

Academia Homeopática

Año 2026 · II Semestre
Volumen 9 · Número 2
Bogotá, Colombia

Investigación · Ciencia · Homeopatía

01

Artículo original

Neurofisiología y homeopatía:
Hacia la postulación de un
mecanismo neurobiológico
de la acción de algunos
medicamentos homeopáticos.

Pag. 04

02

Artículo original

Cactus grandiflorus en
la historia de la homeopatía:
Revisión de la patogenesia de
Rubini, precisión botánica y aportes
farmacognósticos contemporáneos

Pag. 19

03

Artículo original

Propuesta de correspondencia
entre enunciados de escalas
psicométricas de ansiedad
perinatal y rubros
repertoriales homeopáticos

Pag. 29



Equipo editorial

Director editorial

Blanca Juliet Rincón Carreño

Consejo editorial

Gloria Helena Casas del Río
Alba Martillett
Gina Cristina Guayacán
Carolina Quintero Daza

Comité evaluador

Fabio González
Maria Cristina Angulo
Jose Eizayaga
Agustin Salinas
Johana Marcela Romero

Coordinadora de arte, diseño y manejo web

Angela Carolina Bohórquez López

2026 · II Semestre · Volumen N° 9

Tabla de contenido

Editorial	3
Neurofisiología y homeopatía: hacia la postulación de un mecanismo neurobiológico de la acción de algunos medicamentos homeopáticos.	4
Cactus grandiflorus en la historia de la homeopatía: revisión de la patogenesia de Rubini, precisión botánica y aportes farmacognósicos contemporáneos	19
Propuesta de correspondencia entre enunciados de escalas psicométricas de ansiedad perinatal y rubros repertoriales homeopáticos	29

Editorial

Homeopatía: entre la investigación, la memoria histórica y los nuevos horizontes del conocimiento

La construcción del conocimiento en el campo de la homeopatía plantea desafíos que invitan a una reflexión permanente sobre sus fundamentos, sus desarrollos históricos y sus posibilidades de investigación. En el ámbito universitario, esta reflexión adquiere especial relevancia, pues supone promover espacios de encuentro entre diferentes perspectivas, fortalecer el rigor metodológico y propiciar preguntas que contribuyan a comprender, con mayor profundidad, los alcances y las limitaciones de las propuestas que se formulan en este campo.

En esta edición, presentamos tres trabajos que, desde perspectivas distintas y complementarias, abordan interrogantes relacionados con los posibles mecanismos de acción de algunos medicamentos homeopáticos, la revisión histórica y botánica de un medicamento, y la exploración de correspondencias entre instrumentos psicométricos y categorías propias de la repertorización homeopática. Aunque sus objetos de estudio y aproximaciones metodológicas son diferentes, los artículos comparten el interés por examinar, organizar y ampliar el conocimiento disponible.

El primer artículo, **“Neurofisiología y homeopatía: hacia la postulación de un mecanismo neurobiológico de la acción de algunos medicamentos homeopáticos”**, se aproxima a uno de los interrogantes centrales en la discusión contemporánea sobre la homeopatía: la posibilidad de formular hipótesis acerca de sus mecanismos de acción. La exploración de una perspectiva neurobiológica abre un espacio para examinar modelos explicativos, identificar preguntas susceptibles de investigación y establecer criterios que permitan evaluar la consistencia de las hipótesis propuestas.

El segundo artículo, **“Cactus grandiflorus en la historia de la homeopatía: revisión de la patogenesia de Rubini, precisión botánica y aportes farmacognósticos contemporáneos”**, nos invita a volver sobre las fuentes históricas que han contribuido a la configuración del conocimiento homeopático. La revisión de la patogenesia de Cactus Grandiflorus realizada por Rubini, acompañada de una precisión botánica, destaca la importancia de examinar críticamente los registros originales, contextualizar los conocimientos heredados y establecer con claridad la identidad de las especies estudiadas. La historia de una disciplina no constituye únicamente un ejercicio de recuperación documental: también ofrece herramientas para reconocer cómo se han construido sus categorías, cuáles han sido sus transformaciones y qué aspectos requieren revisión o aclaración.

Por su parte, **“Propuesta de correspondencia entre enunciados de escalas psicométricas de ansiedad perinatal y rubros repertoriales homeopáticos”**

explora un posible puente entre dos sistemas de organización de la información: las escalas psicométricas empleadas para evaluar manifestaciones de ansiedad durante el periodo perinatal y los rubros utilizados en la repertorización homeopática. Se plantean preguntas relevantes sobre la traducción de experiencias subjetivas a categorías analíticas y sobre los criterios que permiten establecer correspondencias entre lenguajes conceptuales diferentes, y contribuye al homeopata que quiera profundizar en este tema.

En conjunto, los tres artículos permiten reconocer la diversidad de caminos por los que puede avanzar la investigación en homeopatía: la formulación de hipótesis, la revisión crítica de la tradición y el desarrollo de herramientas para organizar e interpretar información clínica. Esta diversidad constituye una oportunidad para fortalecer la conversación académica, acompañada de una actitud abierta al cuestionamiento, una mirada clara de los alcances de cada estudio y una valoración rigurosa de sus evidencias.

Desde una perspectiva universitaria, investigar implica tanto formular nuevas preguntas como examinar los supuestos desde los cuales se construye el conocimiento. Supone reconocer que ninguna tradición está exenta de revisión y que ninguna hipótesis debe considerarse confirmada únicamente por su coherencia conceptual o su continuidad histórica. La vigilancia epistemológica, entendida como una práctica de reflexión sobre las categorías, los métodos y las interpretaciones del investigador, resulta especialmente pertinente en este proceso.

Invitamos a nuestros lectores a aproximarse a esta edición con curiosidad intelectual y disposición crítica. Esperamos que los artículos aquí presentados contribuyan a enriquecer el debate académico, estimulen nuevas preguntas y favorezcan el desarrollo de investigaciones cada vez más rigurosas, transparentes y pertinentes para el campo de la salud y, especialmente de la homeopatía que ha caracterizado a la UNIPAEZ.

Porque el avance del conocimiento no depende solamente de las respuestas que encontramos, sino también de la calidad de las preguntas que somos capaces de formular y de nuestra disposición a someterlas a examen, les invitamos a leer esta publicación con criterio investigativo y a postular sus artículos para la próxima edición de nuestra revista.

Gracias

Carolina Quintero Daza

Médico Cirujano

Especialista en Terapias Alternativas

Magister en Medicina alternativa

Dirección académica y Educación continua UNIPAEZ

Neurofisiología y homeopatía:

Hacia la postulación de un mecanismo neurobiológico de la acción de algunos medicamentos homeopáticos

Gina Cristina Guayacán Mora

Especialista en Pediatría

Mg. En Medicina Alternativa: Homeopatía.

Docente Especialización Medicina Homeopática Humana

Fundación Universitaria Luis G. Páez

Vicepresidente para Colombia. Liga Homeopática Internacional.

gguayacan@unipaez.edu.co

RESUMEN

Introducción: La comprensión contemporánea de los circuitos neurobiológicos implicados en las emociones humanas ofrece nuevas posibilidades para reinterpretar los perfiles clínicos descritos en la materia médica homeopática desde una perspectiva neurofuncional.

Objetivos: Desarrollar un modelo integrador que correlacione los perfiles clínicos de múltiples medicamentos homeopáticos con los sistemas neurobiológicos involucrados en las emociones humanas, a partir de la literatura contemporánea sobre neurocircuitos afectivos.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de la literatura científica reciente sobre las bases neuronales del miedo, ansiedad, depresión, ira, duelo, culpa, vergüenza, anticipación y desregulación sexual. Se analizaron los hallazgos relacionados con amígdala, hipocampo, corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial, cíngulo, ínsula, tálamo, ganglios basales, cerebelo cognitivo, locus coeruleus, área tegmental ventral, núcleo accumbens y núcleos del rafe. Los perfiles neurofuncionales identificados se contrastaron con patrones repertoriales del capítulo “Psiquismo” de Kent y con datos toxicológicos clásicos y modernos de sustancias utilizadas en homeopatía.

Resultados: La triangulación de información neurobiológica, repertorial y toxicológica permitió generar hipótesis neuroanatómicas que sugieren afinidades teóricas entre determinados medicamentos y fenómenos como la hiperreactividad amigdalina asociada al miedo, la disfunción prefrontal vinculada a la ansiedad anticipatoria, la sensibilización insular relacionada con la somatopercepción exagerada, las alteraciones dopaminérgicas del núcleo accumbens implicadas en anhedonia y las modulaciones del locus coeruleus relevantes para el arousal.

Conclusiones: Los resultados sugieren correspondencias potenciales entre patrones clínicos, configuraciones sintomáticas y dinámicas neuronales verificadas experimentalmente. La integración de datos toxicológicos, repertoriales y neurofuncionales permite plantear un modelo conceptual basado en modulaciones de redes neurobiológicas y no exclusivamente en síntomas aislados. Se recomienda validar estas hipótesis mediante fMRI, PET, DTI, qEEG, biomarcadores y paradigmas de memoria emocional.

Palabras clave: Homeopatía; Neurociencias; Emociones; Neuroanatomía funcional; Materia médica; Toxicología; Psiquismo.

ABSTRACT

Introduction: Contemporary understanding of the neurobiological circuits involved in human emotions provides new opportunities to reinterpret the clinical profiles described in homeopathic materia medica from a neurofunctional perspective.

Objectives: To develop an integrative model correlating the clinical profiles of multiple homeopathic medicines with the neurobiological systems involved in human emotions, based on contemporary literature on affective neurocircuits.

Materials and Methods: A review of recent scientific literature addressing the neural bases of fear, anxiety, depression, anger, grief, guilt, shame, anticipation, and sexual dysregulation was conducted. Findings involving the amygdala, hippocampus, dorsolateral and ventromedial prefrontal cortex, cingulate cortex, insula, thalamus, basal ganglia, cognitive cerebellum, locus coeruleus, ventral tegmental area, nucleus accumbens, and raphe nuclei were analyzed. The resulting neurofunctional profiles were compared with repertorial patterns from Kent's "Mind" chapter and with classical and modern toxicological data from substances used in homeopathy.

Results: The triangulation of neurobiological, repertorial, and toxicological information generated neuroanatomical hypotheses suggesting theoretical affinities between certain medicines and amygdalar hyperreactivity associated with fear, prefrontal dysfunction linked to anticipatory anxiety, insular sensitization related to exaggerated somatic perception, dopaminergic alterations in the nucleus accumbens involved in anhedonia, and locus coeruleus modulation relevant to arousal.

Conclusions: The findings suggest potential correspondences among clinical patterns, symptom configurations, and experimentally validated neural dynamics. The integration of toxicological, repertorial, and neurofunctional data supports a conceptual model based on neurobiological network modulation rather than isolated symptoms. Validation through fMRI, PET, DTI, qEEG, biomarker quantification, and emotional memory paradigms is recommended.

Keywords: Homeopathy; Neuroscience; Emotions; Functional Neuroanatomy; Materia Medica; Toxicology; Mind.

INTRODUCCIÓN

La comprensión contemporánea de las emociones se fundamenta en un entramado dinámico de redes que organiza la percepción, interpretación, regulación y memoria de los estímulos afectivos. La literatura moderna ha descrito con gran detalle la función de la corteza prefrontal ventromedial (vmPFC) en la integración de estados emocionales y en la regulación de la reactividad subcortical, especialmente de la amígdala, revelando correlatos consistentes entre este circuito y trastornos afectivos como ansiedad generalizada y depresión resistente (1). La amígdala, por su parte, continúa siendo reconocida como un nodo central para el procesamiento del miedo, la relevancia emocional y la consolidación de memorias aversivas, como demuestran estudios que exploran sus interacciones con el hipocampo en la codificación y reactivación de historias emocionalmente intensas (2, 3). El hipocampo participa tanto en la contextualización del miedo como en la integración de memorias dependientes de la amígdala, confirmando la naturaleza bidireccional de estos procesos.

La neurobiología de la ansiedad anticipatoria involucra la modulación prefrontal lateral y ventrolateral, con evidencias recientes sobre mecanismos de regulación voluntaria y automática, incluyendo efectos de estimulación transcraneal y conectividad funcional en tareas de reevaluación cognitiva (4). La ínsula, núcleo integrador de interocepción y percepción somática, ha sido asociada a fenómenos de hipervigilancia corporal, anticipación de amenaza y trastornos relacionados con la sensibilidad somática, como lo demuestran estudios de neurofeedback que alteran su actividad (5). El locus coeruleus constituye el eje noradrenérgico del cerebro emocional, vinculado al arousal, a la vigilancia y la respuesta al estrés; y su interacción con el sistema dopaminérgico mesolímbico facilita la transición entre reactividad defensiva y procesamiento valorativo (6, 7).

Desde una perspectiva clínica y psicopatológica, estas redes sustentan fenómenos afectivos que en la práctica médica se manifiestan como miedo irracional, ataques de pánico, ansiedad generalizada, episodios de ira impulsiva, disforia pos-estrés, estados depresivos, hipersensibilidad emocional, culpa persistente, vergüenza crónica o disregulación del impulso sexual. Estos dominios afectivos han sido documentados y conceptualizados en la psicopatología clásica, pero hoy se pueden relacionar de manera más fina con dinámicas específicas de redes cerebrales.

Dentro de la medicina homeopática clásica, los síntomas mentales descritos por Hahnemann y sistematizados por Kent presentan patrones que pueden alinearse con la fenomenología estudiada en neurociencia contemporánea (8–15). La noción Hahnemanniana de la

totalidad sintomática encuentra paralelo neurobiológico en el funcionamiento interconectado de redes cerebrales que no operan como módulos aislados sino como sistemas sincronizados (8–15). Si bien los textos clásicos no disponían de herramientas como fMRI o DTI, su énfasis en la individualidad del paciente coincide con modelos actuales de variabilidad neurofuncional.

El principio de similitud, base de la homeopatía, se articula aquí como una hipótesis de resonancia funcional entre el estado patogenésico descrito para un medicamento y el estado funcional alterado del sistema emocional del paciente (8–15). Esta hipótesis no pretende afirmar un mecanismo neurobiológico específico, sino sugerir que los patrones sintomáticos descritos podrían interpretarse como modulaciones hipotéticas de redes emocionales cuya fisiología actual sí está documentada. Por ejemplo, el perfil patogenésico asociado a sustancias con acción anticolinérgica documentada —como *Hyoscyamus*, *Belladonna* y *Stramonium*— posee equivalentes toxicológicos descritos en la literatura moderna (16–18), donde se observan agitaciones psicomotoras, alteración perceptiva, delirio y reactividad autónoma exacerbada, fenómenos relacionados con disfunciones en la amígdala, ínsula, hipocampo y núcleos colinérgicos. Estas correlaciones no deben considerarse demostraciones mecánicas sino guías heurísticas que permiten mapear patrones clínicos sobre sistemas neuronales conocidos.

La literatura moderna sobre trauma, memoria emocional y mecanismos de extinción también aporta bases sólidas para interpretar síntomas repertoriales ligados a duelo no resuelto, rumiación o hipersensibilidad emocional. Estudios de conectividad entre redes del modo predeterminado, amígdala y corteza prefrontal muestran alteraciones específicas en sujetos con antecedentes traumáticos que podrían arrojar hipótesis interpretativas para patrones clínicos descritos en medicamentos como *Natrum muriaticum* o *Staphisagria*, siempre diferenciando entre evidencia y especulación fundamentada (19, 20, 21).

El objetivo general de esta revisión es, por lo tanto, construir un puente entre la fenomenología clínica de la materia médica homeopática y el conocimiento actualizado de redes cerebrales, reconociendo la existencia de evidencia robusta en neurociencia y la ausencia de estudios directos que confirmen mecanismos específicos de acción para preparados homeopáticos. Esta integración conceptual se presenta como un modelo teórico que orienta futuras investigaciones experimentales.

METODOLOGÍA

La presente revisión se diseñó como un estudio de revisión sistemática de la literatura, orientado a identificar correlaciones entre redes cerebrales funcionales descritas en la neurociencia contemporánea y patrones clínicos

provenientes de la materia médica homeopática. Se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus, Nature Portfolio, Elsevier ClinicalKey, Frontiers y JAMA Network, seleccionando publicaciones entre 2000 y 2025, con énfasis en estudios recientes (2020–2025) que aportaran nueva evidencia sobre conectividad funcional, plasticidad emocional, mecanismos de memoria afectiva, regulación prefrontal y dinámica amígdala-hipocampo.

Los criterios de inclusión fueron: estudios experimentales o clínicos basados en neuroimagen funcional (fMRI, PET, SPECT), análisis estructurales (DTI, MRI volumétrica), estudios de electrofisiología humana y animal, revisiones sistemáticas de circuitos afectivos, investigaciones sobre neurotransmisión moduladora (GABA, glutamato, dopamina, serotonina, noradrenalina), estudios sobre locus coeruleus y VTA (6, 7), investigaciones de conectividad amígdalo-hipocámpal (2, 3), análisis de regulación prefrontal (1, 4) y trabajos que abordaran el papel de la ínsula en interocepción y anticipación emocional (5). Se excluyeron estudios sin rigor metodológico verificable, reportes anecdóticos sin validación clínica y artículos que interpretaran fenómenos neurobiológicos desde marcos especulativos no sustentados empíricamente.

La extracción de datos se realizó mediante lectura a texto completo de los artículos incluidos, sintetizando las siguientes dimensiones: (a) estructuras y redes cerebrales implicadas, (b) neurotransmisores moduladores, (c) paradigmas experimentales utilizados, (d) correlatos clínicos descritos, (e) patrones de conectividad funcional y estructural.

Posteriormente, se sistematizó la información con base en un enfoque de correlación cruzada: los hallazgos neurobiológicos se compararon con los patrones sintomáticos descritos en el capítulo “Psiquismo” de Kent (9) y con descripciones toxicológicas clásicas de Hahnemann (8). Para medicamentos que cuentan con datos farmacotoxicológicos modernos —como *Belladonna*, *Hyoscyamus* y *Stramonium*— se integraron las evidencias documentadas sobre sus efectos anticolinérgicos y manifestaciones neuropsiquiátricas (16, 17, 18). En contraste, para medicamentos cuya fisiopatología no posee correlatos toxicológicos modernos (p. ej., *Sepia*, *Natrum muriaticum*, *Staphisagria*), las asociaciones se formularon explícitamente como hipótesis neurofuncionales, basadas en la concordancia entre patrones clínicos y dominios afectivos mapeados en redes cerebrales contemporáneas.

La clasificación de medicamentos en dominios emocionales se realizó mediante un procedimiento inductivo: primero, se organizaron los síntomas descritos por la literatura clásica; luego, se identificaron los circuitos neuroanatómicos asociados a cada dominio emocional basado en la evidencia contemporánea. Para minimizar sesgos, los datos se evaluaron bajo criterios de convergencia: una hipótesis se consideró plausible si

estaba sustentada por 1. evidencia neurobiológica replicada, 2. coherencia clínica del patrón de síntomas y 3. consistencia toxicológica cuando estuviera disponible. Cuando una de estas tres dimensiones no estaba presente, la hipótesis fue marcada como no-demostrada y dependiente de verificación futura.

La metodología, por lo tanto, integra un modelo triangulado entre neurociencia, repertorización clásica y toxicología, reconociendo explícitamente los límites de inferencia y la ausencia actual de evidencia directa sobre mecanismos farmacodinámicos de preparados homeopáticos ultradiluidos. Esta aproximación favorece la claridad conceptual y la delimitación racional de hipótesis verificables en investigación avanzada.

RESULTADOS.

Abreviaturas:

PFC: Corteza prefrontal
dIPFC: Corteza prefrontal dorsolateral
mPFC: Corteza prefrontal medial
vmPFC: Corteza prefrontal ventro medial
vHPC: Hipocampo ventral
ACC: Corteza cingulada anterior
dACC: Corteza Cingulada Anterior Dorsal
rACC: Corteza Cingulada Anterior Rostral
sgACC BA25: Porción subgenual de la corteza cingulada anterior correspondiente al área 25 de Brodmann
DMN: Default Mode Network o Red Neuronal por Defecto
mPFC: Corteza Prefrontal Medial
PCC: Corteza Cingulada Posterior.
VTA: Área Tegmental ventral.
LC-NE = Locus Coeruleus – Norepinephrine system - Sistema Locus Coeruleus–Norepinefrina
BLA: Amígdala basolateral
CeA: Amígdala central

Depresión

Neurocircuitos y dinámica de red

Dentro de los circuitos cerebrales implicados en la expresión de los síntomas mentales repertoriales, adquieren relevancia diversas estructuras prefrontales y cinguladas cuya interacción determina la regulación emocional, la anticipación del daño, la rumiación, el juicio afectivo y la modulación del miedo. La corteza prefrontal ventromedial (vmPFC) constituye un nodo crítico para la extinción de respuestas de amenaza y la integración afectiva, ejerciendo control inhibitorio descendente sobre la amígdala y mediando procesos de valoración emocional; su hipoactividad se asocia con pánico y ansiedad anticipatoria, mientras que su hiperactividad puede favorecer rumiación y afecto negativo persistente. La corteza cingulada anterior (ACC), en sus subdivisiones rostral (rACC) y dorsal (dACC), cumple funciones diferenciadas: la rACC participa en la regulación emocional automática y la modulación del afecto

subjetivo, mientras que la dACC interviene en el monitoreo de conflicto, la evaluación de amenaza y la preparación para la acción. La porción subgenual del ACC (sgACC; BA25), estrechamente vinculada con la vmPFC y con las estructuras límbicas, modula los estados afectivos sostenidos y se ha relacionado con la fisiopatología de la depresión y del duelo persistente. Estas regiones interactúan con la Red Neuronal por Defecto (DMN), especialmente a través de la corteza prefrontal medial (mPFC) y de la corteza cingulada posterior (PCC), cuya hiperconectividad se ha asociado con procesos rumiativos, memoria autobiográfica intrusiva y fijación emocional. Finalmente, el sistema de recompensa que integra la Área Tegmental Ventral (VTA) y el núcleo accumbens contribuye a la motivación, la impulsividad y la asignación de valor emocional, modulando comportamientos de aproximación o evitación (3,22, 23). La interacción dinámica entre estas regiones constituye el sustrato fisiológico de numerosos patrones sintomáticos descritos en el capítulo “Psiquismo” del repertorio de Kent.

La depresión mayor se asocia a disfunciones coordinadas entre la corteza frontal medio frontal (vmPFC) y la corteza cingulada anterior (ACC), específicamente en su porción subgenual (por debajo del cuerpo calloso), que aproximadamente corresponde al área 25 de Brodmann (sgACC BA25). También se encuentran involucrados la amígdala, el hipocampo, la red por defecto (DMN: mPFC/PCC), la ínsula anterior, el córtex cingulado anterior (rACC/dACC) y el sistema dopaminérgico mesolímbico (VTA–núcleo accumbens), junto a la modulación noradrenérgica del locus coeruleus y contribuciones del cerebelo socio-afectivo. La vmPFC integra valor afectivo y regula la reactividad límbica; su alteración se vincula a sesgos negativos, anergia y fallas de revaloración emocional. Estudios recientes en humanos con lesión focal y paradigmas de decisión/valor social sustentan su papel causal en valoración y regulación (1). La amígdala coordina la codificación de saliencia afectiva y se acopla al hipocampo para consolidar memorias emocionales; la reactivación hipocampal de patrones amigdalares durante el recuerdo aversivo respalda la persistencia de recuerdos negativos y la rumiación afectiva (3,22). La ínsula modula la interocepción y los estados somato-afectivos (ansiedad/depresión) y puede contribuir a la hipervigilancia corporal depresiva (23).

