

Migraña como motivo de consulta: La Terapia Neural como camino

Trabajo de Postgrado en Terapia Neural. 2004/05
Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu – Universitat de Barcelona

Ana Rosa López Sánchez

Lda. Medicina y Cirugía y Médica Forense
anarosa99@hotmail.com

Montserrat Palau Contente

Diplomada en Enfermería
ananda@iponet.es

INDICE	Página
1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. Objetivos específicos	
1º Determinar el porcentaje de personas de cada sexo en nuestra muestra	
Figura 1: Relación Mujeres /hombres	6
2º Determinar la distribución de la muestra según la edad	6
3º Describir la distribución de la muestra en función del tiempo de evolución del síntoma	6
Figura 2: Tiempo de evolución del síntoma migraña	6
4º Mostrar el tiempo medio de tratamiento que ha sido necesario para obtener una mejoría en el síntoma o la curación del mismo	7
Figura 3: Tiempo medio de tratamiento	
5º Determinar el número medio de visitas que ha recibido el o la paciente	7
Figuras 4: Número de visitas	7
Figura 5: Semanas transcurridas entre las visitas	
6º Demostrar la mejoría obtenida en el síntoma migraña al aplicar TN a la persona afectada de la misma	
Figura 6: Valoración del dolor al inicio de la TN	7
Figura 7: Valoración del dolor al final de la TN	
Figura 8: Resultado de la TN respecto al síntoma Migraña	
Figura 9: Resultado de la TN en función del tiempo de evolución del síntoma	
7º Determinar si la migraña es el único síntoma o si bien si presenta otros	9
Figura 10: Migraña como único motivo de consulta	
Figura 11: Otros síntomas además de la migraña	
8ª Evaluar la evolución de los otros síntomas al aplicar la Terapia Neural	
Figura 12: Mejoría de los síntomas diferentes a la migraña	10
Figura 13: Mejoría de otros síntomas cuando el resultado de la TN sobre la migraña ha sido Bueno o Muy Bueno	
9º Describir las posibles respuestas del organismo tras la aplicación del estímulo neuralterapéutico: Crisis Curativa	11
Figura 14 : Síntomas de la fase de reacción: Crisis Curativa	
10º Constar la existencia de las memorias del cuerpo	12
Figura 15 : Reacciones memoria	
11º Determinar la importancia de los campos interferentes en el tratamiento así como los campos interferentes más frecuentemente implicados en el enfermar de la persona	12
Figura 16 : Número de campos interferentes tratados	
12º Destacar la importancia del diálogo con el SNV de la persona: la individualización del tratamiento.	13
4. Bibliografía	14

RESUMEN

Analizamos retrospectivamente el efecto de la aplicación de la Terapia Neural en 50 pacientes que acudieron a la consulta de Terapia Neural del Dr. David Vinyes en Sabadell (Barcelona), presentando como motivo de consulta la **MIGRAÑA**.

La edad media es de 43,76 años y la relación de mujeres vs. hombres es de un 84% de mujeres frente a un 16% de hombres. El seguimiento máximo ha sido de hasta de 2 años y el mínimo de 2 meses.

El tiempo de evolución media del padecimiento de la migraña es de 19,5 años.

A la hora de aplicar la terapia hemos querido destacar el bajo promedio de visitas que, en total, han requerido los pacientes para obtener una franca mejoría de su clínica. Dicho promedio se ha fijado en 6,21 visitas. Apuntamos, así mismo, que dichas visitas se han llevado a cabo a lo largo de un promedio de 9,7 meses. Por tanto, nos encontramos que el tiempo medio transcurrido entre cada una de las visitas ha sido de 4,5 semanas.

Si bien es relativamente frecuente encontrar una mejoría del síntoma inmediatamente después de la sesión de Terapia Neural, no se reportó ningún caso de Efecto en Segundos según la definición de Huneke, ya que según su definición clásica, las molestias deben desaparecer de inmediato o después de poco tiempo posterior a la inyección en el Campo Interferente (el órgano diana no corresponde al sitio de inyección). En los casos estudiados siempre se ha hecho alguna punción en la zona dolorosa (segmento) además de hacerlo también en posibles campos de interferencia.

Según la gravedad del síntoma clasificamos a los pacientes siguiendo la EAV (Escala Análoga Visual) en grupos a saber:

- A: Cuando el dolor se valoraba como de 1 o 2 de nivel de gravedad
- B: 3, 4 o 5
- C: 6, 7 o 8
- D: 9 o 10

La Valoración Inicial del dolor fue de 8,4 de media. La Valoración Final del dolor fue de 1,71 de media. De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que el 74% ha obtenido resultados calificados como de Muy buenos o Buenos mientras que han sido regulares o malos en el 16%.

El enfoque globalizador de la terapia nos ha llevado a estudiar el porcentaje de pacientes que presentaba como único síntoma la migraña al acudir a la consulta, que era del 14%, frente al restante 86% que acudió a la consulta con una media de 3,6 síntomas diferentes a la migraña.

Tras la aplicación de la terapia podemos concluir que el 30% vio desaparecer, además de la migraña, la totalidad de los síntomas que presentaban en el momento de ser visitados por primera vez. Destacar así mismo que un 63% presentó un mejoría de 2 o más síntomas.

A lo largo de la aplicación de la terapia un elevado porcentaje de pacientes presentaron Crisis Curativas, en forma de síntomas que desaparecieron al finalizar el tratamiento.

Hemos detectado que dichos síntomas habían sido padecidos anteriormente por los pacientes en el 79% de los casos, lo que viene a avalar la hipótesis de que existen lo que se ha dado en llamar «*las memorias del cuerpo*», así como de zonas afectadas por procesos patológicos anteriores y que se convierten en focos irritativos permanentes.

El tratamiento se enfocó aplicando una terapia segmental así como de campo interferente en el 100% de las personas estudiadas. Con respecto a los campos interferentes, los más frecuentemente pinchados fueron:

- plexo ginecológico: 56%
- cicatrices varias: 52%
- polos amigdalares: 42%
- zona de tiroides: 30%
- segmento abdominal: 28%
- zona del ganglio estrellado: 28%

A cada persona se le trataron una media de 4,5 campos interferentes. **La elección de los mismos vino marcada por los antecedentes patológicos y bibliográficos de la persona así como por el diálogo atento e individualizado que se llevó en todas las visitas con el SNV –Sistema Nervioso Vegetativo– de la persona. Entendemos que debe ser éste y no otro quien nos diga dónde reside la causa del síntoma migraña –así como de cualquiera que la persona presente–, y nos marque el camino a**

seguir. De ahí que para llegar a la desaparición del mismo síntoma en una persona haya que inyectar cocaína en el plexo ginecológico, en otra los cordales, el tiroideo o la articulación del metatarso-falángica del primer dedo de la mano izquierda.

Podemos concluir que **la Terapia Neural es un buen método para estimular y acompañar al organismo al encuentro de su orden interno de forma que logre la auto-eco-organización que le permita estar en armonía y paz interior.** Por ende, también ha resultado ser muy valiosa cuando la persona presenta como motivo de consulta, sea este o no el único, la migraña.

INTRODUCCIÓN

Uno de los motivos más frecuentes de consulta médica, tanto en la asistencia primaria como en la especializada, es la cefalea. Se calcula que entre un 70% y un 89% de la población general ha presentado en alguna ocasión dolor de cabeza y que entre un 6% a un 20% de los casos su intensidad ha sido lo suficientemente fuerte como para interferir en su actividad diaria, tanto en el ámbito laboral como en el escolar.

La migraña es un cefalea aguda de carácter recurrente, variable en cuanto a su intensidad, duración y frecuencia, paroxística, pulsátil, hemicraneal, que puede venir acompañada de fotofobia, fonofobia y a menudo de fenómenos vegetativos (nauseas, vómitos), de cambios en el humor, y que aparece en forma de ataques repetitivos, en un terreno familiar predispuesto. Es una afección benigna, crónica, aunque muy frecuente e incapacitante.

Afecta aproximadamente a un 30% de las mujeres y a un 15% de los varones. Suele iniciarse entre los 15 y los 30 años, pero su presentación tardía no es excepcional.

