

Asociación Nacional de Médicos  
HOMEÓPATAS CIRUJANOS Y PARTEROS  
EN EL DISTRITO FEDERAL

"DR. MATEO RUBIO SEPTIÉN"

CULTURA Y CIENCIA PARA LA HOMEOPATÍA

Portal destinado al mundo de la Homeopatía  
en México, Noticias, Publicaciones, Eventos,  
Investigación, Médicos, y mas.

5, 6 Y 7 OCTUBRE DE 2006

CONGRESO NACIONAL  
DE MEDICINA HOMEOPÁTICA  
XXVII ASAMBLEA GENERAL



## **Acción antidepresiva de los medicamentos homeopáticos**

### **CASO CLÍNICO**

*Victorina Elizabeth Jiménez Sánchez\**

Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional,  
Guillermo Massieu Helguera No. 239, Fraccionamiento La Escalera, Ticomán México, D. F., C.P. 07320;  
Teléfono 5586-9449, 5729 – 6000 Ext. 55510, FAX 55500, E-mail:  
vjimenez@ipn.mx

---

\*Profesora investigadora, Jefa del Departamento de Terapéutica Homeopática de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, Instituto Politécnico Nacional.

Palabras clave: *Depresión, hipotiroidismo, Carcinoma tiroideo.*

## Resumen

La depresión se ha convertido en un gran desafío para la medicina actual a nivel mundial, debido a su incremento y aparición a menor edad y a que representa un riesgo potencial de suicidio, además de ser causa principal de invalidez según declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya sea, como enfermedad primaria o secundaria a otras patologías. Por ello se presenta el caso de una mujer de 50 años de edad que acude al consultorio de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, en el mes de enero 2006 por presentar una profunda tristeza posterior a una cirugía total de tiroides realizada en el mes de junio del 2005 con el diagnóstico probable de CA de tiroides confirmado en estudio histopatológico transoperatorio.

La tristeza generalmente se acompaña con llanto constante que habitualmente aparece cuando esta sola o por la noche acostada. El llanto lo trata de controlar en presencia de amigos, familiares o cualquier persona, desea estar sola y prefiere que no conozcan su problema porque no quiere que la traten con lastima. Presenta ideas de subestimación y minusvalía. Se siente fracasada, que no tiene derecho a vivir y en algunas ocasiones se revela contra Dios porque cree que esto que le pasa es injusto ya que ha sido una persona buena. Se siente siempre cansada, sin ánimo de nada y ha perdido el interés por muchas cosas que antes le hacían feliz. Presenta alteraciones de su sueño. A veces también piensa que su enfermedad es un castigo de Dios. Tiene dificultad para concentrarse y/o no puede recordar palabras. Olvida cosas que va hacer o nombres de personas. Tiene ideas de muerte.

El tratamiento convencional recibido fue: antiinflamatorios, analgésicos, sulfato ferroso, complejo B, medidas físicas, terapia sustitutiva con levotiroxina sódica y Yodo radioactivo ( $I^{131}$ ) en dos ocasiones. Asimismo, le prescriben antidepresivos, los cuales se niega a tomar, por lo que, decide tratar su patología con Terapéutica Homeopática, y así, acude a la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía a consulta.

Primeramente se le realiza su Historia clínica minuciosa, se integra su expediente, y se le diagnóstica con un Trastorno depresivo no especificado de acuerdo a los criterios de investigación DSM-IV, hipotiroidismo post-tiroidectomía total, y carcinoma tiroideo de tipo papilar. Se le instauro tratamiento homeopático indicándole Natrum muriaticum 0/6 como único medicamento, se le brinda apoyo psicológico a libre demanda, terapia ocupacional, recomendaciones en su alimentación y se continua con tratamiento convencional de levotiroxina sódica y se establece un patrón de interconsultas con su endocrinólogo. El resultado es un cambio extraordinario en su estado de ánimo. Su tratamiento continuara en base a los resultados que reporten los estudios de laboratorio, principalmente tiroglobulina y gabinete y estudios de rastreo para control de CA tiroideo.

