

CAMPUS DOCENT SANT JOAN DE DÉU
Adscrit a la Universitat de Barcelona

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER EN TERAPIA NEURAL
Y ODONTOLOGÍA NEUROFOCAL

MODIFICACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES QUE CONSULTAN POR
CUALQUIER MOTIVO A UNA CONSULTA
PRIVADA DE TERAPIA NEURAL

Trabajo de fin de máster presentado por
Mireia Martínez Ortega

Tutores del trabajo
Olga Lóriz, David Vinyes

Junio 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos y cada uno de los profesores y profesoras del Máster, que con su profesionalidad, sus conocimientos, su ilusión y su experiencia, han transmitido el significado de la Terapia Neural más allá de lo estrictamente académico. Gracias a ellos he descubierto una nueva forma de ver y tratar a los pacientes, teniéndolos en cuenta como un Ser particular con una Historia de Vida única, y a los que debo acercarme desde un punto de vista más Holístico, con la intención de ayudarles a autocurarse a través de sus propias herramientas.

Quisiera dedicar este trabajo, de forma especial, a David Vinyes, director del Máster. Gracias a él, he logrado ilusionarme de nuevo por la Medicina.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Dra Maria Vernet Vernet, mi tutora de Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, por su ayuda en la realización de este trabajo. He contado con su apoyo desde el planteamiento del trabajo, hasta su desarrollo y para la explotación de los datos estadísticos. Desde mi Residencia, ha sido un referente para mí.

Gracias también a Joel Barba Vidal, por su apoyo a nivel informático. Sin él no hubiera podido realizar toda la parte estadística del trabajo. Él también es, sin duda, un gran referente en mi vida.

RESUMEN

El presente trabajo identifica las modificaciones en la calidad de vida de pacientes que consultan por cualquier motivo a una consulta privada de Terapia Neural.

Se realizó en el municipio de Sabadell (Barcelona), con una muestra de 84 pacientes, 65,5% mujeres y 34,5% hombres. El rango de edad está entre los 16 y los 78 años, con una media de 50,4 y una desviación estándar de 15,2. Los diagnósticos más frecuentes fueron el dolor crónico localizado y las alteraciones en el estado anímico.

A cada paciente se le aplicó el cuestionario sobre calidad de vida SF-12 antes del tratamiento, a los 3 y a los 6 meses. La media de visitas de los pacientes fue de 2,6 durante todo el período de estudio.

En general se encontró una mejoría significativa de la puntuación en todas las subescalas excepto en el Rol Social entre la visita de los 3 meses y la primera visita, y en el Rol Emocional entre la visita de los 6 meses y la de los 3 meses.

Se concluye que el uso de la terapia neural puede recomendarse para tratar cualquier motivo de consulta, pero es necesario desarrollar otros estudios que incluyan mayor número de pacientes en los motivos de consulta que fueron minoritarios en nuestro estudio.

Palabras clave: calidad de vida, terapia neural, cuestionario de salud.

ABSTRACT

This study identifies the changes and improvements of the quality of life of patients with any disease subsequent to neural therapy treatment in a private medical consultation.

The study took place in Sabadell (Barcelona), and involved a total of 84 patients, 65,5% women and 34,5% men. The age ranged from 16 to 78 years old with an average of 58.3 years and a standard deviation of 15,2. The most frequent diagnoses were chronic pain located and mood disturbances.

Each patient received the quality of life questionnaire form (SF-12) before the treatment, 3 and 6 months after. The visits average was 2,6 during all the study period.

In general a significant improvement in the score on the sub-scales was found, except in Social Function between three months and first visit, and in Emotional Role between 6 and 3 months.

It is concluded that the use of neural therapy in the management of any disease may be recommended but more clinical trials are required to include more patients with health problems who looked less in our study.

Keywords: Quality of life, neural therapy, health questionnaire

Índice de contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
1. Presentación del trabajo:	1
2. Objetivo:.....	1
3. Marco teórico.....	2
3.1- Calidad de vida relacionada con la salud.	2
3.2- SF-36 (“Short-Form Healthy Survey-36”):	4
3.3- Equivalencia entre SF-12 y SF-36.	5
3.4- Terapia Neural:.....	5
3.4.1- Historia:	5
3.4.2- Sistema básico de Pishinger:.....	9
3.4.3-. La Terapia Neural:	10
3.4.4- Terapia Neural Local:.....	11
3.4.5- Terapia Neural Segmental:.....	11
3.4.6- Terapia del Campo Interferente.....	11
4. JUSTIFICACIÓN.....	12
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
II. HIPÓTESIS	14
III. OBJETIVOS.....	14
1- Objetivo General:	14
2- Objetivos Específicos:.....	14
IV. METODOLOGÍA.....	15
1- Diseño del estudio:	15
2- Lugar de estudio:	15
3- Período de estudio:	15
4- Población objetivo:	15
5- Población de estudio:	15
6- Cálculo del tamaño de la muestra:	15
7- Tipo de muestreo:	16
8- Criterios de inclusión:	16
9- Criterios de exclusión:	16
10- Variables:	16

11- Instrumentos:	17
12- Procedimiento de recogida de datos:	17
13- análisis estadístico:	18
V. RESULTADOS:.....	19
1- Descripción de la muestra:	19
2- Seguimiento:.....	19
3- Motivos de consulta.....	21
4- Frecuentación.....	22
5. Calidad de vida:	24
VI. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:	29
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	30
VIII. DISCUSIÓN.....	30
IX. CONCLUSIONES.....	31
X. ANEXOS.....	33
Anexo 1: Dimensiones del SF- 36.....	33
Anexo 2: Cuestionario SF-12.....	34
Anexo 3: Consentimiento para formar parte del estudio.....	36
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	37