El mecanismo de la migraña se inicia con una fase prodrómica, que correspondería a una vasoconstricción de los vasos cerebrales, para continuar luego con una fase dolorosa, que estaría ligada a una vasodilatación de los vasos cerebrales.

Los ataques pueden ser desencadenados por múltiples factores: alimentarios (chocolate, quesos curados, cacahuetes, ayuno...), psicofísicos (fatiga, stress, postcoital, falta o exceso de sueño...), tóxicos (café, tabaco, alcohol...), ambientales (frío, humedad...), hormonales (menstruación, ACO, embarazos ...).

El número de crisis migrañosas puede oscilar entre 1 y 8 crisis al mes.

En el tratamiento preventivo que postula la medicina oficialista se procurarán eliminar los factores desencadenantes, y el tratamiento profiláctico se recomienda a partir de los 2-3 ataques de migraña mensuales mediante el uso de fármacos: betabloqueantes, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos, IMAO, sales de litio, etc.

En el tratamiento sintomático (si se administra precozmente el fármaco, el control de la crisis migrañosa es más efectivo), los fármacos más utilizados son: AINES, Paracetamol, Metoclopramida, Sumatriptan o Tartrato de ergotamina.

Numerosos son los tratamientos que se han aplicado para atenuar la sintomatología propia de las migrañas. Existen en el mercado múltiples fármacos con efecto sobre las mismas, si bien este es limitado. Los pacientes entran en la escalada de fármacos contra el dolor utilizando cada vez principios químicos con mayor potencia y por lo tanto con mayor número de efectos secundarios. Nosotras proponemos como un tratamiento indicado para esta afectación la Terapia Neural.

TERAPIA NEURAL

Nuestro **objetivo general** es demostrar que la TN ha resultado efectiva para tratar las migrañas.

La utilización de la TN es versátil, global e individual –y a la vez holística– y tiene una amplia aplicación, tanto en enfermedades agudas como en crónicas, incluso en lactantes y embarazadas.

Las bases científicas de la Terapia Neural tienen sus inicios en las investigaciones de los rusos Pavlov y Speransky y más tarde en las de los hermanos alemanes Huneke. Y la base morfológica donde se llevan a cabo las autorregulaciones es en el sistema básico, según Pischinger-Heine, así como en el sistema nervioso (S.N.) simpático con sus conexiones diversas.

La Terapia Neural es un modo de tratar a la persona en toda su integridad, con un estímulo regulador inespecífico en un lugar del S.N. específico, que da muy buenos resultados, es muy económica, de alta confiabilidad y de muy baja iatrogenia. La persona puede venir con un síntoma que sería como la punta del iceberg, y, a medida que vamos tratándola, ese síntoma puede llegar a desaparecer, dejando ver las raíces

en las que se asienta la enfermedad. A diferencia de la terapéutica farmacológica, en la que el organismo llega a habituarse al medicamento, con la Terapia Neural la mejoría suele ser cada vez más duradera y los síntomas cada vez menos intensos, ya que el sistema neurovegetativo se halla cada vez más limpio y menos irritado.

La Terapia Neural forma parte del principio «*estimulo-reacción*». El estímulo que aplicamos es inespecífico -y a la vez dirigido- mediante la introducción de un anestésico inyectado localmente (generalmente procaína). Es un tratamiento a través del Sistema Nervioso, concretamente del Sistema Nervioso Vegetativo (SNV), el cual se halla ampliamente presente en la piel; y lo que es más importante, es el asiento de la memoria vital del organismo: él nada olvida, todo queda archivado en sus redes.

Los anestésicos locales tienen un alto potencial eléctrico que, al ser inyectados en microdosis en las zonas de irritación (zonas despolarizadas), poseen la capacidad de repolarizar y estabilizar el potencial de la membrana celular afectada, con lo que permite recuperar y estabilizar al sistema neurovegetativo.

El Sistema Nervioso es un integrador de los diferentes órganos y tejidos del cuerpo; por lo tanto, cualquier irritación o desequilibrio en cualquier parte del cuerpo estará afectando a su totalidad y lo que se busca con la Terapia Neural es neutralizar estas irritaciones con los estímulos neuralterapéuticos para así reactivar los mecanismos de regulación, de autocuración, para que se establezca un nuevo orden que provenga de la propia fuerza vital, y retorne de este modo de nuevo el equilibrio.

Debido a que la TN se considera una terapia globalizadora que ve a la persona como un todo y no como una migraña o este o aquel síntoma, en el momento del acto terapéutico se establece un diálogo profundo e íntimo con la persona en la que se recogen todos aquellos eventos más destacados de su biografía. Este hecho marca una importante diferencia con los, a nuestro entender, limitados antecedentes patológicos que recoge la medicina oficialista en sus historias clínicas. Así se tomará nota no sólo de los eventos físicos patológicos sino también de los emocionales, de los psicológicos y hasta de los espirituales, de sus deseos e ilusiones.

Del mismo modo, a partir del momento en el que se aplica el estímulo neuralterapéutico, se preguntará a la persona por cualquier tipo de reacción que haya podido desencadenarse.

Esto es así pues entendemos, junto con diversos autores relevantes en el campo de las medicinas biológicas, que en el *proceso de la curación* existen tres niveles de acción del estímulo neuralterapéutico:

- Nivel mental
- Nivel químico
- Nivel anatomoclínico

Nivel mental: cuando la curación se inicia a este nivel la persona puede manifestarlo con expresiones como «me siento mejor», «estoy más animada», aún a pesar de no haber encontrado una mejoría física. El resultado se evalúa por cambios en el nivel emocional y son importantísimos como guía para el camino a seguir. Se dan en un plano cuántico-energético (Payán).

Nivel químico: apreciamos que químicamente se inicia un proceso de auto-organización y autocuración.

La *Homotoxicología* nos ofrece una guía para llevar a cabo el seguimiento y el análisis del proceso a este nivel con su teoría de las fases y las vicariaciones (Reckeweg). Según esta rama de la medicina biológica, cuando el organismo es agredido lleva a cabo un conjunto de reacciones que conllevan la formación o acción de toxinas que en el ser humano se llaman homotoxinas. Dichas reacciones van encaminadas a lograr el restablecimiento del orden interno del organismo.

En una primera fase la respuesta va dirigida hacia la expulsión, la evacuación, de la toxina aparecida como consecuencia del efecto del estímulo agresor –sea este químico, físico o psicológico–. Es la fase de EXCRECIÓN y se lleva a cabo mediante el desarrollo de fenómenos de aumento de los mecanismos fisiológicos de excreción. Si esta fase se frena, por ejemplo mediante el uso de fármacos supresores –antidiarreicos, antieméticos, antipruriginosos...–, el organismo pasa a una segunda fase: es la fase de REACCIÓN, en la que se desencadena una respuesta inflamatoria exudativa con la que trata de quemar las toxinas generadas por la agresión. El bloqueo de esta fase mediante el uso de antibióticos, antiinflamatorios, antipiréticos, etc., aboca al depósito de las toxinas en la matriz extracelular (Pishinger – Heine), pasando así a la fase de DEPOSICIÓN, la cual puede degenerar en una impregnación del tejido conjuntivo con la consiguiente lesión celular. Posteriormente serán los propios sistemas intracelulares de las células parenquimatosas los que se destruirán abocando al organismo a las fases de DEGENERACIÓN y DESDIFERENCIACIÓN.

Según nuestra forma de entender la TN, cuando a una persona la sometemos a un estímulo neuralterapéutico, consistente en la inyección de procaína en bajas dosis, se produce una activación celular encaminada a que se puedan poner en marcha tanto los fenómenos que integran las fases de reacción como los de la fase de excreción anteriormente descritas. Dicha activación se pondrá de manifiesto por la aparición de una serie de síntomas que otras disciplinas conocen con el nombre de CRISIS CURATIVAS.

Así la persona puede presentar síntomas como los siguientes: fiebre, diarrea, vómito, flujo vaginal, vaginitis, anexitis, salpingitis, prostatitis, secreciones mucosas, coriza, estomatitis, rinitis, laringitis, faringitis, enteritis, colitis, lagrimeo, menstruación, sudor, poliuria, cistitis, pielitis, nefritis, esputo, expulsión por la piel (vesículas de herpes, eccemas, forúnculos, dermatitis, piodermatitis, eritema, etc.), hepatitis, neumonía, colangitis, parotiditis, tiroiditis, pleuritis, pericarditis, peritonitis, neuritis, reuma muscular, miositis, poliartritis, etc.