## **Acción antidepresiva de los medicamentos homeopáticos**

### **CASO CLÍNICO**

*Victorina Elizabeth Jiménez Sánchez\**

Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional,  
Guillermo Massieu Helguera No. 239, Fraccionamiento La Escalera, Ticomán México, D. F.,  
C.P. 07320; Teléfono 5586-9449, 5729 – 6000 Ext. 55510, FAX 55500, E-mail:  
vjimenez@ipn.mx

---

\*Profesora investigadora, Jefa del Departamento de Terapéutica Homeopática de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, Instituto Politécnico Nacional.

## I. ANTECEDENTES

La depresión es un trastorno que según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría establecidos en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) esta catalogada dentro de lo que hoy se conoce como Trastornos de ánimo<sup>(1)</sup>.

Sin embargo, la depresión ya se conocía antiguamente. Existen textos que dan testimonio de su existencia, por ejemplo, la historia del rey Saúl en el Antiguo Testamento y el suicidio de Ajax en la Iliada de Homero, aproximadamente en el 400 a.C.; cerca del año 30 d. C. el médico romano Aulus Cornelius Celsus describió el concepto de melancolía como una depresión causada por la bilis negra, de *melan* negra y *cholé* bilis; Hipócrates utilizó los términos de “manía” y “melancolía” para describir trastornos mentales. Luego el término se continuó utilizando por diversos médicos. En 1882 el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad mediante el término *ciclotimia* y para 1899, Kraepelin basándose en diversas investigaciones de franceses y alemanes definió la psicosis maniaco-depresiva con la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para diagnosticar la depresión bipolar I<sup>(2)</sup>.

Los trastornos de ánimo constituyen una amplia categoría de enfermedades psiquiátricas y es el trastorno depresivo mayor uno de los más frecuentes, se estima una prevalencia del 15% en la población

general y en las mujeres puede alcanzar el 25%; se reporta del 5 al 12% en hombres y en pacientes hospitalizados el 15%. La media de la edad de inicio de la depresión mayor en el 50% de los pacientes, se sitúa alrededor de los 40 años<sup>(3)</sup>.

*Definición.* Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento. Esto es, el paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.

A menudo al trastorno depresivo se considera como un trastorno afectivo, sin embargo, la patología fundamental radica en el estado de *ánimo*, que es el estado emocional interno continuo de una persona, y no en el *afecto*, expresión externa del contenido emocional presente, de ahí que las diferencias previas identificadas entre los pacientes hoy en día han cobrado gran valor<sup>(4)</sup>.

*Clasificación.* Según los criterios de investigación de la DSM-IV, los trastornos de los estados del ánimo se clasifican según la intensidad de los síntomas, su duración, y si se presenta sola o asociada a otros estados de ánimo como la manía, estados hipomaniacos, etc.

Los trastornos depresivos según la DSM-IV se clasifican en: trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recurrente, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo no especificado, Trastorno depresivo debido a enfermedad médica general, trastorno depresivo inducido por sustancias.

*Etiopatogenia.*

*Factores biológicos:* Aminas biógenas<sup>(5)</sup>: la noradrenalina y la

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

*Factores genéticos:* Se ha confirmado que los familiares de primer grado de pacientes con trastorno bipolar I tienen una probabilidad de sufrir este trastorno de 8 a 18 veces superior a la de los familiares de primer grado de sujetos control y de 2 a 10 veces más de padecer trastorno depresivo mayor. Así el 50% de los pacientes con trastorno bipolar presenta por o menos un familiar con un trastorno de ánimo, generalmente un Trastorno depresivo mayor. Si uno de los padres sufre trastorno bipolar I, existe la probabilidad de 25% de que alguno de sus hijos sufra un trastorno de ánimo y si ambos padres lo padecen será del 50-75% de que su hijo desarrolle un trastorno del estado de ánimo. En gemelos monocigóticos la tasa de concordancia para el trastorno bipolar I oscila entre 33 y 90%, dependiendo de cada estudio particular, para el Trastorno depresivo mayor es de aprox. 50% y en gemelos dicigóticos de 10–25%. Con Biomedicina molecular se ha encontrado que los trastornos de ánimo y en particular del trastorno bipolar I están asociados a los cromosomas 5, 11 y X<sup>(6)</sup>.