I. INTRODUCCIÓN

1. Presentación del trabajo:

La Terapia Neural es una técnica autoreguladora, que, como su nombre indica, ayuda al organismo a que encuentre sus vías de autoregulación y autocuración. Actúa a través del sistema nervioso vegetativo para que el Ser encuentre su equilibrio, y consiste en la infiltración de procaína en pequeñas dosis y bajas concentraciones en distintas partes del cuerpo, mayoritariamente a nivel superficial. El diagnóstico no es tan importante como el estado general del paciente, sus síntomas, sus miedos y sus creencias y expectativas. Por eso es importante realizar una buena historia de vida sin pasar por alto aspectos que en la medicina convencional muchas veces no se tienen en cuenta, como cicatrices, problemas odontológicos y aspectos psicoemocionales. Con la Terapia Neural nos acercamos a la persona de forma holística, tratándola como un todo y no como la suma de las partes. Así pues, se tratan personas, y no enfermedades.

En Catalunya y España existen pocos profesionales que la utilizan en su práctica clínica habitual, y hasta ahora, se aplica casi exclusivamente de forma privada. Son necesarios estudios que demuestren la eficacia de esta técnica, barata, con escasos efectos secundarios, y que da la oportunidad a que el organismo se autoregule.

2. Objetivo:

El estudio que se ha realizado pretende demostrar que la calidad de vida mejora en los pacientes que utilizan la Terapia Neural como forma de curación. Se han escogido pacientes que consultaran por cualquier motivo puesto que la Terapia Neural va más allá del tratamiento del dolor. Puede tratar múltiples problemas de salud, como problemas digestivos, respiratorios, urológicos, emocionales, infecciones...

3. Marco teórico

3.1- Calidad de vida relacionada con la salud.

La Organización Mundial de la Salud, define la **calidad de vida** como: "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" (1). Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. Las mediciones de calidad de vida pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Debido a que estas mediciones tienen una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables (2). Para una valoración completa de los beneficios producidos por un determinado tratamiento, o por las actividades de prevención y promoción de la salud, es esencial medir su impacto en el estado de salud del paciente, entendida como la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en un bienestar general. A esto se denomina **calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)** (1,4). El uso de medidas de CVRS evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social, y permite medir una variable subjetiva y obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud (3). Las dimensiones fundamentales de la CVRS son: el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social. Los aspectos físicos incluyen el deterioro de funciones, los síntomas y el dolor causados por la enfermedad misma y/o por su tratamiento; los aspectos psicológicos cubren una amplia gama de estados emocionales distintos (como depresión, ansiedad y felicidad) y funciones intelectuales y cognoscitivas (como la memoria, la atención y la alerta); los aspectos sociales, hacen hincapié en el

aislamiento y en la autoestima, asociados al rol social de las enfermedades crónicas. Los instrumentos de medición de la CVRS deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios, pero además deben ser sencillos, fáciles de cumplimentar e interpretar y capaces de proporcionar datos de utilidad clínica. La mayoría de los instrumentos se desarrollaron para ser utilizados en investigación, donde las restricciones de tiempo y dinero son diferentes que en la práctica clínica. Las limitaciones de tiempo en la consulta son una de las principales barreras referidas por los médicos a la hora de utilizar los cuestionarios. Sin embargo, existen varias opciones para superar este problema. Una de ellas es cumplimentar los cuestionarios en la sala de espera, sin restar tiempo a la consulta, y otra opción consiste en que los pacientes lo puedan responder en sus casas, sin ningún tipo de influencia ni posible sesgo. Para ello es fundamental que el cuestionario sea muy sencillo y comprensible (4). Estos cuestionarios también pueden aplicarse cuando no existe un instrumento específico en una enfermedad determinada, para disponer de una idea inicial del impacto de esa afección en la CVRS. Dado que su contenido en dimensiones es genérico, pueden no ser suficientemente sensibles a cambios clínicos significativos en dimensiones que sí estarían incluidas en los instrumentos específicos. Ejemplos conocidos de los instrumentos genéricos son el EuroQol, el SF-36 y el SF-12, el Perfil de Consecuencias de la Enfermedad (Sickness Impact Profile [SIP]), el Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile [NHP]) y las viñetas COOP/WONCA (4, 5).

En Estados Unidos, la Food and Drug Administration ha redactado una guía para la industria farmacéutica sobre el uso de resultados comunicados por el paciente. De acuerdo con dicha guía, las mediciones de CVRS, se incluyen en los ensayos clínicos por 3 motivos fundamentales: a) porque sólo los pacientes conocen los efectos de algunos tratamientos (p. ej., sobre el dolor); b) porque se quiere conocer la perspectiva del paciente sobre la efectividad del tratamiento, y c) porque una evaluación estandarizada de la perspectiva del paciente (valoración del resultado por el propio paciente) puede proporcionar información valiosa que se perdería si fuera «filtrada» por la evaluación del clínico (valoración del resultado en el paciente hecha por el clínico) (6).

3.2- SF-36 (“Short-Form Healthy Survey-36”):

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la CVRS en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Algunas de estas razones impulsaron a realizar la adaptación para su uso en España. Desde la primera publicación de este proceso de adaptación, el SF-36 y su versión reducida de 12 ítems, el SF-12, se han convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio (7). El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento (7).