Según estudios e investigaciones hechos por Pavlov y Speransky, las agresiones acaecidas sobre el organismo pueden dejar una memoria imitativa en cualquier parte del mismo. Esa memoria se almacena en el sistema nervioso y puede ser la causa de que en un momento dado las informaciones del organismo no corran adecuadamente y se presente una alteración de los mecanismos de auto-eco-organización del mismo.

La misión del neuralterapeuta será pues, la de descubrir en qué sitios del sistema nervioso están las irritaciones, llegar a ellas y colocar impulsos que permitan que el organismo las elabore, las olvide o las transforme para que su devenir se normalice según su propio orden.

A nuestro entender es el propio organismo quien nos marca el camino a seguir en la búsqueda de estos campos interferentes. De una parte en función de la historia clínica, pues en ella están reflejadas las áreas por las que ha tratado de evacuar los estímulos lesivos, las irritaciones físicas como puedan ser las cicatrices; y por otra está la respuesta que aparece tras la aplicación del estímulo neuralterapéutico.

Nivel anatomoclínico: en el que encontramos, cuando la evolución es favorable, una mejoría tanto en los síntomas, lo que la persona sentía, como en los signos, detectados por análisis de laboratorio, Rx, etc.

A este nivel se han descrito reacciones de total desaparición de los síntomas; es lo que se conoce como el «*Fenómeno en Segundos*» (desaparición inmediata y mantenida de los síntomas provocados a distancia por un campo interferente, al inyectar procaína en él).

De un modo didáctico y según la manera de aplicarla, los autores clásicos dividen la Terapia Neural en: local, segmental y de campo interferente. (Dosch)

Terapia Neural local: Se inyecta directamente en la estructura, zona del dolor (piel, puntos gatillo miofaciales, inserciones de ligamentos con dolor, el periostio, cápsulas de articulaciones, articulaciones etc..)

Terapia Neural segmental: la piel, el aparato motor y el órgano interno respectivo están conectados entre sí por vías reflejas; nos guiamos por las zonas reflejas de Head para tratar el segmento, inyectando en el área de proyección de los síntomas, incluidas las cicatrices.

Terapia Neural de campo interferente: Existe un estado de estímulo crónico en cualquier punto del cuerpo; en la mayoría de los casos no se presentan síntomas directos en el campo interferente, pero es irritativo y puede debilitar circuitos reguladores, como por ejemplo la cicatriz de amigdalectomía, los dientes, restos de raíz de dientes o muelas, osteitis, todo tipo de cicatrices, etc. (Wedensky, ...)

Desde el enfoque de la TN creemos que el abordaje pasa por tratar a la persona de forma integral y no únicamente el síntoma que ha provocado su visita. Así, tratando a la persona de un modo global y estableciendo un diálogo con su Sistema Nervioso Vegetativo, el terapeuta neural busca neutralizar los focos irritativos que hayan provocado la aparición del síntoma de forma que al ser éstos estimulados, recobren la normalidad física y funcional. Al aplicar la TN debemos dirigirnos siempre hacia la integración de la totalidad del SER.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1º DETERMINAR EL PORCENTAJE DE PERSONAS DE CADA SEXO EN NUESTRA MUESTRA

Tal y como ha quedado expuesto en la introducción, el padecimiento de la migraña es predominante en el sexo femenino. Así podemos decir que, en la población general, se presenta en un 66% de mujeres frente al 33% de hombres. Dicho dato debemos contrastarlo con los resultados obtenidos en nuestro estudio: un 84% son mujeres mientras que solamente el 16% restante son hombres.

Entendemos que tan marcada diferencia debemos encuadrarla en el contexto de un fenómeno generalizado: la mayoría de las personas que acuden a la consulta son mujeres. De forma tradicional son las personas de este género las que acuden en mayor número a las medicinas biológicas y, en este caso, se confirma.

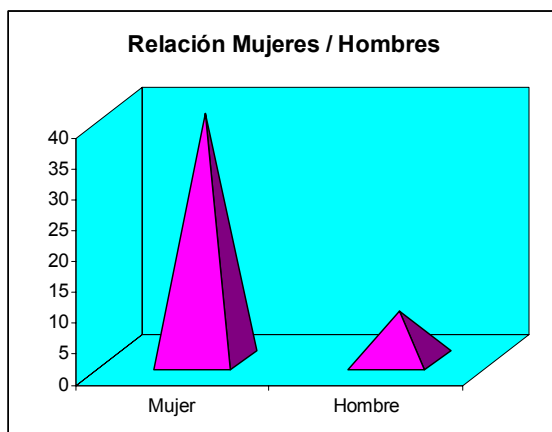


Fig. 1

2º DETERMINAR LA DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD

La mayoría de las personas que acuden a las consultas de Medicinas Biológicas son de mediana edad. Entendemos que las personas mayores sienten más seguridad al acudir a la medicina oficial y además tienen menor acceso a las nuevas alternativas que van surgiendo. Los niños y las niñas dependen claramente de la opinión de los padres, quienes se muestran en general reticentes a usar métodos diferentes a los establecidos por la oficialidad. Por tanto la media de edad de las personas estudiadas es de 44,875 años.

3º DESCRIBIR LA DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL SÍNTOMA

La importancia de conseguir una mejoría en el síntoma migraña mediante el uso de cualquier técnica o cualquier medio radica en la gran resistencia que dicho síntoma presenta a la hora de ser tratado por cualquier método, bien sea convencional o alternativo. Así vemos que un 24% de personas viene padeciendo migrañas desde hace más de 30 años; un 14% las padece entre 25 y 30 años; otro 10% entre 25 y 20 años; un 8% entre 15 y 20 años; un 12% entre 10 y 15 años; un 16% entre 5 y 10 años y el restante 16% menos de 5 años. La media resultante es de 19,5 años.

Como conclusión, podemos afirmar que, en la muestra estudiada, el 84% de las personas atendidas en la consulta vienen padeciendo el síntoma migraña desde hace más de 5 años. Hasta un 24% lo viene padeciendo desde hace más de 30 años y un 36% hace que presenta el síntoma entre 10 y 20 años.

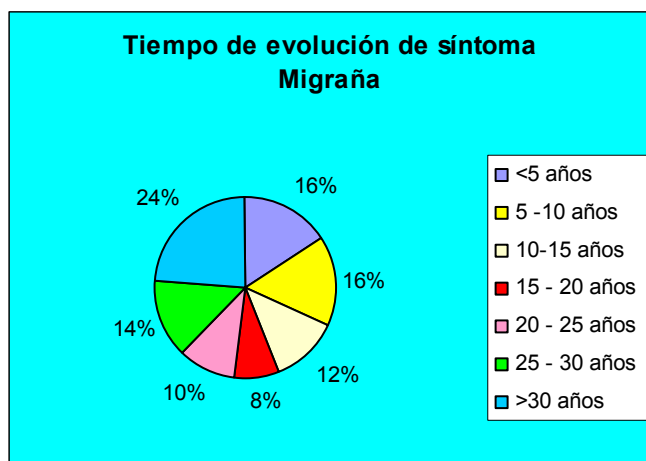


Fig. 2

En la mayoría de casos se han seguido los tratamientos propuestos por la medicina alopática, los cuales, si bien en el inicio de la aparición de los síntomas, presentaron una efectividad importante, a medida que fue transcurriendo el tiempo ésta fue disminuyendo de forma que llega a ser prácticamente nula. Entendemos que este proceso de anulación de los efectos en el control del dolor es debido a que no se está tratando la causa sino únicamente el síntoma. Entendemos que el organismo presenta un efecto de *tolerancia* frente al fármaco y viéndose en la necesidad de expresar las consecuencias de una causa primaria, aumenta la intensidad del síntoma en la misma proporción en la que, mediante la farmacopea, trata de silenciarse.

Esta realidad es la que hace que sea muy importante, no solo la búsqueda de tratamientos alternativos, sino de un nuevo paradigma en la forma de entender al paciente y al síntoma que su cuerpo *hace*.