*Factores psicosociales:* Se ha confirmado que el estrés produce cambios a largo plazo en la biología cerebral, que producen trastornos

en los diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneurales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Un dato que se asocia al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años o la pérdida de un cónyuge.

*Otros:* Los tipos de personalidad oral-dependiente, obsesivo-compulsiva, histérica tiene mayor riesgo a padecer depresión que los antisociales, paranoides u otros grupos que utilizan la proyección para protegerse.

*Tratamiento convencional:* Psicoterapia (introspectiva, la terapia cognoscitiva, la terapia interpersonal, y la terapia conductual), farmacoterapia (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y al burpropión) o ambas.

## II. CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una persona del sexo femenino de 50 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, casada, que acude al consultorio en el mes de enero del presente año por presentar una profunda tristeza que se alterna con llanto, posterior a una cirugía total de tiroides realizada en el mes de junio del 2005 con el diagnóstico probable de carcinoma tiroideo confirmado en un estudio histopatológico transoperatorio que determino la presencia de un carcinoma papilar de patrón folicular. Se acompaña de los siguientes antecedentes clínicos: Antecedentes heredofamiliares: Por la línea paterna padre y varios tíos con diabetes mellitus, obesidad, HTA; madre hipertensa, niega antecedentes de neoplasias. APNoP: habita casa propia con

todos los servicios. APP: Peso al nacer: 3,400Kg, talla: 51 cm, de parto eutócico, con buen desarrollo psicomotriz, niega antecedentes traumatológicos, transfusionales y toxicomanías. Sus AGO son: menarca a los 11 años, de ciclos menstruales irregulares con duración de 5 días, G5P5A0C1 por la presencia de circular de cordón, vida sexual activa desde los 24 años satisfactoria.

Inicia su padecimiento actual a fines del mes de abril del año pasado al detectar una masa tumoral de aprox. 5 cm, del lado izquierdo que no le dificulta al deglutir o comer, ni le molesta al acostarse de ese lado, la masa tumoral es dura, no dolorosa ni móvil y solo le ocasiona ligeros tos principalmente por las mañanas. Acude al otorrinolaringólogo quien le indica una tomografía computarizada de cuello que sugiere la presencia de lesión neoplásica y posteriormente, un estudio gammagráfico tiroideo que demuestra datos sugestivos de nódulo tiroidea hipofuncionante que ocupa casi la totalidad del lóbulo izquierdo y el lóbulo derecho observa datos sugestivos de bocio difuso. Por lo que se pasa a valoración del Cirujano Oncólogo quien indica la realización de una tiroidectomía total que se realiza en el mes de junio 2005. Antes de entrar a quirófano entra con EGO, QS, TP y TTP normales y BH con hemoglobina 11.3 g/dl, indicándole ampuldas de sulfato ferroso vía IM. El tratamiento postquirúrgico recibido fue a base de antiinflamatorios, analgésicos y aplicación de hielo local en cuello como medida física con una resolución satisfactoria. En el mes de agosto recibe la primera terapia a base de  $I^{131}$ , y en diciembre se indica un perfil tiroideo

y un nuevo rastreo gammagráfico con  $I^{131}$ . Los resultados del perfil fueron: T3<25ng/dl (N=58-159), T4<1.0 mcg/dl (N=4.8-11.7); T4 libre <0.40 ng/dl (N=0.70-1.48); TSH=153.7 mcUI/ml (N=0.35-4.94).

A pesar de haber sido exitosa la intervención quirúrgica y de que los adelantos en medicina para este tipo de carcinoma suele tener buen control, en el mes de enero de este año, la paciente comienza a presentar tristeza profunda, por lo que le indican antidepresivos, los cuales se negó a tomar. Por lo que, decidieron tratarla con terapéutica homeopática y, es así, que acude en enero 2006 al consultorio de la Escuela Nacional de medicina y homeopatía.

