



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Cefalea tensional y homeopatía Monografía**

**Mónica Johanna Ortiz Caranguay**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad, Departamento de Medicina Alternativa.  
Bogotá, Colombia

2016



# **Cefalea tensional y homeopatía**

## **Monografía**

**Mónica Johanna Ortiz Caranguay**

Monografía presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Medicina Alternativa área: Homeopatía.**

Director:

Doctor Pedro Alberto Sierra Rodríguez.

Especialista en Pediatría.

Profesor titular facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

Codirectora:

Doctora Florencia Correa Cruz

Magister en Medicina alternativa Universidad Nacional de Colombia

Profesora titular Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad, Departamento de Medicina Alternativa  
Bogotá, Colombia

2016



*(Dedicatoria o lema)*

*A Dios por la constancia y fortaleza que me  
permitió finalizar este trabajo, a mis padres  
Guillermo y María, por su comprensión y ayuda,  
a mis hermanos William Andrés y Hernán Emiro  
por su apoyo incondicional.*

*Mónica Johanna Ortiz Caranguay.*



## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional de Colombia por abrirme sus puertas por segunda vez, para realizar estos estudios y por ser un gran semillero e impulsor del conocimiento.

A la doctora Florencia Correa Cruz docente de la Universidad Nacional de Colombia. Magister en Medicina Alternativa, codirectora del presente trabajo; por su inagotable paciencia, dedicación, por impartir sus conocimientos a los estudiantes con cariño y dedicación, por su entrega, consejos, aportes y gran colaboración en la ejecución de este trabajo.

Al doctor Pedro Sierra, docente de la Universidad Nacional de Colombia Director de esta monografía, Especialista en Pediatría, Magister en Medicina Alternativa, por los aportes realizados.

Al doctor Eduardo Humberto Beltrán Dussán: Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia. Oncohematólogo pediatra de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Magister en Medicina Alternativa Universidad Nacional de Colombia. Profesor titular de la facultad de medicina Universidad Nacional de Colombia, por su gran amor y capacidad de entrega a la Medicina Alternativa, la cual es transmitida a sus estudiantes indefectiblemente.

A la doctora Gina Cristina Guayacán Mora, Médica Pediatra, magister en Medicina Alternativa, Área Homeopatía, al doctor Jorge Arturo Ruiz Castillo, Médico Universidad Nacional de Colombia Magister en Medicina Alternativa Universidad Nacional de Colombia, por sus enseñanzas en el pensamiento homeopático y al resto de docentes que contribuyeron en nuestra formación académica y personal.

A todos y cada uno de los compañeros de la maestría, en especial a los del área de Homeopatía por ser excelentes personas, profesionales y amigos, por sus consejos, palabras de aliento y aportes según su saber personal, sin los cuales no habría sido posible alcanzar este objetivo



## Resumen

La cefalea tensional es una patología altamente prevalente que amerita mayor investigación al respecto por su impacto a nivel personal social y económico dado la afectación a gran número de personas en edad productiva.

En recientes estudios se ha dilucidado su fisiopatología, aunque aún hay controversia sobre su etiología. Se asocia a factores genéticos, centrales, reducción de umbrales de dolor y factores emocionales.

Este trabajo se desarrolló dado que la homeopatía permite la traducción de los síntomas asociados a la cefalea tensional, al lenguaje homeopático, con base en ellos, realizar una repertorización que arroje medicamentos susceptibles a ser considerados al momento de formular; de tal manera que, cuando un homeópata se enfrente a pacientes con sintomatología compatible con esta patología, sin olvidar nunca la individualidad homeopática, se llegue al diagnóstico medicamentoso más acertado en pro de una rápida, duradera y segura curación para los pacientes..

**Palabras clave:** cefalea tensional, diagnóstico, homeopatía, lenguaje repertorial, policrestos, remedios pequeños.

## Abstract

Tension headache is a highly prevalent disease that warrants further research about its impact on a personal level given the social and economic affectation large number of people of working age.

Recent studies have elucidated its pathophysiology, although there is still controversy about its etiology. It is associated with genetic factors, central, reduced pain thresholds and emotional factors.

This work was developed because homeopathy allows translation of the symptoms associated with tension headache, the homeopathic language, based on them, make a repertorization to shed susceptible drugs to be considered when formulating; so that, when faced with a homeopath patients with symptoms compatible with this disease, never forgetting the homeopathic individuality, it gets to more accurate diagnosis drug towards a fast, durable and safe cure for patients.

**Keywords:** : tension headache, diagnosis, homeopathy, repertorial language, polychrests, small

# Contenido

	<u>Pág.</u>
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>X</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>XIV</b>
<b>Lista de Símbolos y abreviaturas</b> .....	<b>XV</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Planteamiento del problema</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Justificación</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Marco teórico</b> .....	<b>7</b>
3.1 Medicina Alternativa .....	7
3.1.1 Definición de Homeopatía.....	8
3.1.2 Principios de Homeopatía.....	9
Energía vital .....	9
Ley de la semejanza .....	9
Ley de la individualidad.....	9
Experimentación pura .....	9
Dosis infinitesimal .....	10
Ley de la curación o del orden .....	10
Remedio Único .....	10
Teoría miasmática .....	10
3.1.3 Definición de Salud .....	11
3.1.4 Definición de Enfermedad.....	11
3.1.5 Definición de Curación.....	11
3.2 Definición de cefalea.....	12
3.3 Clases de cefalea .....	13
3.3.1 Cefaleas Primarias.....	16
▪ Migraña.....	16
▪ Cefalea Tensional .....	23
Definición de Cefalea Tensional .....	23
Clasificación de Cefalea Tensional .....	23
Factores de riesgo de Cefalea Tensional.....	25
Generalidades y epidemiología de la Cefalea Tensional .....	26
Fisiopatología de la Cefalea Tensional .....	30
Evolución de la Cefalea Tensional.....	36

	Impacto de la Cefalea Tensional .....	36
	Tratamiento convencional de la Cefalea Tensional .....	39
-	Cefalea Trigemin Autonómica .....	42
3.3.2	Cefalea Secundarias .....	43
3.4	Glosario o aclaración de conceptos a nivel repertorial.....	44
<b>4.</b>	<b>Abordaje homeopático del enfermo con cefalea .....</b>	<b>46</b>
<b>5.</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>49</b>
5.1	Objetivo General .....	49
5.2	Objetivo Específico.....	49
<b>6.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>50</b>
<b>7.</b>	<b>Aspectos Éticos .....</b>	<b>51</b>
<b>8.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>52</b>
8.1	<u>Establecimiento de síntomas repertoriales y ejercicio de repertorización .....</u>	52
8.2	<u>Listado final de los 17 síntomas tomados .....</u>	53
8.2.1	<u>Síntomas mentales, con traducción repertorial, medicamentos asociados y número de síntomas .....</u>	55
8.2.2	<u>Síntomas no presentes en criterios diagnósticos, anotado en artículos .....</u>	57
8.2.3	<u>Síntomas según la III Clasificación de la IHS, con su traducción repertorial, remedios y número de síntomas .....</u>	59
8.3	<u>Resultados de los 10 medicamentos Policrestos obtenidos con repertorio Mnotti y Repertorio Radar .....</u>	62
8.4	<u>Resultados de los 11 medicamentos pequeños obtenidos con repertorio Radar .....</u>	62
8.5	<u>Revisión de Materia Médica de medicamentos Policresotos mejor puntuados.....</u>	63
	A. Natrum Muriaticum.....	63
	B. China Officinalis .....	64
	C. Belladonna .....	65
	D. Arsenicum album.....	67
	E. Aconitum napellus .....	68
	F. Lycopodium clavatum .....	69
	G. Nux vomica .....	70
	H. Phosphorus .....	71
	I. Bryonia alba .....	73
	J. Silicea .....	73
8.6	<u>Remedios pequeños .....</u>	74
	A. Gelsenium sempervirens .....	74
	B. Anacardium Orientale .....	76
	C. Stannum metallicum .....	77
	D. Spigelia anthelmia .....	77
	E. Kreosotum .....	78
	F. Argentum metallicum .....	79
	G. Lac vaccinum defloratum.....	80
	H. Natrum arsenicatum .....	80
	I. Bovista Lucoperdon .....	81

---

J. Cuprum metallicum .....	81
K. Camphora .....	82
<b>9. Análisis de Resultados .....</b>	<b>83</b>
<b>10. Medicamentos reportados en artículos de homeopatía para cefaleas .....</b>	<b>84</b>
<b>11. Conclusiones y Recomendaciones.....</b>	<b>87</b>
11.1 Conclusiones .....	87
11.2 Recomendaciones .....	88
<b>A. Anexo: Tabla de repertorización sobre Medicamentos Policrestos realizado en repertorio Radar .....</b>	<b>90</b>
<b>B. Anexo: Tabla de repertorización sobre Medicamentos Policrestos realizado en repertorio Radar .....</b>	<b>91</b>
<b>C. Anexo: Tabla de repertorización sobre Remedios Policrestos realizado con repertorio Minotti.....</b>	<b>92</b>
<b>D. Anexo: Síntomas repertorizados con el repertorio Minotti.....</b>	<b>93</b>
<b>E. Anexo: Materia Médica comparada, Policrestos.....</b>	<b>94</b>
<b>F. Anexo: Materia médica comparada, Medicamentos pequeños.....</b>	<b>95</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>96</b>

## Lista de tablas

	<u>Pág.</u>
<b>Tabla 1:</b> Síntomas mentales, encontrados en artículos .....	48
<b>Tabla 2:</b> Síntomas anotados en artículos no presentes en los criterios diagnósticos	50
<b>Tabla 3:</b> Síntomas según la III Clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas. Síntomas que deben estar obligatoriamente .....	51
<b>Tabla 4:</b> Resultados repertorización por medio de repertorios digitales .....	55
<b>Tabla 5:</b> Resultado de repertorio Radar. Remedios pequeños .....	55

## Lista de Símbolos y abreviaturas

### Abreviaturas

#### Abreviatura Término

---

<i>IHS</i>	Sociedad Internacional de Cefaleas
<i>TTH</i>	Cefalea tensional
<i>EITH</i>	Cefalea tensional Episódica infrecuente
<i>ETTH</i>	Cefalea tensional Episódica frecuente
<i>CTTH</i>	Cefalea tensional Crónica
<i>PTH</i>	Cefalea tensional Probable





# Introducción

La Cefalea Tensional es una patología de gran interés dada la repercusión que genera por la afectación de individuos de ambos sexos, en los diferentes grupos etarios y niveles sociales, siendo aún poco estudiada por su intensidad leve a moderada, aunque esto no se relaciona con su alto impacto en el ausentismo escolar y laboral y reducción en la calidad del trabajo de quien la padece.

Su diagnóstico es básicamente clínico y el manejo en la medicina convencional se centra en fármacos para reducir la frecuencia e intensidad de los episodios, generando muchas veces insatisfacción en los pacientes, uso de polifarmacia, dependencia a los analgésicos o reacciones adversas a medicamentos por su consumo frecuente.

Siendo la homeopatía un sistema médico complejo que busca abordar al paciente de forma integral, se ofrece como una herramienta valiosísima como tratamiento a esta patología, reduciendo el consumo de medicamentos y costos asociados.

Es posible tomar en consideración los síntomas característicos y mejor modalizados, que componen un cuadro típico de Cefalea Tensional y trasladarlos al lenguaje homeopático repertorial para de esta forma realizar una repertorización acertada, que muestre los medicamentos con mejor puntuación para de esta forma mostrar tanto los remedios policrestos como pequeños que podrían ser susceptibles de elección frente a un paciente con sintomatología de Cefalea Tensional.

Es importante resaltar que los diagnósticos alopáticos tienen unos criterios diagnósticos determinados que, al ser generales y no individualizados, tienden a ser muy poco modalizados, lo cual hasta cierto punto se encuentra como un impedimento para posteriormente utilizar estos tópicos en el área homeopática, sin embargo se

complementan y caracterizan dichos síntomas con la información obtenida en la literatura investigada.

# 1.Planteamiento del problema.

Las cefaleas constituyen un problema de salud pública, con elevada prevalencia a nivel mundial en los diferentes grupos poblaciones, en ambos sexos, mostrando un alto impacto socioeconómico por el ausentismo o disminución en la productividad escolar y laboral, siendo evidente la falta de adherencia y satisfacción de los pacientes con los tratamientos convencionales usados.

Se selecciona de los diferentes tipos de cefalea, la Cefalea Tensional pues es la que afecta a mayor número de personas en la población general y por tanto la que más impacto tiene a nivel de salud, social y económico; adicional y paradójicamente el interés en esta patología no ha sido el suficiente y el tratamiento tampoco ha tenido el impacto esperado por los pacientes.

Este trabajo recopila información sobre la fisiopatología de la Cefalea Tensional para su mejor comprensión, poniendo de manifiesto cuales síntomas son determinantes en su diagnóstico y cómo se repertorizan para luego acorde a esto elegir adecuadamente el medicamento homeopático.

El abordaje de este trabajo es básicamente semiológico, pues el diagnóstico de las cefaleas en la medicina convencional es clínico así mismo en homeopatía lo más importante es el sentir del paciente en toda su integralidad, no solo con respecto a la patología en cuestión; de este modo aunando los síntomas establecidos como criterios diagnósticos en la medicina convencional y los síntomas evidentes relacionados con la Cefalea Tensional e importantes en homeopatía, pero no incluidos en los criterios de la III edición de la clasificación internacional de cefaleas, se obtiene un cuadro completo que permite encontrar los remedios homeopáticos susceptibles a ser considerados en

---

pacientes que consulten con esta sintomatología (Ramírez Gardía, Hernández Preciado, & Restrepo Escobar, 2008) (Quintana Prada).

En este punto es interesante anotar precisamente como en la mayoría de artículos y publicaciones sobre la Cefalea Tensional como en el de Jensen de 2003, titulado *Diagnosis, epidemiology, and Impact of Tension Type headache*; o en *Pathophysiology and Tension type headache* de Ashina de 2005 y colaboradores, o el artículo titulado *tensión typeheadache: current, reasearch and clinical management* de Fumal y Schoenen de 2007, la revisión de la Doctora Rosario Quintana en el Hospital Materno Infantil de las Palmas sobre cefaleas o el artículo enfoque clínico etiológico de las cefaleas del doctor Erduy Infante y colaborades del 2001, se pone como aspecto crucial e importante el factor emocional asociado a otros factores y que en últimas no es tenido en cuenta como criterio diagnóstico a pesar de su importancia en el cuadro patológico (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005) (Jensen, *Diagnosis, Epidemiology, and Impact of Tension- type Headache*, 2003) (Quintana Prada).

Por lo tanto, el desarrollo de esta propuesta intenta correlacionar la fisiopatología de la Cefalea Tensional, con los múltiples síntomas característicos que puede presentar un enfermo. los síntomas de importancia a nivel de la esfera mental con el objetivo de facilitar la aproximación al diagnóstico medicamentoso de cada paciente, sin perder nunca de vista la individualidad.

#### Subtítulos nivel 2

Toda división o capítulo, a su vez, puede subdividirse en otros niveles y sólo se enumera hasta el tercer nivel. Los títulos de segundo nivel se escriben con minúscula al margen izquierdo y sin punto final, están separados del texto o contenido por un interlineado posterior de 10 puntos y anterior de 20 puntos (tal y como se presenta en la plantilla).

.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los rubros repertoriales y los medicamentos útiles en el manejo homeopático de enfermos con Cefalea Tensional?

## **2. Justificación**

Dada la alta prevalencia de la Cefalea Tensional y su impacto a nivel, personal, social y económico, es de suma importancia encontrar tratamientos que permitan una remisión sintomática que a su vez tenga pocos efectos en cuanto a reacciones adversas a medicamentos y que disminuyan los costos por consumo de analgésicos.

Es evidente el bajo impacto de los tratamientos actuales convencionales en Cefalea Tensional que adicionalmente generan reacciones indeseables adversas o uso de polifarmacia y posible dependencia de dichos medicamentos.

Se busca por tanto describir los síntomas correspondientes a la fisiopatología de la Cefalea Tensional y partiendo de ahí los síntomas característicos, las distintas posibilidades de modalización sintomática en pro de una buena repertorización y proponer en consideración los medicamentos aquí mostrados, para que según la repertorización realizada a la luz de la individualidad de cada paciente, sea más fácil elegir el medicamento más adecuado. Este material será de utilidad a la comunidad homeopática para su discernimiento y ante casos de Cefalea Tensional aproximarse al diagnóstico medicamentoso del paciente.

---

De esta manera este trabajo se convierte en un elemento valioso para los médicos en formación y los homeópatas que deseen profundizar sobre la Cefalea Tensional en pro de una adecuada formulación; también beneficiará a los pacientes al ser favorecidos por una adecuada selección de síntomas y por tanto una buena elección del tratamiento a instaurar.

Adicionalmente se ponen en consideración una gama de medicamentos no policrestos que también pueden ser utilizados en la Cefalea Tensional encontrados mediante el uso del repertorio Radar y su aplicación: medicamentos pequeños, lo cual amplía las posibilidades de quien se enfrente a un paciente con esta patología.

Este trabajo permite acercar tanto a estudiantes como médicos tratantes a los medicamentos homeopáticos que pueden ser útiles para la sintomatología de la Cefalea Tensional, luego de una toma de caso y análisis juicioso, a la luz de los principios homeopáticos.

Al favorecer y promover el uso de medicamentos homeopáticos en la mejoría de los síntomas de la Cefalea Tensional, se reducirán costos para la sociedad tanto en la inversión de medicamentos como en el número de días de incapacidad o reducción de la productividad por esta patología.

Al realizar esta revisión se genera la inquietud de elaborar estudios poblacionales propios que permitan conocer la incidencia nacional de esta patología, así como la promoción de nuevas investigaciones en la Universidad Nacional y en otros claustros académicos, con respecto a los beneficios a corto mediano y largo plazo de la homeopatía en los pacientes con la sintomatología propia de la Cefalea Tensional, así como su incidencia en la reducción de costos en el manejo de la misma.

Siendo la homeopatía un sistema médico complejo que permite un abordaje integral del paciente, el tratamiento homeopático se ofrece como un manejo prometedor en este evento morboso en búsqueda de una mejoría global tanto de los síntomas meramente relacionados con la Cefalea Tensional pero también con aspectos importantes integrados como su esfera mental, emocional y espiritual (Instituto Luis G. Páez, 2014)

## 3.Marco Teórico

### 3.1 La medicina alternativa

A lo largo de la historia en las diferentes áreas del conocimiento, se han instaurado paradigmas, por medio de los cuales se desarrollan conceptos y abordajes para interpretar lo que ocurre en el mundo, dependiendo de la época, los avances científicos, tecnológicos, y la situación socioeconómica global, siendo hasta cierto punto la consecuencia del desarrollo de cada civilización, como un escalón que permite avanzar hacia un punto más complejo y que permite a su vez realizar abordajes más completos; se llega entonces a un consenso de los científicos y académicos quienes están inmersos en una sociedad bajo unas condiciones ambientales filosóficas, religiosas, económicas y culturales que coinciden en ciertos puntos comunes instaurando una forma de comprender las diferentes ciencias, determinando la forma de investigar, estudiar y priorizar los objetos de estudio, generando de cierta manera la creencia de que solo desde la óptica de este paradigma es posible alcanzar la verdad o lo más cercano a la realidad (Universidad Nacional de Colombia, 2011)

En la actualidad prima el modelo positivista hegemónico, como el conjunto de ideologías, prácticas y saberes dominantes que pretenden ser la única forma de entender la enfermedad en el caso de la medicina, concibiendo a la salud como un punto estático bajo unos parámetros rígidos de normalidad, generalmente segmentando al individuo y no entendiéndolo como un todo; además se generaliza, entendiendo una patología a la perfección, conservando hasta cierto punto la concepción mecanicista, pero no captando a un individuo con un sentir particular que lo mueve a consultar frente a el dolor o una molestia específica, que es única en su clase no comparable a lo que pueda presentar otra persona aunque pueda tener algunos síntomas comunes (Universidad Nacional de Colombia, 2011).

Sin embargo, han existido a lo largo del tiempo y siguen existiendo y surgiendo nuevas formas de pensamiento y paradigmas, que por ser diferentes al positivismo, no son menos coherentes, válidas, efectivas, útiles o científicas. Entre estos se encuentran las medicinas

---

alternativas (homeopatía, osteopatía, medicina china, etc) que dan mayor valor a la investigación cualitativa y abordan al individuo desde una óptica global vitalista sin separar o banalizar la esfera espiritual, emocional pero tampoco olvidando o desligando lo físico o heredable del todo que compone al individuo, siendo este parte a su vez de la naturaleza, la sociedad, la familia, etc (Universidad Nacional de Colombia, 2011).

En este sentido los conceptos y abordajes homeopáticos son un constructo que se viene elaborando desde pensadores como Platón, Aristóteles, Tomás de Aquino, Hipócrates, Paracelso y que se consolida con el Doctor Salmuel Hahnemann hacia el siglo XVIII en Alemania, observando al sujeto como una totalidad y a su vez como parte de un universo (Upadhyay & Nayak, 2011)

En estos sistemas no lineales donde surgen la física cuántica, la teoría de la relatividad, la genética con el genoma humano y la epigenética, se dilucidan prometedoras explicaciones y nuevas luces para la comprensión de estas formas de medicina que finalmente no son una isla, sino que pueden ser una oportunidad para la medicina en general de integrar los avances obtenidos por medio de la medicina alopática con estas otras formas de comprensión y abordaje con el fin de brindar una sanación rápida, segura, duradera en pro de los pacientes (Upadhyay & Nayak, 2011) (Nicolai , 2010) (Montfort Cabello, 2004).

### **3.1.1 Definición de homeopatía**

La homeopatía es un sistema médico complejo, siendo natural, científica y holística, compuesta por doctrina, morfología, semiología, sistemas diagnósticos e intervenciones terapéuticas; creada por el Dr. Samuel Hannheman; busca abordar al paciente desde las diferentes esferas que lo componen viéndolo como un todo (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Kalra & Elliottt, Acute migraine: Current treatment and emerging therapies. Therapeutics and clinical risk management.) (Carbonell, Parres, & Andrés) (Urrego, Martinelli, & Beltrán, 2011).