4º MOSTRAR EL TIEMPO MEDIO DE TRATAMIENTO QUE HA SIDO NECESARIO PARA OBTENER UNA MEJORÍA EN EL SÍNTOMA O LA CURACIÓN DEL MISMO

El seguimiento máximo que hemos llevado a cabo ha sido de 2 años. Y el mínimo es de 2 meses, pues seguían en tratamiento en el momento de finalizar el estudio.

La media del tiempo durante el cual se ha aplicado la Terapia Neural ha sido de 9,75 meses.

De la distribución de la muestra, que se ha plasmado en el gráfico de la figura 3, destaca que el 48% ha requerido un periodo de tiempo de tratamiento no superior a 6 meses y que un 69% ha visto desaparecer su síntoma en menos de un año.

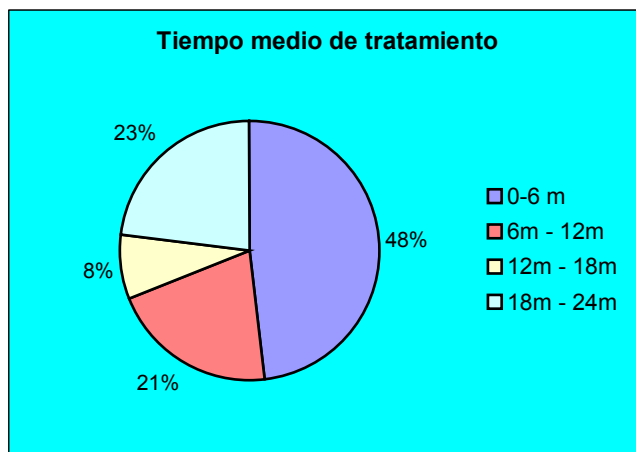


Fig. 3

5º DETERMINAR EL NÚMERO DE VISITAS QUE HA RECIBIDO EL PACIENTE Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE ELLAS

Queremos destacar el bajo promedio de visitas que han requerido los pacientes para obtener una franca mejoría de su clínica. Dicho promedio se ha fijado en 6,21 visitas.

Como se muestra en los gráficos de las figuras números 4 y 5, el 48% ha requerido entre 1 a 5 visitas y el 85% están por debajo de un total de 10 visitas. Ello supone un claro beneficio tanto a la hora de calcular los costos que devengarán de la aplicación de la terapia, así como en el tiempo que la persona deberá invertir para su mejoría.

Del mismo modo en un 54% de los casos el tiempo transcurrido en semanas entre las distintas visitas ha sido de entre 4 y 7. Un 16% han espaciado sus visitas hasta 8 a 11 semanas y otro 16% lo han hecho de 1 a 3 semanas.

Dichos datos vienen a contraponerse a los mayores tiempos de tratamiento y número de visitas que requieren otras medicinas biológicas como la fitoterapia, la acupuntura, la reflexoterapia, la homeopatía, etc. Algunas de dichas medicinas biológicas precisan, en ocasiones, ser aplicadas hasta 2 y 3 veces por semana y durante meses para poder arrojar cambios significativos en el organismo que puedan ser vividos como mejoría por los pacientes.

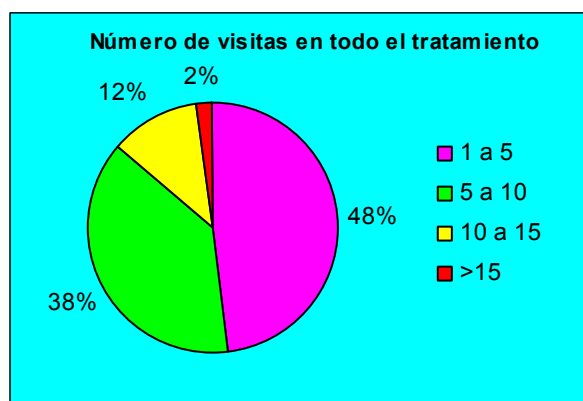


Fig. 4

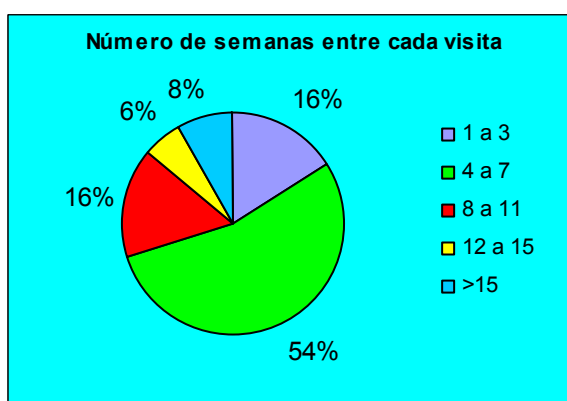


Fig. 5

6º DEMOSTRAR LA MEJORÍA OBTENIDA EN EL SÍNTOMA MIGRAÑA AL APLICAR TERAPIA NEURAL A LA PERSONA AFECTA DE LA MISMA

Para poder demostrar la eficacia de la TN en el tratamiento de la persona afecta de migraña, esté ésta o no asociada a otros síntomas, hemos dividido la muestra en 4 grupos numerados de la A a la D, siguiendo el modelo de la EVA o Escala Analógica de Valoración del dolor. Así en el grupo A incluimos a las personas que presentaban un dolor migrañoso de intensidad 1 a 2. En el grupo B cuando eran de 3, 4 o 5. En el C de 6, 7 u 8 y en el D de 9 o 10.

Debido a que el trabajo es retrospectivo y no se había recogido siempre dicho dato, hemos clasificado a cada persona en función de las descripciones que ella misma hacía de su dolor y del menoscabo en la vida diaria que el mismo le provocaba, de un lado, y por otro, en función de las anotaciones que el Neurálfarapeuta iba haciendo a lo largo de las diferentes visitas.

A modo de ejemplo, exponemos algunos de los criterios que hemos seguido para incluir a las personas del estudio en uno u otro grupo.

- GRUPO A: Migrañas muy ocasionales, asociadas , por ejemplo al periodo menstrual y que ceden espontáneamente o con reposo.
- GRUPO B: Cede con tratamiento farmacológico importante. Dura varios días pero limita de forma relativa las actividades diarias. Tienen afectación del estado de ánimo.
- GRUPO C: Estacional diaria. Aparece y aumenta con los cambios de tiempo, al realizar actividades, levantarse, salir de casa. Se asocia a vómitos, fotofobia, fonofobia y son invalidantes para la persona.
- GRUPO D: No respuesta a tratamiento farmacológico. Necesidad de encamarse. Diaria o que no presenta menos de 10 h sin dolor. Larga duración de un ataque (2 -3 semanas).

En base a estos criterios hemos calificado los resultados de la terapia como:

- **Muy bueno:** cuando desaparecen las migrañas o cuando la persona pasa del grupo D al A
- **Bueno :** cuando pasa del grupo D al B ó de los grupos B ó C al A
- **Regular:** pasa de D a C ó de C a B
- **Malo :** cuando no hay mejoría alguna

La Valoración Inicial del dolor –es decir, la que realizamos en el momento en que la persona acude a la consulta–, fue de 8,4 de media, mientras que la Valoración Final del dolor –la que realizamos en el momento de finalizar la terapia o cuando se cumplían los 2 años de tratamiento– fue de 1,71 de media.

De acuerdo a dichos criterios, y tal como queda expresado en los gráficos de las figuras 6 y 7, hemos encontrado que en 17 de los 50 pacientes la aplicación de la TN ha dado muy buen resultado, lo que significa el 35% de los casos. En el 39 % los resultados han sido buenos; en un 8% han sido regulares y en el 8% malos. No se ha podido determinar en un 10%, en general por falta de comentarios en la historia al respecto.

Por tanto podemos concluir que la aplicación de la TN ha arrojado unos resultados buenos o muy buenos en el 74% de los pacientes.