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. En el anexo 1 se define cada escala del SF-36, que son las mismas que las del SF-12.

El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia

interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista (7). La traducción al español del cuestionario ha sido descrita con detalle. Se equipara a la versión americana (8).

3.3- Equivalencia entre SF-12 y SF-36.

El SF-12 es una versión abreviada del cuestionario original con sólo doce ítems (tiempo de aplicación de dos minutos aproximadamente), y su objetivo es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años.

Las investigaciones que utilizan estos doce ítems del SF han verificado que el instrumento es una medida válida y confiable tanto a nivel de la escala física como la mental. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de dos a seis puntos, dependiendo del ítem), que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. El puntaje va entre 0 y 100, donde el mayor puntaje implica una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable, encontrándose estimaciones de consistencia interna superiores a 0,70 y correlaciones significativas entre las versiones de la escala (9).

En el anexo 2 se adjunta el cuestionario SF-12

3.4- Terapia Neural:

3.4.1- Historia:

En la mitad del siglo XIX en Rusia, los estudios sobre el sistema nervioso de Ivan Glebov y sus discípulos Ivan Sechenov y Sergei Botkin, cimentaron las bases de la escuela del nervismo, una corriente fisiológica en la que se considera que el sistema nervioso tiene el papel central en la regulación del mayor número de actividades del organismo.

En 1848, Koller demuestra el efecto anestésico de la cocaína en el ojo.

En 1884, Pawlow, Premio Nobel de Fisiología, corrobora la influencia coordinadora del sistema nervioso sobre todas las funciones orgánicas.

En 1886, Frank habla sobre la posibilidad de paralizar transitoriamente los ganglios con cocaína.

En 1892, Schleich presenta, en el Congreso de Cirugía, su "*Anestesia por filtración*" con soluciones de cocaína al 0.1 y al 0.2 %, obteniendo el rechazo de los asistentes.

En 1898, Head describe las "Molestias en la sensibilidad de la piel en enfermedades viscerales".

En 1905, Einhorn descubre la novocaína (procaína), anestésico local.

En 1906, Spiess observa que heridas y procesos inflamatorios, sanan más rápido y con menos complicaciones después de una anestesia. Deduce que el dolor tiene importancia en el surgimiento de procesos inflamatorios. A pesar de la importancia de sus tesis, nadie reconoció la trascendencia de sus trabajos. Spiess se resignó ante la dificultad de combatir contra la teoría dominante acerca de la inflamación, teoría que niega la participación neural en todo suceso inflamatorio. En Alemania cayeron sus trabajos en el olvido mientras que su influencia se expandió en el seno de la medicina rusa (Speransky, Wishcnewsky (10).

En 1906, Wishcnewsky ratifica el efecto antiinflamatorio de la aplicación local de novocaína. Obtiene resultados positivos tras aplicación de ésta en úlceras tróficas, gangrenas de extremidades, psoriasis y zonas con inflamación. Su intención es provocar una interrupción de los "reflejos patológicos", produciendo menos trauma que con la cirugía. Observó que los efectos del anestésico local podían durar incluso años (10,11).

En 1932, Speransky postula que si durante la anestesia local se rompe una combinación nerviosa que forma parte del complejo de condiciones que dominan al proceso patológico (A), podrá ocurrir que aún con la restauración completa del sistema A, el proceso patológico no se pueda renovar, ya que otros elementos del sistema en cuestión, ya no tienen la forma original de interrelación (11). Las modificaciones del sistema nervioso quedan archivadas como información por un largo periodo de tiempo. Las nuevas informaciones se suman y desencadenan reacciones dependientes de las antiguas. Para la reacción general es más importante la cantidad del estímulo que la calidad de

éste (un estímulo físico, químico o infeccioso pueden desencadenar la misma reacción) (12).

En 1917, Mackenzie informa sobre hipertono e hiperalgesia en el tejido celular subcutáneo y en la musculatura cuando hay enfermedades viscerales (10).

En 1920, Leriche trata por primera vez con éxito una jaqueca con un lavado novocaínico de la arteria temporal (10).

En 1924, Ricker postula la "Patología relacionada de Ricker": Considera la etiología y patogénesis de las diferentes enfermedades como el resultado de una estimulación patológica del sistema nervioso simpático perivasal. La sustancia básica modificada a consecuencia de los cambios circulatorios es la que da lugar a los procesos celulares patológicos de los respectivos órganos. Es decir, la célula no se encuentra al inicio, sino al final del proceso patológico (12).

En 1925, los hermanos Fernand y Walter Huneke redescubrieron (sin conocimiento de los trabajos de Schkeich, Spiess, y Leriche) el efecto curativo de los anestésicos locales. Introducen la terapia procaínica intra y paravenosa e investigan sobre qué enfermedades puede ser aplicable a través de infiltraciones subcutáneas o intramusculares.

También en 1925, Leriche inyecta por primera vez novocaína en el ganglio estrellado con finalidades terapéuticas y reconoce la supremacía de la inyección al frente de la cirugía del simpático (10).

En 1928, los hermanos HUNEKE reportan sobre *desconocidos efectos a distancia de la anestesia local*. Describen la importancia del lugar de inyección ya que la procaína infiltrada sobre zonas de Head desencadena efectos reflejos desconocidos hasta el momento. Denominan su terapia *anestesia curativa* y la recomiendan para el tratamiento de los más diversos estados dolorosos y para molestias tróficas en terreno segmental de la enfermedad. El profesor Kibler recomendó para esta clase de terapia el nombre de *Terapia Segmental*. En este año sacó la casa BAYER, Alemania, un preparado de procaína y cafeína desarrollado por los hermanos Huneke para su terapia con el nombre de Impletol (10).