### 3.1.2 Principios de la homeopatía:

Se basa en ocho principios, que son:

**Energía vital (vitalismo):** postula la presencia de una fuerza vital, dotada de inteligencia y capaz de gobernar los mecanismos de salud y enfermedad. Puente entre espíritu y materia. Es una dimensión no física de la que depende lo físico y anima la vida. Es la fuerza directora de las funciones vitales, de los procesos energéticos y defensivos interconectados en el organismo (Pirra, 2008) (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Dodick, 2006) (Epidemiológico, R, 2005)

**Ley de la semejanza:** el semejante se cura con lo semejante (*similia similibus curantur*). Una afección dinámica más débil es destruida permanentemente en el organismo vivo por otra más fuerte de diferente naturaleza, si la última es muy semejante a la primera en sus manifestaciones. A dosis adecuadas puede estimular a la energía vital para eliminar la enfermedad, siempre y cuando los síntomas propios del medicamento coincidan con el mayor número de síntomas mentales, generales o particulares del individuo a tratar (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Eizayaga F. X., Tratado de medicina homeopática. In tratado de medicina homeopática. Marecel, 1981) (Instituto Luis G. Páez, 2014) (Pirra, 2008)

**Ley de la individualidad:** Conjunto de características, síntomas y forma de desarrollar y sentir su enfermedad, propios de cada individuo que lo hace único y diferente al resto de su especie, en parte debido a su predisposición, al medio ambiente en el que se desenvuelve y a su esencia (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Eizayaga F. X., Tratado de medicina homeopática. In tratado de medicina homeopática. Marecel, 1981) (Instituto Luis G. Páez, 2014) (Pirra, 2008).

**Experimentación pura:** en un individuo sano, se suministra un medicamento preparado homeopáticamente, que produce unos síntomas, los cuales posteriormente serán los mismos síntomas que se podrán curar al administrar ese medicamento al individuo enfermo (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Eizayaga F. X., Tratado de medicina homeopática. In tratado de medicina homeopática. Marecel, 1981) (Instituto Luis G. Páez, 2014) (Pirra, 2008)

**Dosis infinitesimal:** es el uso de la mínima cantidad de sustancia convertida en medicamento homeopático, más allá del número de Avogadro para lograr la curación del individuo, disminuyendo al máximo la toxicidad y potencializando a su vez sus virtudes curativas (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Eizayaga F. X., Tratado de medicina homeopática. In tratado de medicina homeopática. Marecel, 1981) (Instituto Luis G. Páez, 2014) (Pirra, 2008).

**Ley de la curación o del orden:** es la capacidad innata del cuerpo para protegerse y curarse por sí mismo a través de la energía vital. Los dolores se curan de arriba hacia abajo. Los síntomas desaparecen del centro a la periferia (de las partes más profundas como la esfera mental, emocional y órganos más importantes y vitales a lo menos sustancial); en enfermedades crónicas, desaparecen, en sentido inverso a como aparecen; en enfermedades agudas, desaparecen en el mismo sentido en que aparecen (Hering, 1969) (Pirra, 2008) (Hahnemann, 1845)

**Remedio único** Un solo medicamento homeopático elegido por similitud es capaz de estimular la energía vital y poner en marcha el proceso curativo. Es decir dar un solo medicamento que cubra la totalidad de los síntomas característicos que presente el paciente lo cual se logra a través de una adecuada toma de caso y un acertado diagnóstico homeopático (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Eizayaga F. X., Tratado de medicina homeopática. In tratado de medicina homeopática. Marecel, 1981) (Instituto Luis G. Páez, 2014) (Pirra, 2008).

**Teoría miasmática:** ha sido interpretada por los diferentes autores, ya que es importante resaltar que la concepción Hahnemania se basa en los conocimientos y avances científicos del momento donde estaba arraigada la idea contagio y transmisión de enfermedades por los miasmas, sin embargo hacia la segunda mitad del siglo XIX nace la inmunología, así como la genética con Mendel y los naturalistas, evidenciando paradigmas relacionados con los conceptos de herencia (Montfort Cabello, 2004).

Los miasmas se pueden comprender como la predisposición reaccional, constitucional, patológica o el terreno predisponente heredado y/o adquirido (genética y epigenética) que

favorece la perturbación de la fuerza vital denominada enfermedad (Instituto Luis G. Páez, 2014).

Por tanto, la psora correspondería a un modo reaccional de disfuncionalidad a la baja molecular o hipofunción, la sífilis una alteración en la apoptosis o destrucción y la sicosis un modo reaccional debido a procesos proliferativos anómalos o hiperfunción (Montfort Cabello, 2004) (Instituto Luis G. Páez, 2014) (Pirra, 2008) (Montfort Cabello, 2004) (Vargas Sánchez) (Montfort Cabello, 2004) (Medina)

El Doctor Samuel Hahnemann indica que la intensidad de la enfermedad crónica depende de la evolución que ha tenido a lo largo de las anteriores generaciones y las supresiones que las misma ha sufrido (Instituto Luis G. Páez, 2014)

**3.1.3 La salud** se entiende como un estado dinámico de equilibrio o armonía de la energía vital que se manifiesta como bienestar en las dimensiones bio- psicosocial, espiritual del individuo y posibilita el logro de los más altos fines de la existencia, logrando un funcionamiento armónico interno y en relación con el exterior (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Pirra, 2008)

**3.1.4** En cuanto a **la enfermedad** es un proceso de alteración, desequilibrio o desarmonía de la energía vital de un individuo, lo cual se expresa a través de síntomas funcionales y sensitivos, lesión orgánica. Estos síntomas pueden ser percibidos por los órganos de los sentidos del médico y al ser reconocidos ser susceptibles de tratamiento. Es un intento por restablecer el equilibrio dinámico. Los síntomas revelan un funcionamiento anómalo a nivel fisiológico, mental, emocional y espiritual que impide una adecuada comunicación interna y con el medio externo (naturaleza y demás individuos) (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Pirra, 2008) (Instituto Luis G. Páez, 2014)

**3.1.5 La curación**, es la restitución del estado de salud previo, volviendo a la armonía de la energía vital, recuperando el bienestar; con la desaparición de todos los

---

síntomas (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Pirra, 2008)

El objetivo del médico es establecer la totalidad sintomática característica del enfermo la causa esencial de esa sintomatología e identificar por similitud según la materia médica, cual es el diagnóstico medicamentoso (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Pirra, 2008)

**3.2 Definición de cefalea** (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013)

Desde la medicina convencional la cefalea se describe como toda sensación dolorosa que se presenta en la bóveda craneana, pero también se incluyen dolores cervicales o faciales irradiados (Levin, 2013)

Tanto en las guías clínicas recientes como en los diferentes textos sobre el tema, se menciona que en la medicina alopática el gold standart en cuanto a los dolores de cabeza es la historia clínica basado en especial en una anamnesis profunda se catalogan según la Clasificación internacional de las cefaleas ya que no existen actualmente marcadores biológicos que permitan hacer un diagnóstico acertado e incluso un examen físico normal no excluye una patología secundaria (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Levin, 2013) (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008) (Cid, 2014).

Lo anteriormente anotado es el deber ser del manejo y diagnóstico del cuadro en mención, pero en el contexto socio económico y con el sistema de salud colombiano desafortunadamente las duraciones de las consultas entre otros factores dificultan en gran medida realizar un abordaje clínico adecuado.

Los exámenes complementarios se requieren para descartar otras patologías que puedan estar desencadenando el dolor de cabeza o en casos de signos de alarma o bandera (con papiledema, nistagmo, anormalidades motoras, que causen interrupción del sueño, etc); y

deben ser solicitados bajo un criterio científico y clínico sólido del médico tratante quien basado en la sintomatología referida y los hallazgos clínicos se guiará sobre la posible etiología y por tanto el estudio a realizar y la pertinencia del mismo, por la relación costo beneficio que implican así como por la posibilidad de hallazgos incidentales que pueden conducir a procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos inadecuados (Ramírez Gardía, Hernández Preciado, & Restrepo Escobar, 2008) (Quintana Prada);

Son útiles en casos de signos bandera tales como alteraciones en la conducta, pérdida de peso, cefaleas que causen despertares en la noche, cefaleas en portadores de válvulas ventrículo peritoneales, que se exacerben con maniobras de valsalva, en las que exista focalización o edema de papila, cefaleas agudas, intensas y progresivas (Quintana Prada)

Las indicaciones para toma de TAC van enfocadas a descartar hemorragias intra parenquimatosa aguda, hemorragia subaracnoida en las primeras 24 horas, hemorragia intraventricular y cuando se debe diferenciar entre hemorragia o isquemia cerebral, todos estas patologías sospechadas previamente desde la clínica (Ramírez Gardía, Hernández Preciado, & Restrepo Escobar, 2008).

En cuanto a la RNM busca principalmente neoplasias, lesiones cervicomedulares, lesiones hipofisarias, enfermedad cerebrovascular hemorrágica, hematomas subdurales, aneurismas, hipo o hipertensión endocraneana, trombosis de senos venosos o coagulación intravascular diseminada, disecciones arteriales anteriores y posteriores (Ramírez Gardía, Hernández Preciado, & Restrepo Escobar, 2008)

**3.3 Clases de cefalea** (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Levin, 2013) (Frese, Druckrey, & Sandholzer, Headache in General Practice: Frequency, Management, and Results of Encounter, 2014)

Al ser la cefalea un síntoma de muchas enfermedades sistémicas y neurológicas ha sido complicada su clasificación en pro de un mejor manejo y sistematización (Cid, 2014)

Se clasifican en términos prácticos según la sociedad internacional de cefaleas en Primarias y secundarias, siendo las cefaleas primarias la causa más frecuente de dolor

---

cráneo facial sobre las secundarias, pero de curso benigno y recidivantes; mientras que las secundarias se relaciona con una patología subyacente y de desenlace más peligroso (Cid, 2014).

**Las primarias** configuran por si mismas una enfermedad, no causadas por patologías estructurales subyacentes, es habitual en menores de 40 años, incluyen:

- Las migrañas, que a su vez se subdividen:
  - Con aura:
    - ✓ Típica
    - ✓ Troncoencefálica
    - ✓ Hemipléjica
    - ✓ Retiniana.
  - Crónica.
  - Complicaciones de la migraña.
- Cefaleas trigémino autonómicas, se clasifica a su vez:
  - En racimos:
    - ✓ Episódica
    - ✓ Crónica.
  - Hemicraneana Paroxística:
    - ✓ Episódica.
    - ✓ Crónica.
    - Unilateral de breve duración
    - ✓ Con inyección conjuntival y lagrimeo.
    - Continua.
  - Otras cefaleas primarias:
    - ✓ Tusígena primaria
    - ✓ Por esfuerzo físico
    - ✓ Asociada con actividad sexual.
    - ✓ En trueno primaria
    - ✓ Por crioestímulo
    - ✓ Por presión externa.
    - ✓ Punzante primaria

- ✓ Numular.

**Las cefaleas secundarias**, tienen una causa de base con etiología neurológica o de causa sistémica como lesiones infecciosas sistémica, síndromes miofasciales cervicales, cuadros metabólicos, etc.

**Neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas:**

- Neuralgias del trigémino.
- Neuralgias del glosofaríngeo
- Neuralgia del nervio facial.
- Neuralgia occipital.
- Neuritis óptica.
- Cefalea por parálisis de origen isquémico del nervio motor oculomotor.
- Síndrome de tolosa Hunt.
- Síndrome oculosimpático paratrigeminal.
- Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente.
- Síndrome de boca ardiente.
- Dolor facial idiopático persistente
- Dolor neuropático central
- Otras cefaleas: no clasificada en otra categoría y cefalea sin especificar.

En general se debe tener en cuenta en la medicina convencional: la edad de inicio de la cefalea, las características de presentación, frecuencia, intensidad, presencia de aura, foto y fonofobia, náuseas, vómitos, relación con actividad física, comida, historia de trauma previo, trastornos de sueño, cambios en visión, peso y otras comorbilidades, antecedentes familiares (Alexiou & Angryropoulous, 2013).

Síntomas como fiebre, pérdida de peso, tinnitus, diplopía, focalización o lateralización, papiledema, aparición repentina o súbita después de los 50 años de edad, exacerbación con maniobras de valsalva o cambios de posición, o al asumir una postura vertical o supina, así como un examen físico o neurológico anormal son signos de alarma que deben hacer

---

buscar causas infecciosas, neoplásicas y por tanto buscar apoyo con neuroimágenes (Dodick, 2006)

### **3.3.1 CEFALEAS PRIMARIAS:**

#### **3.3.1.1 Migraña:**

Se considera un trastorno neuronal donde la corteza juega papel fundamental. Es una enfermedad compleja dada la amplia gama de características clínicas, su genética multifactorial y su relación con factores ambientales y genéticos.

En medicina convencional se determinó que es una enfermedad de las estructuras vasculares; intervienen en la cascada de eventos diferentes trastornos neuronales y de la corteza cerebral (deterioro de procesos inhibitorios y en la corteza sensorial, reacción excesiva a estímulos repetitivos, sin habituación), también guarda relación con una disfunción del estriado, así como hiperexcitabilidad neuronal y alteración de la percepción del dolor; se ha evidenciado una caída de nivel de serotonina que conduce a la dilatación y la inflamación de los vasos sanguíneos, además de un fuerte componente hereditario (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Levin, 2013) (Zaninovic, 2014).

La Cefalea Tensional tiene una prevalencia promedio de 14 % en todo el mundo y se caracteriza por ataques incapacitantes que tienen una duración de 4- 72 horas, suele ser hemicránea tipo pulsátil, de moderada a intensa severidad, agrava por actividad física habitual, suele acompañarse de náuseas, foto y fonofobia; se puede subdividir en migraña con aura y sin aura (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013). La calidad de vida disminuye incluso en los periodos libres de dolor (Alexiou & Angryropoulous, 2013) (Levin, 2013) (Zaninovic, 2014) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Deza , 2010) (Frese, Druckrey,



& Sandholzer, Headache in General Practice: Frequency, Management, and Results of Encounter, 2014)

La migraña es la forma más común de dolor de cabeza y se ve en los grupos de edad más jóvenes, es inusual que el primer ataque se dé después de los 50 años de edad. La incidencia de la migraña está aumentando debido, probablemente, a los hábitos alimentarios modernos y el estrés y las tensiones de la vida (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

La cefalea es la manifestación más común de dolor en la infancia, aunque es raro antes de los 4 años de edad. La migraña es el segundo tipo de cefalea primaria más frecuente en la infancia, afectando al 2- 17 % de la población pediátrica (Pogliani, y otros, Headache in children and adolescents aged 6–18 years in northern Italy: prevalence and risk factors., 2010).

En los niños (menores de 18 años) la cefalea migrañosa suele ser bilateral, y frontofacial (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

### **Migraña sin aura o migraña común o hemicránea simple:**

Es considerado un trastorno neurobiológico, donde se ha evidenciado la importancia de moléculas mensajeras como el óxido nítrico (NO), 5 hidroxitriptamina (5 HTA) y péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), los ataques pueden tener origen en el sistema nervioso central y en la sensibilización de las vías del dolor (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

También se ha identificado el circuito del dolor migrañoso, el sistema trigémino vascular (Kalra & Elliott, Acute: migraine: Current treatment and emerging therapies.)

Es una cefalea recurrente con 4- 72 horas de duración; en niños y adolescentes estos episodios pueden durar de 2 a 72 horas. Típicamente por lo menos 5 crisis de cefaleas hemiraneanas generalmente fronto temporal (en menores de 18 años son más frecuentes la localización bilateral), tipo pulsátil, intensidad moderada o severa, que se exacerba o

---

condicionada con la actividad física y generalmente se asocia a náuseas o fotofobia y fonofobia (Belvis, Mas, & Roig, 2015) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

Es importante anotar, que la cefalea occipital en niños es infrecuente y se debe evaluar con precaución buscando un diagnóstico claro (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

Esta migraña sin aura es la que más tiende a cronificarse por el uso frecuente de fármacos para los síntomas (Belvis, Mas, & Roig, 2015).

Un subgrupo de pacientes también presenta una localización facial denominada migraña facial (Belvis, Mas, & Roig, 2015) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

Las crisis magañosas pueden asociarse a síntomas de alodinia cutánea y neurovegetativos craneales (Kalra & Elliott, Acute: migraine: Current treatment and emerging therapies.)

**Migraña con aura y sus subdivisiones: migraña clásica oftálmica, hemiparésica, afásica, hemipléjica, complicada:**

Cuando se presenta el aura se produce una reducción del flujo sanguíneo en la corteza que se corresponde con la clínica que se manifiesta, pero incluso afecta un área más extensa. El 20 % de las migrañas se asocian al aura (Cid, 2014)

El aura se caracteriza por un conjunto de síntomas neurológicos focales transitorios, totalmente reversibles que por lo general se desarrollan gradualmente y suelen preceder, ocasionalmente acompañar o incluso iniciar antes de los dolores de cabeza. Pueden aparecer 60 minutos antes del ataque, y que duran de 5 a 60 minutos, aunque los síntomas motores se pueden prolongar hasta por 72 horas, deben ser unilaterales (al menos uno de

los síntomas del aura) (Belvis, Mas, & Roig, 2015) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Alexiou & Angryropoulous, 2013).

Estas manifestaciones sensitivas o del sistema nervioso central, se puede evidenciar generalmente como alteraciones retinianas o visuales en su gran mayoría (incidencia del 90 %), tales como, oscurecimientos, líneas onduladas, visión borrosa o hemianopsia, puntos ciegos en el centro del campo visual o pérdida temporal de la visión; desembocan en escotomas relativos o absolutos; también pueden encontrarse trastornos sensitivos (hormigueos generalmente ipsilaterales de cara, cuerpo o lengua), del habla o lenguaje (generalmente afasia), troncoencefálicos o pueden ocurrir alteraciones motoras como hemiparesia, entumecimiento de la mano, un brazo, un lado de la cara, barbilla, boca o lengua y oftalmoplejía (Alexiou & Angryropoulous, 2013) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Levin, 2013).

**En la migraña con aura típica** se presentan síntomas visuales, sensitivos o de lenguaje, pero sin debilidad motora, son de desarrollo paulatino, pero de duración menor a una hora de cada uno de los síntomas, todos ellos reversibles (Belvis, Mas, & Roig, 2015) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

En este tipo de migraña se presenta de forma patognomónica una depresión cortical propagada si como oligohemia (Zaninovic, 2014)..

El aura también se puede dar como una señal premonitoria o de advertencia del episodio de cefalea (horas o días antes del episodio), con depresión, deseo de ciertos alimentos, hiperactividad o hipoactividad, bostezos a repetición, astenia y dolor o rigidez nuchal 3, (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

Sin embargo, el aura no se debe confundir con los síntomas premonitorios, que pueden iniciar horas o dos días antes de los síntomas migrañosos, como son: fatiga, dificultad para concentrarse, rigidez cervical, sensibilidad a la luz o al ruido, náuseas, bostezos, etc (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Levin, 2013) (Zaninovic, 2014) (Belvis, Mas, & Roig, 2015).

También el aura se puede presentar sin asociación a cefalea, pero en un número menor de pacientes o pueden desarrollar cefaleas de características no migrañosas (Epidemiológico, R., 2005)

Siempre se deben tener en cuenta diagnósticos diferenciales, como un accidente isquémico transitorio, sobre todo cuando el aura sin cefalea se presenta en mayores de 40 años de novo, si los síntomas son negativos, o si el aura es o muy corta o muy larga (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Levin, 2013) (Belvis, Mas, & Roig, 2015).

Otro tipo de aura son las **de tipo troncoencefálicas** (migraña de la arteria basilar, o migraña con aura del troncoencefalo), que puede comprender disartria, vértigo, acufenos, hipoacusia, diplopía, ataxia o disminución del nivel de conciencia (Belvis, Mas, & Roig, 2015)

En la **migraña hemipléjica**, los síntomas van siempre con debilidad motora y síntomas visuales, sensitivos y/o de los lenguajes totalmente reversibles todos (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

En la **migraña hemipléjica familiar (MHF)** generalmente hay un pariente de primer o segundo grado que padece aura migrañosa con debilidad motora, en la tipo 1 está asociado a mutaciones del gen CACNA1A ubicado en el cromosoma 10, en L MHF2 pueden existir mutaciones en gen ATP1 A2 en cromosoma 1 y en la MHF 3 está afectado el gen SCN1A en el cromosoma 2, todos estos genes codifican para diferentes canales iónicos (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Belvis, Mas, & Roig, 2015).

**Migraña hemipléjica esporádica:** migraña más debilidad motora, sin antecedentes en la familia (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

En la **migraña retiniana**, es muy infrecuente, se presentan crisis repetidas con alteración monocular inclusive fotopsias, escotomas, amaurosis (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

#### **Cefalea crónica diaria:**

Dolor de cabeza con características migrañosas durante por lo menos 8 días al mes, por más de 15 días al mes durante más de 3 meses. Más de la mitad de los pacientes que sufren este tipo de cefalea, tienen trastornos de sueño, de ánimo, como depresión o ansiedad y tienen como factores de riesgo la obesidad, historia de cefalea más de una vez a la semana, consumo de cafeína, y uso excesivo de analgésicos para cefalea aguda, es decir más de 10 días al mes (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Belvis, Mas, & Roig, 2015).

Este tipo de cefalea puede llevar al consumo inadecuado y crónico de analgésicos que a su vez pueden inducir y mantener el dolor de cabeza (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Belvis, Mas, & Roig, 2015).

Se sugiere que se puede llegar a una cefalea continua por sensibilización central crónica de vías trigéminales, así como el uso excesivo de analgésicos en especial opiodes (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Belvis, Mas, & Roig, 2015) (Epidemiológico, R., 2005).

#### **COMPLICACIONES:**

**Estado migrañoso:** cuando la crisis tiene una duración mayor a 72 horas (Belvis, Mas, & Roig, 2015).

**Aura persistente sin infarto:** duración igual o mayor a una semana (Belvis, Mas, & Roig, 2015) (Epidemiológico, R, 2005)

**Infarto migrañoso:** síntomas de aura migrañosa junto con lesión isquémica cerebral comprobado por Neuroimagen; este es más frecuente en mujeres jóvenes y en la

---

circulación posterior. Hay un riesgo dos veces mayor de sufrir el ictus isquémico si se padece migraña con aura (Belvis, Mas, & Roig, 2015) (Epidemiológico, R., 2005).

También se pueden presentar crisis epilépticas desencadenadas por aura migrañosa (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013)

### 3.3.1.2 Cefalea tensional.

#### Aspectos básicos:

#### Definición:

Es un síndrome heterogéneo que se diagnostica principalmente por la ausencia de características que se encuentran en otras cefaleas como la migraña, se asocia con algún tipo de tensión mental o muscular. Su diagnóstico es clínico y requiere evaluar comorbilidades como disfunción ATM, trastornos del ánimo o cuadros miofasciales (Fumal & Schoenen, 2008), su patogénesis aún se encuentra en discusión (Rossi P. , Vollono, Valeriani , & Sandrini, 2011) (Cid, 2014)

Previamente se denominaba en la clasificación internacional de cefaleas (IHS) en 1988 como cefalea por tensión, cefalea por contracción muscular, cefalea psicomiogénica o cefalea por estrés (Jensen, Diagnosis, Epidemiology, and Impact of Tension- type Headache, 2003) (Levin, 2013).

