un autor argentino que versaba sobre las medicinas alternativas. Cuando leí acerca de la Homeopatía comprendí que allí estaba el camino, y a partir de entonces, con la ayuda de mi madre, empecé a buscar información al respecto hasta que encontramos la Academia Médico Homeopática de Barcelona.

“En aquel momento dirigía la academia el doctor Peiró, un valiente que durante 40 años mantuvo en solitario la academia esperando que los jóvenes se interesaran por lo que él podía enseñarles. Este médico organizaba una cena pública todos los años, una reunión en la que, paradójicamente, había de todo menos médicos homeópatas.

“Se avisó que a la siguiente cena acudiría el maestro mexicano Proceso Sánchez Ortega, quien luego de la reunión me dijo: ‘Vaya a México para ver si

podemos hacer algo más digno de usted’. Dos meses después recibí una carta en la que el maestro Sánchez Ortega me refrendaba la invitación para ir a México con el ofrecimiento de darme casa, comida y una pequeña retribución, pero con la condición, estipuló, ‘de que usted esté a mi servicio todo el día, siempre’. Pues nada, que llegué a México y estuve varios años en esa circunstancia, muy agradecida con él y su mujer, Rebeca, a la que adoré como una madre.

“Tuve la fortuna de estar al lado del maestro desde 1979 hasta 1990, viajando por todo el mundo, por Europa y América, formando escuelas y alumnos. Tiempo después, cuando llegué a vivir a Italia, fundé la Escuela Italiana Hahnemanniana ‘P.S. Ortega’, una academia que permaneció abierta durante diez años hasta que las autoridades italianas impusieron unas reglas administrativas tan pesadas que eran imposibles de cumplir”, apunta.

“La misión del maestro Sánchez Ortega fue verdaderamente apostólica. Fue uno de los grandes maestros de la Homeopatía a nivel mundial. Los que estábamos con él llevábamos una vida completamente ligada al pueblo, es decir, hacíamos ambulatorios, trabajo en equipo y una labor en comunidades indígenas en las que nos valíamos de la radio comunitaria para hacer que la gente que vivía en las montañas bajara a recibir atención médica, en una travesía que duraba tres horas o más para llegar a las siete de la mañana a ver a los médicos blancos. Un personaje semejante fue, sin duda, Higinio G. Pérez, un hombre con un sentido apostólico grandioso dedicado a la medicina que hizo escuelas para niños y que fundó la Escuela Libre de Homeopatía, una institución donde aprendías a ser médico y a vivir para los enfermos”, comenta la entrevistada.

Empatía médico-paciente

- Sin duda, la empatía es la función fundamental que debe haber entre el médico y su paciente, lo que puede traducirse como el amor por el ser humano.
- El **interés** por un paciente y el **amor** por un paciente no es lo mismo; se parecen, pero no es igual. El amor te hace dar pasos que van más allá, y que implican anular tu deseo de presencia, de prestigio y de reconocimiento.
- El amor te deja en la posición auténtica de dar atención a otro, de estar a favor del otro. Eres una voz de sabiduría por los conocimientos y la formación que tienes, pero no se trata de demostrar la sapiencia sino de estar a favor del otro; no es un acto racional, el amor te lleva a querer al paciente, a entregarte.
- En realidad, el paciente es el que realmente te ayuda a ser. La maravilla del amor es que mientras les ayudas a ser y a sanar, tú, como persona, te sanas y eres con ellos. Es un proceso que cambia completamente al paciente la experiencia de su relación con el médico.

La Homeopatía, una ciencia viva

Samuel Hahnemann, el célebre médico alemán responsable de configurar los preceptos básicos que rigen a la Homeopatía desde hace más de 200 años, dedicó una parte de su obra magna, *El Organon de la medicina*, al perfil que debe tener un médico homeópata, visión que compagina perfectamente con todo lo que ha expuesto la Dra. Alcover Lillo. Hahnemann, dice la especialista española, miembro de honor de la Universidad de Sevilla y la Academia Médica Homeopática de Barcelona, “habla en los últimos párrafos de cómo debe ser un médico, de la importancia de ser un hombre bueno, la extraordinaria lucidez y previsión que exige el análisis y la comprensión del paciente, de los síntomas; necesita una dedicación que sólo cumple una persona que tiene vocación declarada. Para poder entender el con-