En el eje mesolímbico, la vía dopaminérgica VTA–accumbens sostiene la motivación por el esfuerzo y la valoración de recompensa; su disfunción se vincula con anhedonia y apatía, más allá del mero placer consumatorio (24). El locus coeruleus (LC-NE) regula el estado arousal y la atención; su alteración crónica puede contribuir a la fatiga, al enlentecimiento y a la disfunción atencional en depresión (6, 25). La DMN muestra hiperconectividad y dificultades de desactivación bajo estrés crónico, favoreciendo la rumiación y la autorreferencialidad excesiva (26). El sgACC/BA25

emerge como nodo crítico de modulación afectiva y diana de la neuromodulación en los estados de depresión resistente (27). Finalmente, el cerebelo participa en sincronización crono-afectiva y cognición social, con evidencia de que su estimulación no invasiva modula el control emocional (28).

Correlación con medicamentos homeopáticos

Los patrones clínicos clásicos de Aurum metallicum (desesperanza, autorreproche, ideación pesimista) (9-13,15) se alinean con la disfunción del vmPFC/sgACC y los sesgos de valoración negativa, en concordancia con la evidencia causal y funcional de la corteza prefrontal ventro medial (vmPFC) en la regulación afectiva (1, 27).

Natrum muriaticum (duelo persistente, recuerdo doloroso) e Ignatia (labilidad por pérdida) (9-13,15) encuentran un anclaje teórico en la interacción amígdala-hipocampo que refuerza la codificación/recuerdo de memorias aversivas, con traducción clínica en rumiación afectiva y re-experimentación interna (3,22).

Sepia (apatía, líbido disminuida, distanciamiento afectivo) (9-13,15) puede interpretarse como hipótesis neurofuncional sobre la hipoactividad de la vía vmPFC/ínsula y la desconexión motivacional del núcleo accumbens.

Los cuadros de anhedonia-abulia descritos para Phosphoric acid, Kali phosphoricum, Stannum metallicum y Zincum metallicum (9-13,15), se conceptualizan en la literatura contemporánea como fallas de activación por esfuerzo y costo-beneficio motivacional dependientes de dopamina en el núcleo accumbens, más que una simple ausencia de placer; esto proporciona un puente plausible entre la clínica y la fisiología (24).

La fatiga y el enlentecimiento descritos en diversos medicamentos (p. ej., Calcárea carbónica, Cáusticum, Anacardium, Lycopodium) (9-13,15) pueden asociarse, como hipótesis, a disfunción crónica del Locus

Tabla 1. Depresión: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función afectiva	Medicamentos representativos (9-13,15)
vmPFC, amígdala	Revaloración afectiva, sesgo negativo. (1,27)	Aurum; Natrum mur.; Ignatia; Sepia
sgACC/BA25	Regulación tónica del humor. 27)	Aurum; Natrum mur.; Kali phos.; Phosphoric acid
rACC/dACC	Conflicto/emoción (27)	Ignatia; Stannum; Zincum; Lycopodium
Amígdala, Hipocampo	Memoria emocional (3,22)	Natrum mur.; Ignatia; Sepia
VTA, Accumbens	Motivación por esfuerzo (24)	Phosphoric acid; Kali phos.; Stannum; Zincum
LC-NE	Arousal, fatiga cognitiva (6,25)	Calcarea carb.; Causticum; Anacardium; Lycopodium
Ínsula anterior	Interocepción depresiva (23)	Sepia; Natrum mur.; Ignatia
DMN (mPFC/PCC)	Rumiación (26)	Natrum mur.; Aurum; Calcárea carb.
Tálamo (MD), PFC	Integración afectivo-cognitiva (26,27)	Aurum; Natrum mur
Cerebelo cognitivo-afectivo	Sincronía emocional (28)	Sepia; Kali phos.

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 1,3,9, 13-15, 22-28.

Ceruleus-Sistema Noradrenérgico y de las redes atencionales, coherentes con revisiones recientes (6, 25). La hiperinterocepción displacentera y somatización afectiva, presente en varios perfiles depresivos, se articula con alteraciones en ínsula (23).

ANSIEDAD

Neurocircuitos y dinámica de red

La ansiedad anticipatoria se caracteriza por una activación sostenida de circuitos que regulan la vigilancia, la valoración de amenazas y la anticipación del futuro, más que por una respuesta aguda al peligro presente. En este contexto, los principales nodos implicados incluyen la amígdala basolateral (BLA) y central (CeA), el núcleo de la Estría Terminal (BNST), la corteza prefrontal medial y dorsolateral (mPFC/dlPFC/vmPFC), la í-ínsula anterior, el hipocampo ventral (vHPC), el núcleo accumbens-VTA, el locus coeruleus (LC-NE) y las conexiones parietales implicadas en las funciones de la atención y de la sensibilidad interoceptiva (2).

La conectividad reducida entre la PFC y la amígdala, así como la hiperactividad amigdalal espontánea, se han documentado en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada (4, 5). La BNST, considerada como generadora de estados prolongados de ansiedad más que de miedo reactivo, se conecta con la amígdala, con el hipocampo ventral (vHPC), y con la corteza prefrontal medial (mPFC), contribuyendo a la anticipación indefinida y al estado hipervigilante (2).

Tabla 2. Ansiedad: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función afectiva	Medicamentos representativos (9-13,15)
Amígdala basolateral, CeA	Procesamiento de amenaza, reactividad rápida (29)	Aconitum; Arsenicum alb.; Gelsemium
BNST / vHPC / mPFC	Estado prolongado de ansiedad, anticipación (29,30)	Gelsemium; Argentum nitricum
mPFC/dlPFC/vmPFC (control top-down)	Regulación inhibitoria de ansiedad (30)	Arsenicum alb.; Silicea ; Carcininum
LC-NE / Amígdala/mPFC	Arousal, vigilancia, hiperactivación (31)	Coffea cruda; Nux vomica; Aconitum
Ínsula anterior	Integración viscerosomática de la amenaza (23)	Argentum nitricum; Gelsemium
vHPC / amígdala	Contexto de incertidumbre, ansiedad anticipatoria (21)	Gelsemium; Carcininum
Núcleo accumbens / VTA	Valoración de riesgo/seguridad, inhibición ansiosa (24)	Coffea cruda; Nux vomica
tálamo / PFC	Integración sensorial/cognitiva de la amenaza (1)	Arsenicum alb.; Silicea
Red parietal / ínsula	Atención y conciencia somática elevadas (25)	Argentum nitricum; Carcininum
DMN / amígdala	Rumiación, anticipación negativa persistente (26)	Silicea; Carcininum

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 1, 9, 13-15, 21, 23-26, 29-31.

IRA, CÓLERA.

Neurocircuitos y dinámica de red

La ira, en su dimensión clínica y neurobiológica, puede

conceptualizarse como un estado afectivo emergente de una dinámica compleja entre reactividad límbica, evaluación cognitiva, percepción interoceptiva, modulación inhibitoria prefrontal y procesos de integración autonómica. En términos de redes, los nodos más relevantes incluyen la amígdala basolateral y central, el córtex cingulado anterior dorsal (dACC), la ínsula anterior, el córtex prefrontal dorsolateral (dlPFC) y orbitofrontal (OFC), los ganglios basales y los sistemas dopaminérgicos mesolímbicos. La amígdala media la evaluación rápida de amenaza; cuando esta hiperreactividad no es modulada adecuadamente por el PFC, se produce la escalada emocional y el descontrol impulsivo (38).

El dACC, implicado en conflicto y monitorización emocional, muestra hiperactivación en episodios de enojo reactivo y agresión instrumental, especialmente en sujetos con dificultades para controlar impulsos o procesar frustración (39). La ínsula anterior integra señales interoceptivas que amplifican percepciones somáticas de tensión, calor, presión y urgencia de descarga emocional; estudios recientes la vinculan a la percepción de injusticia, irritabilidad y agresión defensiva (40). El dlPFC, encargado del control inhibitorio, disminuye su eficiencia durante estados de ira intensa, afectando la toma de decisiones y favoreciendo reacciones impulsivas; esta reducción se documenta mediante paradigmas de inhibición go/no-go y tareas de control cognitivo bajo estrés (41).

Los ganglios basales (especialmente el putamen) participan en patrones motores asociados a acción impulsiva, mientras el sistema dopaminérgico mesolímbico contribuye a la intensificación de la motivación agresiva y de la descarga conductual (42). En paralelo, redes socioemocionales del cerebelo participan en detección de transgresiones sociales y sincronía emocional, reforzando escaladas afectivas cuando fallan los mecanismos de regulación prefrontal (43). De este modo, la ira emerge no sólo de hiperreactividad límbica, sino de disfunción en redes inhibitorias y patrones anormales de integración interoceptiva-cognitiva.

Correlación con medicamentos

El medicamento Chamomilla produce cuadros clínicos de irritabilidad violenta, hipersensibilidad a estímulos y desproporción afectiva frente a molestias mínimas (9-13,15). Su patrón corresponde teóricamente a una amígdala hiperreactiva con pobre modulación dACC/dlPFC, reconocido en modelos neurofuncionales de irritabilidad infantil y reactiva (38, 39). Bryonia alba, con su deseo absoluto de quietud, irritabilidad por interrupciones y aversión al movimiento, puede correlacionarse con disfunción de integración cingulada y aumento de percepción interoceptiva desagradable mediada por la ínsula (40).

Colocynthis, caracterizado por ira explosiva frente a frustración (9-13,15), se articula con los modelos de procesamiento del conflicto del dACC, donde la incapacidad de reorganizar respuestas cognitivo-afectivas favorece reacciones súbitas (39, 41). Staphisagria, cuyo núcleo emocional es la supresión crónica de ira con tensión interna, puede relacionarse con hiperconectividad en DMN y alteraciones de desistimiento afectivo, aunque no existe toxicología moderna verificable; se clasifica como hipótesis neurofuncional.

Nux vómica, impulsivo, intolerante, irritable, con reactividad exagerada a estímulos triviales (9-13,15), compatibiliza clínicamente con disfunción del LC-NE y escalada dopaminérgica mesolímbica bajo estrés, reforzada por hiperexcitación autonómica. Lachesis mutus, con verborragia agresiva, celos, hipersensibilidad emocional y reactividad intensa, se vincula con perfiles de desinhibición límbica y reducción de control orbitofrontal en estudios de activación emocional (40-42).

Finalmente, Belladonna y Hyoscyamus, solanáceas con toxicología anticolinérgica moderna documentada, revelan cuadros de agitación, delirios, furia, agresividad y alteraciones perceptuales (16, 17), perfectamente asociables a hiperreactividad amigdalina, incoordinación PFC y disrupción colinérgica en circuitos autonómicos. La toxicidad de estas sustancias constituye evidencia experimental que refuerza la relación entre desinhibición emocional y disfunción colinérgica-límbica (44).

Tabla 3. Ira, cólera: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función afectiva	Medicamentos representativos (9-13,15)
Amígdala basolateral / CeA	Reactividad emocional intensa (38)	Chamomilla; Nux vómica; Belladonna
dACC / dlPFC	Monitorización de conflicto / control (39, 41)	Colocynthis; Chamomilla; Lachesis
Ínsula anterior	Interocepción irritativa (40)	Bryonia; Lachesis; Nux vómica
OFC / amígdala	Inhibición emocional (fallos) (41,44)	Lachesis; Nux vómica; Hyoscyamus
Putamen / ganglios basales	Impulsividad motora (42)	Chamomilla; Nux vómica
VTA / Accumbens	Motivación agresiva (42)	Nux vómica; Lachesis
Cerebelo socioemocional	Sincronía afectiva / desinhibición (43)	Staphisagria (hip.); Chamomilla
LC-NE / sistema límbico	Escalada autonómica (6,44)	Nux vómica; Belladonna
DMN / redes emocionales	Supresión/rabia interna (26)	Staphisagria (hip.)
Circuito colinérgico	Agitación tóxica/agresión (44)	Belladonna; Hyoscyamus

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 1,6, 9, 13-15, 26, 39-44.

MIEDOS ESPECÍFICOS Y FOBIAS

Neurocircuitos y dinámica de red

Los miedos específicos y las fobias implican una activación rápida y pronunciada de circuitos de defensa tradicional ("miedo") al igual que una anticipación cognitiva del peligro (ansiedad), integrando así nodos de miedo agudo y anticipatorio. La amígdala central detona la respuesta de alarma inmediata, mientras que el núcleo de

la estría terminalis (BNST) modula los estados prolongados de alerta anticipatoria. El hipocampo ventral (vHPC) proporciona el contexto de peligro aprendido, y la ínsula anterior transmite la sensación visceral de amenaza concreta. La VLPFC y vmPFC ejercen el control inhibitorio tardío de esta reactividad límbica; su insuficiencia favorece la incapacidad para extinguir la alarma (45).

Estudios de fMRI en fobias específicas (por ejemplo, miedo a alturas o animales) han observado conectividad aumentada entre la amígdala, la ínsula y la corteza visual asociativa, mientras que la VLPFC presenta menor acoplamiento con la amígdala, generando una respuesta de escape o evitación exacerbada (46). El tálamo medial actúa como estación de relevo rápida para estímulos amenazantes, con activación temprana en paradigmas de fobia animal (47). Simultáneamente, la red de la saliencia (saliency network: ínsula-dACC-VTA) se activa en anticipación de estímulos temidos, mientras que la red de control ejecutivo (dlPFC-parietal) presenta hipofunción (48). A su vez, el sistema dopaminérgico mesocortical influye en el procesamiento del “valor de seguridad/evitación”, donde el núcleo accumbens registra activación en la ejecución de evitación conductual (49).

En resumen, la fobia específica puede entenderse como la interacción disfuncional de una red de alarma (amígdala/BNST-ínsula-tálamo) con una red de control inhibitorio insuficiente (VLPFC-dlPFC) y una red de aprendizaje contextual (vHPC) que compromete la extinción adaptativa de la alarma. Esta conceptualización provee una base para mapear medicamentos homeopáticos clínicamente relevantes.

Correlación con medicamentos homeopáticos

Algunos medicamentos homeopáticos documentados por su repertorio de temores específicos o fóbicos pueden interpretarse a la luz de estos circuitos. Por ejemplo, Stramonium se caracteriza por terrores nocturnos, miedo a la oscuridad, imágenes violentas, alucinaciones y agitación (9-13,15); esta semiología concuerda con activación amígdalo-BNST-tálamo y el déficit de extinción vía vmPFC-vHPC, y dispone de datos toxicológicos modernos que la respaldan (18).

Phosphorus, con hipersensibilidad a estímulos y miedo irracional a estar solo o al abandono (9-13,15), puede vincularse a ínsula-VLPFC y procesos de evitación accumbens-VTA (49). Argentum nitricum, con temor anticipatorio al público, espacios abiertos, rendimiento o miradas, se relaciona con desequilibrio VLPFC/amígdala y exceso insular-vigilancia (45). Silícea, que expresa temor prolongado a fallar, al rechazo o al ridículo (9-13,15), se plantea como hipótesis neurofuncional, pues no dispone de datos toxicológicos actuales; su perfil podría implicar hipofunción VLPFC-dlPFC y reforzamiento DMN-amígdala.

Pulsatilla, con ansiedad por fobias sociales y dependencia (9-13,15), se traduce como disrupción de red de control ejecutivo-amígdala e ínsula, aunque sin evidencia directa toxicológica. En cada caso, la relación es analógica, y sirve como base para generación de hipótesis de investigación.

Tabla 4. Miedos específicos y fobias: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función afectiva	Medicamentos representativos (9-13,15)
Amígdala central / BNST	Alarma inmediata, estado de temor (45)	Stramonium; Argentum nitricum; Phosphorus
Tálamo (n. mediodorsal) / amígdala	Relevo sensorial de amenaza (47)	Stramonium; Phosphorus
Ínsula anterior / amígdala	Integración viscerosomática de la amenaza (45,48)	Argentum nitricum; Silícea
VLPFC / amígdala	Inhibición de la alarma (45)	Argentum nitricum; Silícea
vHPC / amígdala	Contextualización del peligro y extinción (46)	Stramonium; Pulsatilla
Núcleo accumbens / VTA	Valor de evitación/sobreestimación de riesgo (49)	Phosphorus; Silícea
Red de control ejecutivo (dlPFC)	Resolución cognitiva de la fobia (48)	Pulsatilla (hipótesis); Silícea
Saliency network (ínsula-dACC)	Detección de estímulos temidos y atención (48)	Stramonium; Argentum nitricum
DMN (mPFC/PCC) / amígdala	Ruminosidad fóbica, anticipación negativa (26)	Silícea; Pulsatilla
Cerebelo cognitivo-afectivo	Sincronía emocional durante estímulos fóbicos (43)	Stramonium; Pulsatilla

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 9, 13-15, 26, 43, 45-49.

ANTICIPACIÓN

Neurocircuitos y dinámica de red

La anticipación emocional se define como el estado afectivo que emerge cuando un individuo procesa, evalúa y espera un estímulo futuro significativo —por ejemplo una amenaza, un evento social o una recompensa—, antes de su ocurrencia. Los circuitos implicados integran la corteza prefrontal dorsolateral (dlPFC) y ventrolateral (vlPFC), la corteza prefrontal medial (mPFC/vmPFC), la amígdala, la ínsula anterior, el hipocampo ventral (vHPC), el núcleo accumbens-VTA (dopamina), el locus coeruleus-norepinefrina (LC-NE), y la red de saliencia (ínsula-dACC-VTA) con participación del tálamo medial como relevo rápido. Estudios recientes mediante fMRI han identificado una firma global de anticipación de amenaza: activación del complejo amígdala-ínsula, aumento de conectividad con la PFC, y predicción de intensidad de activación basada en patrones cerebrales antes del estímulo (50). El patrón de electroencefalograma (EEG) revela que la fase de anticipación (primera onda s antes del estímulo) predice el éxito de la regulación emocional posterior, evidenciando la importancia del procesamiento previo al suceso (51).

La ínsula anterior modula la interocepción del “ya viene”, amplificando la activación del sistema de alarma; la PFC prepara la estrategia cognitiva, mientras el vHPC contextualiza el escenario futuro, y el accumbens-VTA codifica la valoración del riesgo o la recompensa anticipada (52). El LC-NE, activándose antes del suceso, aumenta vigilancia, reduce umbral de respuesta y favorece la preparación motora-afectiva (53).

En personas con alteraciones clínicas de anticipación (ansiedad anticipatoria, miedo a la espera, inseguridad frente al porvenir) se observa una desconexión entre PFC reguladora y límbica vigilante, así como una activación aumentada de la red de saliencia persistente (54). En este marco, la anticipación puede entenderse como un estado intermedio entre ansiedad y expectativa de recompensa, en el cual la reactividad del sistema límbico se activa antes del estímulo, la PFC intenta modular y la interocepción amplifica la experiencia corporal de “espera”.

Correlación con medicamentos homeopáticos

En la materia médica homeopática, los perfiles que muestran anticipación excesiva —miedo al porvenir, insomnio por “qué pasará”, bloqueo en la espera, ansiedad ante la decisión o el acontecimiento próximo— pueden articularse con estos circuitos neurobiológicos. Por ejemplo, *Gelsemium sempervirens*, con bloqueo mental, temblor, sudor frío y temor parálisis ante la espera (9-13,15), se vincula a activación del complejo amígdala-insula-vHPC previo al evento, con incapacidad de la PFC para anticipar y modular (50, 51).

Argentum nitricum, con pensamiento acelerado, miedo al público o a fallar, anticipación de catástrofe (9-13,15), puede conectarse con hiperactividad de la red de saliencia (ínsula-dACC) y con valoración excesiva en la vía accumbens-VTA de riesgo futuro, aunque sin toxicológica moderna verificada. *Kali carbonicum*, con temor a responsabilidades futuras, presión interna y sensación de estar “en espera”, se puede correlacionar con activación dIPFC/vIPFC insuficiente frente al sistema de alarma límbico-interoceptivo, igualmente se presenta como hipótesis.

Lycopodium, con anticipación a fracaso, preocupación por “qué pasará”, inseguridad en la espera (9-13,15), conecta conceptualmente con disfunción dIPFC-PFC y hiperactividad LC-NE. *Coffea cruda*, con insomnio por pensamientos futuros, inquietud en la espera, activación simpática, encuentra paralelo con anticipación del LC-NE y la red de accumbens-VTA de valoración hiperactiva. En todos estos casos, la correspondencia es analógica: se propone que los medicamentos modulan o reflejan estados de red anticipatoria, sin que exista aún mecanismo farmacodinámico confirmado para preparados homeopáticos.

Secuelas emocionales post-impacto traumático

Neurocircuitos y dinámica de red

El trauma psicológico —especialmente en sus manifestaciones sostenidas tras un evento intenso— se asocia a una reorganización duradera de redes cerebrales que afectan el procesamiento emocional, la memoria contextual, la reactividad autonómica y la evaluación de estímulos. Estas alteraciones se distribuyen en tres ejes

Tabla 5. Anticipación: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función de memoria emocional	Medicamentos representativos (9-13,15)
Amígdala / Ínsula anterior	Carga afectiva anticipatoria; memoria corporal del “peligro inminente” (50,51)	<i>Gelsemium</i> ; <i>Argentum nitricum</i> ; <i>Arsenicum album</i> (angustia)
Hipocampo ventral (vHPC) / Amígdala	Contextualización futura basada en memoria emocional pasada; evocación de escenarios temidos (50,52)	<i>Gelsemium</i> ; <i>Lycopodium</i> ; <i>Kali carbonicum</i>
mPFC/vmPFC / Sistemas límbicos	Valoración afectiva de eventos futuros; evaluación emocional del “qué pasará” (51,52)	<i>Argentum nitricum</i> ; <i>Kali carbonicum</i> ; <i>Natrum muriaticum</i>
dIPFC/vIPFC / Límbico	Regulación cognitiva previa al evento; preparación para manejo emocional; predicción cognitiva (51,54)	<i>Lycopodium</i> ; <i>Kali carbonicum</i> ; <i>Coffea cruda</i>
VTA / Núcleo accumbens	Valoración emocional de riesgo/recompensa futura; motivación anticipatoria (52)	<i>Coffea cruda</i> ; <i>Argentum nitricum</i> ; <i>Gelsemium</i>
LC-NE (Locus coeruleus–Norepinefrina)	Arousal anticipatorio, hipervigilancia, intensificación de memoria emocional futura (53)	<i>Coffea cruda</i> ; <i>Lycopodium</i> ; <i>Aconitum</i>
Red de saliencia (ínsula-dACC)	Mantenimiento del estado de alerta futuro; selección de estímulos relevantes; “detección de amenaza prolongada” (50,54)	<i>Argentum nitricum</i> ; <i>Gelsemium</i> ; <i>Arsenicum album</i>
Tálamo medial / PFC	Relevancia sensorial anticipatoria; canalización rápida de señales emocionales hacia corteza (52)	<i>Coffea cruda</i> ; <i>Lycopodium</i>
Ínsula anterior / Interocepción	Memoria corporal anticipatoria (“ya viene”); somatización del futuro (52,54)	<i>Gelsemium</i> ; <i>Argentum nitricum</i> ; <i>Sepia</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 9, 13-15, 50-54.

principales: hiperreactividad límbica, disfunción de redes de memoria emocional y fallo de integración cortico-cortical e insular.