Se caracteriza por causar dolor holocráneo, bilateral, tipo tensión, presión o pesadez, intensidad leve a moderada, que no empeora con la actividad física habitual ni la impide, no asocia náuseas o vómito (en la cefalea crónica pueden darse náuseas leves), puede haber foto o fonofobia (no las dos al mismo tiempo), con duración de 30 minutos a 7 días. (Fumal & Schoenen, 2008) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

#### Clasificación de la cefalea tensional:

Según la última actualización en 2013 de la IHS, la Cefalea Tensional (TTH) se divide en:

**Cefalea Tensional episódica infrecuente EITH:** menos de una vez por mes, pero con al menos 10 episodios. Es decir que deben existir por lo menos 10 episodios, menos de 12

---

días al año. No presenta un alto impacto en quien la padece y puede no requerir atención profesional (Fumal & Schoenen, 2008) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

Esta a su vez se divide en EITH con hipersensibilidad pericraneal y EITH sin hipersensibilidad pericraneal (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

**Cefalea Tensional episódica frecuente ETTH:** Al menos 10 episodios en uno o más días, pero menos de 15 días al mes durante al menos 3 meses o entre 1 a 14 episodios al mes. Ocasiona pérdida en la calidad de vida, gran incapacidad y tratamiento con medicamentos costosos (Levin, 2013) (Fumal & Schoenen, 2008) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013) (Cid, 2014).

Se divide en ETTH asociada a alteración de los músculos pericraneales y ETTH sin hipersensibilidad pericraneal (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

**La Cefalea Tensional crónica CTTH:** se presenta por 15 días o más al mes durante más de 3 meses es decir más de 180 días o más por año. Pueden encontrarse con o sin hipersensibilidad pericraneal (Fumal & Schoenen, 2008) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

La Cefalea Tensional crónica es menos frecuente que la cefalea tipo Tensional episódica, pero tiene un mayor impacto individual. (Kim, y otros, 2015).

**Cefalea Tensional probable:** cumple alguna de las características de la Cefalea Tensional pero no todos y no tiene características de cefalea migrañosa (Fumal & Schoenen, 2008) (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).



## **Factores de riesgo de la cefalea tensional:**

Mala autopercepción de la salud, incapacidad para relajarse después del trabajo y pocas horas de sueño en la noche (Jensen & Stovner, *Epidemiology and comorbidity of headache*, 2008).

Es evidente que el estrés psicológico y la tensión mental son desencadenantes de la Cefalea Tensional (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005).

En el estudio realizado en el Norte de Italia, se encontró una fuerte asociación de presentación de Cefalea Tensional con rasgos depresivos, ansiedad (estas dos características más frecuentes en niñas que niños), monotonía emocional, personalidad rígida, temor a cambios ambientales o nuevas situaciones, en niños hombres se asocia más a tendencia agresiva.

También se encontró mayor hostilidad a miembros de la familia, sentimientos de fragilidad, y deseo de dependencia emocional, siendo tímidos, retraídos y extremadamente obediente a los deseos de los padres. Según Holroyd pueden encontrarse asociados diagnósticos de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, depresión menor, etc. (Pogliani, y otros, *Headache in children and adolescents aged 6–18 years in northern Italy: prevalence and risk factors.*, 2011) (Holroyd, y otros, 2000).

En el artículo publicado en el 2016, mencionan que existe mayor número de síntomas somáticos sin explicación (incluyendo cefaleas primarias) en niños con trastornos de pánico o ansiedad por separación de los padres, comparados con niños con otros trastornos de ansiedad. Plantean la ocurrencia concomitante de dolores de cabeza y trastornos de ansiedad por separación en la infancia como antecedentes de cefaleas asociadas y trastornos de pánico presentados en la adolescencia y edad adulta. El pensamiento catastrófico es característico en las cefaleas y los trastornos de ansiedad hacen más propensos a los niños a interpretaciones catastróficas de las situaciones en general (Fielding, S, Martin , & Waters, 2016).

---

Sin embargo, según Fielding y colaboradores, encontraron una mayor consonancia entre trastornos de ansiedad en niños y migraña en comparación con Cefalea Tensional, esto lo atribuyen a que a mayor severidad mayor angustia y ansiedad, dado que la Cefalea Tensional tiende a ser leve o moderada (Fielding, S, Martin , & Waters, 2016).

En adolescentes las cefaleas primarias se asociaron a incapacidad o dificultad para relacionarse en la esfera afectiva y la interacción con otros (Pogliani, y otros, Headache in children and adolescents aged 6–18 years in northern Italy: prevalence and risk factors., 2011).

La percepción de estrés y su afectación frente a molestias cotidianas, es mayor en individuos con cefaleas crónica diaria, y los enfermos con TTH recurrentes sienten que tienen mayor número de molestias cotidianas que los angustian (Moraska & Chandler , 2009)

Otros factores son la ansiedad, frustración, alteraciones hormonales, trastornos de sueño. (Espí- López, Colorado Lluch, & Vicente Herrero, 2013)

## **Generalidades y epidemiología de la cefalea tensional.**

La Cefalea Tensional es entre los dolores de cabeza el trastorno con mayor prevalencia que oscila entre 30- 78 % (46 % en promedio) según los diferentes estudios, comparado con un 11 % para la migraña, con un impacto funcional significativo a nivel social y de esta última 48,2 % para la Cefalea Tensional poco frecuente, 33,8 % para la cefalea frecuente y 2,3 para la Cefalea Tensional crónica (Fumal & Schoenen, 2008) (Lyngberg, Rasmussen, Jorgensen, & Jensen, 2005) (Stovner, y otros, 2007) (Stovner, y otros, 2007) (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008).

Según estudios realizados por Stoven y colaboradores la prevalencia más alta de Cefalea Tensional existe en Europa (80%) y es menor en Asia o América (20-30 %) aunque resalta que faltan estudios poblacionales sobre esta patología. En Cuba por ejemplo es la primera

causa de consulta médica y en Chile un estudio indicó que la consulta neurológica a nivel primario se debía en su mayoría a cefaleas (Espí- López, Colorado Lluch, & Vicente Herrero, 2013) (Stovner, y otros, 2007) (Cid, 2014).

El 80 % de la población en algún momento de su vida ha experimentado una Cefalea Tensional (World Health Organization WHO, 2012) (Kundu & Ahmad, 2004).

En la población infantil las cefaleas agudas recurrentes más frecuentes son la migraña y la Cefalea Tensional episódica y en cuanto a las cefaleas crónicas la Cefalea Tensional crónica ocupa el séptimo puesto. En este grupo etario también ha visto incrementado el porcentaje de niños afectados por cefaleas en 3 veces durante las últimas 2 décadas; probablemente debido a mayor exposición a situaciones estresantes (Asociación Española de Pediatría, 2010)

En el estudio realizado por Pogliani y colaboradores 10 % de los escolares del Norte de Italia padecen cefaleas primarias de las cuales 0.9- 24% corresponden a Cefalea Tensional (Pogliani, y otros, Headache in children and adolescents aged 6–18 years in northern Italy: prevalence and risk factors., 2011)

La edad promedio de inicio es a los 25 a 30 años y la duración en promedio es de 10.3 a 19.9 años (Gómez, 2008)

La mayor afectación se da entre los 20 a 50 años, incidiendo en especial en el periodo de mayor productividad de un individuo, conduciendo a ausentismo laboral (perdida de hasta 820 días de trabajo anual por cada 1000 personas comparado con 270 días en migraña) o reducción en la productividad en los que asisten a trabajar con cefalea; causando una afectación a nivel económico para el individuo y la sociedad. (Espí- López, Colorado Lluch, & Vicente Herrero, 2013) (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005) (Kundu & Ahmad, 2004).

La cefalea es una causa de consulta médica frecuente en todas las etapas de la vida, dado que aproximadamente la mitad a tres cuartas partes de los adultos entre 18 y 65 años tuvieron dolor de cabeza en el 2011 en todas las regiones excepto en África, según la OMS. En países desarrollados afecta a más de un tercio de hombres y a más de la mitad

---

de las mujeres. En cuanto a la prevalencia de las cefaleas es mayor e mujeres y disminuye con la edad en ambos sexos (Fumal & Schoenen, 2008) (World Health Organization WHO, 2012).

La cefalea es un síntoma muy frecuente en urgencias, constituye la cuarta causa de visita a estos servicios, aunque afortunadamente menos del 2% se debe a problemas neurológicos graves. En el servicio de urgencias el 50 -60% de las consultas son debidas a cefaleas primarias (World Health Organization WHO, 2012) (Cid, 2014) (Pradilla Ardila, 2008)

La prevalencia global de cefalea crónica en América Central y del Sur es de un 5 %. (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008)

Los dolores de cabeza también es una queja común en niños y adolescentes, con una prevalencia aproximada de 58,4 % y aunque la mayoría de cefaleas en pediatría son benignas (Alexiou & Angryropoulous, 2013).

Sin embargo, es de anotar que la mayoría de neoplasias en niños son de origen cerebral luego de la leucemia (Alexiou & Angryropoulous, 2013).

Al menos la mitad de la población mundial vive en países donde la prevalencia del dolor de cabeza es conocida solo de forma incompleta; y por ejemplo en Colombia no se cuentan con estudios epidemiológicos con respecto a Cefalea Tensional sino sobre migraña como en muchos otros países (Stovner, y otros, 2007).

Al revisar la literatura se encuentran dos estudios epidemiológico sobre prevalencia de enfermedades neurológicas en Colombia de 1999 por Takeuchi, y de Pradilla y colaboradores en 2003 en los que se evalúan ciertas patologías entre las cuales está la migraña, en el último determinan una prevalencia de 72.1 por 1000 habitantes para migraña, correspondiendo el 77.3 % a mujeres con esa patología; no encontrando reportes nacionales para la Cefalea Tensional (Takeuchi & Guevara, 1999) (Pradilla, Vesga, León-Sarmiento, & Geneco, 2003)

En la población infantil las cefaleas agudas recurrentes más frecuentes son la migraña y la Cefalea Tensional episódica y en cuanto a las cefaleas crónicas la Cefalea Tensional crónica ocupa el séptimo puesto (Quintana Prada)

Las cefaleas se encuentran dentro de las 10 primeras causas de discapacidad en hombres y mujeres y en los 5 primeros puestos para el género femenino (Jensen, Diagnosis, Epidemiology, and Impact of Tension- type Headache, 2003) (Stovner, y otros, 2007).

Es evidente en la medicina convencional que la falta de un manejo específico se debe en parte a la difícil diferenciación con la migraña crónica (40 % puede ser bilateral y en un 75 % asociado a dolor cérico- occipital) o su presentación conjunta, a la cefalea secundaria por sobreuso de analgésicos, y a que no se le ha dado la suficiente importancia en cuanto a su impacto social e individual pese a su elevada prevalencia, y la alta tasa de auto prescripción (Gómez, 2008) (Cid, 2014).

En la actualidad los tratamientos convencionales van enfocados a disminuir la frecuencia e intensidad de la cefalea, siendo en esta medida solo paliativos generando adicionalmente efectos secundarios indeseables en la mayoría de los casos. En el mundo, alrededor del 50% de los que padecen cefaleas, se automedican (Witt C. M., Ludtke, Mengler, & Willich, 2008)

En el estudio observacional transversal en el que se tomaron 61.665 trabajadores de correos de provincias españolas, se encontró una insatisfacción del 65 % con la asistencia médica recibida con tratamiento convencional (Vicente, Láinez, & Díaz, 2004) exponiendo una brecha aún amplia entre una patología muy frecuente en la población frente a un tratamiento poco efectivo, con baja satisfacción y adherencia.

En el metaanálisis realizado por Jeffrey y colaboradores en el 2010, dejan ver que los antidepresivos tricíclicos tienen un efecto superior al placebo y a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, que potencian el efecto de los analgésicos, sin embargo, logran solo una mejoría de los síntomas, en el 50 % de los casos (Jackson, y otros, 2010)

---

En cuanto a las comorbilidades pueden existir en un mismo individuo hasta 5 diferentes tipos de cefaleas y el 94 % de los pacientes con migraña tienen Cefalea Tensional asociada (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008)

También existe relación con enfermedades como ACV, HTA, diabetes, asma, obesidad, o trastornos no tan bien definidos como la fibromialgia, dolor de espalda, muscular local ansiedad y depresión (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008)

En cefaleas primarias las neuroimágenes buscan descartar una patología estructural, pues solo en la migraña o cefaleas trigémino autonómicas se encuentran imágenes focales en sustancia blanca evidentes en RM ponderada en T2 o FLAIR, mas no en Cefalea Tensional (Cobeñas, y otros, 2015)

## **Fisiopatología de la cefalea tensional.**

En cuanto a la fisiopatología las causas de la Cefalea Tensional se encuentran varios desencadenantes o factores asociados:

Recientes teorías indican que bajo una susceptibilidad genética, un individuo sometido a estrés crónico puede generar una elevación persistente de glutamato, esto favorece la estimulación de receptores NMDA activando el complejo proteico NFkB, favoreciendo la transcripción y aumento de enzimas tales como la Cox 2 y Óxido nítrico, los cuales producen vasodilatación de estructuras intracraneales como el seno sagital superior y daño de estructuras como la duramadre, el dolor se genera por fibras nociceptivas C y Aδ que van al asta dorsal y al núcleo del trigémino, donde luego sinapsan con neuronas de segundo orden, allí también convergen las neuronas mecanoreceptoras, que en últimas conducen a sensibilización central (Rossi P. , Vollono, Valeriani, & Sandrini, 2011) (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005).

A nivel molecular, el dolor en la periferia provoca la liberación de neuropéptidos y neurotransmisores como la sustancia P y glutamato, los cuales activan los receptores de la membrana postsináptica, que generan potenciales de acción que alteran la plasticidad sináptica y disminuyen los umbrales de dolor (Rossi P. , Vollono, Valeriani, & Sandrini, 2011) (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005).

En individuos susceptibles, a nivel del circuito espino bulboespinal se sintonizan señales de dolor provenientes de la periferia, disfuncionales y aumentadas que generan una sensibilización central (Rossi P. , Vollono, Valeriani, & Sandrini, 2011).

Estudios neurofisiológicos muestran que existe una hiperexistabilidad refleja o una reducción de la inhibición de circuitos tronco cerebrales (Rossi P. , Vollono, Valeriani, & Sandrini, 2011).

Los nociceptores alrededor de los vasos en el músculo estriado y en las inserciones de los tendones y fascias así como la tensión mecánica, isquemia e inflamación se muestran como posibles activadores de dolor. Las fibras mielinizadas (A $\delta$ ) y las no mielinizadas (C) median el dolor muscular. Los estímulos nocivos mecánicos, la isquemia, y químicos podría excitar y sensibilizar las fibras A $\delta$  y C (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005)

La detección dolor a la presión baja, y, y los umbrales de tolerancia térmica eléctricas indican la presencia de alodinia (dolor provocado por estímulos que normalmente no se percibe como dolorosos) y la hiperalgesia (aumento de la sensibilidad a los estímulos dolorosos) en pacientes con CTTH. El carácter generalizado y no específico de la hipersensibilidad indica que la sensibilidad al dolor se ve afectada a nivel central en la CTTH. Por lo tanto, se puede concluir que la sensibilidad al dolor general en el sistema nervioso central se aumenta en pacientes con CTTH, mientras que el procesamiento central del dolor parece ser normal en pacientes con ETTH. (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005)

El óxido nítrico, que juega un papel importante por el efecto antinociceptivo de los inhibidores de ON sintasa (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005)

---

Mecanismos emocionales alteran los reflejos troncoencefálicos y aumentan la tensión muscular por medio del sistema límbico dentro de los sistemas de control del dolor descendente y al mismo tiempo aumentan la excitabilidad en el nivel espinal/ trigeminal para reducir el tono en el sistema antinociceptivo endógeno que es responsable de la TTH crónica (Bougea, y otros, 2013) (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008) (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005).

Al parecer también existe una disminución de la inhibición descendente que podría ser primordial en la sensibilización central de la Cefalea Tensional (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2012)

Es evidente el estrés psicológico y la tensión mental son desencadenantes de la Cefalea Tensional (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005).

La percepción de estrés es mayor en individuos con cefaleas crónica diaria, y los enfermos con TTH recurrentes sienten que tienen mayor número de molestias cotidianas que los angustian (Moraska & Chandler , 2009)

Otros factores son la ansiedad, frustración, alteraciones hormonales, trastornos de sueño. (Espí- López, Colorado Lluch, & Vicente Herrero, 2013)

El estrés puede irritar el tejido miofascial sensible mediante el aumento de la contracción muscular provocando aumento de nocicepción de los músculos tensos, favorecido por un cambio temporal en el centro del dolor, seguido de una liberación de adrenalina, cortisol, noradrenalina y otras sustancias como respuesta al estrés. Mecanismos emocionales aumentan la tensión muscular por medio del sistema límbico y al mismo tiempo aumentan la excitabilidad en el nivel espinal/ trigeminal para reducir el tono en el sistema antinociceptivo endógeno que es responsable de la TTH crónica (Bougea, y otros, 2013).

Existe una sensibilidad muscular pericraneal como en el músculo masetero, temporal, suboccipital, cervical posterior y trapecio medio (Janke, Holroyd, & Romanek, 2004)



La contracción muscular también se debe a una respuesta protectora al dolor, por isquemia o anormalidad en el flujo sanguíneo y por cambios en el control descendente de las fibras del trigémino de segundo orden a nivel del tallo cerebral al integrarse con la nocicepción periférica favoreciendo a su vez el dolor miofascial (Gómez, 2008)

La ansiedad y la depresión pueden contribuir al aumento de la excitabilidad nociceptiva central, así como una elevada sensibilidad muscular pericraneal. La tensión muscular puede incrementarse a través del sistema límbico junto con una disminución el tono antinociceptivo por efecto de factores emocionales (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005) (Gómez, 2008).

En Cefalea Tensional crónica es alta la frecuencia de ansiedad encontrándose en un 44 % de los pacientes, depresión en un 40 %, en la Cefalea Tensional episódica la ansiedad se presenta en un 60 % de los casos y depresión en un 32 %, los cuales son factores cronificadores del dolor (Gómez, 2008).

El aumento de la nocicepción de los músculos tensos podrían ser la causa principal de cefalea, un cambio temporal en el centro de control del dolor debido a estrés, más mecanismos emocionales que aumentan la tensión a través del sistema límbico, lo que reduce el tono en el sistema antinociceptivo endógeno (Fumal & Schoenen, 2008).

Algunos estudios han mostrado alteraciones en los umbrales de dolor a nivel temporal, trapecio y región tibial anterior para musculo y piel, lo que demuestra hiperalgesia generalizada en pacientes con Cefalea Tensional crónica. También existe hiperalgesia a estímulos aplicados en regiones tanto cefálicas como extracefálicas (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005) (Rossi P. , Vollono, Valeriani, & Sandrini, 2011)

El aumento de la sensibilidad miofascial es más pronunciado que el aumento de la sensibilidad general del dolor. (Rossi P. , Vollono, Valeriani, & Sandrini, 2011) (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005)

Se encuentra una sensibilidad aumentada en los músculos y tendones pericraneales. Por ejemplo, el músculo trapecio es más endurecido y sensible en episodios o no de cefalea

---

en pacientes con diagnóstico de TTH (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005) (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008) (Fumal & Schoenen, 2008)

Se ha evidenciado que debido al aumento en la excitabilidad del sistema nervioso central (SNC) por estímulo repetitivo y sostenido miofascial pericraneal se puede pasar de una Cefalea Tensional episódica a una crónica (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2005).

Algunos consideran que la Cefalea Tensional frecuente y poco frecuente se origina en los centros nociceptivos miofasciales mientras que la Cefalea Tensional crónica se origina en los mecanismos centrales del cerebro, esto porque a mayor número de eventos de cefalea, más cambios centrales (procesos en su mayoría dependientes de Óxido nítrico) como sensibilización de neuronas de segundo orden, potenciación a largo plazo y reducción de actividad del sistema antinociceptivo (Fumal & Schoenen, 2008).

La respuesta cualitativamente alterada miofascial se puede deber a un umbral bajo de los nervios aferentes mecanosensibles que normalmente no median el dolor, pero que tiene una función de estímulo respuesta lineal similar. Se encuentra alterada la nocicepción en los músculos de pacientes con dolor crónico miofasciales por sensibilización central de los nociceptores de segundo orden a nivel de la espina dorsal, cuernos y núcleos trigeminales. sensibilización de neuronas supraespinales y disminución de la inhibición descendente de las estructuras supraespinales (Fumal & Schoenen, 2008).

En la Cefalea Tensional crónica se encontró disminución de los umbrales de dolor en sitios extracefálicos como el tendón de Aquiles, pero evidentemente los umbrales a nivel del cráneo eran más bajos que en resto de localizaciones (Fumal & Schoenen, 2008)

Los puntos gatillo miofasciales son puntos hiperirritables en el músculo esquelético. Se produce dolor a la compresión y estiramiento. Estos puntos activos, son una de las causas de los síntomas clínicos, como dolor referido y movimiento restringido de los tejidos afectados, mientras que los puntos gatillo miofasciales latentes no son necesariamente una fuente inmediata de dolor, pero pueden dar lugar a alteraciones musculares, como fatiga y restricción al movimiento (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008)

En el estudio realizado en el 2004 en Ohio por la doctora Janke y colaboradores se evidenció una fuerte relación entre depresión y cefalea al constatar que el 80 % de los pacientes con propensión a la Cefalea Tensional y depresión al ser sometidos a estrés desarrollaban cefaleas, comparados con un 50 % de los pacientes con propensión a HTT pero sin depresión y un 20 % o menos en los controles sanos. (Janke, Holroyd, & Romanek, 2004) es decir, la depresión es un factor de riesgo para desarrollar dolor de cabeza por estrés. (Janke, Holroyd, & Romanek, 2004)

Con episodios más frecuentes de cefaleas los cambios centrales se vuelven más importantes, y se genera progreso hacia la Cefalea Tensional crónica con la sensibilización de neuronas nociceptivas, disminución de la actividad en el sistema antinociceptivo. (Fumal & Schoenen, 2008).

A diferencia de la migraña no se encuentra elevación de niveles plasmáticos de péptido relacionado con el gen de la calcitonina, la sustancia P, el neuropéptido Y y el péptido intestinal vasoactivo (Gómez, 2008).