En 1946, Sthor denominó “retículo terminal” a la parte final de las fibrillas nerviosas del sistema nervioso vegetativo, descubrimiento que realizó gracias a la microscopía electrónica. El sistema nervioso vegetativo se divide como si fuera una red de cada vez mayor extensión y más finura y la redcilla final sólo consta de fibrillas que cubren a cada célula individualmente con un finísimo velo neuropasmático. Los retículos terminales no se acaban directamente en la membrana celular sino que terminan libres en el líquido intercelular. Con su descubrimiento le dio a los reconocimientos empíricos y experimentales de Huneke, Ricker y Speransky una base segura y anatómica (10).

En 1947, Scheidt, define *campo interferente*, como cada tejido vegetativamente irritado bien sea primaria o secundariamente. Se trata de un terreno tisular que interfiere, es decir, que está produciendo una molestia o enfermedad a distancia, o que la puede producir (10).

En 1965, Pischinger logra la objetivación del *fenómeno en segundos* (fenómeno Huneke) con ayuda de exámenes hematológicos y valiéndose de la yodometría. Su teoría del *milieu* se basa en la comprobación de que en la periferia nerviosa - vegetativa no se encuentran sinapsis clásicas hacia las células orgánicas del parénquima, sino que todo el sistema basal vegetativo juega el papel de *sinapsis ubicuitaria*. Estos reconocimientos constituyen una base fundamental para la comprensión de fenómenos neuralterapéuticos (10).

Peter Dosch, médico Alemán y discípulo de los hermanos Huneke, asumió la difusión de la terapia neural al fallecimiento de éstos, y escribió en 1963 *El libro de la enseñanza de la Terapia Neural según Huneke*, en el cual explica el funcionamiento de la terapia neural, el efecto regulador de la procaína sobre el sistema neurovegetativo, sus indicaciones y técnica (13).

El Doctor Germán Duque, médico colombiano especializado en Alemania en ginecología, discípulo de Peter Dosch, difundió y aplicó sus conocimientos de terapia neural y de otras áreas de medicina alternativa desde los años setenta hasta 1983 en *Los Robles*, Colombia (13).

Julio Cesar Payán De La Roche, médico, gineco-obstetra y ex-decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, Colombia, fue discípulo del Dr Germán Duque, y desde entonces y hasta la fecha el Doctor

Payán es un gran impulsor de la terapia neural en Latinoamérica y Europa (13).

3.4.2- Sistema básico de Pishinger:

El sistema básico abarca todo el espacio extracelular y está compuesto por la “sustancia básica” y por componentes celulares (fibroblastos, macrófagos, células inmunes...), humorales y nerviosos. La sustancia básica está compuesta por proteoglucanos, glucosaminoglucanos, glucoproteínas estructurales, proteínas de adhesión... y entre estas sustancias se encuentra el agua, con una disposición espacial estructurada. Cada parte del organismo está conectada con el resto a través del sistema básico, puesto que actúa como una sinapsis ubicuitaria. Este sistema explica como un impulso puesto en un lugar específico como lo es la inyección de procaína puede dar lugar a reacciones a distancia en forma inmediata, que es lo que caracteriza al fenómeno en segundos y al concepto de campo interferente como elementos propios de la terapia neural (12).

El sistema básico ejerce las funciones de sostén, defensa, alimentación, adaptación a los cambios, transmisión y almacenamiento de la información.

Las células parenquimatosas de los órganos trabajan de forma correcta siempre que el sistema básico esté intacto a nivel morfológico y funcional.

Cuando existe un desequilibrio entre producción de los sistemas glicoproteicos del sistema básico (llevada a cabo por los fibroblastos), y su destrucción (llevada a cabo por los macrófagos), disminuye el tamaño de los “poros” de la sustancia básica y esto impide el libre flujo de información. Este desequilibrio puede ser consecuencia de campos interferentes, metales pesados, infecciones, etcétera, y el sistema básico lo puede compensar hasta cierto punto. Cuando ya está sobrecargado, un pequeño estímulo, puede provocar una enfermedad. A esto se le conoce como *segundo golpe* según Speransky, y sería como compararlo a un barril que se va llenando progresivamente, hasta que una última gota lo hace derramar (12).

A temperatura oroporal el 60% del agua se dispone en forma líquido-cristalina, y a través de estos cristales se puede transmitir y almacenar tanto información

fisiológica como patológica (12).

El agua, en estado cristal líquido, es un muy buen medio de intercomunicación por sus características físicas, por su distribución en el organismo (conecta tejido conectivo, matriz extracelular y citoplasma celular), y por estar formada, en parte, por átomos de hidrógeno, que a través de la conducción protónica facilitan la actividad coherente del organismo (a través de los puentes de hidrogeno forma una red con las fibrillas de colágeno, la conecta a los canales iónicos de las membranas celulares y a los microtúbulos del citoesqueleto). Toda deformidad mecánica en la red de agua unida a proteínas, tiene como resultado alteraciones eléctricas, y también al contrario, las alteraciones eléctricas pueden provocar efectos mecánicos. Una ventaja de esta dinámica es su gran adaptabilidad (14).