El hipocampo y la amígdala son epicentros de la retención del trauma: la amígdala potencia la codificación del miedo, y el hipocampo vincula ese miedo a contexto, tiempo y significado. Estudios de neuroimagen en trauma muestran que la amígdala presenta hiperactividad persistente ante estímulos neutros, y el hipocampo reduce su volumen y eficacia funcional, permitiendo generalización del miedo interno (55). El sistema amígdala-insula amplifica la experiencia interoceptiva de tensión, intranquilidad y sobresalto, contribuyendo a hipervigilancia persistente. El córtex cingulado anterior (ACC) se altera tanto en su región dorsal (dACC), encargada de monitorización de conflicto, como en su región subgenual (sgACC), vinculada al tono emocional basal. La hiperconectividad dACC-amígdala se documenta en trauma agudo, mientras que la hipoactividad del sgACC se asocia a numbing o aplanamiento emocional, embotamiento afectivo y reactividad disminuida (56). El vmPFC, encargado de extinguir memorias traumáticas, se muestra hipoactivo en trauma crónico, generando incapacidad para reevaluar la amenaza o extinguir estados emocionales disfuncionales (57).

La DMN (mPFC/PCC) muestra alteración profunda: en lugar de desactivarse, permanece hiperactiva, intensificando la rumiación y re-experimentación del evento (58). La ínsula anterior, integrando sensaciones viscerales, genera un estado de “amenaza interna permanente”, actualizando continuamente señales de tensión corporal, sobresalto y alerta.

El locus coeruleus (LC-NE) aumenta su actividad en

trauma, potenciando hipervigilancia, reactividad simpática y respuesta autonómica exagerada; esta hiperreactividad se correlaciona con síntomas de sobresalto, irritabilidad y sueño alterado (59). Simultáneamente, el cerebelo cognitivo-afectivo participa en detección de congruencia social e integración temporal, presentando alteraciones que dificultan la coordinación entre cognición y emoción en trauma crónico (60).

Correlación con medicamentos homeopáticos.

En este contexto neurofuncional, varios medicamentos homeopáticos reflejan patrones emocionales compatibles con estas redes alteradas. Natrum muriaticum, con duelo prolongado, retención emocional y memoria dolorosa persistente, se correlaciona con disfunción amígdala-hipocampo, especialmente con reactivación del recuerdo emocional (3, 22). Staphisagria, caracterizado por represión del trauma, tensión emocional contenida y somatización, puede vincularse con alteraciones en DMN y ACC; por falta de toxicología moderna verificable, se considera hipótesis neurofuncional.

Ignatia, con oscilación intensa entre labilidad emocional, llanto y choque traumático, se asocia conceptualmente a hiperactividad amígdala-ínsula y a hipoactividad del sgACC, un patrón descrito en estudios de trauma emocional agudo (56). Aurum metallicum, con desesperanza profunda post-trauma, culpa persistente y autodesvalorización, se interpreta con correlatos de vmPFC hipoactivo y sgACC deprimido (27, 57).

Medicamentos como Kali phosphoricum y Phosphoric acid, con fatiga emocional extrema, embotamiento y debilitamiento nervioso post-impacto, pueden vincularse como hipótesis a disfunción LC-NE y redes de atención alteradas (6, 25). Opium, cuya toxicología histórica describe embotamiento, apatía y anestesia emocional, se alinea con hiporreactividad vmPFC-ínsula y supresión autonómica extrema, aunque la literatura moderna carece de datos farmacológicos precisos —por lo tanto, se clasifica como hipótesis. Helleborus, con estupor, desconexión emocional y baja reactividad, puede asociarse con patrones de hipoactividad DMN-PFC y desconexión emocional profunda, igualmente como hipótesis.

En síntesis, los medicamentos relacionados con trauma se articulan con redes que sostienen intrusión, evitación, hipervigilancia, rumiación, fatiga afectiva y embotamiento.

Inseguridad / falta de confianza

Neurocircuitos y dinámica de red

La inseguridad disposicional y la falta de confianza en uno mismo emergen de la convergencia entre tres dominios de procesamiento: (i) metacognición y juicio de confianza (precuneus-PPC, corteza prefrontal anterior/BA10 y dIPFC), (ii) monitorización interoceptiva y evaluación de

Tabla 6. Anticipación: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función afectiva traumática	Medicamentos representativos (9-13,15)
Amígdala / hipocampo	Intrusión, reactivación de memorias traumáticas (55)	Natrum mur.; Ignatia; Staphisagria
dACC / amígdala	Conflicto emocional, hipervigilancia (56)	Ignatia; Aurum metallicum
sgACC / vmPFC	Numbing emocional, desesperanza (56, 57)	Aurum metallicum; Ignatia; Natrum mur.
vmPFC / amígdala	Fallo en la extinción del trauma (57)	Natrum mur.; Staphisagria; Aurum metal.
DMN (mPFC/PCC)	Rumiación, re-experimentación del evento (58)	Natrum mur.; Staphisagria
Ínsula anterior / amígdala	Interocepción de amenaza persistente (56)	Ignatia; Natrum mur.
LC-NE / límbico	Hipervigilancia, sobresalto, irritabilidad (59)	Kali phos. ; Phosphoric acid
Tálamo medial / límbico	Generalización de amenaza	Natrum mur.; Ignatia
Cerebelo cognitivo-afectivo	Integración emocional disfuncional (60)	Staphisagria (hip.); Helleborus (hip.)
Red salience network	Hipervigilancia sostenida, disrupción ejecutiva (48)	Ignatia; Natrum mur.

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 9, 13-15, 48, 55-59.

incertidumbre (ínsula anterior y dACC en la red de saliencia), y (iii) auto-referencialidad y valencia autoevaluativa (mPFC/vmPFC y PCC dentro de la DMN), con contribuciones del núcleo estriado ventral a las expectativas de resultado/valor y del LC-NE a la ganancia atencional bajo incertidumbre.

La metacognición —la capacidad de estimar la corrección de las propias decisiones— depende de la interacción prefrontal-parietal, donde la BA10 integra señales de confianza y la dIPFC implementa control y ajuste; su alteración se asocia a disminución sistemática del juicio de certeza sobre el desempeño (61–63, 69, 70). La ínsula-dACC codifica incertidumbre y error esperado, amplificando la sensación somática de “no estar a la altura” y disparando estilos de afrontamiento evitativos (64, 68). La mPFC/vmPFC integra valor y autoevaluación; sesgos de valencia negativa y rumiación auto-referencial (DMN) degradan la autoconfianza y la expectativa de éxito (65). El núcleo estriado ventral y redes dopaminérgicas contribuyen a la credibilidad esperada de las propias acciones (refuerzo de confianza tras aciertos o su erosión tras errores). En conjunto, la hiperactividad salience + hipofunción metacognitiva prefrontal + auto-referencialidad negativa explican perfiles de inseguridad sostenida y miedo a fallar (61–70).

Correlación con medicamentos homeopáticos.

En la materia médica clásica, Lycopodium clavatum muestra inseguridad marcada frente a la ejecución, temor a la evaluación social y compensación con control (9-13,15); teóricamente se asocia a déficits metacognitivos dIPFC-BA10 y sesgos DMN auto-referenciales (61–63, 65). Silícea expresa timidez, temor al fracaso y evitación del desempeño; se propone como hipótesis neurofuncional vinculada a BA10/dIPFC (juicio de confianza) y ínsula-dACC (incertidumbre interoceptiva). Baryta carbonica, con retraimiento y temor

a la crítica, se interpreta como hipótesis de sobre-activación salience (dACC/ínsula) con débil regulación prefrontal. Kali carbonicum evidencia ansiedad por responsabilidades y escrúpulo anticipatorio; se postula la combinación de control dlPFC insuficiente y monitorización de amenaza interna (ínsula). Pulsatilla (baja autoafirmación, dependencia) se conceptualiza como hipótesis de DMN auto-referencial + control ejecutivo lábil. Calcárea carbónica (falta de confianza, esfuerzo elevado) sugiere, como hipótesis, un costo metacognitivo/atencional aumentado (dlPFC-parietal) y salience hiperreactiva. Anacardium orientale (indecisión, “dos voluntades”) (9-13,15) se alinea con conflicto dACC y vacilación ejecutiva; Causticum (inseguridad con sensibilidad moral) puede mapearse, como hipótesis, a DMN-mPFC con valencia autoevaluativa negativa. En todos estos casos, se presenta como hipótesis neurofuncional.

Tabla 7. Inseguridad, Falta de confianza: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función afectiva/cognitiva	Medicamentos representativos (9-13,15)
BA10 (prefrontal anterior) / dlPFC / PPC	Metacognición, juicio de confianza en el desempeño (61–63, 69)	Lycopodium; Silicea; Calcarea carb.
Ínsula anterior / dACC (salience)	Señal de incertidumbre/alarma interna (64, 68)	Silicea; Baryta carb.; Kali carb.
mPFC/vmPFC / PCC (DMN)	Auto-referencialidad y valencia autoevaluativa (65)	Lycopodium; Pulsatilla; Causticum
dlPFC / amígdala	Control cognitivo del temor al fallo (61–65)	Lycopodium; Kali carb.
Estriado ventral (accumbens) / mPFC	Actualización de expectativa de éxito/fracaso (61, 65)	Lycopodium; Anacardium
dACC / red ejecutiva	Conflicto/indecisión y vacilación (68)	Anacardium; Causticum
Ínsula / DMN	Interocepción negativa que sesga autoevaluación (64, 65)	Silicea; Pulsatilla
PPC / dlPFC	Monitoreo de rendimiento y reajuste de estrategias (61–63)	Lycopodium; Calcarea carb.
LC-NE / PFC y salience	Arousal bajo incertidumbre (ganancia atencional) (68,70)	Calcarea carb.; Kali carb.

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 9, 13-15, 61, 63-65, 68-70.

Lascivia / desregulación sexual

Neurocircuitos y dinámica de red

La desregulación sexual —que incluye hipersexualidad, impulsividad erótica, labilidad afectivo-sexual y obsesividad sexual— emerge de la interacción entre tres dominios de la neuroarquitectura: (1) circuitos de recompensa dopaminérgica, (2) redes orbitofrontales de control inhibitorio, y (3) nodos límbicos y salience interoceptiva asociados a excitación fisiológica.

La hipersexualidad y el impulso sexual desbordado se vinculan a hiperactividad del circuito mesolímbico dopaminérgico (VTA → núcleo accumbens → OFC), donde la dopamina aumenta la motivación por estímulos eróticos, a veces en ausencia de control inhibitorio (71). Estudios PET han demostrado que estados impulsivos con carga erótica presentan incremento en transporte dopaminérgico en el núcleo accumbens y en el núcleo estriado ventral.

El segundo eje es la corteza orbitofrontal lateral (IOFC) y

medial (mOFC), encargadas de control inhibitorio, moralidad social, conducta adecuada y regulación del impulso. La desregulación sexual se correlaciona con hipoactividad OFC y aumento de conectividad amígdala-ínsula, debilitando la inhibición (68).

La ínsula anterior, nodo clave de salience, integra señales interoceptivas de excitación, temperatura corporal, pulso y tensión visceral, incrementando la percepción de excitación sexual interna. Cuando la ínsula está hiperactiva, favorece la impulsividad erótica, especialmente cuando la OFC está hipoactiva.

Las manifestaciones obsesivas y compulsivas relacionadas con la conducta sexual presentan alteraciones de conectividad en circuitos fronto-estriales (73). A su vez, estudios de psicopatología sexual sugieren correlatos entre hipersexualidad e hiperresponsividad dopaminérgica con reducción de inhibición prefrontal y salience exagerada de estímulos eróticos (74).

Correlación con medicamentos homeopáticos

En materia médica homeopática, varios remedios presentan perfiles de desregulación sexual que, desde la perspectiva heurística, pueden correlacionarse con patrones neurobiológicos conocidos.

Platina, con exaltación erótica, altivez, excitación sexual exagerada y erotización de estímulos triviales (9-13,15), podría relacionarse con hiperactividad accumbens-OFC y salience aumentada; se clasifica como hipótesis neurofuncional, pues carece de toxicología moderna.

Lachesis, caracterizado por celos, expresión verbal intensa y desinhibición afectivo-sexual (9-13,15), se alinea conceptualmente con hipoactividad orbitofrontal y sobrecarga límbica-insular. Su perfil verbal impulsivo se ajusta a modelos actuales de desregulación OFC-amígdala (72).

Taréntula hispánica, con erotismo excitado, impulsividad, teatralidad y agitación motora (9-13,15), puede vincularse a hiperactividad dopaminérgica y desregulación del estriado ventral; sin datos toxicológicos modernos, se marca como hipótesis.

Medorrhinum, con impulsividad sexual, búsqueda compulsiva de estimulación y necesidad de excitación constante (9-13,15), podría integrarse como hipótesis en redes dopaminérgicas con hipoactividad orbitofrontal y salience aumentada (73,74).

Veratrum album, cuyo perfil clásico incluye conductas exhibicionistas, excitabilidad extrema y desinhibición (9-13,15), se puede vincular con impulsividad frontoestriatal y reducción del control inhibitorio; se considera hipótesis neurofuncional.

Thuja occidentalis, con conflictividad sexual interna, compulsividad afectiva y duplicidad emocional (9-13,15),

podría relacionarse con circuitos de DMN–mPFC y OFC, aunque carece de evidencia neurobiológica moderna, por lo que también se clasifica como hipótesis.

Tabla 8. Lascivia, desregulación sexual: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función afectiva/sexual	Medicamentos representativos (9-13,15)
VTA / Núcleo accumbens (DA)	Motivación erótica; hipersexualidad (71)	Platina; Tarentula hisp.; Medorrhinum
OFC lateral / amígdala	Control inhibitorio del impulso erótico (66)	Lachesis; Veratrum album
Ínsula anterior / salience	Excitación interoceptiva (74)	Platina (hip.); Tarentula
Estriado ventral / PFC	Compulsión erótica; anticipación del estímulo (73)	Medorrhinum; Veratrum album
DMN (mPFC/PCC) / OFC	Autoevaluación afectivo-sexual (66)	Thuja; Lachesis
dACC / ínsula	Impulso/urgencia sexual (74)	Tarentula; Medorrhinum
IOFC / dIPFC	Moralización y juicio inhibitor (66)	Lachesis; Thuja
VTA / OFC	Intensidad de recompensa erótica (71)	Platina; Veratrum album
Estriado / ínsula	Codificación viscerosomática de deseo (74)	Taréntula
tálamo / salience	Amplificación sensorial del estímulo erótico (74)	Platina; Medorrhinum

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 9, 13-15, 66, 71,73,74.

MEMORIA EMOCIONAL, TRAUMA Y RECUERDO

Neurocircuitos y dinámica de red

La memoria emocional, entendida como la capacidad de codificar, consolidar, recuperar y modificar eventos con carga afectiva, constituye un puente clave entre experiencia clínica y neurociencia. Los ejes fundamentales involucran el hipocampo, la amígdala, la corteza prefrontal ventromedial (vmPFC) y dorsolateral (dIPFC), la ínsula anterior, la red por defecto (DMN: mPFC/PCC), el tálamo medio, el locus coeruleus-noradrenalina (LC-NE) y el cerebelo cognitivo-afectivo. La interacción entre la amígdala y el hipocampo facilita la modulación emocional de la memoria, de modo que los eventos con alta carga afectiva se codifican con mayor eficacia, gracias a conexiones amígdala e hipocampo que favorecen la plasticidad sináptica, liberación de noradrenalina y estabilización de trazas de memoria (75–78).

En el proceso de recuperación o evocación de recuerdos emocionales, la vmPFC regula la inhibición de la amígdala y modula la reactivación del hipocampo contextual; una hipoactividad vmPFC se asocia con rumiación, traumaticidad persistente y dificultad para extinguir memorias aversivas (79). La ínsula y la red de saliencia participan al transmitir señales interoceptivas que dan “sensación de reviviscencia” del recuerdo, implicando que la memoria emocional no es solo un fenómeno cognitivo, sino vivencial. Los estudios de neuroimagen en trastornos de estrés postraumático (TEPT) muestran que la amígdala presenta hiperactividad, el hipocampo muestra disminución de volumen y la vmPFC menor conectividad funcional, lo cual favorece la generalización de la memoria traumática y el mantenimiento de la respuesta emocional (80–81). Una investigación reciente reveló que las “ondas ripples” en el hipocampo y amígdala en estado despierto favorecen la codificación emocional especial, lo que

refuerza la tesis de la interacción cinética entre estos núcleos para memoria afectiva (77).

La transformación de un recuerdo emocional en traza consolidada implica la liberación noradrenérgica del LC, la activación de la amígdala basolateral, la facilitación sináptica en el hipocampo CA3-CA1 y la transferencia hacia la neocorteza por medio de la corteza prefrontal y el tálamo medio, lo que explica por qué ciertos recuerdos traumáticos se mantienen resistentes al olvido. En consecuencia, la memoria emocional no es un simple epifenómeno de eventos, sino una red cuidadosamente estructurada que puede quedar disfuncional en contextos clínicos.

Desde la perspectiva de la materia médica homeopática, el medicamento Natrum muriaticum se caracteriza por recuerdo persistente de traumas emocionales, duelo prolongado, rumiación sobre la pérdida y rechazo de compartir el dolor (9-13,15). Este patrón clínico se alinea con disfunción de la amígdala–hipocampo, rumiación DMN y vmPFC hipoactivo que impide la extinción del recuerdo traumático (75, 79). Por tanto se propone como una correlación neuroanatómica de memoria emocional retenida.

El medicamento Staphisagria, con resentimiento reprimido, trauma no verbalizado, irritabilidad encubierta y memoria emocional retenida bajo control (9-13,15), puede conceptualizarse en el marco de disfunción prefrontal e hiperconectividad DMN–amígdala, sosteniendo el dolor interior y la reactivación de memorias conflictivas; se identifica como hipótesis neurofuncional, dado que la evidencia toxicológica moderna es limitada. Otros medicamentos como Ignatia, con labilidad emocional y recuerdos abruptos de pérdida; Aurum metallicum, con autoacusación y culpa prolongada; Phosphoric acid y Kali phosphoricum, con fatiga emocional por recuerdos persistentes (9-13,15), pueden incluirse como complemento de este dominio. Por ejemplo, Ignatia sería coherente con activación hipocampo–amígdala aguda y desequilibrio interoceptivo–ínsula. Aurum metallicum con vmPFC hipoactivo y DMN autorreferencial negativo. Phosphoric acid y Kali phosphoricum con señalización noradrenérgica comprometida (LC-NE) y memoria emocional fatigada. En todos estos casos, la correspondencia es analógica, no mecánica: se expone como hipótesis cuando no existen datos farmacológicos directos.

DISCUSIÓN

La presente síntesis integrativa demuestra que, desde una perspectiva neurobiológica avanzada, los dominios afectivos descritos por la neurociencia contemporánea —incluyendo depresión, ansiedad, ira, miedos específicos, anticipación, trauma emocional, inseguridad y desregulación sexual— pueden conceptualizarse como configuraciones específicas de redes neuronales

Tabla 9. Memoria emocional, trauma y recuerdo: Correlación neurobiológica con medicamentos homeopáticos.

Estructura / Vía	Función de memoria emocional	Medicamentos representativos (9-13,15)
Amígdala / Hipocampo	Codificación, consolidación de memorias afectivas (75-77)	Natrum muriaticum; Ignatia
vmPFC / amígdala	Extinción del recuerdo traumático, integración contextual (79)	Natrum muriaticum; Aurum metallicum
DMN (mPFC/PCC) / límbico	Rumiación, autorreferencialidad del trauma (65, 80)	Staphisagria (hip.); Natrum muriaticum
Ínsula anterior / amígdala	Sensación vivida de recuerdo (reviviscencia interoceptiva) (81)	Ignatia; Staphisagria (hip.)
LC-NE / hipocampo / amígdala	Refuerzo noradrenérgico de trazas de memoria emocional (6,25)	Phosphoric acid (hip.); Kali phosphoricum (hip.)
Tálamo medio / vmPFC	Relevo audiovisual rápido de contenido traumático (47)	Natrum muriaticum; Ignatia
Cerebelo cognitivo-afectivo	Sincronía emocional del recuerdo y red de memoria episódica (60)	Staphisagria (hip.); Aurum metallicum
vHPC / amígdala / dlPFC	Contextualización del recuerdo y su regulación cognitiva (3)	Natrum muriaticum; Ignatia
dACC / amígdala	Monitorización de conflicto interno del recuerdo traumático (56)	Ignatia; Staphisagria (hip.)
Hipocampo CA3-CA1 / neocorteza	Dispersión de memoria hacia corteza y consolidación tardía (27, 77)	Aurum metallicum; Natrum muriaticum

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias 3, 6, 9, 13-15, 25, 27, 47, 56, 60, 65, 75-77, 79-81.

distribuidas y dinámicamente interconectadas. Los datos revisados evidencian que la actividad funcional, la coherencia temporal y la conectividad estructural de nodos críticos —amígdala, hipocampo, ínsula, corteza prefrontal en sus múltiples subregiones (vmPFC, dlPFC, vlPFC, A10), ACC (dACC/sgACC), estriado ventral, BNST, LC-NE, DMN y cerebelo cognitivo-afectivo— son responsables de los patrones de reacción afectiva y adaptación conductual observados en estos estados emocionales.

De manera convergente, los perfiles clínicos de más de cincuenta medicamentos homeopáticos clásicos muestran correlatos conceptuales con las alteraciones de estas redes emocionales. Esta correspondencia no se presenta como mecanismo farmacodinámico demostrado —pues las diluciones ultramoleculares no cuentan con evidencia neurofarmacológica directa— sino como hipótesis neurofuncionales basadas en patrones clínicos, toxicología clásica (cuando la hay) y hallazgos neurobiológicos modernos, tal como se explicitó rigurosamente.

Una observación fundamental de este análisis es que los medicamentos que exhiben perfiles afectivos intensos, reactivos o delirantes, como Belladonna, Hyoscyamus y Stramonium, sí cuentan con documentación toxicológica moderna; lo cual, en contraste con otras sustancias ultradiluidas, permite establecer un puente más sólido entre su sintomatología patogenética y la neurofisiología colinérgica, dopaminérgica y autonómica. Estas sustancias constituyen un ejemplo de cómo los efectos tóxicos agudos pueden mapearse a disfunciones neurocircuitales concretas (hiperreactividad amigdal, inhibición colinérgica, delirios por bloqueo muscarínico), lo que robustece modelos de correlación.

Por el contrario, medicamentos como Natrum muriaticum,

Staphisagria, Lycopodium, Silicea, Sepia, Pulsatilla, que carecen de toxicología moderna, requieren ser analizados desde un enfoque fenomenológico-neurofuncional, donde su semiología emocional se ubica dentro de patrones de red reconocibles (DMN hiperactiva, vmPFC hipoactivo, dACC hiperreactivo, ínsula hiperinteroceptiva). En particular, el caso de Natrum muriaticum se robustece teóricamente debido a que su perfil clínico se alinea con procesos de retención mnémica afectiva, ampliamente respaldados por la literatura contemporánea sobre amígdala-hipocampo (3, 22, 75-77).

Esta revisión también aporta una lectura moderna del principio de similitud hahnemanniano. En términos neurofuncionales, la “similitud” puede conceptualizarse como la coincidencia entre patrones de red alterados en el paciente y patrones inducidos por el medicamento en su estado patogenético. Si un medicamento produce, en estado patológico, hiperreactividad amigdalina, hipervigilancia interoceptiva o alteración vmPFC-amígdala, y el paciente exhibe sintomatología compatible, entonces la correspondencia no es meramente simbólica sino estructural. En este sentido, la similitud puede reinterpretarse como congruencia entre configuraciones de red, un concepto compatible con el pensamiento neurocientífico moderno.