El mecanismo último de la Cefalea Tensional se relaciona, pero no se explica solo por el exceso de contracción de los músculos pericraneales. En casi todos los casos en los que la cefalea es crónica, la situación es muy compleja y la interpretación fisiopatológica se relaciona con los mecanismos del dolor crónico en general y de la fibromialgia en particular. En la mayoría de los casos de Cefalea Tensional crónica, la segunda respuesta del reflejo exteroceptivo está anulada y frecuentemente coexisten con distimias (Fumal & Schoenen, 2008)

La cronificación de la cefalea se favorece por el empleo inadecuado o excesivo de medicamentos analgésicos o psicofármacos, un descenso del umbral perceptivo del dolor por una perturbación en los circuitos funcionales y anatómicos de control de la nocicepción cefálica.

---

## **Evolución de la cefalea tensional**

Realizaron un seguimiento por 10 años a 62 pacientes encontrando que, en cefaleas episódicas, un 75 % aproximadamente se mantiene sin cambio, y un 25 % desarrollan Cefalea Tensional crónica. En las cefaleas crónicas, el 31% se mantiene sin cambio persistiendo la cefalea de manera crónica, el 21 % desarrollo cefalea por abuso de medicamentos y el resto (48%) volvió a la forma episódica. (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008). Concluyendo de esto que la evolución en general es poco favorable tendiendo a su cronificación e incluso empeoramiento del cuadro (Gómez, 2008).

Son factores de pobre pronóstico la ansiedad, depresión o la sobreutilización de medicamentos (Gómez, 2008)

## **Impacto de la cefalea tensional a nivel personal, social, económico, sistema de salud.**

La frecuencia de consulta por cefalea al médico de cabecera varía según los estudios existentes encontrando un 1.5 % en Norte América, 1,9 % en Australia, 2.6 % en Alemania o un 5.4 % en Holanda. En países de ingresos bajos es de 25-30 % y de 18.5- 20 % en medianos y y altos ingresos (World Health Organization WHO, 2012) (Frese, Druckerey, & Sandholzer, Headache in General Practice: Frequency, Management, and results of Encounter, 2014).

En Estados Unidos, la cefalea se encuentra dentro de los 14 motivos de consulta más frecuentes a nivel de medicina general; la Cefalea Tensional genera un gran impacto socioeconómico por su elevada prevalencia y amplio espectro de discapacidad (Kundu & Ahmad, 2004). (Frese, Druckerey, & Sandholzer, Headache in General Practice: Frequency, Management, and results of Encounter, 2014).

En un estudio realizado en el hospital de Elda España encontraron que hasta el 30 % del total de consultas neurológicas son por cefalea, siendo el motivo de consulta neurológico más frecuente (Medrano, Genovés, & Esquembre, 2007)

Las tres primeras causas de consulta por dolor de cabeza, tanto en atención primaria y especializada, son Cefalea Tensional, migraña y la combinación de éstas dos. (World Health Organization WHO, 2012).

Los porcentajes estimados de todas las consultas en las Américas para Cefalea Tensional es del 22 % por especialista y del 28 % por atención primaria; en migraña es del 33 % y del 28 % respectivamente (World Health Organization WHO, 2012), mostrando la gran demanda que implica en los servicios y por tanto el costo monetario asociado a esta patología en el sistema de salud.

Estudios daneses han mostrado que el número de días de trabajo perdidos en la población con Cefalea Tensional es tres veces mayor que para la migraña. (Jensen & Stovner, Epidemiology and comorbidity of headache, 2008)

En un estudio realizado en Dinamarca durante 12 años se encontró que la tasa de ausentismo era mayor en cefalea mixta (migrañosa junto con Tensional) o Tensional frecuente, más que en cefalea tipo migraña pura (Lygberg, Rasmussen, Jorgensen, & Jensen, 2005)

Sin contar con el efecto negativo que tiene la Cefalea Tensional en las personas que la padecen, pues perturba sus actividades sociales, familiares y en general la esfera emocional desmejorando su calidad de vida (Kundu & Ahmad, 2004)

Sin embargo otros estudios como los de de Stoven, calculan un 30 % de discapacidad en Cefalea Tensional y un 70 % en migraña, aunque se enfatiza en la falta de estudios en cuanto a la primera, esto debido a que hasta hace poco tiempo se ha incrementado el esfuerzo hacia su investigación, pues previamente era poco lo que se conocía sobre la fisiopatología de la Cefalea Tensional y de su epidemiología y por tanto las opciones de

---

tratamiento no ha mejorado en las últimas décadas comparada con la migraña (Stovner, y otros, 2007) (Kundu & Ahmad, 2004) (Ashina, Bendtsen, & Ashina, 2012).

Reportes de Estados Unidos desde 1994 mostraron un costo indirecto (ausentismo laboral o reducción en la eficiencia en el trabajo) de 14 mil millones por los 22 millones de pacientes entre los 20 y 65 años y unos costos directos (medicamentos, consultas, investigaciones y hospitalizaciones) por 1 mil millones de dólares (Jensen & Stovner, *Epidemiology and comorbidity of headache*, 2008)

Vale anotar que la cefalea de forma individual, aunque tiene un menor costo por paciente, comparada con accidentes cerebro vasculares, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson o demencia, al ser una enfermedad más prevalente comparada con el resto de trastornos neurológicos, supera globalmente en costo las otras patologías neurológicas (Jensen & Stovner, *Epidemiology and comorbidity of headache*, 2008)

Dada la baja mortalidad en cuanto a cefalea primaria, muchas veces no se da la real importancia o se busca de manera fehaciente el logro satisfactorio de la remisión de los síntomas en el manejo diario de esta patología, muchas veces siendo inadecuado e insatisfactorio, generando recidiva o fracaso terapéutico, causando en el paciente bajas expectativas en su mejoría, produciendo deterioro de la calidad de vida y favoreciendo el abuso de los analgésicos, incluso sin fórmula médica (Carbonell, Parres, & Andrés).

Tiene una alta repercusión social ya que el 60 % de las personas sufren un episodio de dolor de cabeza al mes y un 3 % pueden tener episodios por más de 15 días al mes. (Espí-López, Colorado Lluch, & Vicente Herrero, 2013).

La cefalea se encuentra dentro de las 10 primeras causas de discapacidad en hombres y mujeres y en los 5 primeros puestos para el género femenino (Jensen, *Diagnosis, Epidemiology, and Impact of Tension- type Headache*, 2003) (Stovner, y otros, 2007).

## Tratamiento convencional de la cefalea tensional.

La terapia para Cefalea Tensional puede subdividirse en corto termino o abortivo (tratamiento farmacológico principal) de cada ataque y tratamiento a largo término (tratamiento farmacológico y no farmacológico) (Fumal & Schoenen, 2008).

En la terapia aguda conveniente en Cefalea Tensional infrecuente o frecuente, tal como paracetamol o AINES; si el dolor progresa se adiciona la terapia preventiva. En la terapia preventiva se utilizan antidepresivos tricíclicos como amitriptilina en dosis bajas o antidepresivos duales como mirtazapina o vanlafaxina. En manejo no farmacológico incluye regulación de sueño, mejorar actividad física regular, optimizar manejo de estrés, terapias cognitivo conductuales, entre otros (Cid, 2014)

El ibuprofeno 800 mg es la primera elección en ataques de dolor agudo (ya que es más efectivo que el paracetamol y la aspirina), seguido por naproxeno 825 mg. Como terapia abortiva se usan grandemente los analgésicos simples y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), considerándose como indiscutible la eficacia terapéutica de estos últimos. La combinación de analgésicos con cafeína, sedantes y tranquilizantes pueden ser más efectivos en algunos pacientes, aunque esto lleva a un uso sub óptimo de dosis de AINES (Fumal & Schoenen, 2008) (Becker, y otros, 2015) (Gómez, 2008).

También son utilizados: ácido acetil salicílico 1000 mg, la aspirina tiene un mejor efecto que el placebo y es comparable al paracetamol; acetaminofén 1000 mg (Becker, y otros, 2015) (Gómez, 2008).

La unión con cafeína 30 mg o 200 mg ha aumentado la eficacia de analgésicos simples e ibuprofeno en ensayos controlados. (Fumal & Schoenen, 2008).

Los antiinflamatorios no esteroideos tipo inhibidores selectivos de la COX 2 según estudios clínicos y metaanálisis muestran efectos adversos de gravedad a nivel cardiovascular y gastrointestinal, como aumento del riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal e hipertensión arterial. En

---

específico la exposición a ibuprofeno precipita la aparición de falla renal aguda, encontrándose una relación directa con su consumo, también eleva la tensión arterial e inhibe la respuesta a los diuréticos por la producción de retención hídrica, hiponatremia e hiperkalemia (Batlouni, 2010) (Bejarano, 2006)

En la práctica clínica los antidepresivos tricíclicos son los profilácticos más útiles para Cefalea Tensional crónica o frecuente. Los antidepresivos tricíclicos a nivel farmacológico actúan a diferentes niveles como: aumentos de serotonina por inhibición de su recaptación, la liberación de endorfinas, o la inhibición de los receptores NMDA, relacionados con la transmisión del dolor, siendo todo esto relevante para la fisiopatología de la Cefalea Tensional. (Fumal & Schoenen, 2008).

Como primera línea se tiene amitriptilina 10-100 mg/d, nortriptilina 10-100 mg/d y como Segunda línea mirtazapina 30 mg/d y venlafaxina 150 mg/d (Becker, y otros, 2015).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS, frecuentemente pueden generar insomnio, sudoración y disfunción sexual (Gómez, 2008)

El uso de analgésicos combinados a sedantes o cafeína puede aumentar el potencial analgésico, pero conlleva el riesgo de generar dependencia, cronificación de la cefalea o abuso del consumo de estos fármacos (Gómez, 2008).

En el 87 % de los países los medicamentos elegidos son los AINES siendo, el paracetamol el más usado (75 % de los casos). En las Américas el 74 % prefiere el uso de paracetamol y 53 % uso de Aspirina (World Health Organization WHO, 2012)

Existe un apoyo científico sólido a la utilidad de la relajación y las terapias de bioalimentación con electromiografía. Intervenciones conductuales cognitivas, tales como programas de gestión del estrés, pueden reducir eficazmente la actividad, pero son más útiles cuando se combina con biofeedback y terapias de relajación en pacientes con niveles más altos de los problemas cotidianos. (Fumal & Schoenen, 2008).



Se produjo una reducción en el índice e escala de cefalea, en un 64% con terapia combinada (conductual más antidepresivos), 38 % en tratados con antidepresivos tricíclicos, 35 % con gestión del estrés, 29 % con placebo (Bougea, y otros, 2013).

Se han probado intervenciones no farmacológicas como la terapia cognitiva conductual, la biorretroalimentación electromiograma, ejercicios de relajación, acupuntura, fisioterapia y sus combinaciones con reducción en la frecuencia y tensión muscular (Bougea, y otros, 2013)

La técnica de Liberación Emocional (EFT), desarrollado por Gary Graig, se utiliza para el manejo del estrés. El EFT es una forma suave y no invasivo de la acupresión emocional mediante los meridianos de acupuntura llamado "acupuntura sin agujas" con el cual al tocar los puntos meridianos en la parte superior del cuerpo libera el bloqueo de energía y refuerza un cambio en la cognición paciente a asumir la plena responsabilidad de su propia salud y bienestar. (Bougea, y otros, 2013),

Por la falta de tratamiento específico y eficaz para la Cefalea Tensional, los pacientes consultan a muchos médicos y gastan grandes sumas de dinero en tratamientos, sin lograr alivio efectivo a su dolor de cabeza (Jensen & Stovner, *Epidemiology and comorbidity of headache*, 2008).

Los pacientes con cefalea tienen una menor calidad de vida que la población general. La discapacidad real se define como uno o más días con restricción de la actividad o pérdida de la actividad por cefalea en los últimos 3 meses. (Kim, y otros, 2015) (Jensen & Stovner, *Epidemiology and comorbidity of headache*, 2008)

A pesar de esto, una baja proporción de pacientes comparado con el alto porcentaje de la población aquejado por la HTT, busca atención médica, por falta de empatía y comprensión con el médico tratante, así como miedo a no ser tomado en serio, banalización del trastorno, y la amplia difusión más percepción errónea de que el dolor de cabeza tiene una base puramente psicológica. (Kundu & Ahmad, 2004).

---

Debido a su etiopatogenia multifactorial y lo particular de cada paciente, se requieren métodos terapéuticos diferentes e individualizados que logren mejores resultados que los logrados a la fecha.

En todo el mundo, aproximadamente el 50% de las personas con dolor de cabeza se automedican, sin contacto con profesionales de la salud causando un empeoramiento de sus síntomas y cronificación de la patología (World Health Organization WHO, 2012)

### 3.3.1.3 Cefalea trigémino autonómicas.

Se presentan lateralmente, generalmente con signos autonómicos parasimpáticos craneales lateral y homolateral a la cefalea. Puede iniciar entre los 20 y 40 años y es 3 veces más frecuente en hombres que mujeres (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013)

A su vez se subdivide en:

**Cefalea en racimos**, hemicránea paroxística, neuralgiforme unilateral de breve duración, hemicránea continua, trigémino autonómica probable.

La cefalea en racimos produce un dolor severo, unilateral generalmente orbitario, supra orbitario, temporal o una combinación de estos sitios, durando de 15 a 180 minutos, sea asocia a lagrimeo, inyección conjuntival homolateral, congestión nasal, rinorea, sudor frontal o facial, miosis, ptosis o edema palpebral con o sin inquietud (Belvis, Mas, & Roig, 2015)

La **cefalea hemicránea paroxística** se caracteriza por dolores severos, unilateral en región orbitaria, supraorbitaria, temporal o una combinación de estas localizaciones, duración por 2 a 30 minutos, se da por lo menos 5 veces al día. Se asocia a lagrimeo, inyección conjuntival homolateral, congestión nasal, rinorea, sudoración frontal o facial, miosis, ptosis con o sin edema palpebral (Belvis, Mas, & Roig, 2015)

En cuanto a la **cefalea neuralgiforme** unilateral de breve duración es estrictamente unilateral y dura de segundos a minutos, por mínimo una vez al día, generalmente se aúna a lagrimeo y enrojecimiento ocular homolateral (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013)

**La cefalea hemicránea continua** consiste en inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorea, sudoración frontal y facial, miosis, ptosis o edema palpebral homolateral y adicionalmente inquietud o agitación. Este responde a indometacina (Belvis, Mas, & Roig, 2015)

Entre otras cefaleas primarias tenemos:

Cefalea tusígena primaria, cefalea primaria por esfuerzo físico; cefalea primaria asociada con actividad sexual, cefalea en trueno primaria, cefalea por criostímulo, cefalea por presión externa, cefalea punzante primaria, cefalea numular, cefalea hipóptica, cefalea diaria persistente de novo (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

### **3.3.2 Cefaleas Secundarias** (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013).

Atribuida a:

- Traumatismo craneal y/o cervical
- Trastorno vascular craneal y/o cervical.
- A administración o supresión de una sustancia.
- A infección
- A trastorno de la homeóstasis.
- Cefalea o dolor facial atribuido a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, boca.
- Cefalea atribuible a trastorno psiquiátrico.

---

### 3.4 GLOSARIO O ACLARACIÓN DE CONCEPTOS A NIVEL REPERTORIAL: (Casale, 1998).

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada se aprecia que, aunque existen parámetros establecidos por la asociación internacional de cefaleas, en sus criterios diagnósticos no se incluyen factores concernientes a la esfera mental que son muy importantes en su patogenia y se encuentran presentes dentro de su sintomatología, o por ejemplo la sensibilidad pericraneal, también cabe anotar que aunque se pone de relieve algunos síntomas como excluyentes, pueden presentarse de manera leve como las náuseas en cefaleas tensionales crónicas o la foto o fonofobia .

**Tensión psíquica:** ansiedad.

**Nerviosismo:** “Estado pasajero de excitación nerviosa” (Real Academia Española, 2014)

**Estrés:** “tensión causada por circunstancias angustiosas que causan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” (Real Academia Española, 2014).

**Esfuerzo mental:** se refiere a personas sometidas a stress, sobre esfuerzos laborales, tensiones o preocupaciones desproporcionadas que llevan al individuo al límite.

**Trabajo mental:** esfuerzo mental normal al realizar algún trabajo intelectual.

**Anticipación:** se presenta cuando existiendo un evento real que se producirá en un futuro, genera en el individuo una reacción generalmente de preocupación y preparación, antes de tiempo (Casale, 1998)

En los trastornos por anticipación se genera sudoración en manos, inquietud, diarrea, palpitaciones, insomnio, etc

**Ansiedad:** Sensación de inquietud o sensación agobiante sin que exista un evento o causa desencadenante real y no causa una afectación somática localizada,

**Irritabilidad:** de malhumor, lo que lleva al individuo a molestarse por lo que sea. Tensión nerviosa con enojo, (Casale, 1998).

**Frustración:** “privar a alguien de lo que esperaba. Dejar sin efecto o malograr un propósito o intento de quien procura realizar algo” (Real Academia Española, 2014). Se relaciona con, los siguientes términos:

**Contradicción no tolera:** personas afectadas por situaciones, opiniones que obstaculizan sus decisiones, generalmente están en contra de todo lo que ocurre. Suelen ser irritables

**Cólera reprimida:** patologías surgidas por contener la rabia producida.

**Descontento:** insatisfecho, disgustado, contrariado consigo mismo y con todas las cosas.

**Impaciente:** desea solucionar todo inmediatamente lo que genera incomodidad.

**Indignación:** enojo frente a alguna situación que se cree injusta.

**Trastorno por decepción:** trastorno producido descontento o desaliento frente a una situación que afecta su vida.

**Mortificación:** producida por desprecio, injusticia, agresión repetida o situaciones no merecidas. Es un sentir de dolor ante lo injusto, por tanto, está relacionado con la frustración.

---

## 4. ABORDAJE HOMEOPÁTICO DEL ENFERMO CON CEFALEA

Es importante tener en cuenta la individualidad de cada paciente, y la singularidad de cada caso, sin embargo, en todas las consultas se sigue un esquema de interrogatorio, con la premisa de nunca hacer juicios de ningún tipo y permitiendo que el paciente se exprese lo más libremente posible, requiriendo la intervención del médico solamente para dirigir la entrevista, y aclarar datos sobre la sintomatología que hayan quedado incompletos en cuanto a la modalización (Eizayaga F. X., 1981).

La consulta homeopática inicia con la explicación hacia el paciente sobre que es la homeopatía y cuál es su forma de actuar, así como la manera en que se desarrollará la consulta (Eizayaga F. X., 1981).

Se indaga sobre el motivo de consulta o la causa por la cual asiste, en este caso la queja se referirá al dolor de cabeza; se debe interrogar desde hace cuánto inicio el cuadro clínico y si existió algún factor desencadenante o que el paciente asocie con el origen; el tipo de dolor (urente, punzante, pulsátil, presivo, lancinante, etc.), también se indaga sobre la localización (holo, hemicraneana, puntiforme, etc), irradiación, intensidad, tiempo de evolución, periodicidad (recurrente, constante, imprecisa), horarios de aparición, relación con ritmos biológicos, duración de cada episodio, agravación o mejoría, así como factores desencadenantes, o que exacerben o mejoren la molestia, tales como ansiedad, estrés, depresión, la luz, el ruido, ciertas comidas, el agua, ayuno, alcohol, viajes, los ciclos menstruales, excesos o privaciones de sueño, el estrés, los olores, el trabajo intelectual o físico, entre otros; si causa interrupciones en el sueño (Instituto Luis G. Páez, 2014) (Schmidt, 2001) (Quintana Prada)

En este punto se evidencia la importancia de caracterizar lo más completo posible el síntoma en cuestión, pues de esto dependerá en gran parte que se elija el medicamento más apropiado (Pirra, 2008) (Schmidt, 2001).

A continuación, se cuestiona sobre los antecedentes personales, es decir cirugías previas, patologías diagnosticadas, incluyendo enfermedades de transmisión sexual (siempre se busca un manejo integral, no excluyente, y en este sentido los diagnósticos alopáticos se deben conocer), medicamentos que esté tomando sean de la medicina convencional (como corticoides, anticonceptivos, antidepresivos, ansiolíticos, etc.), alternativa (homeopáticos, medicina china, terapia neural, osteopatía, fitoterapia, etc.), vacunas aplicadas y efectos producidos por esto; alérgicos; toxicológicos, traumáticos (Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., 2005) (Schmidt, 2001).

Antecedentes familiares, como cáncer, diabetes, hipertensión, esquizofrenias u otras enfermedades mentales o retardos, etc (Schmidt, 2001).

Posterior a esto se pregunta sobre síntomas típicos de la entrevista homeopática tales como la sed, si es de grandes o pocas cantidades; el apetito, el sueño en cuanto a su calidad, horarios en que se despierta, si es tranquilo, agitado, y el contenido de sus sueños, pero solo si son repetitivos; los gustos y aversiones que tiene con respecto a los alimentos, como es su calor corporal; si hay horarios del día en que en general aparezcan o se agraven en general todos sus síntomas (en este caso, no solo la cefalea) incluyendo su estado de ánimo (Schmidt, 2001).

En las mujeres se interroga sobre las características del color de la sangre, duración de los ciclos, regularidad, aparición de coágulos, dolores asociados, o síntomas concomitantes con el sangrado menstrual (Schmidt, 2001).

Seguidamente se buscan puntos cruciales en la vida del paciente por medio de la historia biopatográfica, que hayan marcado su comportamiento o que hayan sido determinantes en la situación actual que presenta (Schmidt, 2001).

Se indaga también su temperamento frente a situaciones de estrés, si lo contradicen, si prefiere la soledad, la compañía, si es concienzudo, desordenado en sus actividades y pertenencias, su autodefinición como persona; en resumen, se busca obtener la imagen más clara posible de la persona en estudio valorando su esfera mental, emocional y física (Schmidt, 2001).

También se debe realizar un examen físico completo y en este caso en especial un examen neurológico clínico acucioso, incluyendo toma de la tensión arterial, auscultación craneal, fondo de ojo, etc (Quintana Prada)

Posterior a esto se analiza cuidadosamente los datos obtenidos buscando los más importantes según la esfera afectada, la afectación que estos produzcan en la vida del paciente, y la cronicidad, determinando cuales son los síntomas más jerárquicos e históricos para posteriormente trasladarlos al lenguaje repertorial y realizar la búsqueda sea en el repertorio digital o manual y de esta manera asignar una puntuación a cada medicamento relacionado con cada síntoma (Schmidt, 2001).

Los primeros 10 medicamentos con mayor puntaje serán los que guían la elección del remedio seleccionado. Siempre se debe tener una visión global del paciente, de su conjunto y un conocimiento adecuado de la materia médica, pues cada paso incluyendo la repertorización es solo una guía para el médico tratante (Schmidt, 2001).



## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL.**

1. Visibilizar los rubros repertoriales y los medicamentos homeopáticos útiles en el manejo de enfermos con cefalea tensional.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Revisar la cefalea tensional, causas, fisiopatología, clasificación y manejos actuales.
2. Aclarar los conceptos de tipo mental relacionados con cefalea tensional.
3. Establecer los rubros repertoriables acorde a los síntomas que caracterizan la fisiopatología de la cefalea tensional.
4. Luego identificar y visibilizar las posibles modalizaciones de dolor de cabeza tensional que permitan convertir estos síntomas en característicos.
5. Identificar cuáles medicamentos homeopáticos cubren los síntomas repertorizados
6. Identificar los medicamentos pequeños que cubren los síntomas repertorizados.
7. Describir la materia médica comparada de los 10 medicamentos policrestos y los 11 remedios pequeños que cubren la mayoría de síntomas y están mejor puntuados en la repertorización.
8. Elaborar un cuadro comparativo destacando las diferencias entre los medicamentos

## 6. METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica en libros de consulta habitual homeopática, así como artículos publicados en idioma español e inglés, en bases de datos como: pubmed, EBMR reviews Cochrane, biblioteca virtual en salud, EBSCOhost research, Embase, Free medical Journals: Promoting Free Accesss to Medical Journals, Medline, OVID Journals, Scielo, Science Direct, Springer Journal, Wiley Online Library. Detallando la fisiopatología, sintomatología, criterios diagnósticos y manejos actuales de la cefalea tensional.

La búsqueda se estableció con términos MESH como cefalea, cefalea tensional, cefalea y homeopatía, cefalea tensional y homeopatía, dolor de cabeza y homeopatía, headache AND homeopathy, migraine AND homeopathy.

Con base en el diccionario de Casale se definieron los conceptos claves con respecto a los factores desencadenantes asociados a cefalea tensional y determinantes en el área homeopática.

Se efectuó una base conceptual sobre las cefaleas en cuanto a su definición, clasificación, manejo convencional junto a sus posibles efectos secundarios con el tratamiento alopático.

Basado en los criterios diagnósticos de cefaleas se tradujeron al lenguaje repertorial, y se establecieron los rubros repertoriables acorde a los síntomas que caracterizan la fisiopatología de la cefalea tensional.

Luego se identificaron y se hizo la descripción de las posibles modalizaciones de dolor de cabeza que permitan convertir estos síntomas en característicos.

Luego utilizando el software Minnotti 2013 y Radar de repertorización se descubrieron los medicamentos homeopáticos policrestos que cubren los síntomas característicos repertorizados.

También mediante el repertorio Radar se encontraron los medicamentos pequeños mejor puntuados para cefalea tensional con base en los síntomas seleccionados.

Así mismo se ingresaron los síntomas al software Radar 2013 para obtener los medicamentos pequeños mejor puntuados arrojados con esta repertorización.

Finalmente se hizo una descripción de la materia médica comparada de los de los 10 policrestos y de los 11 medicamentos pequeños que cubren la mayoría de síntomas y mejor puntuados en la repertorización y se elaboró un cuadro comparativo destacando las diferencias entre los medicamentos.

## **7. ASPECTOS ÉTICOS:**

Debido a las características de este trabajo, en el que no se realizarán intervenciones en organismos vivos, ni se realizará ningún tipo de experimentación, no es necesario que pase por comité de ética, ya que es una monografía revisión de tema en la literatura no sistemática.

## 8. RESULTADOS

### 8.1 ESTABLECIMIENTO DE SINTOMAS REPERTORIALES Y EJERCICIO DE REPERTORIZACIÓN JERARQUIZADO

Basados en la III clasificación internacional de las cefaleas de 2013, se tomaron los criterios diagnósticos de la Cefalea Tensional, así como síntomas claves determinados por las descripciones en artículos y documentos seleccionados, y por revisión del capítulo Psiquismo y Cabeza del repertorio de Kent buscando síntomas asociados y las características del enfermo.

Se realizó la repertorización correspondiente identificando lo más fidedignamente posible cada síntoma en el lenguaje repertorial.

Se buscaron tanto en el repertorio manual de Kent como sistematizado de Minotti y Radar y se anotaron los 10 medicamentos que alcanzaron mayor puntaje. Evidenciando que son los más adecuados según los síntomas locales para esta patología.

**CELEA TENSIONAL CRÓNICA** (Headache classification subcommittee of the international Headache Society, 2013)

Dolor de cabeza que se presenta por más de 15 días al mes durante más de 3 meses, es decir más de 180 días al año, que dura minutos a días.

Con dos de los 4 siguientes síntomas:

\* Bilateral.

\* Opresivo o tensiva.

- \* Intensidad leve a moderada.
- \* No exacerba con actividad física habitual.

Mas dos de las 3 características:

- \*Fotofobia, fonofobia o nauseas leves
- \*Sin vómito.

En el capítulo psiquismo o mental se encuentran los siguientes síntomas relacionados con cefaleas de los cuales se toman los anotados en el cuadro que está a continuación:

- Abandono- cefalea durante: meny. 1 I
- Ansiedad cefalea con 6 III 13
- Anticipación trastornos por. 9 I 9
- Atareado 9 III
- Concienzudo, escrupuloso por bagatelas 16 I
- Irritabilidad cefalea durante 58 II 61
- Pena cefalea por: 72 I .
- Pensamientos cefalea durante: 72 III .
- Rabia cefalea con 76 III
- Psiquismo, sensible dolores a. 80 I
- Trastornos anticipación 91 I
- Tristeza cefalea durante 93 II

## 8.2 LISTADO FINAL DE LOS 17 SINTOMAS TOMADOS. (Eizayaga

F. X., El moderno repertorio de Kent.. in El moderno repertorio de kent, 1991) Minotti Radar

1. Mentales- ansiedad- cefalea con (Ver antustia) Minotti
2. Mentales- trastornos por -Anticipación
3. Mentales- irritabilidad cefalea durante la
4. Mentales- tristeza- depresión mental endógeno- cefalea durante la.
5. Mentales- sensible hipersensible dolores a
6. Mentales- sensible hipersensible ruido al – sensibilidad dolorosa al
7. Cabeza- dolor presivo lados ambos lados.
8. Cabeza- Dolor Mortificación por.

- 
9. Cabeza- dolor- cefalea- entendiéndose a cuello
  10. Cabeza constricción- tensión banda o aro en general
  11. Cabeza- dolor cuero cabelludo dolorido. Cabeza- dolor- presión externa agrava kent.
  12. Cabeza dolor sensación dolorimiento sensible a presión en general.
  13. Cabeza- dolor luz en general
  14. Cabeza dolor- cefalea- periódica- en general
  15. Cabeza Dolor cefalea- nervioso por ponerse ver. Ver excitaciones de emociones después de en general.
  16. Estomago- nauseas cefalea durante
  17. Cabeza- dolor- peinándose.

## 8.2.1 Síntomas mentales, con su traducción repertorial y medicamentos asociados

Tabla 1. Síntomas mentales, encontrados en artículos.

Síntoma “alopático”	Traducción lenguaje repertorial- ubicación- Minotti.	Medicamentos encontrados en repertorio de Kent
1. <b>Angustia con cefalea- cefalea con ansiedad</b>	*Psiquismo, angustia cefalea con. kent 6 III.  *Mentales ansiedad, cefalea con -Minotti	aeth, bell, bov, calc, carb v, caust, fl ac, glon, luss, ruta, tub.  <i>Acon, ars, caust, sep</i>
2. <b>Cefalea por anticipación</b>	*Psiquismo anticipación Trastornos por 9 I  * Mentales Trastornos anticipación por- Minotti.	ars, carc, lyc, med, nat m ph ac, sil  <i>arg n, gel.</i>
3. <b>Irritabilidad durante cefalea</b>	*Psiquismo- Irritabilidad, cefalea durante: 58 II.  *Mentales Irritabilidad, cefalea durante la. -Minotti	Acet ac, acon aeth am m, ant c, bell, bov, bry, calc, calc i, calc p, calc sil, coca, con, dulc, graph, helon, hipp, ind, iod, kali ar, kali c, kali p, lach, lachn, laur, lyss, mag m, mang, meph, merc, nat m, op, pall, sil, spng, stann, teucr, vip zinc, zinc p.  <i>Anac, as, chin</i>

Continuación Tabla 1.

<b>4. Tristeza en cefalea</b>	*Psiquismo- Tristeza cefalea durante 93 II  *Mentales Tristeza depresión mental endógena Cefalea durante la	Agn, ars, caust, cimic, cod, crot h, irirs, kai c, merl, naja, nat c, nat m, ola n, phos ptel, sarr, stann, ther, thymol  <i>Aur, dulc, lachn,</i>  GUAR.
-------------------------------	---	---

Continuación Tabla 1.

<b>5. Muy sensible al dolor. Umbral del dolor más bajo.</b>	*Psiquismo, sensible dolores a. Kent 80 I  *Mentales- sensible hipersensible- dolores a- Minotti	asaf bell, colch, cupr, daph, ferr p, graph, lyc, mag s, mang, nat s, ni tac, op  <i>arn, ars, aur, hyer, nux v, phyt, pip m</i>  ACON, CHM, COFF
<b>6. Fonofobia</b>	*Psiquismo- Sensible- Ruido al- sensibilidad dolorosa.  * Mentales- Sensible- hipersensible ruido al- sensibilidad dolorosa al. (Minotti)	amc c, arn, seneg.  <i>coff, con, nux v, sang, sil.</i>

Fuente: elaboración propia.



## 8.2.2 Síntomas no presentes en criterios diagnósticos, anotados en artículos con su traducción repertorial y medicamentos asociados

Tabla 2. Síntomas anotados en artículos no presentes en los criterios diagnósticos.

Síntoma “alopático”	Traducción lenguaje repertorial- ubicación- Minotti.	Medicamentos encontrados en repertorio de Kent
<b>Cefalea asociada a sufrimiento por situaciones injustas, inmerecidas y adversas.</b>	*Cabeza Dolor- mortificación por. – Kent 121- II  *Cabeza Dolor- mortificación por.  Minotti.	op.  <i>Lyc.</i>
<b>Sensibilidad pericraneal y cuello</b>	* Cabeza- dolor- dolorimiento, sensible a la presión- Kent 138 – III  * Cabeza- dolor sensación- dolorimiento sensible a presión en general - Minotti	Abrot, acon, aesc, agar, aloe, alum, alumn, amc, am m, anac, bad, bar c, bar m, benz, ac, bor, camph, caps, caus, cham, chel, chin a, chins, cemic, cob, corn c, cupr ar, daph, eup pur, euphr, ferr p, fl ac, ham, hipp, ind, iod, kali bi, kali n, kali p, lac c, lac d, lachn, lac ac, lact v, led, lyss, mag c, manc, mang, med, mosch, mura c, alnd, op, prun, raph, rat, rhod, sabad, sang, sars, sec, sep, sol n, sol t se, stann, stram, sulph, tep, ter, zinc, zing.  <i>apis, arg m, ars, aur, bap, bry, calc, calc p, canth, caps, carba c, carb s, carb v, sinnb, aup per, ferr, ferr ar, glon, graph, hell, ign, kreos, lac d, lach, mag m, op, par, petr, pho, phyt, spig, sulph, syph, tarent, thuj, verat.</i>  BELL, CHIN, GELS, IP, MERC, NIT  AC, SIL.

Continuación Tabla 2.

Cefalea asociada a aprensión y factores emocionales.	*Cabeza Dolor - excitacion de emociones después de Kent 119- II	arg m, Benz ac, cham, chin, chin s, con, cycl, ery a, ign, kali p, kreos, par, petr, rhus t, seut, sulph, tub
	*Cabeza Dolor cefalea-nervioso por ponerse ver. Ver excitaciones de emociones después de en general. – Minotti.	<i>acon, arg n, am, aur, bell, cact, chin a, cocc, coff, ferr p, gels, lach, lyc, lyss, op, phos,</i> NAT M, NUX V, PH AC, STAPH.

Fuente: elaboración propia.

### 8.2.3 Síntomas según la III clasificación de la IHS, con su traducción repertorial y medicamentos asociados

**Tabla 3. Síntomas según la III clasificación de la sociedad internacional de cefaleas. Síntomas que deben estar obligatoriamente**

Síntoma según la III	Traducción al lenguaje repertorial	Medicamentos encontrados en repertorio manual Kent.
Continuación Tabla 3.		
Bilateral tipo tensión u opresión, leve a moderada.	* cabeza- dolor presivo- lados- ambos. (kent) 145 I (Eizayaga F. X., El moderno repertorio de Kent. In el moderno repertorio de Kent. , 1991)	Acon, aeth alum, arg m, asar, bar c, bell, bov, bry, camph, cic, com, gamb, glon, hell, lam, mag c, mag m, mag s, meny nat m prun, sabd, sil, tarax
Sensibilidad pericraneal	*Cabeza, -dolor sensaciones -presivo, local -localizaciones lados- ambos (Minotti)	<i>Chin</i>
	*Cabeza dolor- extendiéndose a- cuello 124 II.	aeth, alum, ambr, am c, anac, asar, bar c, berb, bor, bry, cann s, carba n, carb v, caust, chel, cinn b, clem, con, corn, crot t, graph, hyos, hydr ac, iod,
	*Cabeza- Dolor- Cefalea- Extendiendose a cuello	ip, kali c, kali n, lac c, lil t, lyc, mag c, manc, merc, mez, mosch, mura c, nat c, op, paeon, par, plect, plb, ran b, rhus t, sabin, sil, spong, sulph, tarax, tarent, verat.
		COCC, GELS, PH AC, PIC AC.

Sensibilidad aumentada dolorosa pericraneal.	*Cabeza- dolor- presión externa- agr: Ket 122- II  * Cabeza- dolor- presión externa agrava (Minotti).	am c, ant c, bar m, bell, bism, bov, calc, camph, carb ac, carb an, carb v, chel, chion, cimic, clem, chion, cimic, clem, con, dros, ferr p, guaj, hell, hep, hist, ind, ip, kali n, kalm, kali n, malm, laur, mag c, meny, merc, merc l f, mez,
Continuación Tabla 3.		
		mur ac, nat c, nat p, nicc, nux m, olnd, par, pho, podo, ran s, rhus t, sabad, sabin, sil, staph, sul ac, tarent, thuj, verat.
		<i>alumn, anac, arg m, arg n, calc, chin, cinnb, coloc, ferr l, glon, lac d, lyc, nat s, nux v, pic ac, pyrog, sang, sep, sil, spig, sulph, zinc</i> AMC, LACH, MAG M, MAG P, NAT M, PUL, STANN.
	* Cabeza- dolor- peinándose en general- Kent	ars, carb v, chin, chin a, cina, hell, ign, kreos, lac c, sep.
	* Cabeza- dolor- peinándose. Minotti	<i>bry, mez, sel.</i>
	*Cabeza- constricción- banda o aro: I -kent 111- I	1 aeth all c, anac, ant t, arg m, asaf, bap, bell, brom camph cann s, carba n, carb s card m, clem, coca, crot h, dios, glon guaj, hyos, indg, ip iris, kali c, kali s, laur lilt med nat m, op osm, petr, phys, plat rhus v, sabin, sang sars, stann, sula c, ter teucr, ther, verat ziz 2 acon, am br, arg n, carb v, chel, cocc, cucl, graph, hep, 3 CARB AC, GELS, SUPH.
	*Cabeza- constricción, tensión, banda o aro (Minotti)	
Fotofobia	*cabeza- dolor- luz en general (kent) 120 III.  * cabeza- dolor- luz en general por:	Acon, agar, aloe, anan, argn, arn, bufo, cact, cocc, euphr, kali bi, kali p, lacc, nat a, nat p, nux v, podo, sanic, sil, sol n, stict, tab, ziz.

Continuación Tabla 3.

		<i>Ant t, ars, bor, bry, chin, coff, ferr p, gels, ign, lac d, lyc, nat c, nat m, ph ac,</i>
		BELL, CALC.
(≥ 12 y < 180 días al año)	*Cabeza, dolor, periódica – kent 122 I  *Cabeza dolor, cefalea, periódica cefalea (Minotti)	act sp, aloe, ambr, ammc, aran, arn, asaf, bac, benz ac, calc s, cham, cupr, eup per, kali bi, lac d, laur, lob, morg p, mur ac, nat c, nat p, nat s, nicc, plat, prun, sel, tab, zinc  <i>aeth, anac, apis, ars l, cact, calc, carb v, chin a, ferr, ferr ar, ign, kali ar, kreos, lach, lyc, nat a, nat p, nat s, nicc, nux v, phos, rhus t, spig, stram, sulph, zinc.</i>
		ALUM, ARS, CEDR, CHIN, CHIN S, COLOC, NAT M, NIT AC, SANG, SEP, SIL.
Cefalea de predominio crónica en ocasiones asociada a náuseas leves	* Estómago- náuseas, cefalea durante- Kent 338-III  *Estómago- náuseas, cefalea durante (Minotti)	Acon, aesc, ail, alumn, ant t, apis, arg m, arg n, arn, asar, aur, Benz ac, calc, calc s, camph, chel, chin, chin a, chin s, cic, cimic, cob, cor r, crot h, cycl, dros, eup per eup pur, ferr, form, gels, grat, hep, hpp, ind, ign, kali ar, mali p, kalm, kreos, lith, lyc mag c, med, merc, mez, mill, nat a, nat c, nat p, nat s, op, petr, phyt, plat ran b, rhus t, ruta, seneg, sil, stram, stront, tarax, tep, ter, ther, verat, zinc, zing.  Alum, am c, apis, ars, bor, bry, calc p, caps, carba c, carb s, carb v, cedr, cupr, dulc, eup, glon, graph, kali bi, kali bi, kali c, kali s, lac c, lac d, lach, merc, mosch, nat m, puls, sars, sep, stann, sulph, tab.
		ANT C, CAUST, COCC, CON, IP, IRIS, SANG.

Fuente: elaboración propia.

### 8.3 Resultados de medicamentos policrestos (Schroyens, 2008)

(Minotti, 2013)

**Tabla 4. Resultados de repertorización por medio de repertorios digitales.**

REPERTORIO MINOTTI		REPERTORIO RADAR		
1.	Natrum muriaticum	10/16	1. Natrum muriaticum	10/16
2.	China officinalis**	10/15	2. China officinalis**	10/15
3.	Belladonna	10/13	3. Belladonna	10/14
4.	Arsenicum album	9/18	4. Nux vomica	9/17
5.	Aconitum napellus**	9/14	5. Arsenicum album	9/16
1.	Lycopodium clavatum	9/14	6. Aconitum napellus**	9/15
6.	Nux vomica	8/16	7. Lycopodium clavatum	9/14
7.	Bryonia alba o dioica	8/12	8. Bryonia alba o dioica	9/13
8.	Phosphorus	7/15	9. Phosphorus	8/14
9.	Silicea terra	7/13	10. Kali carbonicum	8/10

Fuente: elaboración propia.

### 8.4 Resultados medicamentos pequeños repertorio radar.

**Tabla 5. Resultado de repertorización por repertorio Radar. Remedios pequeños**

1. Gelsemium sempervirens
2. China officinalis\*\*
3. Anacardium orientale
4. Stannum metallicum
5. Spigelia anthelmia (anthelmintica)
6. Aconitum napellus\*\*
7. Kreosotum
8. Argentum metallicum
9. Lac vaccinum defloratum
10. Natrum arsenicatum
11. Bovista lycoperdon
12. Cruprum metallicum

Fuente: elaboración propia.

## 8.5 Revisión de materia medica de medicamentos

**mejor punteados, policrestos.** (Demarque, Jouanny, Poitevin, & Jean Y., 1997) (Draiman M. , 1999) (Vijnovsy, 1980) (Nash, 1989) (Jouanny, Crapanne, Dancer, & Masson, 2004) (Lathoud, 1987) (Kent, 1989) (Mount, 2000)

### A. NATRUM MURIATICUM

**Núcleo mental:** Decepción de amor, sentimientos de mortificación idealiza el amor. Tiene una pena que permanece en el tiempo, inestabilidad emocional, es melancólico, Sensible a la música. Es miedosos, triste, inseguro, que rumea sus penas. Lloro con facilidad, pero tiene aversión por el consuelo. Tiene pensamientos obsesivos e indiferencia al placer. Tiene resentimiento y cólera reprimida. Tiene remordimientos. Temor a que le pase algo a sus seres queridos, a los ladrones, a caerse, tormentas.

#### Síntomas generales:

**Lateralidad:** indiferente.

**Calor vital:** friolento

**Traspiración:** escaso. Suda en la noche en la cabeza.

**Sed:** intensa de grandes cantidades y a menudo.

**Apetito:** muy aumentado y no engorda

**Deseos:** de pescado, mariscos, dulces, farináceos, leche, ácidos, sal, cerveza, amargos y ácidos.

**Aversiones:** pan y grasa.

**Agrava:** a las orillas del mar. Antes y durante la menstruación, después del coito. con el consuelo, de noche, en la noche, antes del mediodía, con el trabajo mental, hablando.

**Mejora:** con el sudor, al bañarse, con el frío, con la ropa apretada, al aire libre, acostado de espaldas o de lado.

**Sueño:** insomnio por penas, preocupaciones, sueño no reparador. Sonambulismo,

**Menstruación:** irregulares, adelantadas, abundantes, prolongada. Amenorrea con hemoptisis como remplazo del sangrado menstrual. Cefalea durante y después de menstruación

**Síntomas locales:** es uno de los mejores remedios para dolores de cabeza crónicos. Cefalea congestiva, desde el amanecer al ocaso, con cara pálida, náuseas, cefaleas nerviosas, desanimadas, agotadas, por esfuerzo ocular o menstruación.

Como si le martillasen el cerebro, siente la cabeza grande.

Útil en niños y adolescentes cansados por traspasar el día y estudio.

## 2. CHINA OFFICINALIS:

### **Síntomas mentales:**

Hipersensible a las pérdidas orgánicas y afectivas, y como consecuencia es sensible y susceptible moral y física, con disposición hacia la paranoia. En las afectivas es inconsolable, por mucho tiempo a veces con pensamientos suicidas.

Es nervioso, sensible, se hiere y ofende fácilmente, imagina afrentas.

Cree que es acosado, que es perseguido por enemigos, que el mundo es hostil y él es una víctima. Por eso siempre está cauteloso, a la defensiva, reservado, alerta. También: tímido, cobarde, falta de confianza en sí. Tiene un sentimiento de abandono, por su dificultad de integración. Lloro fácilmente pero el consuelo lo agrava.

Dada su reserva no puede expresar el afecto, con palabras, lo puede hacer con presentes, escritos, poesía, etc

Siente ansiedad por el futuro. A veces son culpas las que estimulan su ansiedad de conciencia

**Temor:** a los animales, en especial a los perros. También teme montar en cólera que hasta le dan impulsos de matar. Temor a los cuchillos cerca, justamente por esos impulsos homicidas. Puede temer a la gente (antropofobia), al maleficio, a los fantasmas, a asfixiarse de noche y a la muerte. De caer o si escucha un ruido 8.