3.4.3-. La Terapia Neural:

La Terapia Neural es una terapia reguladora, y actúa a través de la activación de los mecanismos autoreguladores del organismo. Consiste en la aplicación de un anestésico local (principalmente procaína, pero a veces, como en caso de alergia a la procaína, se usa lidocaína) a bajas concentraciones y en pequeñas cantidades, en distintas localizaciones del cuerpo, que el terapeuta determinará tras haber realizado la historia de vida del paciente. El anestésico local actúa en el Sistema Nervioso Vegetativo, que se halla de forma predominante en la piel (a través de sus terminaciones nerviosas), y gracias al sistema básico de Pishinger, se conecta con todo el organismo. El Sistema Nervioso, integra todos los órganos y tejidos del organismo, por ello, cualquier irritación que afecte una parte del sistema, indirectamente estará afectando a su totalidad. La Terapia Neural pretende neutralizar las irritaciones del sistema nervioso, que pueden desencadenar la enfermedad. Es decir, con la Terapia Neural se trata al SER, a través de su sistema nervioso vegetativo, no a la enfermedad. Se dan estímulos para ayudar a que el cuerpo se autoregule (12, 15).

3.4.4- Terapia Neural Local:

Se trata de infiltrar directamente en las estructuras dolorosas: piel, puntos gatillo miofasciales, inserciones tendinosas... (12).

3.4.5- Terapia Neural Segmental:

La terapia segmental de acuerdo a Huneke se refiere al uso selectivo de la procaína en el área de manifestación del proceso de la enfermedad. Es decir, en la zona de proyección de los síntomas se inyectan pequeñas cantidades de procaína (pápulas cutáneas, inyecciones preperiostales, en puntos gatillo, articulaciones, ganglios vegetativos, cicatrices de la zona...). Por ejemplo, si la persona sufre dolor de rodilla, se infiltra en esa zona, y si padece afección respiratoria, se infiltra la zona del tórax. La mejoría lograda con la terapia *segmental* puede ser inmediata y suele aumentar con la repetición hasta poder llegar a la ausencia de síntomas. La mejoría suele ser cada vez más duradera y los síntomas menos intensos, debido en parte a que se actúa sobre una área del Sistema Nervioso Vegetativo cada vez menos irritada (12.15).

La terapia segmental actúa vía refleja (cuti-visceral, viscero-visceral, etc.), puesto que todas las partes de un segmento reaccionan como una unidad funcional. El responsable de las vías reflejas es el Sistema Nervioso Simpático. La terapia segmental regula los órganos internos (mejoría de la circulación sanguínea, regeneración, mejoría de secreción exo y endocrina), y también puede mejorar dolores y contracturas de la zona, así como trastornos circulatorios (12, 15).

3.4.6- Terapia del Campo Interferente

Por Campo Interferente entendemos una zona del cuerpo irritada de forma continua. Esta irritación puede ser causada por cualquier infección, inflamación, traumatismo, cicatriz, afección odontológica, trauma emocional, estrés... (12, 15). El organismo puede curar dicha irritación, pero si no la sana, puede quedar almacenada en su memoria (cerebro, médula espinal o nervios

periféricos) y puede mandar estímulos irritativos que alteren la frecuencia y modulación de las informaciones del sistema nervioso vegetativo, presenteándose así una enfermedad, que puede darse en cualquier otro lugar del organismo (15, 16).

Casi todas las enfermedades crónicas pueden ser condicionadas por un campo interferente. La comprobación clínica de un campo interferente se logra mediante el llamado “fenómeno en segundos”, que consiste en la desaparición de los síntomas por los que consulta el paciente tras infiltrar un campo interferente (12).

Cabe mencionar que aunque en determinadas circunstancias, la regulación y la función alteradas pueden mejorar de forma permanente, cuando existe alteración a nivel de la estructura puede no ocurrir. Por ejemplo, en caso de cirrosis puede mejorar la función hepática y evitar su progresión, pero no mejorar las cicatrices ya existentes (12).

4. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, Los pacientes de todo el mundo siguen incluyendo la Medicina Tradicional y Complementaria (MTC) entre sus decisiones relacionadas con la salud. Al mismo tiempo, en el marco de las actuales restricciones financieras globales, el uso de la MTC para el mejoramiento de la salud, la autoatención de salud y la prevención de enfermedades podría reducir los gastos sanitarios. Es importante asegurar el acceso a la MTC y promover la investigación, el desarrollo, la innovación y su integración más estrecha en los sistemas de salud pública (17). A nivel estatal ya se están publicando algunos artículos sobre MTC (18,19), y acupuntura (20,21), pero solo algunos sobre Terapia Neural (22). Por ello es importante insistir en la tarea de dar rigurosidad científica a una terapia no convencional. Los resultados de nuestro estudio quieren demostrar como la calidad de vida de los pacientes puede mejorar con un enfoque más holístico, a través de la Terapia Neural.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Muchos pacientes visitan múltiples especialistas y realizan varios tratamientos farmacológicos o quirúrgicos por un problema de salud físico o mental, pero no todos mejoran con la medicina convencional. El uso de la Terapia Neural como Medicina Complementaria (definiendo la medicina complementaria como aquel conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante) (17), puede ayudarles a mejorar su salud, enfocando ésta desde una perspectiva más global, tratando al Ser como un Todo, y no como la suma de sus órganos y sistemas, tal y como se hace desde las distintas especialidades de la medicina convencional. En muchos casos, el número de fármacos que toman los pacientes puede disminuir después de aplicar Terapia Neural (22). Del mismo modo, los pacientes tratados con terapia neural quedan más satisfechos que respecto el tratamiento recibido en atención primaria en cuanto al cumplimiento de sus expectativas, el menor número de efectos secundarios, la mejor relación con el médico y el mayor espaciamiento entre visitas (23).