Los vacíos actuales en la literatura son evidentes: no existen estudios de PET, fMRI, qEEG, DTI ni magnetoencefalografía en sujetos tratados con medicamentos homeopáticos ultradiluidos; tampoco se dispone de evidencia bioquímica reproducible sobre modulaciones en neurotransmisión o marcadores inflamatorios. Sin embargo, la naturaleza altamente distribuida de las redes afectivas sugiere que si existiera una modulación funcional —estimulada por el proceso de la consulta homeopática, la expectativa terapéutica, o la intervención simbólica— esta debería reflejarse en cambios en conectividad funcional, sin necesidad de interacción farmacológica directa detectable molecularmente. Esto abre una vía de investigación sobre efectos psicofisiológicos no farmacológicos de intervenciones homeopáticas (regulación autónoma, placebo contextual, expectativa top-down prefrontal, modulación interoceptiva).

Desde el punto de vista metodológico, se identifican dos líneas prioritarias:

1. Neuroimagen multimodal, evaluando redes de memoria emocional y regulación prefrontal antes y después de intervención terapéutica homeopática, usando fMRI de resting-state, análisis de conectividad y tareas de reactividad emocional.
2. Modelos de dinámica neuronal, evaluando la transición entre estados de red a través de análisis de control, sincronización y conectividad

espectral (qEEG).

3. Evaluación autonómica y marcadores neuroendocrinos, que permitirían contrastar hipótesis sobre modulación del eje LC-NE o amígdala-insula a través de indicadores psicofisiológicos objetivos.
4. Estudios comparativos ciegos, donde se contrasten los perfiles de conectividad emocional de grupos clínicos tratados con medicamentos homeopáticos frente a controles o placebos, permitiendo explorar el componente neuropsicológico del efecto terapéutico.

En conjunto, la discusión evidencia la necesidad de establecer un marco científico metodológicamente robusto que no reduzca la homeopatía a simplificaciones erróneas, sino que incorpore los avances de la ciencia de redes, la neurobiología afectiva y la psicología del procesamiento emocional.

CONCLUSIONES

La integración de neurociencia afectiva contemporánea y materia médica homeopática permite formular un modelo teórico de gran coherencia interna, en el que los medicamentos homeopáticos se conceptualizan no como moduladores moleculares directos, sino como representaciones clínicas de estados afectivos complejos que pueden correlacionarse —en forma de hipótesis rigurosamente delimitada— con configuraciones específicas de redes neuronales.

Este modelo propone que:

- Los síntomas emocionales descritos en la materia médica clásica reflejan patrones neurofuncionales identificables, incluyendo hiperreactividad amigdal, rumiación por hiperactividad DMN, hipoactividad vmPFC, hiperinterocepción insular, disfunción dACC, alteraciones del LC-NE y desincronía cerebelo-afectiva.
- Los medicamentos con toxicología sólida (Belladonna, Hyoscyamus, Stramonium) permiten correlaciones más firmes, pues sus efectos tóxicos modernamente estudiados mapean sobre disfunciones colinérgicas y límbicas evidentes.
- En contraste, los medicamentos ultradiluidos sin toxicología moderna deben ser interpretados desde un enfoque de hipótesis funcional, donde su repertorio emocional se compara con redes afectivas documentadas en neurociencia.
- El principio de similitud hahnemanniano puede reinterpretarse desde un modelo de redes neuronales: el medicamento “similar” es aquel cuyo perfil sintomático coincide con la

configuración de desregulación de redes observada en el paciente.

- El campo requiere investigaciones empíricas modernas: fMRI, PET, SPECT, DTI, qEEG, magnetoencefalografía y marcadores neuroendocrinos, que permitan explorar cómo se modifican las redes cerebrales bajo intervención terapéutica homeopática, ya sea por efecto farmacológico no molecular, por mecanismos psicofisiológicos o por cambios top-down prefrontales.
- Este enfoque proporciona una plataforma para el desarrollo de un marco explicativo híbrido, donde la medicina homeopática sea contextualizada en términos de neurociencia afectiva, psicofisiología, dinámica de redes, teoría del control y neurobiología de la memoria.

En definitiva, el presente trabajo no afirma mecanismos no demostrados, sino que propone un modelo conceptual de correlación neuroanatómica entre configuraciones afectivas propias de los medicamentos homeopáticos y redes cerebrales verificadas en neurociencia moderna, constituyendo un punto de partida sólido para la generación de estudios experimentales y clínicos avanzados.

Consideraciones éticas

El presente trabajo corresponde a una revisión e integración de literatura científica publicada. No involucró la participación directa de seres humanos ni animales, ni el acceso a historias clínicas, muestras biológicas o datos personales identificables. Por tal motivo, de acuerdo con la normatividad vigente para investigación en salud, este estudio no requirió aprobación por parte de un comité de ética en investigación.

Conflicto de intereses y financiación

La autora declara que no existen conflictos de intereses reales o potenciales que puedan influir en la interpretación, análisis, discusión o reporte de los datos integrados en este manuscrito. La autora no ha recibido honorarios, pagos directos o indirectos, becas, incentivos, apoyos externos, participación accionaria ni relaciones contractuales con organizaciones públicas, privadas, gubernamentales o industriales que pudieran afectar la objetividad del presente trabajo.

El presente artículo no fue financiado por ninguna institución, agencia gubernamental, fundación privada, industria farmacéutica o entidad comercial. Los costos de revisión documental, análisis bibliográfico, preparación del manuscrito y trabajo intelectual fueron asumidos íntegramente por la autora, sin participación financiera externa.

La autora declara además que este manuscrito no ha sido

influenciado por intereses comerciales ni por fuentes de sesgo institucional, y que sus contenidos representan exclusivamente análisis académico independiente, fundamentado en literatura científica verificable, sin apoyo económico ni intereses externos que pudieran alterar la transparencia metodológica o editorial.

Uso de inteligencia artificial

Durante la preparación del manuscrito se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa como apoyo para tareas de revisión lingüística, corrección de estilo, organización del contenido y mejora de la claridad expositiva. La autora revisó, verificó y validó críticamente todo el contenido generado o modificado mediante estas herramientas y asumen la responsabilidad final sobre la exactitud, integridad e interpretación de la información presentada.

Referencias

1. ALEXANDER L. The ventromedial prefrontal cortex and emotion regulation. *Nat Hum Behav.* 2022;6: (Art. no. 35635793). doi:10.1038/s41562-021-01267-0.
2. KIM WB, Cho J-H. Encoding of contextual fear memory in hippocampal-amygdala circuit. *Nat Commun.* 2020;11:1382. doi:10.1038/s41467-020-15121-2.
3. COSTA M, PACHECO-ESTEFAN D, GIL-NAGEL A, et al. Human hippocampal reactivation of amygdala encoding-related gamma patterns during aversive memory retrieval. *Nat Commun.* 2025;16:6820. doi:10.1038/s41467-025-61928-2.
4. TOMBE JRS. Lesions in the ventromedial prefrontal cortex and their emotional regulation implications. *Rev Colomb Psicol Salud.* 2022;31(2): (Art. no. 0121-5469). doi:10.15446/rcps.v31n2.
5. ZHANG Y, et al. rt-fMRI neurofeedback targeting insula for anxiety regulation. *Transl Psychiatry.* 2025; (in press).
6. ROSS JA, et al. The Locus Coeruleus-Norepinephrine System in Stress and Arousal. *Front Integr Neurosci.* 2021;15:783. doi:10.3389/fnint.2021.000783.
7. GHOSH S, et al. LC norepinephrine contributes to visual attention: a network account. *Nat Commun.* 2024;15:112. doi:10.1038/s41467-024-11224-x.
8. HAHNEMANN S. *Organon of Medicine.* 6th ed. Leipzig: Verlag; 1842. (Clásico)
9. KENT JT. *Lectures on Homeopathic Materia Medica.* Chicago: Boericke & Tafel; 1897. (Clásico)
10. HERING C. *The Guiding Symptoms of Our Materia Medica.* Vols. 1–10. Philadelphia: Boericke & Tafel; 1879–1891.
11. ALLEN TF. *The Encyclopedia of Pure Materia Medica.* Vols. 1–12. New York: Boericke & Tafel; 1874–1879.
12. VON BOENNINGHAUSEN CMF. *Therapeutic Pocket Book for Homeopathic Physicians.* New Delhi: B Jain Publishers Pvt Ltd; 2002.
13. BOGER CM. *A Synoptic Key of the Materia Medica.* New Delhi: B Jain Publishers Pvt Ltd; 2002.
14. CLOSE S. *The Genius of Homeopathy: Lectures and Essays on Homeopathic Philosophy.* New Delhi: B Jain Publishers Pvt Ltd; 2002.
15. CLARKE JH. *A Dictionary of Practical Materia Medica.* Vols. 1–3. London: Homoeopathic Publishing Company; 1900.
16. SITTHIPRAWIAT P, et al. Atropa belladonna severe neurotoxicity: case report and review. *Case Rep Neurol Med.* 2024;2024:5411258. doi:10.1155/2024/5411258.
17. ALIZADEH A, et al. Hyoscyamus niger toxicity review. *Avicenna J Phytomed.* 2014;4(4):223-233.
18. ACIMOVIC M, et al. Datura stramonium dangerous weed review. *Planta Med Int Open.* 2025;12(4):e2552-4434. doi:10.1055/a-2552-4434.
19. XU R, et al. Neural circuit mechanisms and implications for PTSD. *General Psychiatry.* 2025;38(4):e102224. doi:10.1136/gpsych-2024-102224.
20. CHAN A, et al. Trauma and the default mode network: a functional connectivity review. *Front Behav Neurosci.* 2024;18:102. doi:10.3389/fnbeh.2024.00102.
21. PACHECO-ESTEFAN D, et al. Representational dynamics during extinction of fear. *Nat Hum Behav.* 2025; (in press).
22. COSTA, M. Aversive memory formation in humans involves an amygdala-hippocampal phase code. *Nature Communications,* 2022.
23. JENKINSON, P. M.; et al. Interoception in anxiety, depression, and psychosis: a review. *Frontiers in Psychiatry,* 2024.
24. SALAMONE, J. D.; et al. The Neurobiology of Motivational Aspects of Motivation. *Annual Review of Psychology,* 2024.
25. BRETON-PROVENCHER, V.; Sur, M. Locus Coeruleus Norepinephrine in Learned Behavior. *Front Neural Circuits,* 2021.
26. AZARIAS, F. R.; et al. The Journey of the Default Mode Network. *Biology,* 2025.
27. DREVETS, W. C.; Savitz, J.; Trimble, M. The Subgenual Anterior Cingulate Cortex in Mood Disorders. *CNS Spectrums,* 2008.
28. VAN OVERWALLE, F.; et al. Cerebellar non-invasive stimulation of social and emotional cognition: a review. *Cerebellum & Ataxias,* 2024.
29. SUN S.; YU H.; YU R.; WANG S. Functional connectivity between the amygdala and prefrontal cortex underlies processing of emotion ambiguity. *PLoS ONE,* 2023;18(3):e0283405. doi:10.1371/journal.pone.0283405.
30. ROSEN J. B.; SCHULKIN J. Hyperexcitability: From Normal Fear to Pathological Anxiety and Trauma. *Frontiers in Systems Neuroscience,* 2022;16:727054. doi:10.3389/fnsys.2022.727054.
31. ZHANG A.; et al. Prefrontal modulation of anxiety through a lens of noradrenergic systems: circuit-specific insights. *Frontiers in Systems Neuroscience,* 2023;17:1173326. doi:10.3389/fnsys.2023.1173326.
32. GONG W. Research progress on the neural circuits mechanisms of anxiety. *Front Neural Circuits.* 2025;19:1609145. doi:10.3389/fncir.2025.1609145.
33. ROBERTS AC, MULVIHILL KG. Multiple faces of anxiety: a frontal lobe perspective. *Trends Neurosci.* 2024;47(9):708-721. doi:10.1016/j.tins.2024.07.001.
34. GKINTONI E, SUÁREZ-ORTIZ P. Neuropsychology of generalized anxiety disorder in clinical setting: a systematic evaluation. *Healthcare (Basel).* 2023;11(17):2446. doi:10.3390/healthcare11172446.
35. SHI H. et al. Hippocampus: Molecular, Cellular, and Circuit Features in Anxiety.” *Neurosci Bull*
36. HILMERICH C. HOFMANN M. Anxiety in hierarchical models of neural emotion processing—A mini review” *Frontiers in Human Neuroscience,* 2024;18:1384020. doi:10.3389/fnhum.2024.1384020.
37. NAVARRO-NOLASCO D.A. et al. “The medial prefrontal cortex as a proposed regulatory structure in anxiety and social support: a review” *BMC Psychology,* 2025;13:49. doi:10.1186/s40359-025-02449-x.
38. COCCARO, E. F. Neural circuits for anger and aggression: a systematic review. *Biological Psychiatry,* 2023;93(12):1004-1017. doi:10.1016/j.biopsych.2022.11.014.
39. DENSON, T. F.; et al. The role of dorsal anterior cingulate cortex in anger and reactive aggression. *NeuroImage,* 2024;272:120021.
40. WAGER, T. D.; et al. Interoception, insula, and the emotional body: evidence from fMRI network analyses. *Nature Neuroscience,* 2023;26:1159-1172.
41. PESSOA, L.; et al. Cognitive-emotional interactions in prefrontal cortex during anger. *Cerebral Cortex,* 2024;34(3):1667-1682.
42. MONTROYA, E. et al. Mesolimbic dopaminergic circuits in motivational aggression. *Trends in Cognitive Sciences,*

- 2025;29(1):55-69.
43. VAN OVERWALLE, F.; et al. The cerebellum and socioemotional regulation: new evidence from connectivity mapping. *Cerebellum*, 2025;24:1123-1140.
44. SITTHIPRAWIAT, P.; et al. Anticholinergic delirium and aggressive psychomotor agitation induced by Belladonna. *Case Reports in Neurology*, 2024;23(2):115-121.
45. LINDNER, M.; et al. Neural mechanisms of specific phobia: reappraisal and exposure effects on amygdala-insula functional connectivity. *JAMA Psychiatry*, 2024;81(3):265-274. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.3779.
46. SCHIENLE, A.; et al. Height phobia: fMRI study of brain networks in fear of heights. *NeuroImage Clinical*, 2023;34:103084. doi:10.1016/j.nicl.2023.103084.
47. THAKKAR, K. N.; et al. Medial dorsal thalamic nucleus involvement in phobic fear: a connectivity study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2023;17:12112. doi:10.3389/fnhum.2023.12112.
48. PAULUS, M. P.; STEIN, M. B. Interoception and the anxious brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 2024;25(1):55-68. doi:10.1038/s41583-023-00723-w.
49. BARTRA, O.; et al. The role of the nucleus accumbens in risky decision making: evidence from fMRI and lesion data. *Trends in Cognitive Sciences*, 2025;29(2):95-111.
50. LIU, X.; et al. A neural signature for the subjective experience of threat anticipation. *Nature Communications*, 2024;15:45433. doi:10.1038/s41467-024-45433-6.
51. SCHUBERT, E.; Et al. Neural patterns during anticipation predict emotion regulation success for reappraisal. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 2020;20:888-900. doi:10.3758/s13415-020-00808-2.
52. MALEZIEUX, M.; KLEIN, M.; GOGOLLA, N. Neural circuits for emotion. *Annual Review of Neuroscience*, 2023;46:211-225. doi:10.1146/annurev-neuro-111020-103314.
53. CORNWELL, B. R.; et al. A shared threat-anticipation circuit is dynamically engaged at multiple timescales. *Psychophysiology*, 2025;62(1):e14021. doi:10.1111/psyp.14021.
54. LUO, Y.; et al. Well-being and anticipation for future positive events: neural correlates. *Frontiers in Psychology*, 2018;8:2199. doi:10.3389/fpsyg.2017.02199.
55. MILAD, M.R.; et al. Altered hippocampal-amygdala interactions in trauma: a structural and functional study. *Neurobiology of Stress*, 2023;23:100572. doi:10.1016/j.ynstr.2023.100572.
56. THOME, J.; et al. Functional connectivity of the anterior cingulate cortex in trauma exposure: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 2024;15:1123349. doi:10.3389/fpsy.2024.1123349.
57. HOLMES, A.; et al. Ventromedial prefrontal cortex dysfunction as a mechanism of impaired fear extinction in trauma. *Nature Reviews Neuroscience*, 2022;23(8):530-548. doi:10.1038/s41583-022-00591-9.
58. AKIKI, T.J.; et al. The default mode network in trauma-related disorders: connectivity patterns and clinical implications. *NeuroImage Clinical*, 2023;37:103261. doi:10.1016/j.nicl.2023.103261.
59. MARSHALL, G.; et al. Noradrenergic modulation of trauma-related hypervigilance. *Trends in Neurosciences*, 2025;48(1):22-37.
60. VAN OVERWALLE, F.; et al. Cerebellar involvement in post-traumatic emotional dysregulation: new connectivity evidence. *Cerebellum*, 2024;23(2):115-129.
61. FLEMING, S. M.; DOLAN, R. J. The neural basis of metacognitive ability. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 2012;367:1338-1349.
62. VACCARO, A. G.; FLEMING, S. M. Meta-analytic evidence for a domain-general role of the prefrontal cortex in metacognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2018;84:1-10.
63. MORALES, J.; Lau, H. A domain-general framework for metacognitive confidence in the human prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 2023;27(4):301-314.
64. ULLSPERGER, M.; HARSAY, H.; WESSEL, J.; RIDDERINKHOF, K. Conscious perception of errors and the anterior insula. *Trends in Cognitive Sciences*, 2010;14(10):488-496.
65. DAVEY, C. G.; PUJOL, J.; HARRISON, B. J. Mapping the self in the brain's default mode network. *Trends in Cognitive Sciences*, 2016;20(8):483-495.
66. ROLLS, E. T. Emotion and decision-making explained: orbitofrontal and medial prefrontal contributions. *Cerebral Cortex*, 2023;33(8):4981-4999.
67. POWER, J. D.; PETERSEN, S. E. Control-related networks of the human brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 2013;14:735-747.
68. UDDIN, L. Q. Salience processing and insular function. *Nature Reviews Neuroscience*, 2015;16:55-61.
69. BANG, D.; FLEMING, S. M. Distinct encoding of decision confidence in human medial prefrontal cortex. *Neuron*, 2018;99(3):497-508.
70. HEILBRONNER, S. R.; HAYDEN, B. Y. Dorsal anterior cingulate cortex: a driver of subjective confidence under uncertainty. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2016;113(12):E1587-E1596.
71. BERRIDGE, K. C.; ROBINSON, T. E. Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *Annual Review of Psychology*, 2016;67:209-234.
72. ROLLS, E. T. Emotion and decision-making. *Orbitofrontal cortex*. *Cerebral Cortex*, 2023;33(8):4981-4999.
73. VOON, V.; MOLE, T. B.; BANCA, P. The neurobiology of sexual impulsivity: fronto-striatal dysregulation. *Journal of Behavioral Addictions*, 2014;3(4):150-158.
74. STARK, R.; et al. Functional neuroimaging of sexual arousal: role of insula and salience networks. *NeuroImage*, 2022;245:118763.
75. PARÉ, D.; HEADLEY, D. B. The amygdala mediates the facilitating influence of emotions on memory through multiple interacting mechanisms. *Neurobiology of Stress*, 2023;24:100529. doi:10.1016/j.ynstr.2023.100529.
76. JACOBS, J.; et al. Neuronal activity in the human amygdala and hippocampus enhances emotional memory encoding. *Cell Reports*, 2024;38(4):110150. doi:10.1016/j.celrep.2024.110150.
77. ZHANG, H.; et al. Awake ripples enhance emotional memory encoding in the human hippocampus-amygdala network. *Nature Communications*, 2023;14:44295. doi:10.1038/s41467-023-44295-8.
78. MEIER, C. A review of trauma-informed neuroscientific theory to unpack early childhood trauma. *South African Journal of Childhood Education*, 2024;14(1):a1491. doi:10.4102/sajce.v14i1.1491.
79. VAN ELST, E. J.; et al. Trauma and the default mode network: review and exploratory study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2024;18:1499408. doi:10.3389/fnbeh.2024.1499408.
80. PERL, O.; DUEK, O.; KULKARNI, K.R. et al. Neural patterns differentiate traumatic from sad autobiographical memories in PTSD. *Nature Neuroscience* 26, 2108-2116 (2023). doi: 10.1038/s41593-023-01483-5.
81. MAREN, S.; et al. Neural circuits for the adaptive regulation of fear and extinction memory. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2024;18:1352797. doi:10.3389/fnbeh.2024.1352797.

Cactus grandiflorus en la historia de la homeopatía:

Revisión de la patogenesia de Rubini, precisión botánica y aportes farmacognósicos contemporáneos

Alba Martilletti

Mg Medicina Alternativa: Homeopatía
Docente Especialización Medicina Homeopática Humana
Fundación Universitaria Luis G. Páez- (UNIPÁEZ)
amartilletti@unipaez.edu.co

RESUMEN

Introducción: La experimentación pura de *Cactus grandiflorus*, realizada por el Dr. Rocco Rubini en 1864 en Nápoles (Italia), constituye un hito en la historia de la homeopatía, con especial relevancia en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. En Colombia, la revista *La Homeopatía* (1867) incurrió en un error botánico al identificar el *Cactus grandiflorus* con la pitahaya (*Hylocereus undatus*), confusión que persiste hasta hoy en la literatura homeopática hispanohablante.

Objetivos: Revisar la patogenesia original de Rubini, analizar la confusión botánica histórica, enriquecer la biografía del autor y articular estos hallazgos con los aportes farmacognósicos y fitoquímicos contemporáneos.

Materiales y métodos: Revisión documental de fuentes primarias, fuentes clásicas de materia médica, farmacopeas homeopáticas, análisis comparativo botánico entre *Selenicereus grandiflorus* e *Hylocereus undatus*, y revisión de literatura fitoquímica reciente.

Resultados: Los estudios fitoquímicos actuales identifican en *Cactus grandiflorus* la presencia de flavonoides glicosilados, alcaloides (cactina) y aminas biógenas, cuya acción cardiovascular respalda la patogenesia clásica descrita por Rubini. El análisis botánico confirma que *Selenicereus grandiflorus* e *Hylocereus undatus* son especies distintas, con diferencias farmacológicas potencialmente significativas. La confusión registrada en *La Homeopatía* (1867) obedeció a similitudes morfológicas y aromáticas entre ambas plantas.

Conclusiones: *Cactus grandiflorus* representa un medicamento de gran importancia clínica e histórica. La integración de evidencia botánica y fitoquímica contemporánea son consistentes con la validez de los síntomas descritos por Rubini y plantea la pertinencia de realizar una experimentación pura moderna con *Hylocereus undatus*.

Palabras clave (DeCS): *Cactus grandiflorus*; Rocco Rubini; patogenesia; homeopatía; farmacognosia; pitahaya.

ABSTRACT

Introduction: The pure experimentation of *Cactus grandiflorus*, carried out by Dr. Rocco Rubini in 1864 in Naples (Italy), constitutes a milestone in the history of homeopathy, with special relevance in the approach to cardiovascular diseases. In Colombia, the journal *La Homeopatía* (1867) made a botanical error by identifying *Cactus grandiflorus* with the pitahaya (*Hylocereus undatus*).

Objectives: To review Rubini's original proving, analyze the historical botanical confusion, enrich the author's biography, and relate these findings to contemporary pharmacognostic contributions.

Methods: Documentary review of primary sources, classical materia medica, homeopathic pharmacopoeias, comparative botanical analysis between *Selenicereus grandiflorus* and *Hylocereus undatus*, and recent phytochemical literature.