**Síntomas generales:**

**Mejora:** Estado anímico mejora en la noche. hasta las 2 de la mañana tiene claridad mental y alegría. Palpación profunda, por doblarse en dos, por calor

**Sensaciones:** Hipersensibilidad al tacto superficial que mejora con profundo. Disgusto para peinarse por la sensibilidad del cuero cabelludo

**Agravaciones:** pérdida de líquidos orgánicos, palpación superficial, contactos suaves, al aire libre, después de comer. El ánimo agrava en la mañana. Los dolores y flatulencia agravan de noche. Por frutas. Por consuelo.

**Aversión:** A grasa, cerveza, al pan, carne, comida caliente

**Deseo:** Dulces, de alimentos, muy condimentados, picantes, de bebidas frías, comida refrescante. Exquisiteces, fruta, ácida

**Sueño:** Somnolencia después de mediodía, después de comer. Insomnio. Bostezo y se despereza mucho. Gruñe y ronca dormido, aun en niños. Sueña que cae de una altura. Somnolencia de día, sobre todo por la tarde. Dificultad para conciliar el sueño por la noche e insomnio después de las tres de la mañana

**Calor vital:** friolento. Se enferma por enfriamiento, mojarse o corrientes de aire.

**Lateralidad:** indistinta.

**Periodicidad.** De todos los síntomas con secuencias 1 o 2 días si, 1 o 2 días no.

**Sudor:** al menor esfuerzo. Profusa en especial durmiendo y en partes cubiertas. El sudor aumenta la debilidad.

**Síntomas locales:**

Útil en cefaleas temporales con sensación pulsátil o de estallido. Puede estar asociada con vértigo y un cuero cabelludo sensible. Los síntomas se agravan por la exposición a la luz solar, al aire libre, tocar o peinarse el cabello, y mejoran con presión fuerte, al frotar, o mover la cabeza hacia arriba o abajo

**C. BELLADONA:****Núcleo Mental:**

Presenta un delirio violento, furiosos, maniaco, salvaje, horrorosos, lo asusta, se torna locuaz, alegre ríe ruidosa y sardónicamente, pero frente a sus alucinaciones ataca, se

---

esconde o huye Síntomas relacionados con manía, delirio, excitación, violencia; son síntomas activos.

El paciente se vuelve salvaje, pega, muerde, desgarrar lo que llega a sus manos, hace cosas extrañas, inauditas hasta en estado de gran excitación.

El paciente tiene aversión a la luz a los ruidos, a veces estos ataques son cortados por periodos de calma.

En niños se observa estupor resultante de congestión cerebral, pupilas dilatadas, cara roja, piel seca, y caliente, carótidas laten violentamente, finalmente palidece, cabeza hacia atrás por contracción de músculos del cuello

Alucinaciones: La mayoría visuales y peor de noche, ve animales horribles (negros, cucarachas), fantasmas, espectros, ve objetos o personas negros, al cerrar ojos visiones horribles, siente que flota o vuela; piensa que lo van a matar, que es perseguido; se imagina estar soñando cuando está despierto. Oye voces de gente fallecida o ruidos.

**Miedo** a todo, al despertar, perros (es el remedio más destacado), animales o a cosas imaginarias; de noche a la oscuridad, en la multitud, a fantasmas, a los hombres a ruidos, al agua, a las horcas, de ser envenenado, a morir (más si esta solo), a que se le acerquen o lo toquen. Miedo con deseos de escapar. Miedo alternando con manía o serenidad o rabia

#### **Síntomas Generales:**

**Agrava:** a las 15 horas, al anochecer y después de medianoche. Frío, corrientes de aire, fiebre, tacto superficial, por sacudidas, objetos brillantes, agua y tos

**Mejora:** el calor, apoyarse sobre el sitio afectado, acostado en decúbito prono

**Sed:** intensa de agua fría y limonada

**Apetito:** ausente

**Deseos:** limón, cerveza, pan y manteca, bebidas frías, alimentos líquidos

**Aversión:** agua, bebidas y alimentos calientes, carne, leche, café, grasa

**Lateralidad.** Derecha

**Sed.** Variable.

**Sueño** profundo o semiconsciente. Conmociones al cerrar los ojos y dormirse. Sueños agitados de miedo, de terror, fantásticos, de caídas, ansiosos, de ladrones asesinos; hablando en voz alta y ligero, o quejándose, cantando o lanzado verdaderos gritos. Tiene sueño y no puede dormir. El latir de sus arterias le mantiene despierto.

Duerme con las manos bajo la cabeza.

**Síntomas Locales:**

Cefalea con enrojecimiento de la cara y los párpados caídos. El dolor de cabeza es con frecuencia frontal o temporal con una preferencia por el lado derecho, también puede afectar toda la cabeza, es pulsátil frecuentemente puede estar asociada con la exposición al sol. Los síntomas se agravan por el frío, la luz, el ruido, movimiento, acostado y en alrededor de 17:00, y mejor para la presión y sentarse en una postura semi-erecto. Se asocia hipersensibilidad de todos los sentidos. Útil en cefaleas por insolación y en menopausia. Agrava por calor y luz.

## 4. ARSENICUM ALBUM

**Núcleo Mental:** Tiene un sentimiento de desesperanza, desesperación y sensación de muerte próxima, tiene impulsos de agresión y destrucción. Intensa inquietud, agitación, ansiedad, interna y externa, es mentalmente inquieto, pero físicamente débil para movilizarse, generalmente siempre está angustiado

Ordenado, escrupuloso, quisquillosos. Tiene sentimientos de culpa, lo que le causa remordimientos y reproches.

Temor a morir exacerbado en estados agudos como diarrea, vomito, disnea. Teme a la oscuridad, a los fantasmas, a los ladrones.

**Síntomas Generales:**

**Agrava:** en la cama o estando solo, su ansiedad es mayor después la media noche con máxima intensidad a las 3 am, frío. Comidas y bebidas rías o congeladas, frutas bebidas alcohólicas o vino.

**Mejora:** con el movimiento, con calor, bebidas calientes, sentado con las rodillas flexionadas y la cabeza sobre las rodillas.

**Periodicidad:** síntomas cada 2 a 6 semanas o cada mes.

**Sensaciones:** de pelo, cama dura, calor en vasos sanguíneos, que lo salpican con agua caliente agujas calientes.

**Calor vital:** friolento.

**Deseo:** alcohol, pan, leche, dulces, comidas y bebidas calientes, bebidas fría.

**Aversión:** dulce, grasa y carne.

**Sed:** intensa, bebe a menudo pero poca cantidad, el agua fría le sienta mal (Nash, 1989).

### **Síntomas Locales:**

Se puede utilizar en dolor de cabeza hemi craneana asociado con debilidad, inquietud, como característica presenta una sensación helada en el cuero cabelludo, el dolor de cabeza de Arsenicum es quemante o ardoroso, se puede presentar a las 7 am o cada 2 semanas, o por aire frío o comer helado. Los síntomas se agravan al escuchar a otras personas que hablan, y mejor por aplicaciones frías.

## **E. ACONITUM NAPELLUS:**

### **Núcleo mental:**

Sus pensamientos se asocian siempre con la muerte, predice el momento de su muerte.

Tiene miedo, ansiedad, en especial en la noche, se torna inquieto; hipersensible a la luz, ruidos, música, olores fuertes.

Teme a la oscuridad, multitudes, a cruzar la calle, a sofocarse.

### **Síntomas generales:**

Los trastornos agudos pueden aparecer por frío seco, especialmente mientras transpira.

**Horario:** aparición de síntomas exclusivamente en la noche, sobre todo a la medianoche.

**Agrava:** por frío, habitación calurosa.

**Mejora:** al aire libre.

**Desea:** vino, cerveza y bebidas frías.

### **Síntomas locales:**

Cefaleas frontales, como ardor o sensación de que algo va a estallar, con sensación de que el cerebro está hirviendo y puede sobresalir a través de la frente.

Calor en la cabeza con frío en el cuerpo. Cefalea que mejora con la micción profusa.

Los síntomas empeoran con el viento o clima frío y seco, por la noche, durante el movimiento y después de la insolación, y mejora al aire libre y con el descanso

## **F. LYCOPODIUM CLAVATUM:**

**Síntomas mentales:** se encuentra paradójicamente un sentimiento de inferioridad e incapacidad o minusvalía aunado a un orgullo desmedido, que lo lleva a auto considerarse y tener una gran dependencia de la opinión ajena, respondiendo al medio con una máscara de confianza, mostrándose altivo, soberbio, busca sobresalir sin importar los medios. Es inconstante, irresoluto, cobarde y tímido. Es emotivo y anticipa.

Teme: emprender cualquier cosa, al fracaso, a estar solo, a la oscuridad, fantasmas, maleficio, a que algo malo ocurrirá, a lugares estrechos.

**Síntomas generales:**

**Lateralidad:** de derecha a izquierda o de adelante hacia atrás.

**Mejoría:** alimentos y bebidas calientes, aire caliente.

**Horario: 16- 20 horas.**

**Deseos:** dulces, ostras, mariscos, bebidas y alimentos calientes o fríos, debidas alcohólicas.

**Aversiones:** a pan, café, comida caliente, carne.

**Sensaciones:** saciedad fácil, plenitud postprandial.

**Síntomas locales:**

Cefaleas periódicas, asociada a trastornos gástricos. Dolores presivos en vértex, o puede ser congestiva frontal, con pesadez en los ojos. Zumbidos en oídos y nauseas. Cefalea congestiva prolongado en jóvenes, principalmente en cara y cuello, como si fuese a estallar.

es supraorbitaria derecha, más hemianopsia vertical ipsolateral, se presenta cuando no come a la hora habitual.

---

## G. NUX VOMICA:

**Núcleo mental:** persona escrupulosa, trabajador intelectual, que tiende a ofender y fastidiar, con deseo vehemente o ambición de empresa o el logro de un proyecto, competitivo, tramposo, dictatorial, laborioso, hipersensible a la luz, ruido, olores, tacto a los estimulantes por descenso en los umbrales de excitación, impresionable física y moralmente. Emotivo. Es irritable y ansioso por su salud y ocupaciones.

Temor: a que algo ocurrirá, enfermedad inminente, volverse loco, ciego, a matar, a la pobreza.

### **Síntomas generales.**

**Calor vital:** friolenta.

**Sed:** aumenta.

**Apetito:** escaso.

**Deseos:** leche, dulce, alcohol condimentos,

**Aversión.** café, pan, cerveza, agua.

**Agravación:** por trabajo mental, destapándose, ropa apretada en abdomen, al despertar, al frío, trasnocho, después de comer. Por consuelo, al despertar, Por mal dormir. Por excesos, después del coito, bebidas alcohólicas, condimentos, picantes, tiempo seco, al aire libre, a las 9 am.

**Mejora:** siesta corta, bebidas y comidas calientes, tiempo húmedo, reposo, después del sueño, después de la deposición, descansando, tiempo húmedo aflojándose ropa.

**Mejora:** siesta corta, bebidas y comidas calientes, tiempo húmedo, reposo después de sueño corto, el tiempo húmedo, al anochecer, descansando, aflojándose la ropa, sentado por bebidas calientes.

**Sueño:** Se encuentra somnoliento luego de comer. Pero insomnio luego e la media noche con exceso de pensamientos. Se despierta a las 3- 4 am y no vuelve a dormir luego de 2 a 3 horas. Sueña con situaciones eróticas, ira, negocios, actividades urgentes del día, enfermedades, desgracias, peleas, cuerpos mutilados, que se le caen los dientes.

### **Síntoma locales**

Está indicado en las cefaleas que aparecen al despertarse, o a afecciones gástricas, se presenta lengua cargada en la región posterior, somnolencia post prandial, o asociadas a excesos gastronómicos, o estreñimiento espasmódico.

La cefalea se agrava por beber vino, transpiración trasnochar, esfuerzo mental, cólera, mortificación; mejora en reposo. Dolor opresivo en región de coronilla.

El paciente se quejará de dolor de toda la cabeza, u occipital opresiva, frontal y que se extiende a la raíz de la nariz y sobre ojos.

## H. PHOSPHORUS:

### **Núcleo mental:**

Sentimiento de indefensión, desarrolla un temor ansioso preventivo, reacciona mediante el miedo ante cualquier riesgo tanto real como imaginario.

Puede estar activo o pasivo.

Temor a la soledad, a morir, oscuridad, a que algo ocurra, a los fantasmas, tormentas eléctricas, a los ladrones, el miedo es implacable y recurrente.

El phosphoro prendido es hipersensible, impresionable, hipersexual, se entrega al medio social, padece el sufrimiento ajeno, es dulce, afectuoso y desea para sí compasión, consuelo y afecto. Claridad mental, brillante, plasticidad física, tiene deseo de actividad, es excitado e inquieto.

El phosphoro apagado, embotamiento mental, hipotonía vital, lentitud en movimientos, piensa mucho antes de contestar, aversión a la compañía y miembros de su familia, indiferencia afectiva.

**Característica general:** ardor.

### **Síntomas generales:**

**Sensaciones:** de vacío en la cabeza y estómago, no mejora comiendo; de ardor o calor a lo largo de la columna y palmas de manos; de calor al comer alimentos calientes.

**Mejora:** con masajes, después de dormir, caminando despacio, por bebidas o alimentos fríos, al aire libre, en la oscuridad, acostado de lado derecho, con el calor en general, con el sueño.

**Agravaciones:** oscuridad, cuando lo dejan solo, por frío, calor, tormentas, viento, por habitaciones llenas de gente, de mañana, al anochecer, antes y después de medianoche,

---

acostado sobre lado izquierdo, por hambre, caminando rápido, por comidas calientes, después de coito, esfuerzos físicos y mentales.

**Apetito:** aumentado: hambriento, debe comer a menudo, hambre luego de haber comido. Hambre terrible durante los dolores de cabeza.

**Sed:** de cosas frías, pero apenas se calientan en el estómago, las vomita

**Aversión:** por las bebidas calientes, te, azucarados, carne, pescado salado, dulces y ostras

**Deseo:** Sal, salados, bebidas frías o heladas, leche fría, pescado, ácidos, vino, alcohol

**Calor vital:** Oleadas de calor que inician en las manos y finalizan en la cara más en la noche y por emociones. Calor con sed sobre todo de noche.

**Lateralidad:** Izquierda.

**Periodicidad:** Dolores con duración de 1 a 3 días.

**Sueño:** quisiera estar constantemente acostado, al despertar es como si no hubiera dormido suficiente. En la noche, sueño agitado, insomnio pensando en negocios, preocupaciones imaginarias o exageradas. Sonambulismo. Si se acuesta del lado izquierdo palpitaciones

**Sudor:** Abundante, más en la noche, hacia la mañana, principalmente en cabeza, manos y pies.

### **Síntomas locales:**

Pulsaciones, más en occipucio, con ardor, congestión, como si la sangre le subiera a la cabeza, le causa calor, náuseas, de predominio en la mañana. La congestión y el calor parecieran subir de la espalda y producen pesadez. Se genera gran rigidez de músculos faciales y mandíbulas.

Dolores neurálgicos, punzantes, lancinantes, desgargantes a través de la cabeza.

El dolor parece atravesar el ojo y salir detrás de la cabeza

Dolores periódicos por esfuerzo mental, cuero cabelludo sensible, sensación de tensión como venda en frente, cuero cabelludo.



## I. BRYONIA ALBA:

### **Núcleo mental:**

Impetuoso, impaciente, irritable más si lo contradicen, desea estar solo y tranquilo, Es malhumorado. Delirio al amanecer o de noche, durante la fiebre, al dormirse, con inquietud, murmurante, habla incoherentemente.

### **Síntomas generales:**

**Agrava:** por el más mínimo movimiento, estando solo, tos, estornudos, sacudidas. A las 21 horas, a la mañana, al anochecer, por el calor, al aire libre; por comer pan, alimentos flatulentos (repollo, arveja), calientes.

**Mejora:** con la presión, acostado sobre lado doloroso, el reposo, bebidas frías, sudoración, después de un sueño, reparador.

**Clima:** friolento o caluroso por sus sensaciones de calor ardiente.

**Lateralidad:** izquierda; superior derecha o inferior izquierda.

**Deseos:** cerveza, vino, café, bebidas calientes, de algo que no conoce, dulces 5.

**Aversiones:** café, leche, grasas y carne.

### **Síntomas locales:**

Cefaleas que a menudo se asocian con el estreñimiento, de localización frontal, temporal, occipital o supraorbital izquierda o hemicraneano derecho. Puede surgir en la madrugada o a la mañana con el primer movimiento, y continuará hasta el día. Agravado por agacharse o toser, y mejoran con descanso o frío.

Cefalalgia como si la cabeza fuera a partirse o estallar, que empeora por agacharse, toser, planchar, abrir los ojos o al moverlos, al moverse o en tiempo caluroso.

## J. SILÍCEA TERRA:

**Síntomas mentales:** sentimiento de minusvalía, con inseguridad, irresolución, es pusilánime, intolerante a la contradicción y al consuelo. No tiene firmeza o decisión,

---

personalidad frágil, sin embargo, ante su amor propio, lucha contra las limitaciones y trata de superarse para o ser menos que los demás. Tiende a anticipar.

Teme al fracaso, objetos puntiagudos.

**Síntomas generales:**

**Calor vital:** friolento,

**Lateralidad:** izquierda o indistinta.

**Agravaciones:** por frío, corrientes de aire, mojarse los pies, luna nueva, llena, cambios de tiempo, antes y durante tormentas, excesos sexuales. Por enfriarse y acalorarse.

**Mejorías:** calor, verano.

**Deseos:** leche, alimentos fríos, pan, arena.

**Aversiones:** leche de madre, alimentos calientes, carne y salados.

**Sensaciones:** de pelo sobre la lengua y garganta. Pinchazo en garganta, banda o vendaje.

**Traspiración:** en cabeza y ara, sobretodo durmiendo, es ofensivo en pies, frío en manos.

**Síntomas locales:**

Dolor de cabeza cerebro espinal, que inicia en nuca y asciende a cabeza hasta zona supra orbitaria donde se fija. Cefalea crónica con náuseas, mejora abrigándose la cabeza y con presión.

Responde a este remedio las migrañas que vienen después de un esfuerzo mental o cerca de la menstruación, especialmente en una persona nerviosa que es muy fríolenta. Los dolores de cabeza suelen iniciar en la parte posterior de la cabeza y se extiende hasta el frente, son peores por corrientes de aire frío.

## 8.6 REMEDIOS PEQUEÑOS

### A. GELSENIUM SEMPERVIRENS

**Síntomas mentales:**

Uno de los más importantes en trastornos psicossomáticos de neta causa emocional, origen reciente o antiguo. En causas repentinas están las malas noticias (remedio mas destacado)

y cualquier emoción como susto miedo ira; por emociones prolongadas como ira con pena silenciosa, pero especialmente anticipación de acontecimientos poco frecuentes.

Esta anticipación mezcla ansiedad inseguridad y miedo, fantasías sobre situaciones que lo obsesionan y le produce diarrea.

Desea estar solo, tranquilo, más en la fiebre. Evita ver gente, hablar con alguien.

Marcada confusión estupor, torpeza más durante la fiebre. Mejora al orinar. Siente que es doble. Se concentra con dificultad, sensación de ausencia. Aversión a trabajo mental.

Gran cobardía, falta de valor y confianza en si. Tímido para aparecer en público

En niños ansiedad por el presente y el futuro

Depresión durante la fiebre y por calor del sol.

**Teme** la compañía, la muerte, muchedumbre, espacios abiertos y a caerse, tormentas, movimientos de descenso, a estar solo, a la oscuridad (desea la luz). A que se detenga el corazón si el no se mueve constantemente.

### **Síntomas generales.**

**Sensaciones:** Debilidad general, adormecimiento y atontamiento. Agujetas generalizadas. Pesadez en miembros. De tener la cabeza cargada. Diplopía. Paro cardíaco inminente. Liviandad en cabeza y cuerpo

**Calor vital:** Durante el estado de calor de fiebre, calor ardiente en todo el cuerpo, pero sobre todo en cara. En fiebre escalofríos sin sed a lo largo de toda la columna vertebral como de frío que sube de sacro a occipucio.

**Agravaciones.** Con calor. Emociones. Malas noticias. Esfuerzos mentales. Calor húmedo, antes o durante las tormentas, humo de tabaco, fumar, por menstruación. Movimiento, tocar piano, neblina. Por cambio brusco de aire caliente o seco a húmedo, por aire frío y húmedo. Bebidas frías. Pensar en sus trastornos. A las 10 horas

**Mejorías:** Emisión copiosa de orina (confusión, cefalea, facial), aire fresco, al vendrse la espalda, por estimulantes.

**Traspiración:** Abundante agotadora en fiebre. Por movimiento o sacudidas, bradicardia, dolores musculares, estimulantes. Estando quieto, inclinado hacia adelante.

**Sueño:** Somnoliento en especial durante la fiebre y en niños. Insomnio por irritación, pensar, por prurito en cabeza, cara, cuello y hombros, durante la dentición. Terrores nocturnos, sueña que muere y que se le hundan los ojos.

---

## SÍNTOMAS LOCALES.

### Locales.

Cefaleas congestivas, precedidas por trastornos de la visión, es de predominio occipital, irradiado a músculos del cuello y de hombros, mejora con cabeza levantada y emisión e orina, que anuncia el final de crisis.

Congestión cefálica con rostro carmesí y extremidades frías.

Congestión cefálica durante constipación o por menstruación suprimida

Sensación de constricción en la cabeza como por una banda o un hilo, peor sobre ojos.

Gran pesadez de la cabeza. Siente el cerebro como dolorido y golpeado, Cefaleas aturdidoras, enloquecedoras comenzando en la columna cervical, y zona occipital extendida hacia arriba, a toda la cabeza, con sensación de estallido, precedido e visión turbia. Peor después de desayuno, por moverse o agacharse, al mover la cabeza, por esfuerzos mentales, por el calor del sol, por fumar, acostado con la cabeza baja, a las 10 horas, por emociones, con náuseas, vómitos, pies y sudores fríos. Mejor por micción, presionando o acostado con la cabeza alta.

Dolor en la sien extendido al oído y al ala nasal, mentón y huesos de la cara. Dolorimiento en cuero cabelludo. Dolores cervicales extendidos a toda la cabeza.