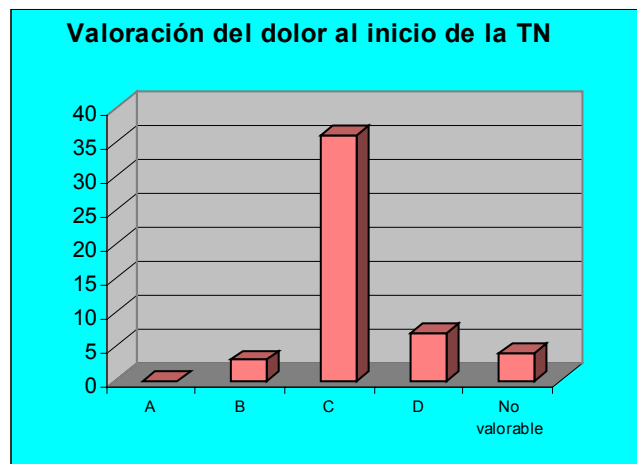


Fig. 6

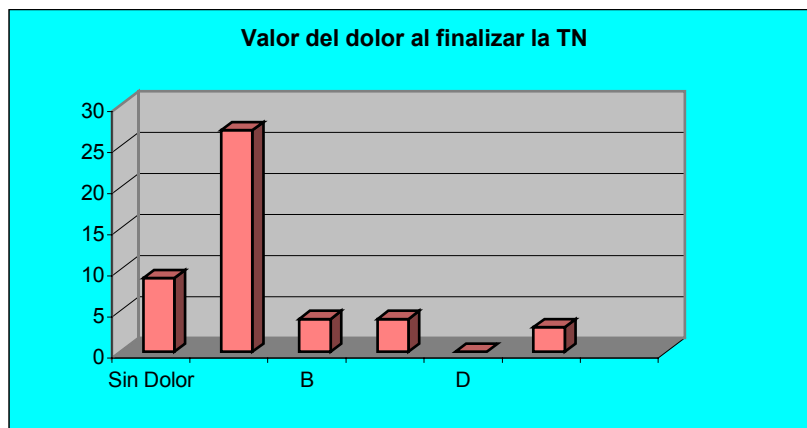


Fig.7

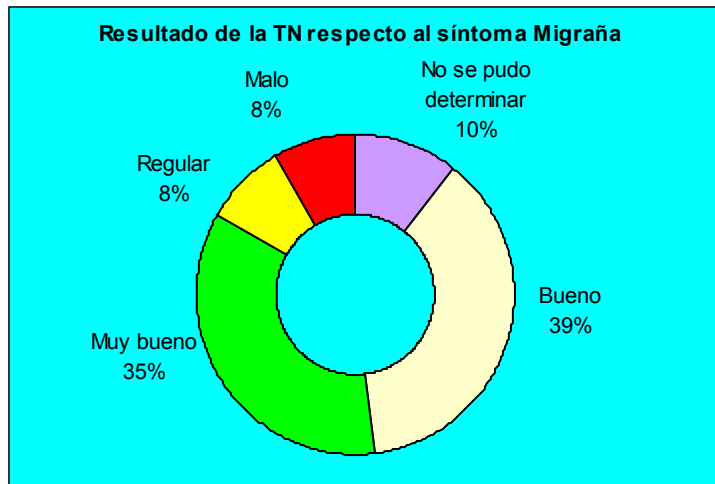


Fig. 8

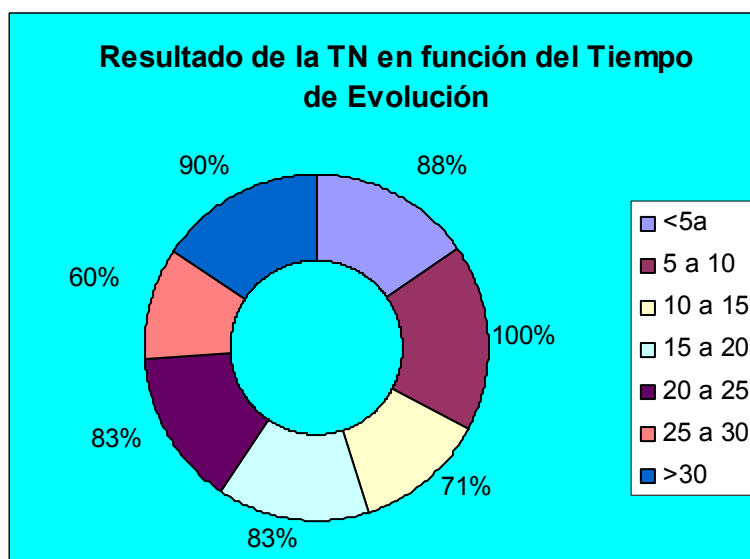


Fig. 9

Así vemos que las máximas variaciones están entre las personas que padecían la migraña hacía 25 a 30 años y que han obtenido 60% de buenos o muy buenos resultados y las que la sufren desde hace 5 a 10 años, quienes han presentado un 100% de buenos o muy buenos resultados.

Hemos querido analizar si existe algún tipo de diferencia en los resultados de la TN en función del tiempo de evolución del síntoma. Así cruzando ambas variables podemos observar que no hay diferencias significativas entre una migraña padecida desde hace menos de 5 años o más de 15, por poner un ejemplo. Ver figura 9.

7º DETERMINAR SI LA MIGRAÑA ES EL ÚNICO SÍNTOMA O BIEN SI ESTÁ ACOMPAÑADA DE OTROS SÍNTOMAS

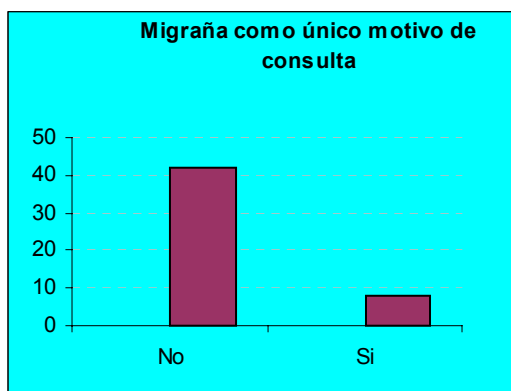
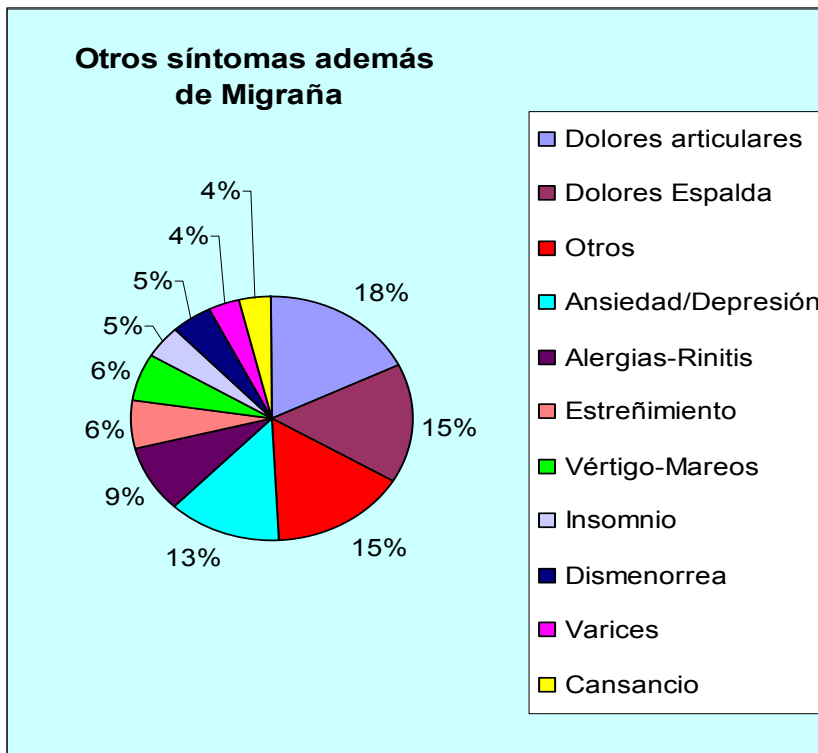


Fig. 10

Debido al enfoque globalizador que queremos dar a nuestro estudio y siempre siguiendo la filosofía general de las medicinas biológicas, hemos encontrado relevante determinar en cuantos casos de los estudiados la migraña era el único síntoma que presentaban los pacientes al acudir a la consulta y en cuantos la persona presentaba otros síntomas añadidos.