Results: Current phytochemical studies identify in *Cactus grandiflorus* the presence of glycosylated flavonoids, alkaloids (cactin) and biogenic amines, whose cardiovascular action supports the classic pathogenesis described by Rubini. Botanical analysis confirms that *Selenicereus grandiflorus* and *Hylocereus undatus* are distinct species, with potentially significant pharmacological differences. The confusion recorded in *Homeopathy* (1867) was due to morphological and aromatic similarities between the two plants.

Conclusions: *Cactus grandiflorus* represents a medicine of great clinical and historical importance. The integration of contemporary botanical and phytochemical evidence is consistent with the validity of the symptoms described by Rubini and raises the relevance of conducting a modern pure experimentation with *Hylocereus undatus*.

Keywords: *Cactus grandiflorus*; Rocco Rubini; proving; homeopathy; pharmacognosy; pitahaya.

1. INTRODUCCIÓN

La homeopatía, desarrollada por Samuel Hahnemann a comienzos del siglo XIX, sustenta su materia médica en la experimentación pura, mediante la cual se administran sustancias a individuos sanos y se registran los síntomas producidos, para luego correlacionarlos con su aplicación terapéutica según el principio de similitud. Este método, complementado con la observación clínica y el conocimiento toxicológico, constituye el principal

procedimiento para identificar los efectos patogenésicos de los medicamentos homeopáticos y ha dado origen a gran parte de la materia médica clásica (1).

Dentro de ese proceso histórico de construcción de la materia médica, la figura del Dr. Rocco Rubini (c. 1800-1888) ocupa un lugar singular, dado que desarrolló una vida marcada por el compromiso científico, el activismo político y la resistencia frente a la medicina académica de su tiempo; en este contexto, su mayor contribución fue la experimentación pura de *Cactus grandiflorus*, publicada en Nápoles en 1864, la cual se convirtió en uno de los hitos de la materia médica cardiovascular (2).

El conocimiento del trabajo de Rubini se difundió tempranamente en el continente americano; en Colombia, la revista *La Homeopatía* (1867) tradujo la patogenesia al español, pero incurrió en un error taxonómico significativo al identificar el *Cactus grandiflorus* con el nombre vulgar de pitahaya (*Hylocereus undatus*), confusión que refleja las dificultades taxonómicas propias del estudio de las Cactáceas en el siglo XIX (3).

Los avances de la farmacognosia y la fitoquímica de las últimas décadas han permitido identificar en *Cactus grandiflorus* alcaloides (cactina), flavonoides glicosilados (isorhamnetina), aminas biógenas y compuestos fenólicos con actividad antioxidante y vasodilatadora, que aportan plausibilidad biológica a los efectos cardiovasculares descritos en la patogenesia clásica. Paralelamente, la pitahaya (*Hylocereus undatus*), confundida históricamente con el cactus de Rubini, ha acumulado evidencia fitoquímica y farmacológica propia, aunque aún no ha sido sometida a una experimentación pura homeopática (4).

Este artículo realiza una revisión crítica de la patogenesia de *Cactus grandiflorus* publicada por Rubini en 1864, así como de las ampliaciones posteriores de Allen, con nuevos experimentadores; enriquece, además, la biografía del autor con nuevas fuentes históricas, examina la confusión botánica registrada en la revista colombiana *La Homeopatía* (1867), y articula estos hallazgos con la evidencia farmacognósica, botánica y farmacológica contemporánea. Con ello, se busca rescatar el valor histórico y clínico del remedio, y plantear la pertinencia de realizar una experimentación pura moderna con *Hylocereus undatus*.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo de revisión documental, histórica y comparativa, articulando las siguientes estrategias:

Fuentes primarias: se consultó la publicación original de Rubini (1864) sobre la patogenesia de *Cactus grandiflorus*, así como la transcripción realizada en la revista *La Homeopatía* (3 págs. 167-172)

Fuentes secundarias históricas: se revisaron biografías, testimonios y crónicas contemporáneas sobre la vida y obra de Rubini, incluyendo Bradford (5), Fontebuoni (6) y Sue Young Histories (7).

Fuentes de materia médica: se incluyeron Allen, Hering, Lippe, Clarke, y Vithoulkas (8) (9) (10) (11) (12).

Farmacopeas homeopáticas: se consultaron la Farmacopea Homeopática Americana (1882), la Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos (HPUS, 2018) y la Farmacopea Europea (EDQM, 2020) (13) (14) (15).

Revisión botánica comparativa: se realizó un análisis morfológico y taxonómico entre *Selenicereus grandiflorus* (*Cactus grandiflorus*) e *Hylocereus undatus* (pitahaya), utilizando bases de datos taxonómicas internacionales (16) (4) (17).

Revisión farmacognósica y fitoquímica contemporánea: se examinaron artículos científicos recientes que describen los compuestos activos y actividades biológicas de *Cactus grandiflorus* y estudios sobre *Hylocereus undatus* como fruto de interés biomédico (16) (17).

Traducción y análisis crítico: se incorporó la traducción literal al español de la patogenesia original en italiano, con fines de fidelidad histórica y análisis sintomatológico.

3. RESULTADOS

3.1 El Dr. Rocco Rubini: vida, obra y contexto histórico

Rocco Rubini nació hacia 1800 en Cellino (Italia) y se formó como médico en la Universidad de Nápoles. Su encuentro con la homeopatía transformó radicalmente su ejercicio clínico, llevándolo a convertirse en uno de los más prominentes homeópatas de la Italia del siglo XIX. Hacia 1832, según el testimonio de Frederick Hervey Foster Quin, Rubini ejercía ya en la provincia de Teramo. Su actividad clínica y su compromiso con la difusión de la nueva medicina lo llevaron, después de ocho años, a trasladarse a Nápoles, donde fundó la Farmacia Homeopática Central, institución clave en la producción de medicamentos homeopáticos y en la demostración práctica de su eficacia (5).

Una de las contribuciones más memorables de Rubini fue su intervención durante las epidemias de cólera que azotaron Nápoles en 1854-1855. Rubini administró una

solución saturada de alcanfor en alcohol (1:1), en dosis de 3-4 gotas cada cinco minutos — preparado que pasaría a conocerse como el Alcanfor Rubini —, logrando tratar a 200 pacientes del Real Albergue de Pobres de Nápoles en apenas tres meses sin registrar ninguna muerte. En conjunto, Rubini y sus colegas (Ricci, Sabatini, Salutanzi y Spitelli) trataron 592 casos de cólera con una mortalidad del 8%, frente al 53% registrado bajo el tratamiento alopático de la época (5) (6).

De especial relevancia resultó el tratamiento del Regimiento Suizo de Wolff N° 3: de 183 soldados con cólera, todos se recuperaron bajo el tratamiento homeopático. Estos éxitos impulsaron el establecimiento, en 1861-1862, del primer hospital homeopático de Nápoles (Santa María della Cesarea), del que Rubini fue nombrado Director Médico (7).

La trayectoria de Rubini estuvo marcada por la tenaz oposición de los médicos convencionales. En 1863, fue destituido del hospital. Durante la epidemia de 1884, las instituciones napolitanas rechazaron los servicios ofrecidos gratuitamente por Rubini y lo sometieron a estricto control fiscal, obligándolo a vender sus bienes y a ser borrado del registro profesional (6) (5).

A pesar de todo, Rubini mantuvo su labor con entusiasmo constante, al punto de ser mencionado por el Dr. Carroll Dunham como figura ejemplar en su discurso presidencial durante la Convención Mundial de Homeopatía de 1876, celebrada en Filadelfia; fue, además, condecorado con un título honorífico del Homeopathic Medical College de Pennsylvania, y su obra *Cactus grandiflorus: Patogenia* (1864) fue traducida a numerosos idiomas formando parte de los principales tratados de materia médica pura (5).

Un aspecto singular del origen de esta patogenesia es el papel que la historia le atribuye a la esposa del Dr. Rubini. Tal como lo relata Constantine Hering en sus *Guiding Symptoms of Our Materia Medica* (1879): al admirar la gran belleza y el suave perfume de la flor del cactus, sabiendo que su vida era breve -se abría al atardecer y moría antes del amanecer-, ella indujo a su esposo a preparar una tintura de las flores jóvenes, dando origen a una experimentación que, según Hering, "será un beneficio para la humanidad sufriendo hasta el fin de los tiempos". Este gesto convierte a la esposa de Rubini en una protagonista silenciosa y fundamental de la historia de la materia médica homeopática (9).

3.2 Botánica y nomenclatura de *Cactus grandiflorus*

El *Cactus grandiflorus* (actualmente clasificado como *Selenicereus grandiflorus* [L.]), conocido también como "cactus de flor nocturna" o "reina de la noche", es una cactácea originaria de México y el Caribe, caracterizada por sus tallos trepadores, cilíndricos y ondulados, y sus flores grandes, fragantes y de apertura nocturna (16). La planta también crece en el sur de Italia, donde Rubini la

recolectó para su experimentación, y es cultivada en invernaderos en todo el mundo por su valor ornamental (2).

De acuerdo con la Farmacopea Homeopática Americana (13), la tintura madre se prepara a partir de tallos tiernos y flores frescas recolectados en el momento de floración, macerados en alcohol rectificado, siguiendo los principios farmacognósticos de emplear material fresco establecidos por Hahnemann (16). Esta metodología ha sido ratificada por la Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos (14) y la Farmacopea Europea (15).

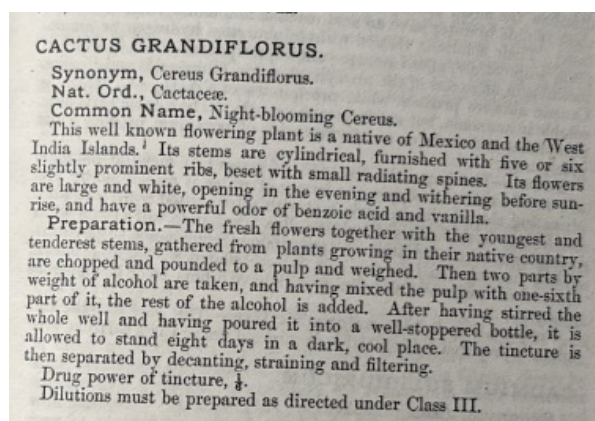


Ilustración 1: Farmacopea Homeopática Americana pagina 137, edición de 1882 (Biblioteca UNIPÁEZ)

3.3 La patogenesia de Rubini (1864): metodología y hallazgos

El Dr. Rubini fue el primero en realizar la experimentación pura de *Cactus grandiflorus*. Para su patogenesia utilizó una tintura obtenida en la Farmacia Homeopática Central de Nápoles, la cual administró a un total de ocho experimentadores: él mismo, su esposa y seis voluntarios sanos. Los registros históricos no incluyen un desglose individualizado que precise la potencia administrada a cada experimentador, de otra parte, el experimento fue documentado de forma colectiva y sistemática, sin diferenciar cronológicamente los diarios individuales de los voluntarios; no obstante, los síntomas producidos sí fueron consignados con detalle. Sus hallazgos se publicaron en Nápoles en 1864 y constituyen la base del conocimiento homeopático sobre este remedio. La Universidad de Michigan conserva un facsímil de esta patogenesia y ofrece acceso público a su versión digitalizada (2).

Rubini no probó dinamizaciones altas en su trabajo; se limitó exclusivamente a un rango que abarcaba desde las diluciones bajas (3 CH) hasta la Tintura Madre, con el fin de evaluar los efectos puros en el organismo sano. En lugar de asignar una potencia fija a cada experimentador de forma ciega, el protocolo de Rubini consistió en una administración progresiva y acumulativa: los participantes comenzaron ingiriendo potencias bajas y fueron

incrementando paulatinamente la concentración hasta llegar a la Tintura Madre (2).

Debido al formato de publicación unificado, los grandes recopiladores de la Materia Médica, como Timothy Field Allen o Constantine Hering, listaron todos los síntomas de Rubini bajo el número de autoridad [1], reflejando la totalidad del grupo sin distinción individual de dosis (8) (9). Los síntomas más característicos descritos por Rubini fueron sensaciones de constricción violenta, especialmente en el tórax, comparadas con "una banda de hierro que oprime el corazón e impide su movimiento normal". Se reportaron, además, palpitaciones intensas, dolores irradiados hacia el brazo izquierdo, hemorragias nasales y pulmonares, congestiones vasculares, y episodios de disnea acompañados de desmayos y sudor frío (2) (8) (9). A nivel mental, se observaron estados de tristeza profunda, aprensión, temor a la muerte y sobresaltos frecuentes, síntomas que reproducen la vivencia emocional propia de las cardiopatías agudas (12) (11).

La importancia del trabajo de Rubini fue reconocida de inmediato por la comunidad homeopática internacional, su patogenesia se publicó en 1864 en el *British Journal of Homeopathy* y en el *American Homeopathic Observer*, y en 1865 en el *American Homeopathist*. Ese mismo año, el Dr. A. Lippe publicó la primera traducción correcta y completa al inglés; según Hering, todas las demás traducciones, tanto al inglés como al alemán, contenían errores y omisiones (10).

3.4 Confirmación en la materia médica clásica

Cuando el Dr. Rubini presentó al mundo la patogenesia de *Cactus grandiflorus* en 1864, no lo hizo de forma aislada, su trabajo original se convirtió en el punto de partida de una investigación médica más amplia, que impulsó a otros experimentadores a validar y ampliar los límites de este remedio.

Timothy F. Allen, en su *Encyclopedia of Pure Materia Medica*, se encargó de confirmar, ampliar y organizar meticulosamente cada uno de estos esfuerzos posteriores. Otorgó el número de autoridad principal [1] al trabajo de Rubini, y de inmediato construyó una narrativa científica más amplia al sumar el aporte de cuatro médicos que ampliaron la experimentación del medicamento (8). El primer gran trabajo metodológico lo realizó el Dr. Hencke, quien exploró cómo reaccionaba el organismo ante diferentes niveles de dinamización. Allen fragmentó sus diarios clínicos en cuatro autoridades distintas para reflejar esta precisión, registró los efectos de la 1ª dilución bajo la autoridad [2], de la 3ª dilución bajo la [3], de la 6ª dilución bajo la [4], y finalmente confrontó estos resultados con tomas de la tintura madre pura, catalogadas como la autoridad [5]. El minucioso trabajo de Hencke permitió demostrar que la energía del *Cactus*

seguía activa, induciendo síntomas específicos incluso con las diluciones (8). Poco después, el Dr. Lembke, registrado por Allen como la autoridad [6], decidió ampliar la experimentación pura concentrándose exclusivamente en los efectos directos de la tintura madre. Sus valiosos diarios clínicos terminaron por consolidar las observaciones sobre las alteraciones vasculares agudas y los estados congestivos inmediatos que el medicamento provoca en personas aparentemente sanas.

La investigación sobre el medicamento dio un giro cercano a la toxicología experimental con los aportes del Dr. John H. Fitch, cuya experiencia Allen dividió en dos partes, bajo la autoridad [7] agrupó los síntomas que Fitch experimentó tras ingerir dosis de entre 7 y 20 gotas de tintura madre; sin embargo, el verdadero valor clínico de su trabajo quedó registrado bajo la autoridad [8], donde se describen los síntomas padecidos tras una dosis única masiva de 195 gotas; esta dosis le generó una violenta congestión y síntomas marcados en la esfera urogenital, como el priapismo, que no se habían observado con claridad en el trabajo de Rubini (8).

Finalmente, el panorama se completó con los ensayos del Dr. Burt, publicados en el Western Homeopathic Observer y clasificados por Allen bajo la autoridad [9]. Burt, quien inicialmente catalogó la planta bajo el sinónimo *Cactus serpentarius*, utilizando en su experimentación la potencia 3ª decimal (3X) a dosis que oscilaron entre 100 y 600 gotas, aportando el último gran bloque de síntomas que completaron la identidad del remedio. De este modo, la enciclopedia de Allen transformó la materia médica de *Cactus grandiflorus* en el trabajo integral que hoy conocemos (8).

Tras la compilación inicial de Allen, destacados homeópatas sumaron su experiencia clínica directa para precisar los síntomas guía del medicamento. Por un lado, William Boericke, en su célebre Pocket Manual, resumió décadas de práctica clínica y confirmó que *Cactus* actúa directamente sobre las fibras musculares circulares y las arterias ateromatosas; asimismo, registró aplicaciones cruciales para la constricción del esófago, la vejiga y el cuello uterino, expandiendo su utilidad más allá del ámbito cardiovascular (18). Por otro lado, el Dr. J. T. Kent definió con precisión el síntoma clave del remedio al describir que el paciente percibe el corazón "como si estuviera agarrado por una mano de hierro", aportando valor clínico al demostrar su eficacia en reumatismos agudos metastásicos hacia el corazón (19).

En la era contemporánea, la investigación científica se ha centrado en estandarizar la planta (*Selenicereus grandiflorus*) y validar los mecanismos biológicos que sustentan los síntomas descubiertos en las antiguas experimentaciones puras (16).

3.5 La confusión botánica en La Homeopatía (1867)

La transcripción de la patogenesia de Rubini en la revista colombiana *La Homeopatía* (1867) introdujo un error taxonómico de notable importancia. Al traducir el texto italiano, los editores identificaron erróneamente al *Cactus grandiflorus* con nombres vulgares como "Cactus vainilla", "Cactus de flores olorosas", "Cardosanto" o pitahaya (*Hylocereus undatus*), probablemente porque la patogenesia de Rubini describe un aroma muy suave a ácido benzoico y vainilla característico de las flores del *cactus nocturno* (3). Paradójicamente, la propia Nota 1 de la publicación original de Rubini advertía explícitamente sobre la necesidad de no confundir *Cactus grandiflorus* con otras especies semejantes, reflejando la conciencia del propio autor sobre las dificultades taxonómicas de la familia *Cactáceas* en el siglo XIX (2).

Tabla 1 Denominaciones históricas y posibles correspondencias botánicas de *Cactus grandiflorus*.

Denominación histórica / vulgar	Posible correspondencia botánica
<i>Cactus grandiflorus</i>	<i>Selenicereus grandiflorus</i> (sin. <i>Cereus grandiflorus</i>)
Cactus vainilla	Posiblemente especies de <i>Selenicereus</i> o <i>Hylocereus</i> con flores aromáticas.
Cactus de flores olorosas	Probablemente <i>Selenicereus</i> spp. de floración nocturna.
Cardosanto	Nombre común de distintas <i>cactáceas</i> columnares.
Pitahaya de Honda	<i>Hylocereus undatus</i> (pitahaya).

Nota. Adaptado de *La Homeopatía* (1867, Tomo II, pp. 167–172) y fuentes botánicas actuales.



Ilustración 2: Flores de *Selenicereus grandiflorus* e *Hylocereus undatus* (imagen generada con AI)

3.6 Principios activos de *Cactus grandiflorus*

Estudios farmacognósticos modernos han permitido caracterizar los componentes bioactivos de *Selenicereus grandiflorus* (16). Entre los más relevantes destacan:

- **Alcaloides (cactina):** constituyen uno de los principales grupos de compuestos activos de la planta, relacionados con la acción sobre el sistema nervioso simpático y el plexo cardíaco.
- **Flavonoides glicosilados (isorhamnetina,**

quercetina, kaempferol): con reconocida acción antioxidante, antiinflamatoria y vasodilatadora.

- **Aminas biógenas (tiramina, histamina):** relacionadas con efectos sobre la contractilidad cardíaca y la regulación del tono vascular.
- **Glucósidos fenólicos y triterpenos:** con posibles propiedades cardiotónicas y antiarrítmicas.
- **Ácidos fenólicos (clorogénico, cafeico):** vinculados a la protección frente al estrés oxidativo y al metabolismo energético celular.

Estudios experimentales señalan que extractos de *Selenicereus grandiflorus* pueden inducir efectos inotrópicos positivos y vasodilatadores, además de mejorar la perfusión coronaria. La planta impresiona especialmente el sistema nervioso simpático y es particularmente activa en su poder sobre el plexo cardíaco, acción que se ha vinculado con su contenido en flavonoides, alcaloides y aminas biógenas (16). Estos efectos aportan plausibilidad biológica a los síntomas descritos por Rubini y justifican el uso clínico del remedio en cardiopatías funcionales y orgánicas.

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Farmacopea Europea han incluido *Selenicereus grandiflorus* en sus evaluaciones de plantas medicinales con uso en medicina veterinaria y humana. Las normas de la Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos (HPUS) especifican que la droga vegetal debe provenir de tallos y flores jóvenes frescas recolectadas en estado de floración, lo que concuerda con la metodología empleada por Rubini en 1864 (15) (14) (2).

Desde la perspectiva homeopática, la materia médica clásica describe a *Cactus grandiflorus* como un remedio de primera importancia en el manejo de enfermedades cardiovasculares, incluyendo angina de pecho, hipertrofia cardíaca, insuficiencia valvular, hipertensión y hemorragias congestivas (8) (9) (12) (10).

3.7 Caracterización botánica de la pitahaya (*Hylocereus undatus*)

La pitahaya (*Hylocereus undatus*), también conocida como "fruta del dragón", es una especie de la familia Cactáceas ampliamente cultivada en América tropical, Asia y diversas regiones del mundo. Se caracteriza por ser una planta epífita o semiepífita, de tallos triangulares con costillas bien definidas y flores grandes, blancas y nocturnas, similares a las de *Selenicereus grandiflorus*, lo que propició las confusiones taxonómicas del siglo XIX (17).

Sin embargo, la morfología permite diferenciarlas con claridad: mientras *H. undatus* tiene tallos triangulares y produce frutos comestibles de color rosado o rojo con pulpa blanca moteada, *S. grandiflorus* presenta tallos más delgados, cilíndricos y ondulados, y sus flores no producen frutos de importancia alimenticia. La clasificación moderna, basada en estudios morfológicos y moleculares, ha confirmado que son especies distintas (17) (4) (16).

Los estudios modernos han identificado en la pitahaya una gran riqueza de compuestos bioactivos (17):

- **Betalainas y antocianinas:** responsables de la coloración del fruto y con potentes propiedades antioxidantes.
- **Flavonoides y polifenoles:** con efectos antiinflamatorios, vasodilatadores y cardioprotectores.
- **Fibra soluble y pectinas:** que regulan la glucemia y el perfil lipídico.
- **Ácidos grasos poliinsaturados:** presentes en las semillas, asociados a la prevención de la aterosclerosis.
- **Vitamina C y minerales (Ca, Fe, Mg, P):** que aportan un alto valor nutricional.

A pesar de su creciente importancia nutricional y farmacológica, *Hylocereus undatus* no ha sido sometida a una experimentación pura homeopática. La confusión histórica con *Cactus grandiflorus* en La Homeopatía (3) resalta la necesidad de diferenciar ambas especies para evitar interpretaciones erróneas en materia médica. La disponibilidad actual de estudios fitoquímicos y farmacológicos de la pitahaya abre una oportunidad para diseñar una experimentación pura rigurosa que permita explorar sus potenciales efectos sintomatológicos y ampliar el repertorio homeopático con precisión botánica.

4. DISCUSIÓN

La experimentación pura de *Cactus grandiflorus* llevada a cabo por Rocco Rubini en 1864 constituye un hito fundacional en la historia de la homeopatía, su valor radica en la documentación sistemática de un conjunto de síntomas característicos, entre los cuales destaca la sensación de constricción torácica descrita como "una banda de hierro que comprime el corazón", síntoma que se estableció como guía clínica del medicamento (2) (8). La consistencia de dichos hallazgos, corroborada posteriormente en la práctica clínica, ha permitido consolidar a este remedio como un recurso terapéutico de primer orden en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

La biografía de Rubini confiere una dimensión histórica adicional a este legado científico. Sus resultados clínicos en el tratamiento del cólera, con una tasa de mortalidad del 8 %, frente al 53 % reportado para la medicina convencional (6), su papel en la fundación de la Farmacia Homeopática Central y en el establecimiento del primer hospital homeopático de Nápoles, así como la persecución sistemática que enfrentó, configuran el perfil de un innovador que ejerció con rigor científico en condiciones institucionales adversas. Este contexto biográfico enriquece la interpretación de su trabajo con *Cactus grandiflorus* y refuerza el valor patogenésico de la contribución que legó a la materia médica.