II. HIPÓTESIS

- **Hipótesis conceptual nula:** Los pacientes que consultan por cualquier motivo no presentan mejoría después de 6 meses de realizar Terapia Neural en al menos 3 de las ocho dimensiones de Calidad de Vida del cuestionario SF12.
- **Hipótesis conceptual alternativa:** Los pacientes que realizan Terapia Neural por cualquier motivo, presentan mejoría en la puntuación de al menos tres dimensiones del cuestionario SF12 de Calidad de Vida, tras 6 meses de seguimiento.

III. OBJETIVOS

1- Objetivo General:

Evaluar la calidad de vida y sus posibles modificaciones en pacientes que consultan por cualquier motivo a una consulta privada de Terapia Neural, en Sabadell (Barcelona, Catalunya), desde Abril hasta Diciembre de 2014.

2- Objetivos Específicos:

- Describir las características de la población a estudio.
- Describir los motivos por los que los pacientes acuden a la consulta de Terapia Neural.

IV. METODOLOGÍA.

1- Diseño del estudio:

Se trata de un estudio cuantitativo “antes-después”, en el que se compara la puntuación del Cuestionario SF12 en el momento de la primera visita, con la puntuación de la visita a los 3 y a los 6 meses (comparamos al paciente consigo mismo en 3 momentos diferentes de su seguimiento).

2- Lugar de estudio:

Consulta privada de Terapia Neural en Sabadell, Barcelona. Las visitas son realizadas siempre por el mismo profesional (Dr David Vinyes).

3- Período de estudio:

Abril-Diciembre de 2014

4- Población objetivo:

Pacientes que escojan la Terapia Neural como medio de curación/mejoría de su estado de salud.

5- Población de estudio:

Pacientes que se visitan por primera vez en una consulta de Terapia Neural de Sabadell.

6- Cálculo del tamaño de la muestra:

El diseño del estudio es un trabajo de intervención antes y después, donde la variable principal es el Cuestionario SF12. Por tanto, debemos testar una comparación de las medias de esta variable, antes y después de la intervención, con una T de student para datos apareados. Para realizar el cálculo de la muestra establecimos unos parámetros previamente, para luego extrapolarlos a las tablas de cálculo del tamaño para comparación de medias con la T de student:

- **Desviación estándar** de estudios previos similares: **D**. No disponemos de este valor puesto que hemos encontrado solo un estudio similar a este, y no la define.

- La **diferencia mínima** considerada clínicamente relevante: **S**. En nuestro caso, consideramos que debe ser el 20%

Con estos dos parámetros, se hace el cociente D/S, pero al faltar uno de los dos, cogimos una situación intermedia: 0,5. Es decir: $D/S=0,5$

- **Riesgo alfa**. Lo definimos arbitrariamente: 0,05.

- **Riesgo beta**. También lo definimos arbitrariamente: 0,90.

- **Hipotesis** uni o bilateral. En nuestro caso es unilateral porque suponemos que la TN mejora la calidad de vida.

Con todos estos valores, las tablas indican una N de 69. Añadiendo un 15% por las posibles pérdidas, precisamos una N de 79. Durante el período de captación de pacientes, obtuvimos una N de 84, suficiente para realizar el estudio.

7- Tipo de muestreo:

Se trata de un muestreo consecutivo: selección de los pacientes que cumplen los criterios de inclusión, a medida que acuden a la consulta por primera vez, desde Abril hasta Junio de 2014.

8- Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 15 años que se visiten por primera vez en la consulta de Terapia Neural y que acepten formar parte del estudio.

9- Criterios de exclusión:

Pacientes que ya realicen tratamiento con Terapia Neural, menores de 15 años, con alguna deficiencia psíquica que les impida responder el cuestionario SF-12, o que no acepten seguimiento telefónico en el caso de no acudir a alguna visita sucesiva.

10- Variables:

Las preguntas del cuestionario SF-12, sexo, edad, motivo de consulta, número

de visitas los 3 primeros meses, número de visitas de los 3 a los 6 meses, motivo por el que no realizan seguimiento a los 3 o los 6 meses

11- Instrumentos:

Cuestionario de Calidad de Vida SF12 (Anexo 2). Cada uno de los 12 ítems se puntuaron de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida). Entonces, los ítems con 2 opciones eran puntuados 0 ó 100, los que tenían 3 opciones 0-50-100, los de 5 opciones 0-25-50-75-100, y los de 6 opciones 0-20-40-60-80-100. En el anexo 1 se muestran las 8 variables del SF-12, alguna de las cuales es la suma de dos ítems del cuestionario.

12- Procedimiento de recogida de datos:

- Entre Abril y Junio de 2014 se seleccionan los pacientes (muestreo consecutivo). Mientras esperan a ser atendidos en la sala de espera, el día de la primera visita, se entrega el documento de consentimiento para formar parte del estudio y se les informa que los datos serán tratados de forma confidencial, solamente con el fin de la realización de dicho estudio. Si aceptan formar parte del estudio, rellenan el Cuestionario SF12 en la sala de espera (autoadministrado). En el anexo 3 se adjunta el documento de consentimiento para formar parte del estudio.