Primeramente se le realiza su Historia clínica con un interrogatorio clínico minucioso, se integra su expediente y se encuentra lo siguiente: tristeza profunda que se acompaña con llanto constante que aparece mucho más cuando esta sola o por la noche acostada. El llanto lo trata de controlar en presencia de amigos, familiares o cualquier persona, desea estar sola y prefiere que no conozcan su diagnóstico porque no quiere que la traten con lastima. El deseo de estar sola y de llorar cuando esta sola o por la noche estando acostada es una constante muy marcada en ella. Presenta ideas de subestimación, minusvalía y culpa, se siente fracasada, que no tiene derecho a vivir, dice que su enfermedad es un castigo de Dios y en algunas ocasiones se revela contra él porque cree que esto que le pasa es injusto ya que ha sido persona buena. Se siente siempre cansada, sin ánimo de nada y ha perdido el interés por muchas cosas, como visitar a familiares, amigos, etc. Tiene dificultad para iniciar su sueño

y/o se despierta en la madrugada. Tiene dificultad para concentrarse y en ocasiones no puede recordar palabras o situaciones. Olvida cosas que va hacer o nombres de personas. Tiene ideas de muerte. También presenta caída de cabello, resequedad de piel, uñas quebradizas, cambios en su apetito (hipo e hiperfagia)<sup>(7) (8) (9) (10) (11) (12)</sup>.

Se diagnóstica con un Trastorno depresivo no inespecificado de acuerdo a los criterios de investigación DSM-IV, hipotiroidismo post-tiroidectomía total y carcinoma tiroideo de patrón folicular. Se le instauro tratamiento homeopático indicando Natrum muriaticum 0/6 como único medicamento, se le brinda apoyo psicológico y recomendaciones en su alimentación (incrementar verduras y frutas), terapia ocupacional y se continúa con el tratamiento convencional de levotiroxina a la dosis a 150 mcg. Asimismo, se establece un patrón de interconsultas con su endocrinólogo. Se realiza seguimiento mensual. El apoyo psicológico se ha brindado cuando lo ha requerido. El resultado es un cambio extraordinario en su estado de ánimo con gran optimismo para enfrentar su vida. Su tratamiento continuará con la administración de levotiroxina sódica 150 mcg y el criterio médico para el control del carcinoma dependerá de resultados que reporten los estudios de laboratorio y gabinete (Ultrasonido abdominal, Radiología de Tórax PA y determinación de tiroglobulina) y según sintomatología con el medicamento más semejante y de fondo.

### III. CONCLUSIONES

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

Por ello es, que corresponderá al médico homeópata el compromiso de realizar su práctica médica de manera honesta, ética y con cabal profesionalismo, buscando reestablecer la salud del paciente de manera pronta, suave y duradera, y a las diferentes Escuelas que imparten Homeopatía, la responsabilidad de enseñarla con calidad, apegados a las bases que la sustentan y con un auténtico sentido social y humanista; así como la realización de investigaciones, básica y clínica, que permita encontrar los mecanismos de acción de los medicamentos homeopáticos hasta hoy fuertemente criticados por la comunidad médica no homeópata.

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

(1) Kaplan, H; J. Sadock B., *Sinopsis de Psiquiatría*, 8ª Ed., Panamericana, México, 2001, pág. 593.

(2) *Idem*.

(3) Henriey, *Tratado de Psiquiatría*, 8ª Ed., Masson, Barcelona, 1995, pág. 227.

(4) Kaplan, *op. Cit.*, pág. 594.

(5) Rosenthal, J. *A preliminary study of serotonergic antidepressants in treatment of dysthymia. Prog. Neurosychopharmacol Biol Psychiatry* 16:933, 1992.

(6) Kaplan, *op. Cit.*, pág. 610-12.

(7) Comert y Pinart, *Joya Homeopática, Nuevo Manual de Terapéutica Homeopática*, 2ª Edición, 2ª Edición, Editor F. Olmedo, México, pág. 362-68.

(8) Lathoud. *Materia Médica Homeopática*. Ed. Albatros. Buenos Aires. 1980.

(9) Vannier L. *Compendio de Materia Médica Homeopática*. 7ª. Ed. Ed. Porrúa, S.A., México, 1983, págs. 367-71, pág. 592-604.

(10) Vijnousky B. *Tratado de materia Médica Homeopática*. Argentina. 2:447-57, 1989.

(11) Eizayaga X., *El Moderno repertorio de Kent*. Propulsora de Homeopatía, S.A. México, 1984.

(12) Redin G. Fernando, *Repertorio Homeopático*, Red-H Ediciones, Ecuador, 2005.