Médicos mecanicistas

- Los médicos convencionales son peritos técnicos provenientes de una deformación de la medicina mecanicista. No se trata de anular esta modalidad porque resulta ser que cuando hay un problema mecánico son maravillosos y tienen una gran capacidad para resolver problemas de ese tipo. Sin embargo, resulta que la mayor parte del sufrimiento humano no es mecánico. Es allí cuando esta clase de médicos se quedan cojos porque no tienen la capacidad de abordar la totalidad del paciente, una cualidad que sí tiene el médico homeópata.
- La Homeopatía es una ciencia extraordinaria porque a través de la experimentación en el ser humano descubres cómo funciona una sustancia, la que sea; descubres que cualquier estímulo dinámico, como puede ser el café, por ejemplo, puede cambiar la circunstancia de una persona.
- El médico homeópata tiene la visión, la posibilidad y la comprensión para actuar en la totalidad del paciente con un remedio justo, en contra de lo que hace el médico convencional, que actúa mecánicamente y con una actitud compensatoria, es decir, antiinflamatoria, antihistamínica o antidepressiva. De esta forma, simplemente compensa una función, no la totalidad de lo que le sucede al paciente.

flicto patológico y entrar metódicamente en el problema debes entender quién es el paciente, algo que comprendió perfectamente el maestro Proceso Sánchez, a quien, además de reconocerle su magnífica formación como médico homeópata clásico, se le debe considerar un maestro en toda la extensión del concepto ya que sabía enseñar”.

La gente que consulta al homeópata es una persona desesperada, acepta la entrevistada, “un individuo que no es sugestionable porque, en principio, recibes a alguien que no cree en ti y que no sabe qué es lo que haces. Muchas veces recibimos a esta clase

“La atención homeopática incluye la atención a la alteración emotiva y el conflicto existencial de un individuo. Por eso no es exagerado afirmar que el médico homeópata tiene en sus manos un instrumento que supera por mucho a cualquier disciplina médica de cualquier tipo”.

de pacientes, que están muertos de dolor y no saben cómo resolver sus conflictos, por lo que es común que entre homeópatas digamos que somos la última playa”.

Un ejemplo de muchos que aparecieron en la charla, y que bien puede ser paradigmático de la ciencia hahnemanniana, es el que siguiente:

“Cuando yo vivía en el sur de Italia llegó a verme un viejito muy bien plantado, muy grito, que tenía un diagnóstico de cáncer de recto. Llegó en una silla de ruedas y resultó que el anciano era un maldito, un violento que le pegaba a la familia, a sus hijas, lo mismo con los cinturones que con la culata de la pistola. Le prescribí **Nux vómica** a la 6CH, un remedio a potencia bajísima para ver qué ocurría.

“A la tarde me llamaron para decirme que el paciente decía que se sentía en el paraíso. Ese hombre se curó poco tiempo después y las hijas maltratadas regresaron a visitarlo porque se transformó en una persona muy amable, algo que resultaba incomprensible. De allí que pueda decir que el remedio homeopático, cuando es adecuado, actúa de una manera tan extraordinaria que es inimaginable lo que se puede obtener. Al final, lo que sucede es que existe un proceso de integración del ser humano consigo mismo”, concluye.



Gloria Alcover Lillo (a la extrema derecha), en la época que colaboró con el célebre médico homeópata Proceso Sánchez Ortega.

Instrucciones para los autores

La Homeopatía de México es una publicación trimestral, 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 Comité de Arbitraje y 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
Alcaldía Cuauhtémoc
Ciudad de México
C.P. 06400
Teléfono: 55 5547 9483, extensión 176

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 revisión por parte de su Comité de Arbitraje y 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, 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 y en orden consecutivo.

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.