- Entre Julio y Septiembre de 2014 les pasamos el mismo cuestionario en la sala de espera, antes de la visita de los 3 meses. Si no acuden a la visita de los 3 meses, se contacta con ellos vía telefónica y se les pasa el cuestionario. Si los pacientes con los que contactamos telefónicamente a los 3 meses, comentan que ya no volverán a visitarse más (por mejoría/empeoramiento/otros motivos), no se contactará con ellos a los 6 meses.

- Entre Octubre y Diciembre de 2014: A los pacientes que continúen en el estudio, se les pasa otra vez el cuestionario SF-12, ya sea en la visita presencial (autoadministrado en la sala de espera), como vía telefónica, en caso de no acudir a la visita de los 6 meses. Hay pacientes que no acudieron a la visita de los 3 meses por diferentes motivos y se les administró el SF-12 vía

telefónica. Cuando acudían a la visita de los 6 meses, también se les administró el SF12 en la sala de espera.

13- análisis estadístico:

Se creó una base de datos con el Programa estadístico SPSS. Se utilizó la prueba T de student para comparación de medias de datos apareados. También se utilizó la función ANOVA para determinar si existían diferencias en la mejoría de calidad de vida si estratificábamos por sexo, edad o motivo de consulta.

V. RESULTADOS:

1- Descripción de la muestra:

Desde Abril hasta Junio de 2014 se reclutaron 84 pacientes.

Las edades estaban comprendidas entre 16 y 78 años, con una edad media de 50,4 años, y una desviación estandar de $\pm 15,2$

Formaron parte del estudio 55 mujeres (65%) y 29 hombres (35%)

2- Seguimiento:

Durante todo el tiempo que duró el estudio, 10 pacientes no acudieron a alguna de las visitas de seguimiento (7 a los 3 meses y 3 a los 6 meses), y tampoco los localizamos vía telefónica. Con ello, nos quedamos con 74 pacientes que realizaron el seguimiento planteado en el estudio.

De los 84 pacientes iniciales del estudio, 36 acudieron a la visita de los 3 meses. De los 48 que no acudieron, pudimos contactar telefónicamente con 41 de ellos, a los que les administramos el SF-12 vía telefónica. Les preguntamos el motivo de no haber acudido a la visita de los 3 meses, y las respuestas fueron las siguientes (tabla 1).

Tabla 1: Motivos de no seguimiento presencial a los 3 meses

Motivo	Total pacientes	% del global de la muestra
Mejoría	15	17,9
Sin Cambios	15	17,9
Empeoramiento	2	2,4
Otros	9	18,8

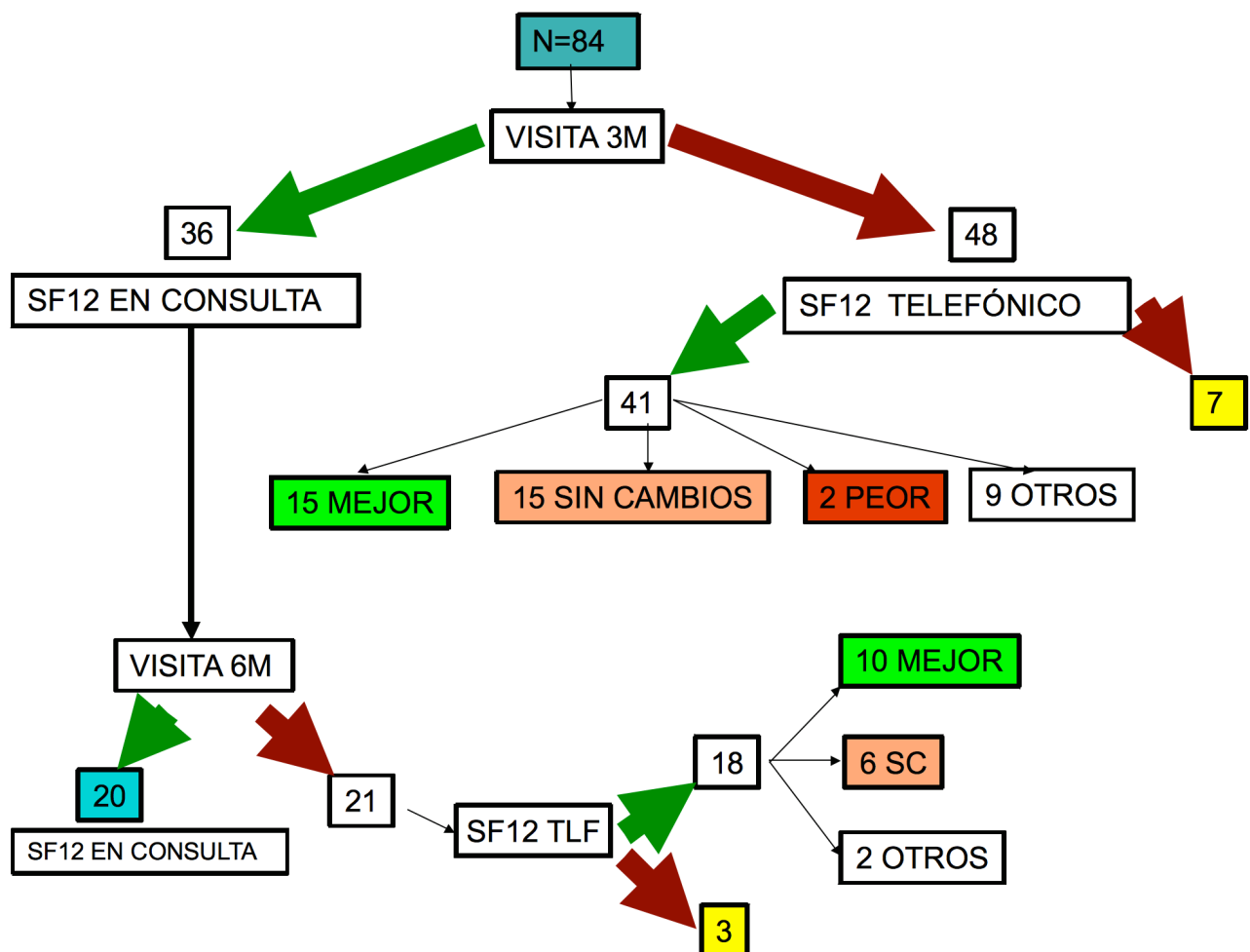
De los 36 pacientes que realizaron la visita presencial a los 3 meses, 20 acudieron a la visita presencial de los 6 meses. A 21 pacientes que seguían