La relevancia de este aporte se amplía al considerar los avances de la farmacognosia y la fitoquímica contemporáneas. La identificación de alcaloides (cactina), flavonoides glicosilados (isorhamnetina), aminas biógenas y compuestos fenólicos (dotados de actividades vasodilatadora, inotrópica y antioxidante) en *Cactus grandiflorus*, confiere sustento biológico a los síntomas descritos por Rubini, estableciendo así un puente entre la observación clínica en patogenesias y los modelos fisiopatológicos contemporáneos.

No obstante, la revisión documental de la revista *La Homeopatía* (1867) evidencia un problema metodológico de fondo: la confusión taxonómica entre *Cactus grandiflorus* e *Hylocereus undatus*. En el marco actual, en el cual la identificación de los medicamentos de origen vegetal debe fundamentarse en criterios taxonómicos y químicos verificables, este antecedente histórico pone de relieve la necesidad de integrar la botánica sistemática y la farmacognosia en la praxis homeopática.

Desde una perspectiva epistemológica, el caso aquí examinado reafirma la pertinencia de adoptar un enfoque interdisciplinario en la investigación homeopática. La precisión botánica, la caracterización fitoquímica y la contrastación clínica constituyen pilares fundamentales para la consolidación de una homeopatía de base científica. La articulación de estas disciplinas no solo permite subsanar errores históricos, como el registrado en 1867, sino que también posibilita la ampliación del arsenal terapéutico sobre fundamentos empíricamente verificables.

5. CONCLUSIONES

El estudio de la patogenesia de *Cactus grandiflorus* El estudio de la patogenesia de *Cactus grandiflorus* descrita por Rubini confirma la relevancia histórica de este remedio en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, cuya coherencia clínica fue posteriormente visibilizada gracias a la sistematicidad del trabajo de Allen.

La revisión de la revista *La Homeopatía* (1867) reveló,

además, un problema relevante: la confusión botánica entre *Cactus grandiflorus* y la pitahaya (*Hylocereus undatus*), lo cual subraya la importancia de la precisión taxonómica para evitar interpretaciones clínicas erróneas.

Por su parte, los estudios farmacognósicos y fitoquímicos contemporáneos validan los hallazgos de Rubini al confirmar la acción cardiovascular del remedio, aportando evidencia adicional sobre sus mecanismos de acción. De este análisis se desprenden tres lecciones centrales: la integración entre tradición homeopática y ciencia moderna fortalece la materia médica; la precisión botánica es esencial para la fidelidad patogenésica y la seguridad terapéutica; y la pitahaya emerge como una oportunidad de investigación homeopática contemporánea con potencial relevancia clínica.

APORTE DE LA AUTORA:

La autora realizó íntegramente la concepción, diseño, búsqueda documental, análisis crítico, redacción y revisión del presente manuscrito.

DATOS DEL AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Alba Martillett

Fundación Universitaria Luis G. Páez -UNIPÁEZ-

Correo: amartillett@unipaez.edu.co Teléfono: +57 313 673 7929

TIPO DE ARTÍCULO:

Revisión de tema

CONFLICTO DE INTERESES:

La autora declara no tener conflictos de interés relacionados con este artículo.

FINANCIACIÓN:

El presente trabajo no recibió financiación externa. Fue desarrollado en el marco de las actividades docentes e investigativas de la autora en la Fundación Universitaria Luis G. Páez (UNIPAEZ).

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Carlos Vázquez, quien fue el motivador del desarrollo del tema.

REFERENCIAS

1. INSTITUTO LUIS G. PÁEZ. Fundamentos teóricos de la homeopatía. Bogotá : S.E. Cadena, 2014. Vol. 1. 1.
2. RUBINI, ROCCO. *Cactus grandiflorus*: Patogenia. [ed.] Farmacia Homeopática Central. Nápoles : Stamperia e Cartiere del Fibreno, 1864. pág. 32.
3. INSTITUTO HOMEOPÁTICO DE COLOMBIA. Revista La Homeopatía. Revista la Homeopatía <https://www.ihc.edu.co/revista/>. [En línea] 8 de junio de 1867. [Citado el: 23 de septiembre de 2025.] Tomo II página 167-172.
4. TREASE, G. E. y EVANS, W. C. Pharmacognosy. Londres : Saunders Elsiver, 2009.
5. BRADFORD, T. L. Pioneers of Homeopathy. Capítulo Rubini, Rocco. Pioneers of Homeopathy. Capítulo: Rubini. [En línea] 1897. [Citado el: 25 de septiembre de 2025.]

- <http://www.homeoint.org/seror/biograph/rubini.htm>.
6. FONTEBUONI, A. Rocco Rubini (1800-1888) e il colera. Napoli : Edizioni Scientifiche Italiane, 2015.
 7. S., YOUNG. Sue Young Histories. <https://www.sueyounghistories.com/2009-07-11-rocco-rubini-1815-1886/>. [En línea] 2009. [Citado el: 25 de septiembre de 2015.]
 8. ALLEN, T. F. The Encyclopedia of Pure Materia Medica: A Record of the Positive Effects of Drugs upon the Healthy Human Organism. New York : Boericke & Tafel, 1875. págs. 321-330. Vol. 2.
 9. HERING, C. The Guiding Symptoms of Our Materia Medica. Philadelphia : s.n., 1879. págs. 278-295. Vol. 3.
 10. LIPPE, A. Text Book of Materia Medica. [ed.] A. J. Tafel. 1. Philadelphia : s.n., 1866. págs. 116-118. Vol. 1.
 11. VITHOULKAS, G. Materia Medica Viva. Athenas : International Academy of Classical Homeopathy, 2002.
 12. CLARKE, J. H. A Dictionary of Practical Materia Medica. LONDON : Homeopathic Publishing Company, 1900. pág. 331. Vol. 1.
 13. COMITÉ DE FARMACIA DEL INSTITUTO AMERICANO DE HOMEOPATÍA. The American Homeopathic Pharmacopoeia [en línea]. Philadelphia : s.n., 1882. pág. 524. Vols. Boericke & Tafel, 1882. volumen 1.
 14. HOMEOPATHIC PHARMACOPOEIA CONVENTION OF THE UNITED STATES. Homeopathic Pharmacopoeia of the United States [en línea]. . Wayne, PA: HPCUS, 2018. [En línea] 2018. [Citado el: 2 de septiembre de 2025.] Disponible en: hpus.com.
 15. (EDQM)., EUROPEAN DIRECTORATE FOR THE QUALITY OF MEDICINES. European Pharmacopoeia. 10.^a ed. . Strasbourg : Council of Europe,, 2020.
 16. Evaluación farmacognóstica y fitoquímica de *Cactus grandiflorus* (L.). RASHMI, R. y MISHRA, D. 3, Uttar Pradesh : s.n., 2016, Indian Journal of Research in Homoeopathy, Vol. 10, págs. 167-171.
 17. *Selenicereus undatus* (dragon fruit) phytochemicals for managing three human pathogenic bacteria: an in vitro and in silico approach. YANG, Z.Y., y otros. Zhanjiang : s.n., 25 de octubre de 2024, Metabolites.
 18. BOERICKE, W. Pocket Manual of Homoeopathic Materia Medica. 9°. Philadelphia : Boericke & Runyon, 1929. págs. 141-142. Vol. 1.
 19. KENT, J. T. Materia Médica Homeopática. . 2a . México D. F. : Porrúa, 2007. págs. 235-240. Vol. Tomo I.

Anexo 1. Patogenesia de *Cactus grandiflorus* según Rocco Rubini (1864)

La siguiente transcripción corresponde a la traducción literal al español de la patogenesia de *Cactus grandiflorus* publicada por el Dr. Rocco Rubini en 1864, producto de su experimentación pura. Se conserva la estructura sintomática original, organizada en secciones según el sistema afectado.

Introducción

El *Cactus grandiflorus* es una de esas plantas extraordinarias que, por su rareza y la magnificencia de sus flores, ha llamado desde hace tiempo la atención de los botánicos y de los cultivadores de plantas exóticas. Sin embargo, hasta nuestros días nadie había intentado someterla a una experimentación pura según los principios de Hahnemann.

Estimulados por el deseo de enriquecer la Materia Médica

Homeopática con nuevos elementos y sostenidos en este propósito por la colaboración de algunos amigos devotos de la ciencia, emprendimos la tarea de experimentar esta planta.

Las pruebas se realizaron en sujetos sanos, cuidadosamente observados en sus condiciones habituales de vida y de salud, de manera que pudieran apreciarse con claridad las modificaciones que el medicamento producía en su organismo.

Lo que presentamos aquí es el resultado fiel de tales observaciones, consignadas día tras día con la mayor exactitud posible, con la esperanza de que la posteridad juzgue nuestra contribución no indigna del espíritu de la Homeopatía.

Descripción botánica

El *Cactus grandiflorus* pertenece a la familia de las Cactáceas. Es originario de las Indias Occidentales y se cultiva con frecuencia en Europa como planta ornamental, debido a sus grandes y bellísimas flores que se abren solamente durante la noche y exhalan un perfume muy agradable.

Se caracteriza por tallos angulosos, articulados, de color verde oscuro, con bordes provistos de espinas cortas y rígidas. Sus flores, solitarias, surgen de los bordes de los tallos; son de gran tamaño, con pétalos blancos internos y externos amarillentos, que en conjunto presentan un aspecto de extraordinaria magnificencia.

Preparación farmacéutica

Para obtener la tintura madre, se emplearon los tallos y las flores más jóvenes y tiernos, recolectados en el momento de la floración. La sustancia fresca fue triturada y macerada en alcohol conforme a las reglas de la Farmacopea Homeopática, obteniéndose así un preparado transparente, de color amarillento y de sabor amargo, que fue utilizado en la experimentación.

Para preparar la tintura, tal y como se utiliza en homeopatía con todas las plantas frescas, es necesario, en el mes de julio, cortar los tallos más jóvenes y tiernos, cortar las flores y, tras cortarlo todo en trozos muy pequeños, ponerlos a macerar en alcohol rectificado, de manera que haya una parte de la planta por cada diez partes de alcohol. Se deja macerar durante un mes, agitando de vez en cuando la botella, que debe estar bien cerrada, y luego se decanta la tintura y se conserva para su uso.

Actúa eficazmente en la dosis f), es decir, en la tintura madre, y actúa igualmente bien en la dosis de 6.a 30. a 400. a dinamización. Más alta que esta, yo no la he utilizado en mi práctica; pero confío en que incluso en una dinamización más alta, no dejará de ser un remedio activo y energético. El herpes costroso, que en los últimos días

de su acción (Sint. 173 a 176) ha provocado la aparición en la piel sana de un hombre, que nunca había visto sobre sí una erupción similar, me lleva a considerar que es un potentísimo medicamento antipsórico.

Su acción dura y se extiende durante 50 días o más.

Antídotos: acónito, alcanfor, quina.

Traducción literal al español – Síntomas patogenéticos

1. Pesadez y dolor opresivo en la cabeza, sobre todo en el vértice, como si un gran peso descansara sobre él.
2. Cefalea pulsátil, con sensación de latidos en las sienes.
3. Calor en la cabeza, con enrojecimiento del rostro.
4. Mareo al levantarse de la cama, con tendencia a caer hacia la izquierda.
5. Zumbido de oídos, como si resonaran campanas lejanas.
6. Dolor punzante en el oído derecho, que se extiende hacia la mandíbula.
7. Congestión ocular, con enrojecimiento de la conjuntiva y lagrimeo abundante.
8. Dolor punzante en el globo ocular izquierdo, agravado por la luz.
9. Visión nublada, como si hubiera una niebla delante de los ojos.
10. Epistaxis espontánea, con sangre roja y abundante.
11. Sensación de constricción en el puente de la nariz, como si estuviera apretado por una pinza.
12. Enrojecimiento de las mejillas, con calor ardiente.
13. Labios secos y agrietados.
14. Dolor constrictivo en la garganta, con dificultad para tragar saliva.
15. Sensación de cuerpo extraño en el esófago, que impide el paso normal de los alimentos.
16. Dolor ardiente en el estómago, como si un hierro candente lo atravesara.
17. Náuseas persistentes, con deseos inútiles de vomitar.
18. Vómitos de líquidos biliosos y amargos.
19. Sensación de constricción en el epigastrio, como si una banda de hierro lo rodeara.
20. Abdomen distendido, con dolores punzantes erráticos.
21. Cólicos violentos, que obligan a doblarse en dos.
22. Estreñimiento con heces secas y duras.
23. Hemorroides sangrantes, con ardor intenso después de la evacuación.
24. Dolor constrictivo en el recto, como si estuviera cerrado por una pinza.
25. Orina escasa, rojiza, con sedimento arenoso.
26. Dolor en la vejiga, con sensación de constricción.
27. Deseos frecuentes e infructuosos de orinar.
28. En los hombres, erecciones dolorosas, con sensación de peso en el pene.
29. En las mujeres, menstruaciones adelantadas y abundantes, con dolores constrictivos en el útero.
30. Sensación de banda de hierro alrededor del bajo vientre, que oprime y dificulta la respiración.
31. Palpitaciones violentas, perceptibles incluso a simple vista en la región precordial.
32. Dolor constrictivo en el corazón, como si una banda de hierro lo comprimiera con fuerza.
33. Sensación de que el corazón se agita dentro del pecho, luchando por liberarse de una atadura.
34. Pinchazos agudos en la región cardíaca, que se irradian al brazo izquierdo.
35. Entumecimiento doloroso del brazo izquierdo, acompañado de palpitaciones.
36. Sensación de constricción en el pecho, con imposibilidad de respirar profundamente.
37. Ataques de sofocación, con ansiedad y sudor frío en el rostro.
38. Respiración corta y difícil, como si un peso enorme oprimiera el tórax.
39. Tos seca, espasmódica, agravada de noche, con dolor agudo en el diafragma.
40. Hemoptisis: esputos de sangre roja y espumosa, acompañados de calor y opresión torácica.
41. Dolor agudo en el diafragma, que impide el movimiento libre de la respiración.
42. Sensación de constricción alrededor del tórax, que oprime de todos lados.
43. Punzadas intermitentes en los pulmones, como si fueran atravesados por agujas.
44. Pulso irregular, acelerado y débil.
45. Debilidad extrema después de los ataques de palpitaciones y sofocación.
46. Dolor punzante en la espalda, entre los omóplatos, agravado al respirar profundamente.
47. Rigidez en la nuca, con dolor constrictivo que se

irradia hacia los hombros.

48. Dolores reumáticos en las articulaciones, comenzando en las extremidades superiores.
49. Entumecimiento de las manos, especialmente de la izquierda.
50. Frialdad de las extremidades, aun en ambiente cálido.
51. Calambres dolorosos en las pantorrillas, de aparición nocturna.
52. Sensación de constricción en los músculos de los brazos y piernas, como si estuvieran fuertemente apretados.
53. Dolor agudo en el muslo derecho, que obliga a cojear.
54. Edema en los pies, con sensación de pesadez.
55. Debilidad general, con tendencia al colapso.
56. Fiebre intermitente, con escalofríos diarios a la misma hora (11 a. m. o 11 p. m.).
57. Escalofríos intensos, seguidos de calor con sed y falta de aire.
58. Sudor frío en la frente y en el rostro, durante los accesos de sofocación.
59. Tristeza profunda, con llanto fácil y presentimiento de muerte.
60. Ansiedad intensa, con miedo constante a que sobrevenga un ataque cardíaco fatal.
61. Sueños agitados, con imágenes de opresión, persecución y miedo.
62. Insomnio persistente por palpitaciones y sensación de opresión precordial.
63. Postración nerviosa, con pérdida de fuerza vital.

Propuesta de correspondencia entre enunciados de escalas psicométricas de ansiedad perinatal y rubros repertoriales homeopáticos

María Felisa Barrera Tenorio¹

Estudiante -Fundación Universitaria Luis G. Páez- (UNIPÁEZ)

Alba Martillett²

Docente -Fundación Universitaria Luis G. Páez- (UNIPÁEZ)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1481-4334>

RESUMEN

Introducción: La ansiedad perinatal es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes durante el embarazo, el parto y el puerperio. Su prevalencia global oscila entre el 21 % y el 25 %, y en América Latina alcanza hasta el 69,9 %; pese a ello, solo alrededor del 21 % de las gestantes con sintomatología ansiosa recibe tamizaje oportuno. Existen escalas psicométricas validadas para identificarla; sin embargo, sus enunciados no presentan necesariamente una equivalencia directa con la semiología y el lenguaje repertorial homeopáticos.

Objetivos: Proponer términos y rubros repertoriales potencialmente correspondientes a los enunciados de ansiedad perinatal seleccionados de escalas psicométricas validadas, previa caracterización de dichos enunciados desde la semiología homeopática.

Metodología: Estudio cualitativo, documental, descriptivo y exploratorio, orientado a construir una propuesta de correspondencia semántica entre enunciados de escalas psicométricas de ansiedad perinatal y rubros repertoriales homeopáticos. Se seleccionaron siete escalas con adecuada validez, de las cuales se extrajeron 48 enunciados; estos se caracterizaron desde la semiología homeopática y se relacionaron con rubros del repertorio *Synthesis Treasure Edition* mediante RadarOpus® 4.1.13 (Archibel, Bélgica).

Resultados: Los 48 enunciados se agruparon en 34 conjuntos sintomáticos, de los que se derivaron los síntomas correspondientes propuestos desde la semiología homeopática y 120 rubros repertoriales (114 distintos), generales y específicos para la población gestante. La matriz resultante indica, para cada conjunto, si la correspondencia es directa o interpretativa.

Conclusiones: Se desarrolló una propuesta de términos y rubros repertoriales potencialmente relacionados con los enunciados de las escalas psicométricas seleccionadas. Estas correspondencias constituyen una orientación repertorial inicial y requieren confirmación durante la toma individual del caso, mediante la modalización de los síntomas y la aplicación de los principios de individualidad y semejanza por parte del médico homeópata.

Palabras clave: ansiedad perinatal; homeopatía; repertorio homeopático; psicometría; semiología homeopática

ABSTRACT

Introduction: Perinatal anxiety is one of the most frequent mental health disorders during pregnancy, childbirth, and the puerperal period. Its global prevalence ranges between 21% and 25%, and reaches markedly higher figures in Latin America, up to 69.9%. Even so, only about 21% of pregnant women with anxiety symptoms receive timely screening or care. Validated psychometric scales exist for its identification; however, their statements do not necessarily have a direct equivalence with homeopathic semiology and repertorial language.

Objective: To propose repertorial terms and rubrics potentially corresponding to the perinatal anxiety statements selected from validated psychometric scales, after characterising those statements from the perspective of homeopathic semiology.

Methods: Qualitative, documentary, descriptive and exploratory study aimed at building a proposal of semantic correspondence between statements from perinatal anxiety psychometric scales and homeopathic repertorial terms or rubrics. The identification of the scales was based on a non-systematic literature search. Seven psychometric scales with adequate validity were selected, from which 48 statements were extracted; these were characterised according to homeopathic semiology and related to rubrics from the Synthesis Treasure Edition repertory using RadarOpus® 4.1.13 (Archibel, Belgium).

Results: The 48 statements were grouped into 34 symptom clusters, from which the proposed corresponding symptoms of homeopathic semiology and 120 repertorial rubrics (114 distinct) were derived, both general and specific to pregnant populations. The resulting matrix states, for each cluster, whether the correspondence is direct or interpretative.

Conclusions: A proposal of repertorial terms and rubrics potentially related to the statements of the selected psychometric scales was developed. These correspondences constitute an initial repertorial orientation and require confirmation during individual case taking, through symptom modalisation and the application of the principles of individuality and similarity by the homeopathic physician.

Keywords: perinatal anxiety; homeopathy; homeopathic repertory; psychometrics; homeopathic semiology.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad perinatal es una condición clínica

caracterizada por síntomas que pueden presentarse desde el inicio del embarazo, durante el parto y en el período puerperal, con una extensión que puede alcanzar los 12 meses tras el alumbramiento (1). Su prevalencia global oscila entre el 21 % y el 25 %, con cifras notablemente superiores en América Latina: Colombia registra un 25,8 %; México, un 41 %; Cuba, un 67 %, y Perú, hasta un 69,9 % (2). Esta condición se asocia con consecuencias adversas para la salud de la mujer y del hijo a lo largo de todo el período perinatal —embarazo, parto y posparto—, entre ellas, la afectación de la calidad de vida de la gestante, un mayor riesgo de complicaciones obstétricas —como el parto prematuro y el bajo peso al nacer—, dificultades en el vínculo materno-infantil y en la adaptación al puerperio (1).

A pesar de su alta prevalencia e impacto, se estima que solo el 21 % de las gestantes con sintomatología ansiosa recibe tamizaje o atención oportuna durante el control prenatal (3). Esta brecha persiste incluso considerando la disponibilidad de escalas psicométricas validadas que permiten identificar y caracterizar la sintomatología de manera estandarizada, como la Escala de Tamizaje de Ansiedad Perinatal (PASS), la Escala de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS-A) y otras con validez confirmada para población gestante (4).

El tratamiento convencional incluye psicoterapia y en algunos casos, medicamentos ansiolíticos (5). La decisión de emplearlos durante la gestación exige una valoración individual del balance riesgo-beneficio, dado que el perfil de seguridad de los psicofármacos no es homogéneo entre las distintas moléculas ni entre los diferentes momentos del embarazo y la lactancia (6). En este contexto, la homeopatía ha sido descrita como una opción terapéutica de interés en el ámbito de la maternidad; no obstante, la evidencia disponible sobre su seguridad y su eficacia en población gestante es todavía limitada y procede en buena medida de estudios observacionales, por lo que se requieren ensayos controlados de mayor tamaño (7).

Desde la perspectiva homeopática, el proceso diagnóstico se fundamenta en la individualización del paciente mediante la identificación y jerarquización de la totalidad sintomática. La toma del caso constituye el procedimiento clínico mediante el cual se obtienen y analizan los síntomas mentales, generales y particulares, permitiendo seleccionar el medicamento más semejante de acuerdo con los principios establecidos por Samuel Hahnemann en el Organon de la Medicina (8). En este contexto, la semiología homeopática interpreta cada manifestación clínica según su significado individual y su valor dentro de la totalidad sintomática. Cuando el análisis del caso se apoya en la repertorización, una de las herramientas disponibles dentro del proceso de selección del

medicamento, esa información sintomática debe expresarse en términos compatibles con el lenguaje del repertorio.

No obstante, en la literatura consultada no se identificaron trabajos que propongan de manera sistematizada la correspondencia entre los enunciados de las escalas psicométricas validadas para ansiedad perinatal y los términos o rubros del repertorio homeopático. Esta ausencia de una propuesta sistematizada de correspondencia repertorial resulta relevante, puesto que, cuando la prescripción se apoya en la repertorización, se requiere expresar los síntomas en la terminología específica del repertorio; su falta dificulta la incorporación de herramientas contemporáneas de evaluación clínica al proceso de individualización característico de la práctica homeopática. Cabe precisar que la búsqueda realizada fue de carácter no sistemático, por lo que no permite afirmar de manera exhaustiva la inexistencia de trabajos previos.