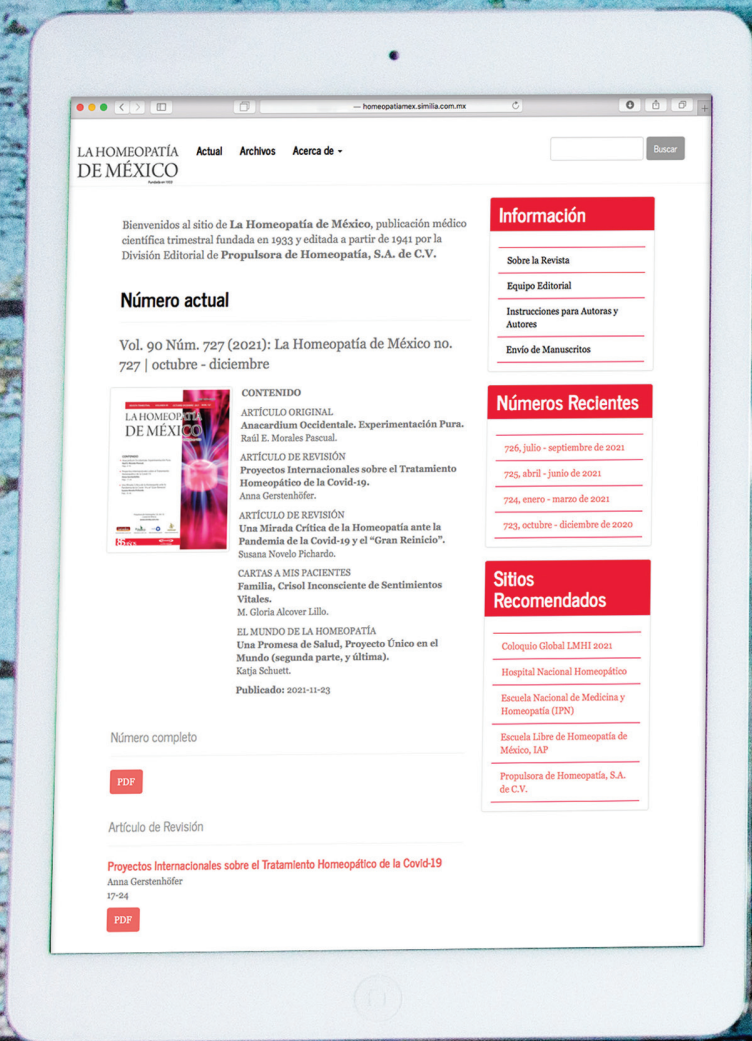
e) Materia médica y otros temas de actualización médica

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

La Homeopatía de México

evoluciona

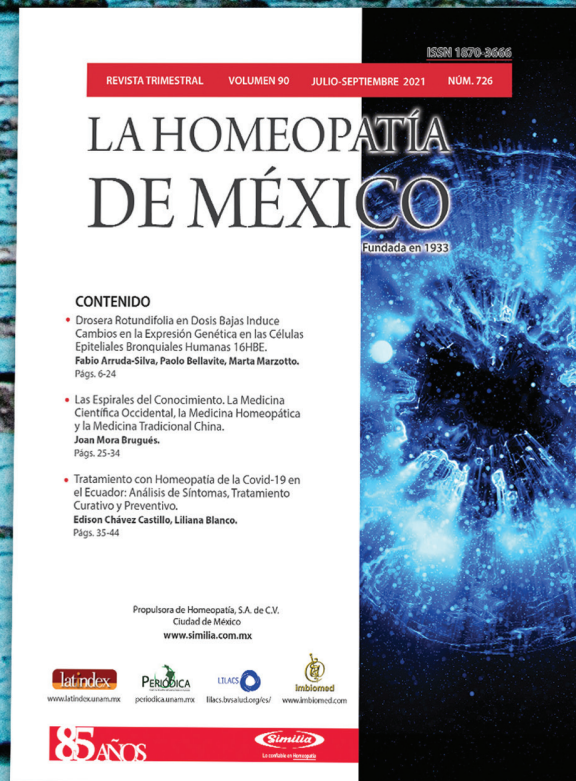
Y ahora cuenta con un nuevo sitio:
<http://homeopatiamex.similia.com.mx>



LA HOMEOPATÍA DE MÉXICO

Fundada en 1933

- Acceso libre a toda la información.
- Ediciones completas desde el año 2012.
- Consulta en PDF descargable.
- Versión completa y artículo por artículo.





Lo confiable en Homeopatía

Nuestro compromiso:
el **cuidado** integral de
la salud de tu **familia**



www.similia.com.mx