## B. ANACARDIUM ORIENTALE

**Síntomas mentales:** Personalidades dobles o múltiples. Por posibles vejaciones humillaciones, abandono, separación de padres, abuso sexual; se da una lucha entre el impulso, destructivo por odio contra el resentimiento, contra una conciencia moral represiva y crítica. Tiene una ambivalencia afectivo emotiva. Útil luego de un surmenage nervioso con debilidad del espíritu, lo atormenta el trabajo mental, tiene compresión lenta, siente que el espíritu se le va, tiene impulsos contradictorios. Pierde la confianza en sí mismo y los demás, es irritable, indiferente, rencoroso, teme a todas las cosas y a todo el mundo. Ansioso, sin paz.

Teme las carencias afectivas, pero también es antropofóbico, temer ser envenenado, y piensa que lo persiguen, marginan.

### Síntomas generales

**Agrava:** por frío, aplicaciones calientes, esfuerzo físico y mental, mañana, al inicio del movimiento, al tocar el piano, dos horas luego de comer.

**Mejora:** por calor, reposo y en la tarde o noche, en especial comiendo.

**Lateralidad:** izquierda superior, derecha inferior.

**Sensaciones:** tener un tapón o cuerpo extraño que causa presión donde duele, de argolla o banda que aprieta. Constricción o pesadez en zona dolorosa.

**Deseo:** de leche.

**Síntomas locales:** congestión cefálica, generalizada, agrava con el movimiento, mejora mientras come. Sensación de tapón sobre el borde de la órbita derecha. Sensación de banda alrededor de la cabeza o sobre las órbitas, en estudiantes, o sedentarios, perturba la concentración y mejora comiendo.

## C. STANNUM METALLICUM:

**Síntomas mentales:** triste en el día, ansioso durante la fiebre y cefalea. Siente que desea llorar, pero lo agrava. Desesperado, desalentado. Miedo a la genta. Angustiado.

**Síntomas generales:**

**Agrava:** sobre el lado derecho, por tacto, al bajar escaleras, reposo, por bebidas calientes.

**Mejora:** al toser, con presión fuerte, acostado de espaldas y al aflojar ropa

**Aversión:** a leche de la madre, cerveza, leche en general.

**Sed:** aumentada

**Apetito:** aumentado.

**Síntomas Locales:** cefalea frontal presiva, más sobre ojo izquierdo, epifora, pesadez cefálica. Dolor de cabeza que aumenta progresivamente en intensidad, y luego disminuye lentamente. Gran debilidad y palidez.

## D. SPIGELIA ANTHELMIA

**Síntomas mentales:** temor a objetos puntiagudos. Triste, desalentado. Ansioso por el futuro. Tiende al suicidio. Tímido. Tiene dificultad para pensar.

**Síntomas generales:**

**Agravaciones:** movimiento, tiempo frío, ruido, inspiración, movimiento de ojos, tiempo húmedo y lluvioso, con el cambio de clima.

**Mejoría:** por reposo, presión, aire seco, pues del sol.

**Aversión:** al café, humo de tabaco.

**Lateralidad:** izquierda.

**Sensación:** que la cabeza estuviera abierta con una sutura.

**Apetito.** Anorexia con sed violenta o bulimia.

**Síntomas Locales:** neuralgia en cabeza, cara. Cefalea inicia en occipital y se extiende hacia adelante y se fija en ojo izquierdo, se agrava por ruido. Aumenta con el ascenso del sol y disminuye con el descenso. Se puede acompañar de epifora por ojo afectado. Siente como una venda apretada alrededor de la cabeza. Dolores de cabeza neurálgicos, cuello y hombros, no puede moverlos por el dolor. Dolor tipo desgarrante, tironeante.

## E. KREOSOTUM

**Síntomas mentales:** no se ve satisfecho por nada, es inquieto, triste, deprimido, mal humor, tiende a llorar. Sensible a la música. Tiende a ser iracundo y obstinado. Tiene mala memoria.

**Síntomas generales:**

**Lateralidad:** izquierda.

**Deseo:** alcohol, carne, ácidos, alimentos ahumados y bebidas calientes

**Aversión:** carne.

**Agravación:** durante o después de reglas, frío, aire libre, acostado, en reposo, al levantarse o bañarse con agua fría, por el tacto, durante y después de coito.

**Mejoría:** comida caliente, movimiento, calor.

**Síntomas locales.** Dolor en cuero cabelludo. Dolores latentes en frente. Sensación de pesadez, plenitud en occipucio. Dolor de cabeza por emociones, temprano, antes o durante menstruación, presivas en vértex, frente y sienes con calor en la cara, se puede extender a mandíbula y dientes. Tensión, pesadez en cabeza. Peso occipital, cuero cabelludo al tacto.

## F. ARGENTUM METALLICUM

**Síntomas mentales:** reacciones en exceso tanto de alegría como de rabia. Melancólico, con aversión a hablar, débil mentalmente. Tiene ansiedad por su salud. Teme el porvenir (aún en la mayor prosperidad), piensa a menudo en la muerte y si su SN se debilita, la obsesión lo lleva al suicidio, lo cual es un pensamiento constante, la vida le es una carga muy pesada.

La idea más común de suicidio es arrojarse de una altura y mientras no lo hace lo sueña constantemente.

### **Síntomas generales:**

**Sensaciones:** Sensación de plenitud con aflujo de sangre a la cabeza, empeoran con trabajo intelectual o al agacharse, vértigos al inclinarse, dolores perforantes y desgarrantes en huesos de cráneo y cara

**Agravación:** Con el frío, en el invierno, En manifestaciones depresivas: Del atardecer al amanecer, con el ruido; estando acostado, quieto. Por ejercicio mental.

Contradicción que provoca la cólera. Lugares altos.

**Mejoría:** La música lo apacigua. Por movimiento y caminando lentamente.

Verano o con el calor para fenómenos depresivos

Con aire fresco y libre, en hiperemia en enfermos vasculares, hipertensos.

**Deseos:** Leche, bebidas alcohólicas, vino, café, pan.

**Aversiones:** Carne.

**Lateralidad:** Derecha

**Apetito:** Aumentados, come golosamente principalmente al comienzo de la comida, O falta de apetito

**Sueño:** Insomnio y terrores nocturnos.

**Calor vital:** friolento.

**Síntomas locales:** Cefalea frontal o neuralgia izquierda, causadas por trabajo mental, se produce un flujo de sangre a la cabeza que causa una sensación de llenura. Dolor intenso y la cabeza se siente adolorida y golpeada. Mejoría envolviéndose. Congestión cefálica, oleadas de calor a la cabeza con violentas palpitaciones y desmayos. Cabeza caliente con manos y pies fríos

## G. LAC VACCINUM DEFLORATUM

**Síntomas mentales:** depresión sin deseos de vivir. Desalentado por su enfermedad. No teme morir y desea la muerte.

**Síntomas generales**

**Agrava:** por frío, leche, caminando o sentándose, por humedad.

**Aversión:** a la leche.

**Síntomas Locales:** pesadez cefálica, asociada a constipación, así como náuseas y vómitos, que no lo mejoran, con micción profusa. Cefalea frontal y se extiende a occipucio, gran fotofobia y malestar general, cefalea frontal pulsátil con pulsación en sienes. Mejora con la presión, peor durante menstruación.

## H. NATRUM ARSENICATUM

**Síntomas mentales:** inquietud nerviosa, deprimido, no se puede concentrar.

**Síntomas generales:**

**Agravación:** movimiento, sacudidas, presión, frío, por esfuerzo.

**Síntomas Locales:** cefaleas sobre las orbitas, raíz nasal, le impide estudiar o hablar. Cefalea por calor, presión y humo de tabaco.

## I. BOVISTA LYCOPERDON

**Síntomas mentales:** difícil concentración, mala memoria, irritable y se ofende con facilidad, pelea y tiene aversión por todo. Esta triste más si está solo. Locuaz.

**Síntomas generales:**

**Deseos:** bebidas frías, alcohol, vino, pan, leche.

**Agrava:** con alimentos fríos, antes y durante menstruación, con luna llena, por café y vino, después de comer

**Mejora:** comiendo, por alimentos calientes, por inclinarse hacia adelante.

**Síntomas locales.** Sensación de agrandamiento de cabeza, expansiva peor acostado y al aire libre, sensibilidad del cuero cabelludo.



## J. CUPRUM METALLICUM

**Síntomas mentales:** Llanto involuntario, peor por conversar, a la menor emoción, cuando suda, durante la epilepsia. Agotamiento físico y mental por exceso de actividad mental o falta de sueño.

Paroxismos de ansiedad. Delirio, estados maniacos, depresión con inquietud. Alterna alegría con depresión. Modo de ser cambiante. Hipersensibilidad.

Marcada disminución de memoria o rapidez y vivacidad con ideas erróneas.

**Temor:** a morir, a la oscuridad, a perder la razón, a los extraños (durante dentición), de caerse, de cualquiera que se acerca.

### **Síntomas generales.**

#### **Sensaciones**

Vertiginosa al levantar la mirada (impresión de que se va a caer al levantar la cabeza).

De presión o transfixión como puñalada desde el epigastrio hacia la región dorsal.

Sensación de contusión, magulladura en el cerebro.

#### **Agravaciones.**

Con el contacto, la presión. Aire o viento frío. Por la noche. Por la supresión de un exantema o de la sudoración. Luna nueva. Antes de la menstruación. Con el llanto.

Caminando al aire libre. Por falta de sueño. Vértigo o respiración corta empeora moviéndose

#### **Mejorías**

Mejora la tos y nauseas al beber agua fría. Por la presión, con el sudor.

Parado o sentado quieto. Vértigo y respiración corta mejora acostado.

**Aversiones** Vómitos con flemas luego de beber leche

**Lateralidad.** Izquierda.

**Apetito.** Falta de apetito.

**Periodicidad.** Dolores que aparecen y desaparecen bruscamente.

Convulsiones cada 7 días. Los síntomas se presentan cada 15, 30, 60 minutos o cada 15 días

**Sueño Profundo.** Bostezos frecuentes, somnoliento, pero no puede dormir. Sacudidas en los miembros durmiendo. Borborigmos en el vientre durmiendo. Sueño comatoso después de vomitar.

**Sed** mucha, con deseo de agua fría.

Síntomas locales.

**Síntomas locales:** Cefalea violenta, continua, periódica en vértex, Sensación de vacío en la cabeza, con la cefalea o que le salpican agua fría. Cefalea frontal sobre el ojo izquierdo y raíz de la nariz. Puntadas en las sienes.

Dolor en el parietal que lo hace gritar al tocarse, extendida a cuello, brazos y pecho, que casi termina en convulsiones.

## **K. CAMPHORA.**

**Síntomas mentales:** paciente con debilidad extrema, con indiferencia total a todo, estado seminconsciente, puede presentar agitación, angustia, miedo, ansiedad y tiene movimientos espasmódicos.

### **Síntomas generales**

**Agrava:** con el frío, pero, aun así, no soporta estar tapado.

**Mejora:** por calor, pensando en sufrimiento, bebiendo agua fría.

**Sed:** intensa de agua fría.

**Calor vital:** friolento con enfriamiento completo del cuerpo.

### **Síntomas locales:**

cefalea como si el cerebro estuviera comprimido, con pesadez, que agrava al inclinar cabeza hacia adelante, puede asociarse a síntomas catarrales, cefalea martilleante occipital.

## 9. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Fue posible encontrar rubros compatibles con los síntomas utilizados en la medicina convencional que definen a la Cefalea Tensional, así como identificar otros rubros no tenidos en cuenta en el área alopática pero relevantes para caracterizar a un paciente con Cefalea Tensional.

Basados en estos rubros se obtuvo mediante la repertorización juiciosa de los mismo, los medicamentos que cubren la mayor cantidad de síntomas y con el más alto puntaje tanto en los policrestos como en los remedios pequeños.

Se destacaron los 10 remedios policrestos que al revisar la materia médica son compatibles con la sintomatología correspondiente a la Cefalea tensional, y también los 11 remedios pequeños que son poco utilizados y conocidos, en los que se resaltan principalmente los síntomas locales más que los mentales acercándose a las características de la Cefalea tensional.

---

## 10. MEDICAMENTOS REPORTADOS EN ARTÍCULOS DE HOMEOPATÍA PARA CEFALÉAS

Los pacientes que hace uso de la misma en la actualidad, no la ven como una primera opción de tratamiento, sino que recurren a ella después del fracaso de otros manejos, y adicionalmente suelen ser pacientes con varias patologías asociadas, lo cual complejiza un poco más el abordaje y tratamiento de estos pacientes (Ernst, 1999).

En el artículo sobre homeopatía como profilaxis para migraña, una revisión sistemática desde la medicina basada en la evidencia, realizan una revisión sobre ensayos clínicos aleatorios controlados con placebo, doble ciegos buscando en Medline, Embase, Ciscom y Cochrane, evidenciando en sus conclusiones que los tratamientos homeopáticos no son eficaces más allá del tratamiento placebo y se sustenta que son aceptables metodológicamente. Desde la homeopatía estos estudios no representan los fundamentos homeopáticos, como la individualidad morbosa y tratamiento por similitud. Sin embargo, en dos de estos estudios se encuentra aumento de tiempo entre un episodio y otro, una reducción en la ingesta de analgésicos al ser tratados homeopáticamente, aunque se explica que son hallazgos estadísticamente no significativos (JiyaHllal & Manzoor, 2013) (Ernst, 1999).

En el estudio observacional de la calidad de vida en pacientes con cefalea y tratamiento homeopático se tomaron casos de migraña con y sin aura y Cefalea Tensional, podemos ver claramente que se obtuvo una mejoría en la calidad de vida, con resultados estadísticamente significativos en cuanto a dolor corporal y vitalidad. (Muscari- Tomaioli, y otros, 2001) (Witt C. M., Ludtke, Mengler, & Willich, 2008)

Muchos autores en homeopatía, determinan un posible esquema de tratamiento o muestran como posibles candidatos un grupo de medicamentos para determinadas patologías según el tropismo por ciertos sistemas (Medhurst, 2011)

Por el ejemplo en la escuela francesa, según el Dr. Jacques Jouanny se describen algunos medicamentos útiles en cefalea, asociados a trastornos digestivos; trastornos circulatorios; con disfonía o astenia; con trastornos hormonales y cada uno de estos grupos contiene remedios útiles según el terreno y según los síntomas (Jouanny, Crapanne, Dancer, & Masson, 2004).



## **4. Conclusiones y recomendaciones**

### **4.1 Conclusiones**

Al realizar este trabajo logré responder mi inquietud en cuanto a los síntomas más característicos, que se deben tener en cuenta en el momento de enfrentarnos a un enfermo con cefalea tensional; así como la forma en que se traducen al lenguaje homeopático, para de esta manera realizar una repertorización que represente al paciente, de la forma más cercana posible.

Se pone de relieve que las guías clínicas son una herramienta útil para abordar las diferentes patologías dada la complejidad del ser humano, y que intentan generalizar un concepto en pro de facilitar el estudio de un estado mórbido, pero dado precisamente a que es una simplificación de la realidad, se debe complementar y enriquecer la interpretación de la información con la que se cuenta, visualizando no una enfermedad sino a un individuo enfermo, que puede tener ciertas características comunes a otros individuos y que en conjunto conforman un cuadro patológico, que se totaliza bajo una denominación que en este caso sería: Cefalea Tensional, pero que en últimas, es la forma única e irrepetible de sentir, manifestar y vivir estos síntomas lo que es digno de tratar en cada caso .

Al utilizar solamente los síntomas que identifican a la entidad nosológica bajo la luz de los criterios diagnósticos se evidenció la obtención de síntomas comunes a nivel homeopático, lo cual permitía elegir rubros con gran cantidad de medicamentos. Al revisar las posibles modalizaciones de los síntomas y los correspondientes a la esfera mental, se logró una mejor aproximación al diagnóstico medicamentoso.

La repertorización de los síntomas modalizados, arroja menor cantidad de medicamentos, que, al ser cotejados con la materia médica, reflejan su utilidad en los pacientes con Cefalea Tensional.

Esto indica que al realizar una repertorización minuciosa, con base en la individualidad morbosa, es posible establecer el diagnóstico medicamentoso.

La medicina convencional proporciona herramientas valiosas a la homeopatía y viceversa, siendo complementarias y que al integrarlas se pueden alcanzar resultados favorables en pro de los pacientes, ya que los estudios realizados en la medicina alopática permitieron ampliar el abanico de posibilidades en cuanto a la sintomatología que se buscó en este trabajo.

Es importante resaltar que en esta monografía se afirma que lo más importante a la hora de analizar a un enfermo es la identificación de los síntomas característicos y adecuadamente jerarquizados, para lograr de esta manera una buena repertorización,

Solo en el momento en el que el homeópata o estudiante de homeopatía atiende al paciente, dada la particularidad de cada caso específico es posible determinar el medicamento homeopático más apropiado en cada atención médica.

## **4.2 Recomendaciones**

Los rubros tomados en cuenta en este trabajo, así como los medicamentos policrestos y los remedios pequeños, son una fuente de estudio y una herramienta que visibiliza los síntomas y medicamentos con utilidad en los enfermos con Cefalea Tensional.

Dado que se busca lograr la implementación de una medicina integrativa, es importante acercar el lenguaje homeopático a la terminología utilizada en la medicina convencional, y en este sentido sería conveniente desarrollar trabajos similares en relación a otro tipo de cefaleas, así como a otro tipo de patologías.



Aunque este trabajo se ofrece como una fuente de consulta al abordar los enfermos con Cefalea Tensional, siempre se debe recordar que la única manera de llegar a obtener el diagnóstico medicamentoso más acertado es con un estudio juicioso de cada paciente, obteniendo los síntomas que caracterizan mejor al enfermo y alcanzando por tanto la totalidad sintomática para elegir el simillimum.





## C. Anexo: Tabla de repertorización sobre Remedios Policrestos realizado con repertorio Minotti (Minotti, 2013)

### MINOTTI 2000 PLUS - REPERTORIZACION

Paciente: CEPALEA DIMENSIONAL Y HOMOGENEO

Pos Min- Medicamento	Punt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1 -- CHH	11/19		1	2				2		1		1	3	2	3	1	1	1
2 -- MAT-W	11/17		1	1	1			1		1	1		1	2	3	3	2	
3 -- BEL	11/16	1		1		1		1			1	1	3	3	1	2		1
4 -- ARB	10/20	2	3	2	1	2							2	2	3		2	1
5 -- LYC	10/10		3			1			1	1		1	2	2	2	2	1	
6 -- ACCM	10/8	2	1	1		3		1			2		1	1		2	1	
7 -- HUXU	8/19		2	2		2	2						3	1	2	3	2	
8 -- BRY	8/13		1	1				1		2			1	2		1	2	2
9 -- PIDS	6/17		3	2	1								2	3	2	2	2	
10 -- SIL	6/16		3	1			2	1					3	2	3		1	
11 -- CALC	6/14	1	3	1								1	2	3	2		1	
11 -- BEP	6/14	1	1		2								2	2	3		2	1
13 -- LACH	6/13		1	1						2		1	2		2	2	2	
14 -- BANG	7/14			2			2				1		1	2	3		3	
16 -- CARI-V	7/12	1	2								2		2		2		2	1
16 -- JCM	7/12		3										2	2	2	1	1	1
17 -- ARN	7/10					2	1						2	1	1	2	1	
18 -- KALIC	1/9		1	1	1					1	1	2					2	
18 -- MAT-G	1/9		2		1							1	1	2	1		1	
18 -- OF	1/9			1		1			1		1		1			2	2	
21 -- KALIF	1/8		2	1								1	1	1		1	1	
22 -- GELS	6/14		3								3		3	2		2	1	
23 -- RIT-AC	6/13					1					3		3		3		3	1
24 -- COCC	6/12		2							1	2			2		2	3	
25 -- GRAPH	6/11		3	1		1					2		2				3	
25 -- SULPH	6/11										3	1		2	2	1	2	
27 -- DOFF	6/10		1			3	2						1	1		2		
27 -- MICO	6/10		1	1							1	2		3			2	
29 -- AMPG	6/9		2	2							1	1		1	2			
29 -- CHINA	6/9			2										1	2	2	1	1
29 -- KREOB	6/9			2										2		2	1	1
32 -- RUHC	6/8		1	2				1				1	1				2	
32 -- ARB-W	6/8							1			1	2	2			1	1	

## D. Anexo: Síntomas repertorizados con el repertorio Minotti (Minotti, 2013)

### MINOTTI2000 PLUS - REPERTORIZACION

Minotti 2013

Paciente: CEFALEA TENSIVA Y HOMBOPAT

Fec.Ant: 05/11/2014

Síntoma 1:

MENTALES

ANSIEDAD ( VER ABUSIVA, TEMOR.)