OBJETIVO

En consecuencia, el presente estudio tuvo como objetivo proponer términos y rubros del repertorio homeopático potencialmente correspondientes a los enunciados de ansiedad perinatal seleccionados de escalas psicométricas validadas, previa caracterización de dichos enunciados desde la semiología homeopática, mediante un proceso de análisis documental y de correspondencia semántica, con el fin de ofrecer una orientación repertorial inicial aplicable a la exploración del caso en esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo cualitativo, documental, descriptivo y exploratorio, orientado a la construcción de una propuesta de correspondencia semántica entre enunciados de escalas psicométricas de ansiedad perinatal y términos o rubros repertoriales homeopáticos. No corresponde a una revisión sistemática ni tiene como producto una revisión de literatura: la búsqueda bibliográfica, de carácter no sistemático, se empleó únicamente para identificar las escalas psicométricas y las fuentes de semiología y materia médica utilizadas como marco de referencia. La investigación se desarrolló en cuatro fases sucesivas, cuyos criterios se detallan a continuación.

En la primera fase, se seleccionaron las escalas psicométricas a incluir. La selección se basó en la revisión sistemática publicada por Sinesi et al. (4), que evaluó el contenido, la validez y la confiabilidad de los instrumentos disponibles para el tamizaje de la ansiedad durante el embarazo. Se aplicaron como criterios de inclusión: (i) que el instrumento evaluara ansiedad de manera específica en el período perinatal o de manera general en mujeres gestantes; (ii) que contara con propiedades psicométricas

reportadas en dicha población, en particular validez de constructo o convergente y consistencia interna; y (iii) que dispusiera de una versión en español de uso reconocido. Se excluyeron los instrumentos sin evaluación psicométrica en población gestante y aquellos cuya estructura factorial no permitiera identificar un componente de ansiedad diferenciado.

En la segunda fase se seleccionaron los enunciados o ítems de cada escala con mejores indicadores psicométricos en población gestante, conforme a lo reportado por Sinesi et al. (4). Se adoptó como umbral el punto de corte predefinido en esa revisión: una carga factorial igual o superior a 0,63 sobre el factor de ansiedad. Con ese criterio, de la EPDS se tomaron los ítems 3, 4 y 5, únicos de los diez que lo superan, con cargas entre 0,68 y 0,73; de la GAD-7 se tomaron los ítems 2 y 3, que presentan los parámetros de discriminación más altos de la escala (2,04 y 2,05); y de la HADS-A se tomaron los ítems 3 y 13, que superan el umbral en los dos estudios revisados, junto con el ítem 9 ("sensación de mariposas en el estómago"), que lo alcanza en uno de ellos y que se incluyó por decisión de las autoras dada la relevancia clínica de su expresión somática para la semiología homeopática. Para la CWS, la W-DEQ A y la PRAQ-R/PRAQ-R2 la revisión no reporta cargas ítem por ítem comparables; en estos casos el criterio aplicado fue la correspondencia de los enunciados con los dominios que la propia revisión identifica como psicométricamente más robustos para el tamizaje de la ansiedad prenatal: preocupación elevada, síntomas de pánico, miedo al parto y preocupación excesiva por la salud del bebé. La escala PASS fue incluida en su totalidad, dado que fue diseñada específicamente para el tamizaje de ansiedad perinatal (9) y ha demostrado alta sensibilidad y especificidad en este contexto (10). En total se incluyeron 48 enunciados: los 31 ítems de la PASS y 17 enunciados de las seis escalas restantes.

En la tercera fase, cada enunciado fue analizado conforme a los principios de la semiología homeopática para asignarle uno o varios síntomas correspondientes. Se distinguieron dos situaciones: (i) correspondencias semánticas directas, en las que el enunciado coincide con un síntoma descrito en las fuentes de semiología homeopática consultadas (13,14), y (ii) correspondencias interpretativas, en las que, al no existir un síntoma directamente equiparable, se recurrió a la materia médica homeopática y a fuentes complementarias (15-18) para identificar una expresión sintomática análoga, tomando como referencia los síntomas de los medicamentos con mayor validez clínica documentada para esa expresión. Esta clasificación se aplicó por separado en las dos etapas del procedimiento: la que va del enunciado de la escala al síntoma semiológico (etapa enunciado-síntoma) y la que va de ese síntoma a los rubros del repertorio (etapa síntoma-rubro), descrita en la fase siguiente; el resultado de ambas se consigna para cada conjunto en la Tabla 4. Los enunciados que evaluaban el mismo

constructo clínico fueron unificados bajo un único síntoma; la aplicación de este criterio permitió agrupar los 48 enunciados en 34 conjuntos sintomáticos. La caracterización fue realizada por la primera autora y revisada de manera independiente por la segunda autora; las discrepancias se resolvieron por consenso.

Finalmente, para cada síntoma definido se realizó la búsqueda de rubros y subrubros correspondientes mediante el software RadarOpus® versión 4.1.13 (Archibel, Bélgica) (12) sobre el repertorio Synthesis Treasure Edition (11). Se seleccionaron los rubros cuyo enunciado repertorial expresaba el síntoma definido o una modalidad aplicable al período perinatal, incluyendo tanto rubros generales como subrubros específicos de embarazo, parto y posparto. Cuando un mismo síntoma admitía más de una lectura clínica, el rubro se acompañó de la anotación “(modalizar)”, que indica la necesidad de precisión adicional durante la toma del caso. Los términos así identificados se consideran rubros repertoriales candidatos y no equivalencias establecidas. Los resultados se organizaron en una tabla indicando el capítulo (en mayúscula y negrita), el rubro (en mayúscula sin negrita) y los subrubros subsecuentes (en minúscula sin negrita); por ejemplo: MENTE-ANSIEDAD-embarazo-en el.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio es de carácter documental y no contempló intervención alguna sobre seres humanos ni el uso de datos personales o de historias clínicas de pacientes. En consecuencia, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, se clasifica como investigación sin riesgo y no requirió aval de un comité de ética en investigación. Los enunciados de las escalas psicométricas se citan con fines exclusivamente académicos e ilustrativos del procedimiento de correspondencia, indicando en todos los casos la fuente original. En el caso de la PASS, cuyos 31 ítems fueron analizados en su totalidad, los enunciados se reproducen en versión abreviada en español dentro de las Tablas 3 y 4; no se reproducen, en cambio, el formato de aplicación, las opciones de respuesta, el sistema de calificación ni los puntos de corte, de modo que el material publicado no constituye una versión utilizable del instrumento. De las seis escalas restantes se citan únicamente los enunciados seleccionados. No se realizó adaptación, traducción oficial ni validación de instrumento alguno. Los derechos sobre la PASS pertenecen al Estado de Australia Occidental (© Department of Health, State of Western Australia, 2013) y son administrados por el Department of Psychological Medicine, Women and Newborn Health Service (WA Department of Health). La nota de derechos que acompaña al instrumento establece: “Apart from any fair dealing for personal, academic, research or non-commercial use, no part may be reproduced without written permission of the Department of Psychological Medicine, Women and Newborn Health Service, WA Department of Health”, y solicita: “Please

acknowledge the authors and the WA Department of Health when reproducing or quoting material from this source”. El uso que se hace en este trabajo es estrictamente académico, investigativo y sin fines comerciales, por lo que se acoge a la excepción prevista en esa nota; en cumplimiento de lo solicitado, se reconocen la autoría de Somerville et al. (9) y la titularidad del WA Department of Health sobre el instrumento. La consulta del repertorio Synthesis Treasure Edition se efectuó a través del software RadarOpus® 4.1.13 con licencia institucional vigente. Las autoras declaran respetar los derechos de propiedad intelectual de los instrumentos, repertorios y fuentes bibliográficas empleados.

RESULTADOS

La revisión de la literatura científica permitió identificar y seleccionar siete escalas psicométricas con adecuada validez y confiabilidad para la evaluación de la ansiedad perinatal, cuyas características se presentan en la Tabla 1.

Nombre original	Nombre en español	Abreviatura	Aplicación
Edinburgh Postnatal Depression Scale	Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo	EPDS	Evalúa depresión posparto. Presenta un componente independiente de ansiedad identificado por análisis factorial, válido para población gestante (tres de diez ítems).
Hospital Anxiety and Depression Scale	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria – subescala de ansiedad	HADS-A	Diseñada para pacientes ambulatorios; la subescala de ansiedad (HADS-A) evalúa miedo y preocupación. Validez convergente confirmada para ansiedad perinatal en cuatro de sus enunciados.
Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale	Escala de Ansiedad Generalizada de 7 ítems	GAD-7	Escala de tamizaje para ansiedad generalizada con sensibilidad, especificidad y consistencia interna altas; estructura unidimensional confirmada por análisis factorial para población perinatal.
Cambridge Worry Scale	Escala de Preocupaciones de Cambridge	CWS	Evalúa preocupaciones propias del embarazo centradas en factores sociomédicos y de salud materno-fetal. Validez para ansiedad perinatal respaldada por análisis factorial y correlaciones con instrumentos estándar.
Wijma Delivery Expectancy Questionnaire – Version A	Cuestionario de Expectativas del Parto de Wijma – Versión A	W-DEQ A	Evalúa el miedo al parto en población perinatal. Alta consistencia interna y validez de constructo confirmada; los ítems sobre miedo al trabajo de parto y sentimientos negativos hacia el parto muestran el mayor respaldo psicométrico.
Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised (versión 1 y 2)	Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo – Versión revisada	PRAQ-R / PRAQ-R2	Evalúa ansiedad específica del embarazo. Validez psicométrica confirmada con tres dominios principales: miedo al parto, temor a discapacidad fetal y preocupación por la apariencia física.
Perinatal Anxiety Screening Scale	Escala de Tamizaje de Ansiedad Perinatal	PASS	Diseñada específicamente para identificar y caracterizar síntomas de ansiedad perinatal. Estructura factorial de cuatro factores, alta consistencia interna, buena fiabilidad test-retest y validez convergente demostrada.

Tabla 1. Escalas psicométricas seleccionadas para el estudio.

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión sistemática de Sinesi et al. (4) y de las fuentes originales de cada instrumento.

De estas escalas se seleccionaron los enunciados con mayor evidencia estadística para su aplicación en población gestante, los cuales se detallan en la Tabla 2, la

escala PASS no aparece en esta tabla porque se incorporó en su totalidad (31 ítems), al haber sido diseñada específicamente para el tamizaje de la ansiedad perinatal.

Escala	Enunciados o preguntas seleccionados
EPDS	"Cuando las cosas salen mal me he culpado a mí misma innecesariamente." "He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo." "He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo."
HADS-A	"Me asaltan sentimientos repentinos de miedo." "Siento una especie de temor como si algo malo fuera a pasar." "Tengo una sensación extraña, como de 'mariposas' en el estómago."
GAD-7	"En los últimos 15 días ha presentado preocupación excesiva por diferentes cosas o situaciones." "En los últimos 15 días no ha podido dejar de preocuparse."
CWS	"Preocupación por dar a luz / parto." "Preocupación por la posibilidad de aborto espontáneo o pérdida gestacional." "Preocupación por la posibilidad de que algo esté mal con la salud del bebé."
W-DEQ A	"Miedo al trabajo de parto y al parto." "Sentimientos negativos hacia el parto." "Miedo por la salud del bebé."
PRAQ-R / PRAQ-R2	"Miedo al parto." "Preocupación por la salud y bienestar del bebé." "Preocupación por la apariencia física."

Tabla 2. Enunciados seleccionados de las escalas psicométricas con mejores indicadores psicométricos para el análisis repertorial.

Fuente: elaboración propia a partir de los enunciados originales de las escalas citadas (4,10), reproducidos de forma parcial con fines académicos.

Caracterización sintomatológica de la ansiedad perinatal.

A partir del análisis de los enunciados seleccionados, se identificaron los síntomas correspondientes según la semiología homeopática. La Tabla 3 presenta, para cada enunciado, su definición semiológica y el o los síntomas correspondientes propuestos.

N°	Escala	Enunciado	Definición (semiología homeopática)	Síntoma(s)
1	EPDS	"Cuando las cosas salen mal me he culpado a mí misma innecesariamente"	Ansiedad de conciencia: sentimiento de culpabilidad que surge sin que el sujeto sea responsable del hecho desgraciado (13). Remordimiento: cargo de conciencia y pesar interno ante el reconocimiento de una acción propia considerada incorrecta (13). Nota: el remordimiento aplica cuando existe un evento del que se es efectivamente responsable.	Ansiedad de conciencia Remordimiento
2	EPDS	"He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo"	Agitación, desasosiego e intranquilidad que puede acompañarse o no de inquietud motora (13).	Inquietud ansiosa Nerviosismo Movedizo Ansiedad, inquietud con Ansiedad, embarazo durante
3	HADS-A	"Tengo una sensación extraña, como de 'mariposas' en el estómago"	Equiparable con la ansiedad en el estómago: miedo o aprensión gástrica sin causa aparente o desencadenada por un estímulo externo (14). En la materia médica de Calcarea carbonica (15) se describe como "sacudidas frecuentes en la boca del estómago"; en Nux vomica, como "sensación de aleteo y hundimiento en el epigastrio".	Ansiedad en el estómago Temblor (aleteo) en el estómago

Nº	Escala	Enunciado	Definición (semiología homeopática)	Síntoma(s)
4	W-DEQ A	"¿Cómo cree que se sentirá durante el parto?" (opciones: sola, asustada, desatendida, débil, desolada, tensa, abandonada)	Abandono: sensación real o percibida de que los seres cercanos no atienden las necesidades del paciente (13). Desvalimiento: incapacidad de subsistir sin apoyo externo, con sensación de desamparo (13).	Sentimiento de abandono Desvalimiento. Angustia Desalentado, con ansiedad
5	PASS	"Sentirse agitada"	Mayor actividad de la mente, animación de las pasiones y agitación del espíritu; aceleración del ánimo provocada por un estímulo (13).	Excitación, Excitación anticipando acontecimientos Excitación emocional
6	PASS	"Sentirse abrumada"	Pérdida de la esperanza en estados de aflicción; impaciencia por mejorar la situación con convicción de que todo saldrá mal; mezcla de ansiedad, aflicción e impotencia (13). Puede equipararse con angustia: sentimiento de aflicción y dolor moral profundo.	Desesperación, Angustia
7	PASS	"Pensamientos acelerados que dificultan la concentración"	Gran rapidez y agudeza del pensamiento; flujo intenso y vívido de ideas (15). Ideas que se suceden tan rápido que no pueden registrarse (16). Concentración difícil: dispersión y salto entre temas sin poder retornar al hilo original; incoherencia de ideas (13).	Pensamientos rápidos con concentración difícil Confusión mental
8	PASS	"Pensamientos repetitivos difíciles de controlar"	Cavilación: la misma idea aflora repetidamente con duda, temor e inseguridad. Afluencia de pensamientos que el sujeto no logra controlar (13).	Pensamientos persistentes. Afluencia descontrolada de pensamientos. Cavila / medita
9	PASS	"La ansiedad le impide hacer cosas"	No emprende nada por temor anticipado al fracaso (15,17). Falta de aliento para iniciar o concluir tareas; irresolución: demora en tomar determinaciones por inseguridad (13).	Desaliento con ansiedad Irresolución
10	PASS	"Sentirse desconectada, como si se estuviera viendo en una película"	Despersonalización: pérdida del reconocimiento de la propia personalidad o de la propiedad de las partes del cuerpo (14). El sujeto no presta atención a quienes lo rodean, pareciendo inconsciente de su presencia (15).	Despersonalización. Pensamientos desconectados. Ilusión de estar fuera del cuerpo y observarse
11	PASS	"Dificultad para adaptarse a cambios recientes"	Pérdida de la adaptabilidad: incapacidad para ajustarse a cambios en el entorno; desconexión de la realidad con pérdida del autocontrol (13).	Pérdida de la adaptabilidad
12	PASS	"Sobresaltarse o asustarse fácilmente"	Sobresalto: movimiento o temblor súbito desencadenado por una emoción o estímulo repentino (13).	Sobresaltos ansiosos, sobresaltos fácilmente

N°	Escala	Enunciado	Definición (semiología homeopática)	Síntoma(s)
13	PASS	"Perder la noción del tiempo y no recordar lo ocurrido"	Torpeza intelectual e incoherencia de ideas aplicada a la percepción del tiempo; incapacidad de coordinar el recuerdo de eventos recientes (13).	Confusión mental respecto al tiempo.
14	PASS	"Evitar actividades sociales por temor a ponerse nerviosa"	Aversión a la compañía; preferencia por el aislamiento. Taciturnidad: refugio en la tristeza interior con evitación de la comunicación (13).	Aversión a la compañía Falta de sociabilidad Taciturnidad.
15	PASS	"Querer que las cosas sean perfectas / Necesidad de control / Hacerlas en determinado orden"	Concienzudo por bagatelas: meticulosidad extrema que cuida cada detalle y exige orden y pulcritud (13). Persona crítica: predispuesta a encontrar defectos en los demás o en las situaciones.	Concienzudo por bagatelas. Autoexigente, exigente con los demás
16	PASS	"Dificultad para dejar de comprobar o repetir acciones"	Revisión repetida motivada por inseguridad; conducta compulsiva de verificación (17).	Revisa dos o más veces Neurosis compulsiva Duda
17	PASS	"Estar en guardia o necesitar estar pendiente de todo"	Actitud de vigilia continua; estado de alerta preventivo en espera de que algo suceda (13).	Alerta, Vigilante
18	PASS	"Dificultad para dormir incluso cuando existe la oportunidad"	Dificultad para conciliar o mantener el sueño sin causa fisiológica que lo justifique.	Insomnio Ansiedad durante el embarazo con insomnio
19	EPDS	"He sentido miedo o he estado asustadiza sin motivo"	Miedo ante una situación determinada; interpretación distorsionada de una imagen real (13).	Temor / Miedo Ilusión. Asustadizo
20	HADS-A / PASS	"Me asaltan sentimientos repentinos de miedo" / "Oleadas repentinas de miedo extremo o malestar"	Sensación de espanto momentáneo y súbito ante una nimiedad; impresión repentina de miedo sin detonante proporcional (13).	Asustadizo, Temor sin causa
21	HADS-A / PASS	"Siento un temor como si algo malo fuera a pasar" / "Sensación de que algo malo va a suceder"	Perturbación anímica; tensión y presagio de un acontecimiento adverso inminente (13). Preocupación por los peligros del futuro en todas las áreas de la vida (14).	Ansiedad por el futuro Miedo de que algo desagradable sucederá Horribles cosas sucederán Impresionable
22	PASS	"Sentirse en pánico"	Miedo súbito de alta intensidad; equiparable con el miedo súbito de la materia médica (13).	Miedo súbito. Pánico
23	PASS	"Miedo a perder el control"	Pérdida del autocontrol: incapacidad para ejercer dominio sobre las propias reacciones (17).	Miedo a perder el autocontrol

N°	Escala	Enunciado	Definición (semiología homeopática)	Síntoma(s)
24	PASS	"Sentirse incómoda en lugares concurridos"	Temor experimentado en ambientes muy concurridos o de aglomeración (14).	Miedo en una multitud. Miedo en un lugar con mucha gente
25	PASS	"Miedo a que los demás la juzguen negativamente" / "Preocupación por quedar en ridículo"	Sensibilidad extrema a las influencias sociales; temor a ser desairada o evaluada negativamente (18).	Miedo a ser juzgada Miedo a la crítica
26	PASS	"Miedos muy intensos a agujas, sangre, parto, dolor, entre otros"	Temor intenso hacia el parto y el dolor del parto; impresionabilidad ante la sangre (13).	Miedo al parto. Miedo al dolor del parto. Miedo a las agujas. Impresionabilidad ante la sangre
27	GAD-7 / PASS	"Preocupación excesiva por diferentes cosas" / "No poder dejar de preocuparse"	Vigilancia excesiva y cautelosa; todos los problemas se perciben amplificados y se acumulan en la mente de manera desproporcionada (13).	Lleno de preocupaciones Preocupación persistente
28	CWS / W-DEQ A / PRAQ-R	"Preocupación por dar a luz / miedo al parto"	Miedo a que el parto concluya en accidente mortal; temor a la muerte asociada al proceso del parto (16).	Miedo a la muerte a causa del parto
29	CWS	"Preocupación por la posibilidad de pérdida gestacional"	Aprensión ante la posibilidad de que el bebé muera en el útero; antesala del miedo a la pérdida del embarazo (17).	Miedo al aborto involuntario
30	CWS / W-DEQ A / PASS	"Posibilidad de que algo esté mal con el bebé" / "Preocupación por su salud y bienestar"	Ansiedad por la salud de un ser querido (en este caso, el bebé por nacer); preocupación por su integridad y desarrollo (14).	Ansiedad / preocupación por la salud del bebé
31	PRAQ-R / PRAQ-R2	"Preocupación por la apariencia física durante el embarazo"	Disgusto hacia la propia imagen corporal durante la gestación; sentimiento de desagrado e inconformidad con los cambios físicos del embarazo (13).	Disgusto hacia el propio cuerpo o Descontento consigo mismo
32	PASS	"Preocuparse por el futuro"	Vigilancia anticipatoria excesiva; atención prematura y desproporcionada hacia posibles eventos futuros adversos (13).	Preocupación anticipatoria Ansiedad sobre el futuro
33	PASS	"Evitar las cosas que generan preocupación"	Indiferencia como mecanismo de evitación: estado de ánimo en que no se siente ni interés ni rechazo, utilizado para eludir aquello que genera malestar (13).	Indiferencia a las preocupaciones
34	PASS	"Preocupación por el bebé / el embarazo"	Ansiedad ligada al estado de embarazo: inquietud anímica y perturbación asociadas a la condición gestacional (13). Requiere modalización individual.	Ansiedad en el embarazo

Traducción al lenguaje repertorial

A partir de los síntomas definidos, se identificaron los posibles rubros repertoriales con la herramienta RadarOpus® 4.1.13 (Tabla 4). En conjunto, los 48 enunciados se agruparon en 34 conjuntos sintomáticos, de los que se derivaron 120 rubros repertoriales; 114 de ellos son distintos, ya que 6 rubros se repiten en más de un conjunto.

Los rubros se presentan como términos repertoriales candidatos, es decir, como posibles correspondencias que requieren confirmación durante la toma individual del caso. La Tabla 4 indica, para cada conjunto, el tipo de correspondencia en cada una de las dos etapas del procedimiento. En la etapa enunciado-síntoma, 19 de los 34 conjuntos corresponden a relaciones semánticas directas y 15 requirieron interpretación clínica adicional (conjuntos 3, 4, 6, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 28, 29 y 33). En la etapa síntoma-rubro, 21 conjuntos presentan correspondencia directa y 13 incorporan rubros de carácter interpretativo, que amplían o contextualizan el síntoma (conjuntos 2, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 19, 22, 23, 25, 26 y 31). En total, 12 conjuntos son directos en ambas etapas y 22 incorporan interpretación en al menos una de ellas, por lo que sus rubros deben considerarse con mayor cautela.