Hemos encontrado que en el 86 % de los casos la migraña estaba acompañada de otros síntomas además del que era el principal y motivo de la consulta. Por tanto en solo el 14% de las visitas la migraña era el único síntoma que padecía la persona.



Con respecto a los distintos síntomas que presentaban además de la migraña el estudio ha arrojado una media de 3,6 síntomas, con un único síntoma añadido como límite inferior y con hasta 8 síntomas añadidos como límite superior.

En la fig. 11 se refleja la distribución en porcentajes de los 11 síntomas que con más frecuencia hemos encontrado.

Dentro del concepto de *dolores articulares* hemos agrupado omalgias, gonalgias, dolor de muñecas, tobillos, etc. Los *dolores de espalda* contienen las cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias. Dentro del concepto de *varices* incluimos piernas cansadas y en *alergias*, rinitis y eccemas de piel en cualquier zona del cuerpo. *Otros* agrupa los síntomas que se han presentado aisladamente.

Fig. 11

8º EVALUAR LA EVOLUCIÓN DE LOS OTROS SÍNTOMAS AL APLICAR LA TERAPIA NEURAL

Del 86% de los pacientes que presentaban otros síntomas además de la migraña en el momento de acudir a la consulta, podemos decir que el 98% de los mismos han presentado mejoría tras la aplicación de los distintos estímulos neuralterapéuticos. A la hora de analizar la mejoría clínica global de la persona hemos tenido en cuenta tanto los síntomas que presentaba en el momento de acudir a la consulta, a parte de la migraña, como aquellos que la persona padece de forma periódica –como puedan ser alteraciones del estado de ánimo, alergias, alteraciones del ritmo deposicional, etc.– que son de carácter estacional o emocional.

Así tenemos que el 30 % de las personas tratadas han presentado la desaparición de la totalidad de los síntomas que padecía; en el 63% han quedado asintomáticos de al menos dos de los síntomas que presentaban y solo un 7 % ha mantenido la clínica, si bien en general ha disminuido la intensidad con la que vivían los síntomas.

A su vez si cruzamos los datos obtenidos relacionando el resultado de la TN de forma global –es decir, valorando su efecto sobre todos los síntomas que presentaba la persona al acudir a la consulta– encontramos que del total de personas que obtuvieron un resultado Bueno o Muy bueno con respecto al síntoma migraña, un 43% presentaron una franca mejoría del resto de los síntomas (ver figura 12). Un 44% mejoró de al menos 2 de los síntomas además de la migraña. Y sólo un 3% no vio mejorar ningún síntoma a parte de la migraña.

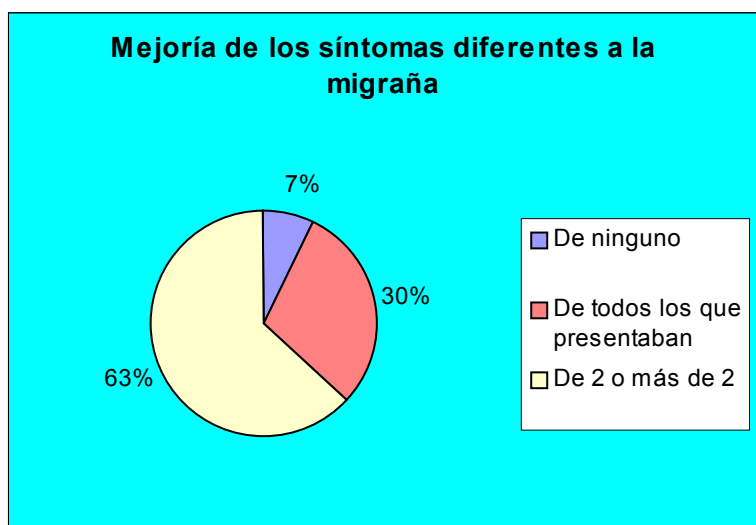
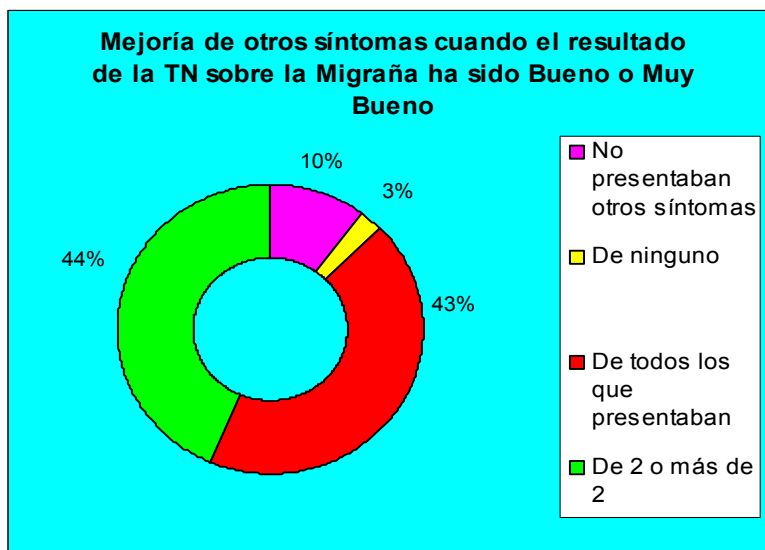


Fig. 12



Este 3% nos sugiere que la migraña podría ser la punta del iceberg, es decir, el síntoma visible de una patología de fondo que no ha mejorado. Es muy probable así mismo que la migraña vuelva a aparecer en un cierto periodo de tiempo.

Podemos, por tanto concluir que la TN es una terapia de carácter globalizador en la que el síntoma motivo de consulta no es el único que se verá modificado en el proceso de la curación.

Fig. 13

9º DESCRIBIR LAS POSIBLES RESPUESTAS DEL ORGANISMO TRAS LA APLICACIÓN DEL ESTÍMULO NEURALTERAPÉUTICO: CRISIS CURATIVAS

Tal y como hemos expuesto en la introducción entendemos que tras la aplicación del estímulo neuralterapéutico el organismo inicia una respuesta global encaminada a la recuperación de su orden interno.

Este caminar hacia la sanación implica, en un elevado porcentaje de los casos tratados, la aparición de una serie de síntomas evidenciados en cualquiera de los niveles de curación.

Siguiendo estos criterios podemos constatar que en el 78% de los casos que han sido tratados en la consulta han aparecido nuevos síntomas a lo largo de la terapia. En el 22% restante la evolución terapéutica ha estado encaminada desde el primer momento hacia la curación de los síntomas que ya presentaba la persona y, en general, ha ido orientada hacia la disminución de la intensidad de los mismos así como de la frecuencia de aparición.

De entre el 78% en que la persona ha desarrollado nuevos síntomas destacamos que, en el 100% de los casos, se ha tratado de síntomas que corresponden a procesos que entran dentro de la fase de reacción, siguiendo la nomenclatura propuesta por la homotoxicología a que nos hemos referido en la introducción.

Hablamos por tanto de que, tras el estímulo neuralterapéutico, el organismo desarrolla «*crisis curativas*» encaminadas a la búsqueda de su orden interno.

En la figura 14 quedan reflejados los distintos síntomas. Para su estudio los hemos agrupado en grupos de síntomas según el sistema afectado. Así hemos encontrado reacciones en los siguientes niveles:

- Articulares y de columna: lumbalgias, gonalgias, omalgias...
- Ginecológico: amenorrea, dismenorrea, tensión premenstrual...
- Digestivo: epigastralgias, digestiones pesadas, diarrea...
- Emocionales: depresión, crisis de ansiedad, angustia, insomnio...
- Cardiocirculatorio: piernas pesadas, hemorroides, edema, palpitaciones...