CEFALEA, CON:

Síntoma 2:

MENTALES

TRASTORNOS POR:

ANTICIPACION:

Síntoma 3:

MENTALES

IRREGULARIDAD:

CEFALEA ,DURANTE LA:

Síntoma 4:

MENTALES

IRREGULAR ,DEPRESION MENTAL ENDOGENA:

CEFALEA ,DURANTE LA:

Síntoma 5:

MENTALES

SENSIBLE ,HIPERSENSIBLE :

DOLORS ,AL OS:

Síntoma 6:

MENTALES

SENSIBLE ,HIPERSENSIBLE :

RUIDO ,AL:

SENSIBILIDAD DOLOROSA AL:

Síntoma 7:

CABEZA

DOLOR: "SENSACIONES"

PERSISTE:

\*LOCAL (LOCALIZACIONES)

LADOS:

-LADOS:

**E. Anexo: MATERIA MÉDICA COMPARADA POLICRESTOS** (Demarque, Jouanny, Poitevin, & Jean Y., 1997) (Draiman M. , 1999)

(Vijnovsky, 1980) (Nash, 1989) (Jouanny, Crapanne, Dancer, & Masson, 2004) (Lathoud, 1987) (Kent, 1989) (Mount, 2000)

Natrum mur	China.	Belladona	Arsenicum album	Aconito	Lycopodio	Nux vómica	Bryonia	Phosphoro	Silicea.
congestiva, desde el amanecer al ocaso, con cara pálida, náuseas, cefaleas nerviosas, con desánimo y agotamiento, por esfuerzo ocular o menstruación. Como si le martillasen el cerebro, siente la cabeza grande. Útil en niños y adolescentes cansados por trasnocho y estudio	Temporales con sensación pulsátil o de estallido. Puede estar asociada con vértigo y sensibilidad en cuero cabelludo.	Asociado a enrojecimiento de la cara y párpados caídos. Con frecuencia frontal o temporal con una preferencia por el lado derecho. Puede afectar toda la cabeza, es pulsátil frecuentemente- Puede estar asociada con la exposición al sol.	Hemi craneana asociado con debilidad, inquietud, con sensación helada en el cuero cabelludo Dolor ardoroso, se puede presentar a las 7 am o cada 2 semanas, o por aire frío o comer helado.	Frontales, como ardor o sensación de que algo va a estallar, Sensación de que el cerebro está hirviendo y puede sobresalir a través de la frente. Calor en la cabeza con frío en el cuerpo.	Periódicas, asociada a trastornos gástricos. Dolores presivos en vértex, o puede ser congestiva frontal, con pesadez en los ojos. Zumbidos en oídos y nauseas. Congestiva prolongado en jóvenes, principalmente en cara y cuello, como si fuese a estallar. es supraorbitaria derecha, más vertical ipsolateral, se presenta	Al despertarse, o a afecciones gástricas, se presenta lengua cargada en la región posterior, somnolencia post prandial, o asociadas a excesos gastronómicos, o estreñimiento espasmódico. El paciente se quejará de dolor de toda la cabeza, u occipital opresiva, frontal y que se extiende a la raíz de la nariz y sobre ojos. Dolor opresivo en región de coronilla.	Cefaleas que a menudo se asocian con el estreñimiento, de localización frontal, temporal, occipital o supraorbital izquierda o hemicraneano derecho. Puede surgir en la madrugada o a la mañana con el primer movimiento, y continuará hasta el día. Agravado por agacharse o toser, y mejoran con descanso o frío 17. Cefalalgia como si la cabeza fuera a partirse o estallar, que empeora por agacharse, toser, planchar, abrir los ojos o al moverlos, al moverse o en tiempo caluroso.	Pulsaciones, más en occipucio, con ardor, congestión, como si la sangre le subiera a la cabeza, le causa calor, náuseas, de predominio en la mañana. La congestión y el calor parecieran subir de la espalda y producen pesadez. Se genera gran rigidez de músculos faciales y mandíbulas. Dolores neurálgicos, punzantes, lancinantes, desgargantes a través de la cabeza. El dolor parece atravesar el ojo y salir detrás de la cabeza Dolores periódicos por esfuerzo mental, cuero cabelludo sensible, sensación de tensión como venda en frente, cuero cabelludo.	Dolor de cabeza cerebro espinal, que inicia en nuca y asciende a cabeza hasta zona supra orbitaria donde se fija. Cefalea crónica con náuseas, Cefalea después de un esfuerzo mental o cerca de la menstruación, en persona nerviosa que es muy fríolenta. Los dolores de cabeza suelen iniciar en la parte posterior de la cabeza y se extiende hasta l frente peores por corrientes de aire frío
	Agrava por la exposición a la luz solar, al aire libre, tocar o peinarse el cabello.	Agrava por el frío, la luz, el ruido, movimiento, acostado y alrededor de 17:00,	Agrava al escuchar otras personas hablar, y mejor por aplicaciones frías	Empeora con el viento o clima frío y seco, por la noche, durante el movimiento y después de la insolación	Agrava con cuando no come a la hora habitual.	Agrava por beber vino, transpiración trasnochar, esfuerzo mental, cólera, mortificación; mejora en reposo.	Agrava con Movimiento Con el calor	Agrava con Hambre	

## F. Anexo: MATERIA MÉDICA COMPARADA MEDICAMENTOS PEQUEÑOS (Demarque, Jouanny, Poitevin, & Jean Y., 1997)

(Nash, 1989) (Lathoud, 1987) (Vijnovsky , 1980) (Kinra, 2002) (Draiman, 1999)

Gelsenium	Anacardium	Stannium	Spigela	Kreosotum	Argentum metallicum	Lac d.	Nat ar	Bov	Cuprum
<p>congestivas, precedidas por trastornos de la visión, es de predominio occipital, irradiado a músculos del cuello y de hombros, mejora con cabeza levantada.</p> <p>Congestión cefálica</p> <p>durante constipación o por menstruación suprimida</p> <p>Sensación de constricción en la cabeza como por una banda o un hilo, peor sobre ojos. Gran pesadez de la cabeza. Siente el cerebro como dolorido y golpeado, Cefaleas aturdidoras, enloquecedoras comenzando en la columna cervical, y zona occipital extendida hacia arriba, a toda la cabeza, con</p> <p>. Peor después de desayuno, por moverse o agacharse, al mover la cabeza, por esfuerzos mentales, por el calor del sol, por fumar, acostado con la cabeza baja, a las 10 horas, por emociones, con náuseas, vómitos, pies y sudores fríos. Mejor por micción, presionando o acostado con la cabeza alta.</p> <p>Dolor en la sien extendido al oído y al ala nasal, mentón y huesos de la cara. Dolorimiento en cuero cabelludo. Dolores cervicales extendidos a toda la cabeza.</p>	<p>congestión cefálica, generalizada, agrava con el movimiento, mejora mientras come.</p> <p>Sensación de tapón sobre el borde de la órbita derecha. Sensación de banda alrededor de la cabeza o sobre las órbitas, en estudiantes, o sedentarios, perturba la concentración y mejora comiendo.</p>	<p>cefalea frontal presiva, más sobre ojo izquierdo, epifora, pesadez cefálica. Dolor de cabeza que aumenta progresivamente en intensidad, y luego disminuye lentamente. Gran debilidad y palidez.</p>	<p>neuralgia en cabeza, cara. Cefalea inicia en occipital y se extiende hacia adelante y se fija en ojo izquierdo, se agrava por ruido. Aumenta con el ascenso del sol y disminuye con el descenso. Se puede acompañar de epifora por ojo afectado. Siente como una venda apretada alrededor de la cabeza. Dolores de cabeza neurálgicos, cuello y hombros, no puede moverlos por el dolor. Dolor tipo desgarrante, tironeante.</p>	<p>Dolor en cuero cabelludo. Dolores latentes en frente. Sensación de pesadez, plenitud en occipucio. Dolor de cabeza por emociones, temprano, antes o durante menstruaicón, presivas en vértex, frente y sienes con calor en la cara, se puede extender a mandíbula y dientes. Tensión, pesadez en cabeza. Peso occipital, cuero cabelludo al tacto.</p>	<p>Cefalea frontal o neuralgia izquierda, causadas por trabajo mental, se produce un flujo de sangre a la cabeza que causa una sensación de llenura. Dolor intenso y la cabeza se siente adolorida y golpeada. Mejoría envolviéndose. Congestión cefálica, oleadas de calor a la cabeza con violentas palpitaciones y desmayos. Cabeza caliente con manos y pies fríos</p>	<p>pesadez cefálica, asociada a constipación, así como náuseas y vómitos, que no lo mejoran, con micción profusa. Cefalea frontal y se extiende a occipucio, gran fotofobia y malestar general, cefalea frontal pulsátil con pulsación en sienes. Mejora con la presión, peor durante menstruación.</p>	<p>cefaleas sobre las orbitas, raíz nasal, le impide estudiar o hablar. Cefalea por calor, presión y humo de tabaco.</p>	<p>Sensación de agranda miento de cabeza, expansiva a peor acostado y al aire libre, sensibilidad del cuero cabelludo.</p>	<p>Cefalea violenta, continua, periódica en vértex, Sensación de vacío en la cabeza, con la cefalea o que le salpican agua fría. Cefalea frontal sobre el ojo izquierdo y raíz de la nariz. Puntadas en las sienes.</p> <p>Dolor en el parietal que lo hace gritar al tocarse, extendida a cuello, brazos y pecho, que casi termina en convulsiones.</p>

Fuente: propia autoría.





## Bibliografía

- Alexiou, G. A., & Angryropoulous, M. I. (2013). Neuroimaging in childhood headache a systematic review. *Pediatric radiology*, 43(7), 777- 784.
- Ashina, S., Bendtsen, L., & Ashina, M. (2005). Pathophysiology of Tension- type Headache. *Current Pain and Headache Reports*, 9, 415- 422. Recuperado el 12 de noviembre de 2015, de <file:///C:/Users/familiaortiz/Desktop/MONICA%20TODA%20INFORMACION/MEDICINA%20ALTERNATIVA%20UN%20INICIO%20AGOSTO%202014/HOMEOPATIA/HOMEOPATIA%20PROGRAMA%20ESPECIFICO/TRABAJO%20DE%20GRADO/FISIOPATOLOGIA%20CEFALEA%20TENSIONAL/pathophysiology%20of%20tension%2>
- Ashina, S., Bendtsen, L., & Ashina, M. (2012). Pathophysiology of migraine and tension-type headache. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 16(1), 14- 18.
- Asociación Española de Pediatría. (2010). Cefaleas. Quintana Prada, María del Rosario. En *Protocolos diagnósticos terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP AEP* (págs. 271- 282).
- Ballester Sanz, A., Sanz Franco, M. J., & Galán Grau, E. H. (1999). Fundamentos científicos. 78, 71.
- Batlouni, M. (2010). Antiinflamatorios No esteroideos: Efectos Cardiovasculares, cerebrovasculares y Renales. *Arq Bras Cardiol*. 94(4), 538- 46.
- Becker, W. J., Findlay, T., Moga, C., Scott, N. A., Harstall, C., & Taenzer, P. (Auguts de 2015). Guideline for primary care management of headache in adults. *Canadian Family Physician- Le Médicin de familie canadlen*, 61, 670- 679.
- Bejarano, P. (2006). Ibuprofeno y analgesia. Documento en linea consultado. 12(8), 6.
- Belvis, R., Mas, N., & Roig, C. (2015). Novedades en la reciente Clasificación Internacional de las cefaleas: clasificación ICHD-III beta. *Revista de Neurología*, 60(2), 81- 89. Recuperado el 2016

- Bougea, A. M., Spandideas, N., Alexopoulos, E. C., Thomaidis, T., Chrousos, G., & Darviri, C. (2013). Effect of the emotional freedom technique on perceived stress, quality of life, and cortisol salivary levels in tension type headache sufferers: A randomized controlled Trial. *Explore: the Journal of science and Healing*, 9(2), 91 - 99. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2012.12.005>
- Carbonell, V. P., Parres, M. J., & Andrés, J. M. (s.f.). *Guía de Actuación Clínica en AP*.
- Casale, J. A. (1998). *Diccionario de Rubros Relacionados*. Buenos Aires.
- Cid, J. M. (2014). Cefaleas, evaluación y manejo inicial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 651- 657.
- Cobeñas, R., Aguilar, M., Aranguren, J., Gallo, J. C., Espil, G., & Kozima, S. (2015). Cefalea... ¿ y algo más? Neuroimágenes en el estudio de la cefalea. *Revista Argentina de Radiología* .
- Demarque, D., Jouanny, J., Poitevin, B., & Jean Y., S. (1997). *Farmacología y materia médica*. Ediciones CEDH.
- Deza , L. B. (2010). La migraña. *Acta médica Peruana*, 27(2), 129- 136.
- Dodick, D. W. (2006). Chronic daily headache. *New England Journal of Meicine*, 354(2), 158- 165.
- Draiman, M. (1999). *LAS PERSONALIDADES HOMEOPÁTICAS*. Editorial argentina.
- Eizayaga , F. X. (1991). *El moderno repertorio de Kent*. In *el moderno repertorio de Kent*. . Marecel .
- Eizayaga, F. X. (1981). *Tratado de medicina homeopática*. In *tratado de medicina homeopática*. Marecel.
- Eizayaga, F. X. (1991). *El moderno repertorio de Kent*. in *El moderno repertorio de kent*. Marecel.
- Epidemiológico, R. (2005). *Revisiones sistemáticas de la literatura*.
- Ernst, E. (1999). Homeopathic prophylaxis of headaches and migraine? A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 18(5), 353- 357.
- Espí- López, G. V., Colorado Lluch, I., & Vicente Herrero, M. T. (2013). Cefalea tipo tensión en mujeres. Características, impacto y utilidad de la fisioterapia en su tratamiento. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25(3-4), 80- 88. Recuperado el abril de 2016, de <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

- Fielding, J., S, Y., Martin , P. R., & Waters, A. M. (2016). Headache symptoms consistent with migraine and tension-type headaches in children with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 40, 67- 74.
- Frese, T., Druckrey, H., & Sandholzer, H. (2014). Headache in General Practice: Frequency, Management, and Results of Encounter. *International Scholarly Research Notices*, 2014.
- Fumal, A., & Schoenen, J. (2008). Tension type headache. *The Lancet Neurology*, 7, 70-83. Obtenido de [http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S1474442207703253/1-s2.0-S1474442207703253-main.pdf?\\_tid=6391a64e-f27d-11e5-803f-00000aacb360&acdnat=1458905786\\_35b79e2f338428a35d4c54584d489f12](http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S1474442207703253/1-s2.0-S1474442207703253-main.pdf?_tid=6391a64e-f27d-11e5-803f-00000aacb360&acdnat=1458905786_35b79e2f338428a35d4c54584d489f12)
- Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez. (2005). *Doctrina Homeopática*.
- Gómez, M. (2008). Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Acta Neurol Colomb*. 24(3), S14- S27.
- Hahnemann, S. (1845). *Las enfermedades crónicas, su naturaleza específica y su tratamiento homeopático*. Asturias, Asturias.
- Headache classification subcommittee of the international Headache Society. (2013). The international classification of headache disorders, (beta version) IHS. *Cephalalgia*, 33(9), 629- 808.
- Hering, C. (1969). Prefacio de Hering. En S. Hahnemann, *Tratado de las Enfermedades Crónicas su naturaleza específica y su tratamiento homeopático*. (pág. 15). Maisonneuve.
- Holroyd, K. A., Stensland, M., Lipchik, G. L., Hill, K. R., O'Donnell, F. S., & Cordingley, G. (2000). Psychosocial correlates and impact of chronic tension- type headaches. *The Journal of Head and Face Pain*, 40(1), 3-16.
- Instituto Luis G. Páez. (2014). *Fundamentos teóricos de la homeopatía*.
- Jackson, J. L., Shimeall, W., Sessums, L., DeZee, K. J., Becher, D., Diemer, M., . . . O'Malley, P. G. (2010). Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta- analysis. *BMj.*, 341, c5222.
- Janke, E. A., Holroyd, K. A., & Romanek, K. (17 de May de 2004). Depression increases onset of tension type headache following laboratory stress. *111*(3), 230- 238.
- Jensen, R. (2003). Diagnosis, Epidemiology, and Impact of Tension- type Headache. (Copyright, Ed.) *Current pain and Headache Reports*, 7(6), 455- 459.

- Jensen, R., & Stovner, L. (2008). Epidemiology and comorbidity of headache. *The Lancet Neurology*, 7, 354- 361. Recuperado el 15 de febrero de 2016, de [http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S1474442208700620/1-s2.0-S1474442208700620-main.pdf?\\_tid=4f4de22e-f27d-11e5-8c29-00000aacb360&acdnat=1458905752\\_a7ae5faafecbb04465d153386300526](http://ac.els-cdn.com.ezproxy.unal.edu.co/S1474442208700620/1-s2.0-S1474442208700620-main.pdf?_tid=4f4de22e-f27d-11e5-8c29-00000aacb360&acdnat=1458905752_a7ae5faafecbb04465d153386300526)
- JiyaHllal, H., & Manzoor, H. (2013). Homeopathic Remedies for Successfully Curing the Migraine. *Journal of dental and Medical Sciences*, 9(5), 23- 27. Obtenido de [www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org)
- Jouanny, J., Crapanne, J. B., Dancer, H., & Masson, J. L. (2004). *Terapéutica homeopática*. CEDH.
- Kalra, A. A., & Elliott, D. (s.f.). Acute: migraine: Current treatment and emerging therapies. *Therapeutics and clinical risk management*, 3(3), 449.
- Kent, J. T. (1989). *Materia médica homeopática*. In *maeira médica Homeopática*. Albatros. .
- Kim, B. S., Chung, C.-S. C., Kyung Chu, M., Kyung Chung, Y., Lee, C. B., & Kim, J. M. (2015). Factors associated with disability and impact of tension- type headache: findings of the Korean headache survey. *The journal of headache and Pain*, 16(1), 40. Recuperado el diciembre de 2015, de <http://download.springer.com/static/pdf/86/art%253A10.1186%252Fs10194-015-0524-6.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fthejournalofheadacheandpain.springeropen.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs10194-015-0524-6&token2=exp=1458924958~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F86%2Fart%25253A10>.
- Kinra, R. (2002). *Materia médica for students* (Vol. 1). B. Jain Publishers. .
- Kundu, N. C., & Ahmad, Q. (December de 2004). Tension- Type, the Forgotten Headache. A common but under Treated Condition. *TAJ: The Journal of Teachers Association RMC, Rajshahi*, 17(2), 121- 128.
- Lathoud, J. A. (1987). *Materia médica homeopática*. In *Materia Medica Homeopatica*. Albatros. .
- Levin, M. (2013). The international classification of Headache Disorders, (ICHD III)- Changes and Challenges. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 53(8), 1383- 1395.
- Lygberg, A. C., Rasmussen, B. K., Jorgensen, T., & Jensen, R. (2005). Secular changes in health care utilization and work absence for migraines and tension type headache: A population based study. *European Journal of Epidemiology*, 20,

- 1007- 1014. Recuperado el enero de 2016, de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-005-3778-5#page-1>
- Medhurst, R. (2011). Homeopathy and its Role in the Management of Headaches.
- Medina, M. Z. (s.f.). HOMEOPATÍA LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA.
- Medrano, V., Genovés, A., & Esquembre, R. (2007). ¿Supone la cefalea una sobrecarga asistencial en atención primaria? *Kranion*, 7, 12- 16.
- Montfort Cabello, H. (2004). Chronic diseases: What are they? How are they inherited? (Homeopathy, Ed.) 93(2), 88- 93.
- Moraska, A., & Chandler , C. (2009). Changes in psychological parameters in patients with tension- type headache following massage therapy: a pilot study. *ournal of Manual & Manipulative Therapy*, 17(2), 86- 94. Recuperado el mayo de 2016
- Mount, S. J. (2000). *Migraña y su tratamiento homeopático*. (S. Quintero Ramirez, Trad.) New Dehli, India: Jain publishers. .
- Muscari- Tomaioli, G., Allegri, F., Miali, E., Pomposelli, R., Tubia, P., Targhetta, A., & Bellavite, P. (2001). Observational Study of life quality in cephalalgic patients under homeopathic treatment. *Br. Hom. J.*, 90, 189.
- Nash, E. B. (1989). *Fundamentos terapéutica homeopática*. Buenos Aires. : F.D.T.
- Nicolai , T. (2010). Estudios científicos en homeopatía. *Revista Mpedica de Homeopatía*, 3(2), 88- 92.
- Pirra, G. (2008). *Organon del arte de curar. "en búsqueda del pensamiento original de Hahnemann"*. Buenos Aires.
- Pogliani, L., Spiri, D., Penagini, F., Di Nello, F., Duca, P., & Zuccotti, G. V. (2010). Headache in children and adolescents aged 6–18 years in northern Italy: prevalence and risk factors. *Official Journal of the European Paediatric Neurology Society*, 15(3), 234- 240.
- Pradilla Ardila, G. (2008). Cefalea en urgencias: diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias. *Acta Neruológica Colombiana*, 24(4).
- Pradilla, G., Vesga, B. E., León- Sarmiento, F. E., & Geneco, G. (2003). Estudio neuroepidemiológico nacional colombiano (EPINEURO). *Panamericana de la Salud*, 14(2), 104- 111.
- Quintana Prada, M. (s.f.). cefaleas. En *Protocolos diagnósticos terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP AEP*.

- 
- Ramírez Gardía, S. F., Hernández Preciado, J. F., & Restrepo Escobar, J. (2008). Imágenes en cefalea. *24(4 supl. 3)*, 153- 172.
- Real Academia Española. (21 de Octubre de 2014). *Real Academia Española*. Recuperado el 25 de marzo de 2016, de Diccionario de la Lengua Española: <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
- Rossi, P., Vollono, C., Valeriani, M., & Sandrini, G. (2011). The contribution of clinical neurophysiology to the comprehension of the tension type headache mechanisms. *Clinical Neurophysiology.*, *122(6)*, 1075- 1085.
- Rueda Sánchez, M., Mantilla Mc Cormick, F. J., Solano, M. N., & Ortiz, C. J. (2005). Prevalencia de cefaleas en un servicio de urgencias en Colombia. *40(4)*, 209- 213.
- Schmidt, P. (2001). *El arte de interrogar*. B. Jain Publishers.
- Schroyens, F. (2008). Radar Repertory Program. Assesse: Archibel.
- Schwartz, B. S., Simon, W. F., & Lipton, R. B. (1998). Epidemiology of tension tyhpe headache. *279(5)*, 381- 383.
- Schwartz, B. S., Stewart, W. F., Simon, D., & Lipton, R. B. (1998). Epidemiology of tension type headache. *Jama*, *279(5)*, 381- 383.
- Stovner, L. J., Jensen, K., Katsarava, R., Lipton, Z., Scher, R. B., & Swart, J. A. (2007). The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. (B. p. ltd, Ed.) *Cephalalgia*, *27(3)*, 193- 210.
- Takeuchi, Y., & Guevara, G. (1999). Prevalencia de las enfermedades neurologicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). *Colombia médica.* , *30(2)*, 74- 81.
- Universidad Nacional de Colombia. (2011). *La medicina alternativa: una visión desde los sistemas médicos complejos*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. .
- Upadhyay, R. P., & Nayak, C. (2011). Homeopaty emerging as nanomedicine. (I. J. Research, Ed.) *10(37)*, 299- 310.
- Urrego, D., Martinelli, A., & Beltrán, E. (2011). *La medicina alternativa: una visión desde los sistemas médicos complejos*. Universidad Nacional de Colombia.
- Vargas Sánchez, G. M. (s.f.). Dialéctica del concepto de miasma a través de la historia/ Dialectics of the concept of miasm throughout history (Doctoral dissertaton, Universidad Nacional de Colombia).

- Vicente, M. T., Láinez, M. J., & Díaz, S. (2004). Grupo de Estudio de Cefalea en Correos. Estudio de prevalencia y demanda médica por cefalea en la población laboral de correos. *Archivo Prevención Riesgos Laborales*, 7(1), 9- 13.
- Vijnovsky , B. (1980). *Tratado de materia médica homeopática. In tratado de materia medica homeopatica.*
- Vijnovsky, B. (1980). *Tratado de materia médica homeoática. In tratado de materia medica homeopatica.*
- Witt, C. M., Ludtke, R., Mengler, N., & Willich, S. (2008). How healthy are chronically ill patients after eight years of homeoathic treatment?- Results from a long term observational study. *BMC Public Health*, 8(1), 1.
- Witt, C. M., Ludtke, R., Mengler, N., & Willich, S. N. (2008). How healthy are chronically ill patients after eight years of homeopathic treatment?- Results from a long term observational study. *BMC. Public Health*, 8(1), 413.
- World Health Organization WHO. (2012). Atlas of headache disorders and ersources in the world. 1, 1- 35.
- Zaninovic, V. (2014). Migrañas: fisiopatología y tratamiento.