N°	Escala	Enunciado	Síntoma(s) correspondiente(s) propuesto(s)	Rubros repertoriales	Tipo de correspondencia
1	EPDS	"Cuando las cosas salen mal me he culpado a mí misma innecesariamente"	Ansiedad de conciencia Remordimiento	MENTE-ANSIEDAD-embarazo-en el MENTE-ANSIEDAD-conciencia-ansiedad de MENTE-REMORDIMIENTO	D / D
2	EPDS	"He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo"	Inquietud ansiosa Nerviosismo Movedizo Ansiedad con inquietud Ansiedad durante embarazo	MENTE-INQUIETUD-embarazo-durante el MENTE-INQUIETUD-embarazo-durante el-último mes MENTE-INQUIETUD-parto-durante el MENTE-ANSIEDAD-domésticos; por asuntos-embarazo durante el	D / I
3	HADS-A	"Tengo una sensación extraña, como de 'mariposas' en el estómago"	Ansiedad en el estómago Temblor (aleteo) en el estómago	ESTÓMAGO-EMBARAZO AGRAVA-durante el ESTÓMAGO-SACUDIDA-epigastrio ESTÓMAGO-SACUDIDA-boca del estómago ESTÓMAGO-ANSIEDAD MENTE-ANSIEDAD-estómago; sentida en él	I / D
4	W-DEQ A	"¿Cómo cree que se sentirá durante el parto?" (opciones: sola, asustada, desatendida, débil, desolada, tensa, abandonada)	Sentimiento de abandono Desvalimiento. Angustia Desaliento con ansiedad	MENTE-ANGUSTIA-parto-durante el MENTE-ANGUSTIA-parto-después del MENTE-ANSIEDAD-parto-durante el MENTE-ABANDONO-sentimiento de (modalizar) MENTE-IMPOTENCIA-sentimiento de, embarazo indeseado por un	I / I
5	PASS	"Sentirse agitada"	Excitación, Excitación anticipando acontecimientos Excitación emocional	MENTE-EXCITACIÓN-embarazo-durante el MENTE-TRASTORNOS POR-excitación-emocional	D / D
6	PASS	"Sentirse abrumada"	Desesperación Angustia	MENTE-DESESPERACIÓN-embarazo-durante el MENTE-ANSIEDAD-desesperación con MENTE-DESESPERACIÓN-parto-durante el MENTE-ANGUSTIA-lactancia después de	I / I

Nº	Escala	Enunciado	Sintoma(s) correspondiente(s) propuesto(s)	Rubros repertoriales	Tipo de correspondencia
7	PASS	<i>"Pensamientos acelerados que dificultan la concentración"</i>	Pensamientos rápidos con concentración difícil Confusión mental	MENTE-PENSAMIENTOS -extraños-embarazo-durante el MENTE-CONFUSIÓN MENTAL -embarazo-durante el MENTE-PENSAMIENTOS -afluencia de (modalizar) MENTE-PENSAMIENTOS -rápidos	I / D
8	PASS	<i>"Pensamientos repetitivos difíciles de controlar"</i>	Pensamientos persistentes. Afluencia descontrolada de pensamientos. Medita	MENTE-PENSAMIENTOS -persistentes (modalizar) MENTE-PENSAMIENTOS -afluencia de (modalizar) MENTE-CAVILA	D / D
9	PASS	<i>"La ansiedad le impide hacer cosas"</i>	Desaliento con ansiedad Irresolución	MENTE-SÍNTOMAS MENTALES -embarazo-durante el MENTE-FALTA DE CONFIANZA EN SÍ MISMO -fracasado, se siente MENTE-MIEDO -emprender a-cualquier cosa MENTE-DESALENTADO -ansiedad con MENTE-IRRESOLUCIÓN MENTE-IRRESOLUCIÓN -embarazo en cuanto a un	I / I
10	PASS	<i>"Sentirse desconectada, como si se estuviera viendo en una película"</i>	Despersonalización Pensamientos desconectados. Ilusión de estar fuera del cuerpo y observarse	MENTE-DESPERSONALIZACIÓN MENTE-PENSAMIENTOS -desconectados MENTE-ILUSIONES -pensamientos-fuera del cuerpo	I / I
11	PASS	<i>"Dificultad para adaptarse a cambios recientes"</i>	Pérdida de la adaptabilidad	MENTE-ADAPTABILIDAD -pérdida de la GENERALES-RESISTENCIA -aumentada MENTE-CAMBIO -aversión al	D / I
12	PASS	<i>"Sobresaltarse o asustarse fácilmente"</i>	Sobresaltos ansiosos, sobresaltos fácilmente	MENTE-MIEDO -sobresalto con	D / D
13	PASS	<i>"Perder la noción del tiempo y no recordar lo ocurrido"</i>	Confusión mental respecto al tiempo.	MENTE-CONFUSIÓN MENTAL -tiempo-con el MENTE-CONFUSIÓN MENTAL -embarazo-durante el MENTE-MEMORIA -confusa MENTE-ERRORES , cometer, tiempo de, concepto del tiempo, ha perdido MENTE-TIEMPO rápido, parece más corto MENTE-TIEMPO lentamente, parece más largo, pasa demasiado MENTE-TIEMPO sensible, tiempo paso del	D / I
14	PASS	<i>"Evitar actividades sociales por temor a ponerse nerviosa"</i>	Aversión a la compañía Falta de sociabilidad Taciturnidad.	MENTE-AVERSIÓN -amigos, a los-embarazo, durante el MENTE-AVERSIÓN -personas-todas las-embarazo, durante el MENTE-COMPAÑÍA -aversión a la-	I / D

N°	Escala	Enunciado	Sintoma(s) correspondiente(s) propuesto(s)	Rubros repertoriales	Tipo de correspondencia
15	PASS	"Querer que las cosas sean perfectas / Necesidad de control / Hacerlas en determinado orden"	Concienzudo por bagatelas. Autoexigente, exigente con los demás	MENTE-CONCIENZUDO por bagatelas (modalizar) MENTE-CONTROLAR MENTE-CONTROLAR-todo MENTE-ORDEN -deseo de MENTE-CRÍTICO MENTE-CRÍTICO -todo desea criticarlo	I / D
16	PASS	"Dificultad para dejar de comprobar o repetir acciones"	Revisa dos o más veces Neurosis compulsiva Duda	MENTE-REVISA -dos o más veces, debe revisar MENTE-DUDA	I / D
17	PASS	"Estar en guardia o necesitar estar pendiente de todo"	Alerta, Vigilante	MENTE-ALERTA	D / D
18	PASS	"Dificultad para dormir incluso cuando existe la oportunidad"	Insomnio Ansiedad durante el embarazo con insomnio	MENTE-ANSIEDAD -dormir-pérdida del sueño, por SUEÑOS-DORMIR -dormirse difícil (modalizar) SUEÑOS-DORMIR -insomnio-embarazo agrava, durante el SUEÑOS-DORMIR -insomnio-parto, después de SUEÑOS-DORMIR -insomnio-parto, antes del	D / D
19	EPDS	"He sentido miedo o he estado asustadiza sin motivo"	Temor / Miedo Asustadizo	MENTE-MIEDO -parto-después del MENTE-MIEDO -parto-durante el MENTE-ASUSTADIZO (modalizar)	D / I
20	HADS-A / PASS	"Me asaltan sentimientos repentinos de miedo" / "Oleadas repentinas de miedo extremo o malestar"	Asustadiza Temor sin causa	MENTE-ASUSTADIZO (modalizar) MENTE-ASUSTADIZO -embarazo tardío, durante MENTE-MIEDO causa sin	D / D
21	HADS-A / PASS	"Siento un temor como si algo malo fuera a pasar" / "Sensación de que algo malo va a suceder"	Ansiedad por el futuro Miedo de que algo desagradable sucederá Horribles cosas sucederán	MENTE-ANSIEDAD -embarazo, en el MENTE-ANSIEDAD -parto-durante el MENTE-MIEDO -sucederá, algo de que-terrible fuera a suceder, como si algo MENTE-MIEDO , desastre de un MENTE-MIEDO sucederá algo, de que horrible/terrible	D / D
22	PASS	"Sentirse en pánico"	Miedo súbito. Pánico	MENTE-MIEDO -súbito (modalizar) MENTE-EMBARAZO , durante el	D / I
23	PASS	"Miedo a perder el control"	Miedo a perder el autocontrol	MENTE-MIEDO -control de perder el MENTE-ILUSIONES -loco-volverá loco, se-parto durante el	I / I
24	PASS	"Sentirse incómoda en lugares concurridos"	Miedo en una multitud. Miedo en un lugar con mucha gente	MENTE-MIEDO -multitud, en una MENTE-MIEDO -multitud, en una-público abarrotado MENTE-MIEDO -multitud, en una-calle concurrida	I / D

N°	Escala	Enunciado	Sintoma(s) correspondiente(s) propuesto(s)	Rubros repertoriales	Tipo de correspondencia
25	PASS	<i>"Miedo a que los demás la juzguen negativamente" / "Preocupación por quedar en ridículo"</i>	Miedo a ser juzgada Miedo a la crítica	MENTE-SENSIBLE -embarazo, durante el MENTE-MIEDO -juzgado, ser MENTE-SENSIBLE -críticas, a las MENTE-SENSIBLE opinión de los demás MENTE-ANSIA -buena opinión de los demás MENTE-LAMENTARSE aprecian, porque no lo	I / I
26	PASS	<i>"Miedos muy intensos a agujas, sangre, parto, dolor, entre otros"</i>	Miedo al parto. Miedo al dolor del parto. Miedo a las agujas. Impresionabilidad ante la sangre	MENTE-MIEDO -parto-durante el GENITAL FEMENINO-PARTO -durante el, trastornos-temor o susto por MENTE-MIEDO -muerte, de la-parto después del MENTE-MIEDO -muerte, de la-embarazo durante el MENTE-MIEDO -sangre-temor, MENTE-MIEDO -alfileres de MENTE-SENSIBLE -externa a todas las impresiones-parto, durante el MENTE-SENSIBLE embarazo durante	D / I
27	GAD-7 / PASS	<i>"Preocupación excesiva por diferentes cosas" / "No poder dejar de preocuparse"</i>	Lleno de preocupaciones Preocupación persistente	MENTE-PREOCUPACIONES -lleno de (modalizar)	D / D
28	CWS / W-DEQ A / PRAQ-R	<i>"Preocupación por dar a luz / miedo al parto"</i>	Miedo a la muerte a causa del parto	MENTE-MIEDO -muerte, de la-parto durante el MENTE-MIEDO -parto del MENTE-MIEDO -parto del-aproxima, de que se MENTE-MIEDO -parto durante el	I / D
29	CWS	<i>"Preocupación por la posibilidad de pérdida gestacional"</i>	Miedo al aborto involuntario	MENTE-MIEDO -bebé-morirá en el útero MENTE-ANSIEDAD -embarazo-durante el MENTE-MIEDO -muerte, de la-aborto en MENTE-ANSIEDAD -embarazo en el-aborto en la fase final, miedo al	I / D
30	CWS / W-DEQ A / PASS	<i>"Posibilidad de que algo esté mal con el bebé" / "Preocupación por su salud y bienestar"</i>	Ansiedad / preocupación por la salud del bebé	MENTE-ANSIEDAD -salud, por la-parientes, de sus MENTE-MIEDO -amadas-por la salud, de personas MENTE-ANSIEDAD -niños-por sus hijos	D / D
31	PRAQ-R / PRAQ-R2	<i>"Preocupación por la apariencia física durante el embarazo"</i>	Disgusto hacia el propio cuerpo o Descontento consigo mismo	MENTE-DISGUSTO -cuerpo, del-propio cuerpo, de su MENTE-ILUSIONES -cuerpo, el-feo, el cuerpo le parece MENTE-DESCONTENTO -consigo mismo	D / I
32	PASS	<i>"Preocuparse por el futuro"</i>	Preocupación anticipatoria	MENTE-PREOCUPACIONES -lleno de-futuro por el	D / D

N°	Escala	Enunciado	Sintoma(s) correspondiente(s) propuesto(s)	Rubros repertoriales	Tipo de correspondencia
33	PASS	<i>"Evitar las cosas que generan preocupación"</i>	Indiferencia a las preocupaciones	MENTE-INDIFERENCIA-preocupaciones a las	I / D
34	PASS	<i>"Preocupación por el bebé / el embarazo"</i>	Ansiedad en el embarazo	MENTE-ANSIEDAD-embarazo , en el	D / D

Tabla 4. Propuesta de correspondencia entre los conjuntos sintomáticos y los términos repertoriales candidatos. La columna "Tipo de correspondencia" indica el carácter de la relación en la etapa enunciado-síntoma y en la etapa síntoma-rubro, en ese orden, mediante los códigos D (directa) e I (interpretativa).

Fuente: elaboración propia a partir del repertorio Synthesis Treasure Edition (11), consultado mediante RadarOpus® versión 4.1.13 (12).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que, para los enunciados analizados, es posible proponer términos y rubros del repertorio homeopático semánticamente relacionados con la sintomatología de la ansiedad perinatal evaluada mediante escalas psicométricas estandarizadas. El aporte del trabajo consiste en sistematizar y documentar esas posibles correspondencias, sin que ello suponga una equivalencia establecida entre ambos lenguajes ni una metodología de traducción validada.

La mayoría de los rubros identificados pertenecen al capítulo MENTE del repertorio, lo que es coherente con la naturaleza mental de los síntomas de ansiedad y con el énfasis que la semiología homeopática otorga a los síntomas mentales como guías jerárquicas de mayor valor para la selección del remedio similar (§ 210-213 del Organon) (8).

Un aspecto destacable es la presencia de rubros específicos para la gestación y el parto. Términos como "embarazo" y "parto" aparecen como subrubros de rubros generales tales como miedo, ansiedad, inquietud y angustia, lo que sugiere que el repertorio homeopático contempla la singularidad del período perinatal como modalidad modificadora de síntomas. Esta especificidad ofrece al médico homeópata la posibilidad de contextualizar y modalizar los síntomas dentro del marco clínico de la gestante, lo que puede contribuir a una construcción más precisa de la totalidad sintomática.

Por otra parte, buena parte de los conjuntos incorpora contenidos que no se expresan de manera literal en el ítem original, y conviene distinguir en qué etapa ocurre esa interpretación. El conjunto 13, "perder la noción del tiempo y no recordar lo ocurrido", ilustra la interpretación en la etapa síntoma-rubro: el síntoma semiológico se corresponde de forma directa con el enunciado, pero fue necesario añadir el rubro **MENTE-MEMORIA-confusa**, junto a **MENTE-CONFUSIÓN MENTAL-tiempo-con el**, para recoger el componente amnésico. El conjunto 14, "evitar actividades sociales por temor a ponerse nerviosa", ilustra en cambio la interpretación en la etapa

enunciado-síntoma: la conducta descrita fue leída como "aversión a la compañía", con lo que la causa del nerviosismo subyacente queda fuera del síntoma y debe individualizarse en cada toma de caso. En ambos casos la relación no es una equivalencia semántica directa, sino una lectura clínica que debe verificarse con la paciente antes de emplear el rubro.

Otros síntomas presentaron rubros de carácter más general, aplicables al paciente en cualquier contexto y no exclusivamente en gestación, como **MENTE-PREOCUPACIONES-llevo de**, **MENTE-CRÍTICO** o **MENTE-DESPERSONALIZACIÓN**. Estos rubros pueden combinarse con los específicos del embarazo, como **MENTE-ANSIEDAD-embarazo-en el**, para construir una totalidad sintomática más ajustada al contexto de la paciente gestante.

Finalmente, es importante subrayar que los rubros identificados en este trabajo no constituyen por sí solos una indicación terapéutica. Su aplicabilidad depende de la correcta modalización de cada síntoma, de su valoración dentro de la totalidad sintomática y de la aplicación del principio de individualidad, competencias propias del médico homeópata formado. La presente propuesta es, en esencia, un producto documental que ofrece una orientación repertorial inicial para la exploración del caso en el contexto de la ansiedad perinatal.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados deben interpretarse a la luz de varias limitaciones. En primer lugar, la identificación de las escalas y de la literatura de referencia se apoyó en una búsqueda no sistemática, por lo que no puede descartarse la existencia de instrumentos o de propuestas previas no recuperados. En segundo lugar, la asignación de síntomas y de rubros conlleva un componente interpretativo: aunque se apoyó en fuentes reconocidas de semiología y materia médica y fue revisada por las autoras, no fue sometida a validación por un panel externo de expertos ni a pruebas de concordancia interobservador. En tercer lugar, los enunciados de las escalas describen la sintomatología de manera estandarizada y no modalizada, mientras que la

repertorización exige la modalización individual del síntoma; por ello los rubros propuestos deben entenderse como términos candidatos. Por último, la propuesta no ha sido aplicada en casos clínicos, de modo que su utilidad práctica en la toma del caso permanece sin evaluar.

CONCLUSIONES

Se desarrolló una propuesta de términos y rubros repertoriales potencialmente relacionados con los enunciados de las escalas psicométricas validadas para ansiedad perinatal. Cada enunciado pudo relacionarse con uno o varios síntomas de la semiología homeopática y cada síntoma, con uno o varios rubros repertoriales candidatos.

El período gestacional y sus eventos asociados, en particular el parto, están representados de manera significativa en el repertorio, especialmente en rubros del capítulo MENTE relacionados con miedo, ansiedad, inquietud y angustia. Estos términos podrían considerarse como modalidades candidatas, que aportarían mayor precisión al rubro dentro de la totalidad sintomática una vez confirmadas en la toma del caso. Se identificaron asimismo rubros sin referencia directa a la gestación, potencialmente aplicables a esta población por corresponder a síntomas contemplados en las escalas psicométricas específicas para el período perinatal.

La utilidad y la pertinencia de los rubros propuestos dependen de su confirmación durante la toma individual del caso, de la correcta diferenciación de las modalidades sintomáticas y de la aplicación rigurosa de los principios de individualidad y semejanza, competencias específicas del médico homeópata. Las correspondencias presentadas constituyen, por tanto, una orientación repertorial inicial y no una indicación terapéutica.

Este trabajo aporta un producto documental que sistematiza posibles correspondencias entre el lenguaje de la evaluación psicométrica de la ansiedad perinatal y el lenguaje del repertorio homeopático. Su consolidación requiere estudios posteriores de validación por expertos y de aplicación en la práctica clínica.

CONFLICTO DE INTERESES:

Las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con este artículo.

FINANCIACIÓN:

El presente trabajo no recibió financiación externa. Fue desarrollado en el marco de las actividades docentes e investigativas de las autoras en la Fundación Universitaria Luis G. Páez (UNIPÁEZ).

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su gratitud a la Fundación

Universitaria Luis G. Páez por hacer posible el desarrollo de esta investigación.

APORTE DE LOS AUTORES:

María Felisa Barrera Tenorio¹: Conceptualización del estudio, revisión bibliográfica, selección y análisis de escalas psicométricas, traducción repertorial, redacción del manuscrito, en el marco de su trabajo de grado.

Alba Martilietti²: Asesoría académica, supervisión metodológica, revisión crítica del manuscrito.

DATOS DE CORRESPONDENCIA:

María Felisa Barrera Tenorio¹
Estudiante -Fundación Universitaria Luis G. Páez- (UNIPÁEZ)
mbarrera@unipaez.edu.co +57 313 6074414

Alba Martilietti²
Docente -Fundación Universitaria Luis G. Páez- (UNIPÁEZ)
amartilietti@unipaez.edu.co +57 313 673 7929

REFERENCIAS

- (1) SILVERWOOD, V. A., BULLOCK, L., TURNER, K., CHEW-GRAHAM, C. A. y KINGSTONE, T. The approach to managing perinatal anxiety: a mini-review. *Frontiers in Psychiatry* [en línea]. 2022, vol. 13, art. 1022459 [consultado el 11 de marzo de 2025]. ISSN 1664-0640. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1022459>
- (2) SALGADO CONTRERAS, R. M., TORRES CHAUCA, M. L., SALAZAR CAMPOS, R. M., BOLÍVAR RENÓN, J. L., QUISPE ALOSILLA, Y. y CHILIPPIO CHICLLA, M. A. Niveles de ansiedad y trimestres del embarazo. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2023, vol. 91, n.º 7, pp. 469-478. ISSN 0300-9041.
- (3) BURGOS VÁSQUEZ, J. y DORIA RAMÍREZ, I. Factores que predisponen a la ansiedad en mujeres embarazadas entre 18 y 35 años, en una institución de salud en el municipio de Lórica, Córdoba [trabajo de grado]. Montería: Universidad de Córdoba, 2023.
- (4) SINESI, A., MAXWELL, M., O'CARROLL, R. y CHEYNE, H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open* [en línea]. 2019, vol. 5, n.º 1, art. e5 [consultado el 1 de marzo de 2025]. ISSN 2056-4724. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.75>
- (5) YONKERS, K. A., WISNER, K. L., STEWART, D. E., OBERLANDER, T. F., DELL, D. L., STOTLAND, N., RAMIN, S., CHAUDRON, L. y LOCKWOOD, C. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry* [en línea]. 2009, vol. 31, n.º 5, pp. 403-413 [consultado el 22 de febrero de 2025]. ISSN 0163-8343. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.04.003>
- (6) COSTA, B. y VALE, N. Advances in psychotropic treatment for pregnant women: efficacy, adverse outcomes, and therapeutic monitoring. *Journal of Clinical Medicine* [en línea]. 2024, vol. 13, n.º 15, art. 4398 [consultado el 1 de septiembre de 2026]. ISSN 2077-0383. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm13154398>
- (7) BOLTMAN-BINKOWSKI, H. A systematic review: are herbal and homeopathic remedies used during pregnancy safe?

- Curationis [en línea]. 2016, vol. 39, n.º 1, art. 1514
[consultado el 3 de agosto de 2026]. ISSN 2223-6279.
Disponible en: <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1514>
- (8) HAHNEMANN, S. *Organon: el arte de curar*. 6.ª ed. Buenos Aires: Raúl Gustavo Pirra, 2016.
- (9) SOMERVILLE, S., DEDMAN, K., HAGAN, R., OXNAM, E., WETTINGER, M., BYRNE, S., COO, S., DOHERTY, D. y PAGE, A. C. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health* [en línea]. 2014, vol. 17, n.º 5, pp. 443-454 [consultado el 30 de agosto de 2026]. ISSN 1434-1816. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>
- (10) KOUKOPOULOS, A., MAZZA, C., DE CHIARA, L., SANI, G., SIMONETTI, A., KOTZALIDIS, G. D., ARMANI, G., CALLOVINI, G., BONITO, M., PARMIGIANI, G., FERRACUTI, S., SOMERVILLE, S., ROMA, P. y ANGELETTI, G. Psychometric properties of the Perinatal Anxiety Screening Scale administered to Italian women in the perinatal period. *Frontiers in Psychiatry* [en línea]. 2021, vol. 12, art. 684579 [consultado el 21 de febrero de 2025]. ISSN 1664-0640. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.684579>
- (11) SCHROYENS, F. (ed.). *Synthesis: repertorium homeopathicum syntheticum*. Treasure Edition [base de datos]. Versión en español. [Bélgica]: Archibel, 2009 [consultado el 5 de marzo de 2025]. Disponible en: biblioteca del software RadarOpus®, versión 4.1.13. Requiere licencia.
- (12) ARCHIBEL. RadarOpus [software]. Versión 4.1.13. [Bélgica]: Archibel, 2025.
- (13) CASALE, J. A. *Diccionario de rubros relacionados*. Buenos Aires: edición del autor, 1998. 301 p. ISBN 978-950-43-9540-9.
- (14) DETINIS, L. *Síntomas mentales en homeopatía 2*. Buenos Aires: Editorial Albatros, 2003.
- (15) ALLEN, T. F. *A handbook of materia medica and homoeopathic therapeutics*. Filadelfia: F. E. Boericke, 1889. [Edición digital: Medi-T, 2005].
- (16) LATHOUD, J. A. *Materia médica homeopática*. Buenos Aires: Editorial Albatros, 1975.
- (17) NAVAS DOMÍNGUEZ, I. D. *Clasificación y nitidez de los síntomas mentales del repertorio Synthesis*. Bucaramanga: edición del autor, 2022. ISBN 979-8-3648-7604-1. [Consultado en la biblioteca digital del software RadarOpus®, versión 4.1.13].
- (18) KENT, J. T. *Materia médica homeopática*. Edición en español. México: Editorial Porrúa, 2002. ISBN 978-970-07-1582-7.