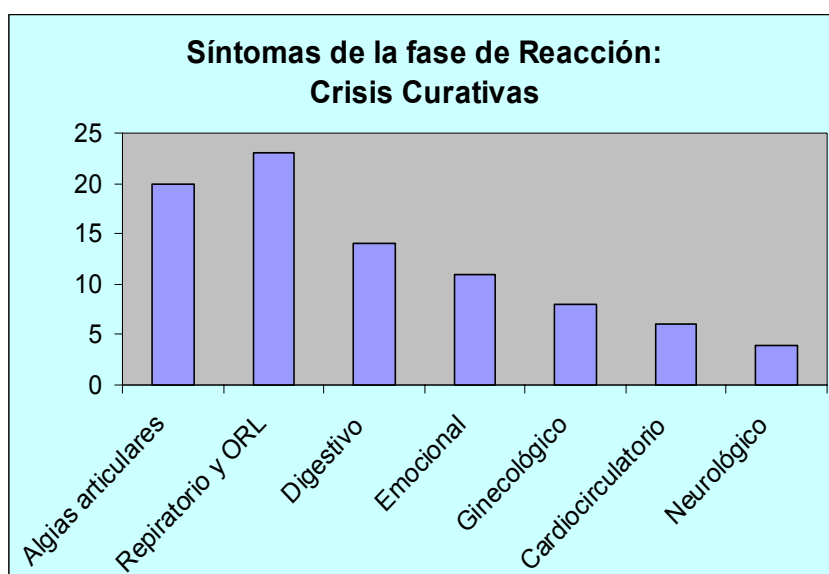


Fig. 14

- Neurológico: parestesias, acúfenos..
- Respiratorio y ORL: Otitis, rinitis, sinusitis, laringitis, faringitis, síndrome gripal, epistaxis, drenaje timpánico...

10º CONSTATAR LA EXISTENCIA DE LAS MEMORIAS DEL CUERPO

El siguiente paso en nuestro estudio ha sido constatar la existencia de lo que se ha dado en llamar las memorias del cuerpo.

Estudiando los antecedentes de la persona así como los eventos emocionales, hemos encontrado que en el 79% de las personas atendidas los síntomas desarrollados durante la terapia, y que han conformado las crisis curativas o fases reactivas, habían sido padecidos anteriormente: hablamos de Síntomas Memoria. (Fig. 15). Un 20% presentan síntomas que, si bien forman parte de la fase de excreción, no quedó establecido en la historia que ya habían sido presentados en algún momento a lo largo de la vida de la persona. El 2% restante no fue posible valorarlo por falta de seguimiento.

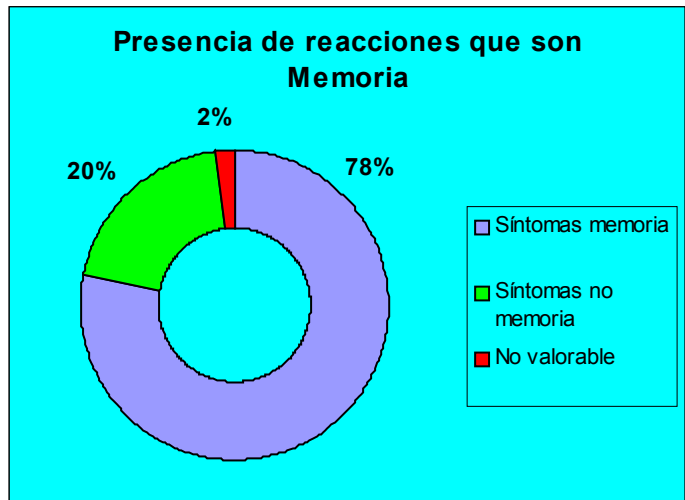


Fig. 15

Al estudiar si existe diferencia en cuanto al resultado de la TN teniendo en cuenta si la persona ha presentado crisis curativas del tipo de reacción memoria o no, podemos constatar que **del total de resultados Buenos o Muy Buenos, el 72% presentaron reacción memoria.**

11º DETERMINAR LA IMPORTANCIA DE LOS CAMPOS INTERFERENTES EN EL TRATAMIENTO ASÍ COMO LOS CAMPOS INTERFERENTES MÁS FRECUENTEMENTE IMPLICADOS EN EL ENFERMAR DE LA PERSONA.

Para la Terapia Neural las enfermedades tienen memorias irritativas o campos de interferencia que se van sumando en un organismo dado y que en su devenir vital aparecen en órganos y tejidos en forma de enfermedades.

Este planteamiento implica que, aunque la enfermedad pueda aparecer en un punto determinado, su génesis está en todo el organismo. Por tanto el tratamiento se encamina a impulsar los procesos neurales y de memoria de todo el organismo para que éste pueda recuperar su auto-eco-organización y este impulso se podrá aplicar tanto a nivel local como en puntos específicos del organismo según la historia terapéutica de la persona.

En nuestro estudio hemos constatado que en el 92% de los casos se ha aplicado lo que se ha dado en llamar Terapia Neural Segmental. En el caso que nos ocupa, a nivel de la cabeza y, principalmente en los puntos en los que la persona refería dolor.

Por otro lado en el 100% de los casos se ha trabajado aplicando la Terapia Neural sobre Campos Interferentes (CI), los que presentaba cada persona en particular. De esta forma un 4% solo ha recibido terapia de CI mientras que al 92% se les ha aplicado tanto Terapia Segmental como Terapia de Campo Interferente.

En cuanto al número de campos interferentes que se han tratado, hemos encontrado una media aproximada de 4,5. Así al 48% se le han tratado entre 3 y 4 focos considerados irritativos; al 22% entre 5 y 6; al 18% entre 7 y 8; al 4% más de 8 y al 8% menos 1 o 2. Ver figura 16.

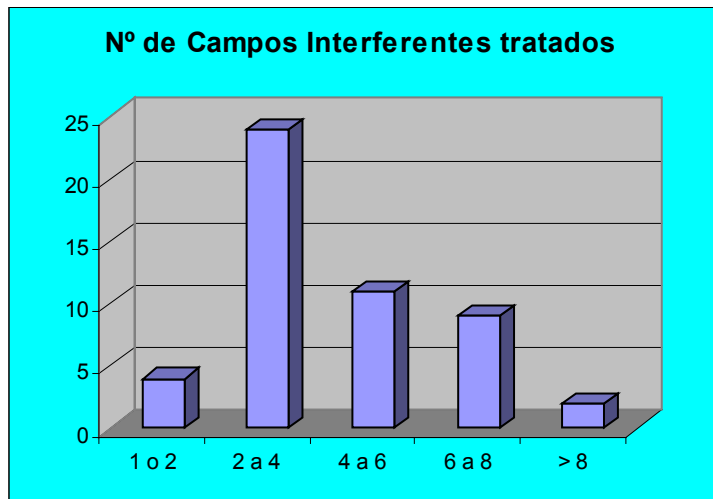


Fig. 16

Hemos observado una preponderancia de ciertos campos interferentes.

Así, y tal y como queda reflejado en el gráfico de la figura 17, en el 56% de las pacientes se ha inyectado procaína a nivel del plexo de Frankenhäuser o plexo ginecológico. Destacar también el elevado porcentaje –un 52%– de casos en los que se han infiltrado con la procaína diluida cicatrices cutáneas, bien sean éstas secundarias a accidentes o a intervenciones quirúrgicas. Las amígdalas, hayan o no sido intervenidas, se han pinchado en un 42% de los casos. El ganglio estrellado o cervical inferior de la cadena simpática se ha pinchado en un 28% de las personas. En el mismo porcentaje del 28% se han realizado pápulas a nivel del abdomen.

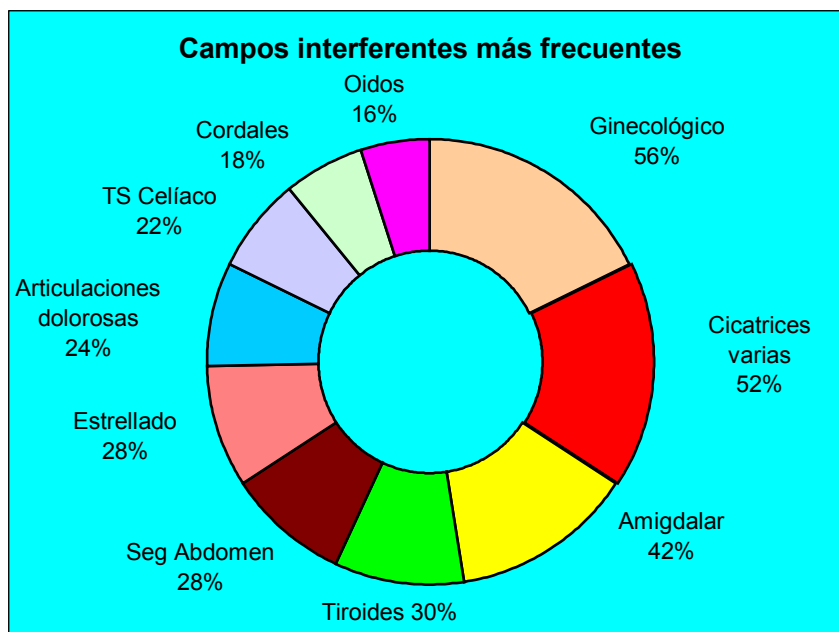


Fig. 17

La elección del campo interferente se basa en el estudio que se lleva a cabo en el momento de la terapia. Los datos más relevantes serán, en un principio y como hemos expuesto anteriormente, todos los antecedentes vitales y biográficos de la persona. Sin embargo, una vez iniciada la terapia y en las sucesivas visitas, cobra especial importancia lo que se ha dado en llamar el *diálogo con el SNV* de la persona. Este punto nos lleva a desarrollar el último objetivo específico que nos hemos marcado:

12º DESTACAR LA IMPORTANCIA DEL DIÁLOGO CON EL SNV DE LA PERSONA: LA INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO.

Como hemos visto en los objetivos específicos números 8 y 9, tras la aplicación de un estímulo inespecífico en el punto adecuado, el SNV reacciona encaminando al organismo hacia la consecución de un orden interno del cual se había alejado. Por una parte hemos constatado que se dan reacciones fisiológicas aumentadas y que, en un importante número de las personas estudiadas, estas reacciones o crisis curativas están directamente relacionadas con los antecedentes biográficos de la persona. Entendemos, pues, que el organismo está invitándonos a establecer un diálogo atento y respetuoso a partir del cual poder determinar el sistema que está utilizando para *liberarse* de los focos irritativos que podían estar silentes en el momento en que la persona acude a la consulta. Sirve como imagen gráfica el ya clásico ejemplo del iceberg: la persona solicita tratamiento por el síntoma más molesto, en este caso la migraña, pero, al iniciar el camino activando los recursos del organismo, van emergiendo síntomas que ponen en evidencia la presencia de focos irritativos antiguos.

El profundo respeto que nos impone la sabiduría de cada organismo hace que, a la hora de seguir el tratamiento, lo hagamos por donde marca él mismo con sus fases reactivas.

Debido a la dificultad con que nos encontramos al tratar de plasmar los resultados observados siguiendo criterios estadísticos, pasaremos a redactar algunos de los casos a título de ejemplo ilustrativo. Quede por delante que **en solamente 8 de los casos se ha mantenido la línea inicial de tratamiento siguiendo los criterios de campo interferente. En el resto, la selección del punto en el cual se procedió a la infiltración de la procaína a partir de la 1ª visita, vino de la mano de los síntomas que manifestó la persona haber tenido las horas y días posteriores a la terapia.**

Así, un paciente reportó que, tras la primera visita, le empezó a supurar una fisura anal que tenía. El punto de inyección de la procaína elegido fue los márgenes de esta.

Varias de las personas refirieron haber presentado cuadros diarreicos, algunos de ellos asociados a náuseas y dolor abdominal. En este caso los puntos de inyección fueron o bien pápulas a nivel abdominal o bien el Troncal Simpático en las proximidades del ganglio celíaco.

Otras personas manifestaron sintomatología (cualquiera) referida al área de influencia del ganglio estrellado o ganglio cervical superior de la cadena simpática cervical (hemicabeza, hombro, extremidad superior, hemitórax y hemicuello homolaterales al ganglio), por lo que se consideró, teniendo siempre en cuenta la historia del paciente, que estaba indicada la infiltración del mismo.

Fueron también frecuentes los cuadros catarrales con faringitis y laringitis aparecidas tras la inyección de procaína. En estos casos se procedió a la infiltración de los polos amigdalares entre otros puntos.

La aparición espontánea, es decir, sin relación con causas mecánicas de dolores articulares –entre ellos de espalda– marcaron el camino hacia ellas y se infiltraron los puntos dolorosos con procaína.

Síntomas relacionados con la esfera emocional se trataron actuando o bien sobre la zona del tiroides, o bien sobre la zona de la hipófisis o, en varios casos, infiltrando puntos a nivel esternal y epigástrico en los que se percibía un cambio a nivel de la piel de la zona, bien fuese por presentar esta mayor sensibilidad, calor, rubor o cualquier otra manifestación que hiciese suponer una cierta actividad orgánica o bien porque la persona refería sentir precisamente en esos puntos un nudo, una opresión, un ahogo, una pena...

Ante la aparición de sentimientos de rabia, boca amarga, alteraciones digestivas, ciertos ciclos horarios, el punto de elección fue el segmento de hígado.

Las infecciones urinarias, molestias suprapúbicas y otros síntomas relacionados con el aparato uro-genital, como son las alteraciones del periodo menstrual, se afrontaron procediendo a la inyección en el área del ganglio de Frankenhäuser o plexo ginecológico (como se le conoce en el mundo de la TN).

La aparición de bronquitis se interpretó como un intento de reacción a nivel pulmonar por lo que se realizaron pápulas a nivel de todo el área pulmonar.

Sirva como ejemplo el caso de una persona a la cual en la primera visita, y siguiendo sus antecedentes patológicos, psicológicos y emocionales, así como en función de las características particulares de su migraña, se procedió a la inyección de procaína a nivel del plexo ginecológico. En la segunda sesión explicó haber iniciado un cuadro de dolor a nivel de trapecio, columna cervical y región escapular por lo que se procedió a aplicar el estímulo neuralterapéutico en la región del trapecio, sobre puntos gatillo. Dada la persistencia del dolor en la siguiente visita, la inyección fue en el ganglio estrellado. En la sexta sesión presentó un orzuelo por lo que se procedió a la inyección de las ramas del nervio trigémino, a nivel del foramen supraorbital, por donde tiene su salida del cráneo el nervio supraorbital. También se pinchó localmente el orzuelo. En la octava sesión se decidió la infiltración a nivel de los cordales por presentar dolor local a nivel del odontón 18. Debido a que se asociaban sentimientos de ansiedad y depresión se pincharon también tiroides, un punto preesternal y otro a nivel de epigastrio. El resultado de la terapia fue la desaparición tanto del síntoma principal –la migraña–, de la dismenorrea asociada, así como de los síntomas pertenecientes a la fase reactiva que fueron apareciendo a lo largo de la terapia.

Otra de las personas tratadas siguió el siguiente tratamiento: En la 2ª sesión se le aplicó procaína a nivel de la región lumbar por lumbalgia D irradiada a pierna D. En la 3ª sesión, y tras presentar epistaxis y rinitis, se le pinchó en la región de supra e infraorbitarios. Y en la 6ª sesión se incidió en la zona del ganglio estrellado por pesadez en trapecios y cervicalgia.

No debemos olvidar que en todos los casos el motivo de la consulta era el mismo: la migraña. De ahí la importancia de la individualización del tratamiento neuralterápico.

BIBLIOGRAFÍA

- Julio César Payán: “La Medicina Biológica: un compromiso con la vida”. Colombia, 2004
- Julio César Payán: “Desobediencia Vital”. Instituto Terapia Neural. Sabadell (Barcelona), 2004
- Hans Barop: “Atlas de Terapia Neural”. México, 2003
- Lorenz Fischer: “Terapia Neural según Huneke” México, 2000
- Hans-Heinrich Reckeweg: “Homotoxicología. Enfermedad y curación, con terapias antihomotóxicas”. Ed. Aurelia-Verlag. Menaco, 1986.
- Claus-F. Claussen, M.D.: “Homotoxicología. El núcleo de un planteamiento holístico y prebiótico de la medicina”. Ed. Aurelia-Verlag. Menaco, 1988.
- A. Martín Zurro y J. Cano Pérez: “Atención Primaria”. 3ª Edición. Ed. Mosby –Doyma. 1996
- Instituto de Terapia Neural <http://www.terapianeural.com>