formando parte del estudio pero que no asistieron a los 6 meses intentamos contacto telefónico. Localizamos a 18 de ellos, y después de realizar el SF12, 10 dijeron que no habían venido a la visita de los 6 meses por encontrarse mejor, 6 porque no habían encontrado cambios, y 2 por otros motivos.

En el seguimiento a los 6 meses, hubo 5 pacientes que no se visitaron a los 3 meses, pero sí a los 6, por eso obtenemos un total de 41 pacientes en el seguimiento de los 6m, 5 más de los que vinieron a los 3m (20 acuden a los 6 meses, y 21 no).

En el siguiente esquema se visualiza de forma más clara el seguimiento realizado a los pacientes.

Esquema 1: Seguimiento (Flechas verdes: pacientes que acudieron o que localizamos vía telefónica. Flechas rojas: no acudieron o no localizamos vía telefónica).



3- Motivos de consulta

En la siguiente tabla se detallan los motivos por los que consultaron los pacientes

Tabla 2: Motivos de consulta

Motivo de consulta	Pacientes	% del Total
Más de un motivo	28	33,3
Dolor crónico localizado	20	23,8
Dolor crónico generalizado	6	7,1
Problemas respiratorios/Otorrinolaringológicos	6	7,1
Cefalea	5	6
Estado anímico	3	3,6
Dolor agudo localizado	3	3,6
Complicaciones post-quirúrgicas	3	3,6
Problemas neurológicos	2	2,4
Problemas ginecológicos	2	2,4
Esterilidad	2	2,4
Problemas oncológicos	1	1,2
Problemas digestivos	1	1,2
Problemas urológicos	1	1,2

En la siguiente tabla vemos por qué motivos consultaron los 28 pacientes que acudieron por más de un motivo de consulta.

Tabla 3: Motivos de consulta en los pacientes que consultaban por varios de ellos.

Motivo de consulta	Pacientes	% de los 28
Estado de anímico	17	60,7
Dolor crónico localizado	11	39,3
Problemas respiratorios/Otorrinolaringológicos	8	28,5
Cefalea	6	21,4
Dolor crónico generalizado	5	17,8
Problemas digestivos	4	14,2

Observamos así que la mayoría de los pacientes consultan por más de un motivo, y si nos fijamos en los motivos por separado, la mayoría de pacientes consulta por dolor crónico localizado y por problemas de estado anímico.

4- Frecuentación

En los siguientes gráficos se muestra la frecuentación de los pacientes. Lo hemos dividido en 3 bloques: frecuentación en los 3 primeros meses, en los 3 segundos meses y frecuentación global.

Observamos que en los 3 grupos, la media de visitas por paciente es de entre 2 y 3. La media de visitas en los 3 primeros meses es de 2,3, (Gráfico 1), en los 3 segundos meses es de 2,2 (Gráfico 2) y en el global de los 6 meses es de 2,6 visitas (Gráfico 3).

Gráfico 1: Frecuentación en los 3 primeros meses. Media de visitas: 2,3.

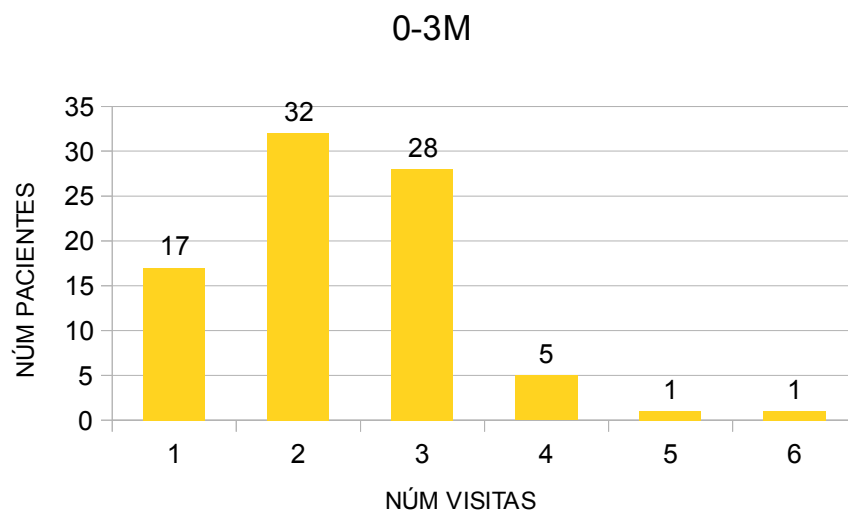


Gráfico 2: Frecuentación en los 3 segundos meses. Media de visitas: 2,6.

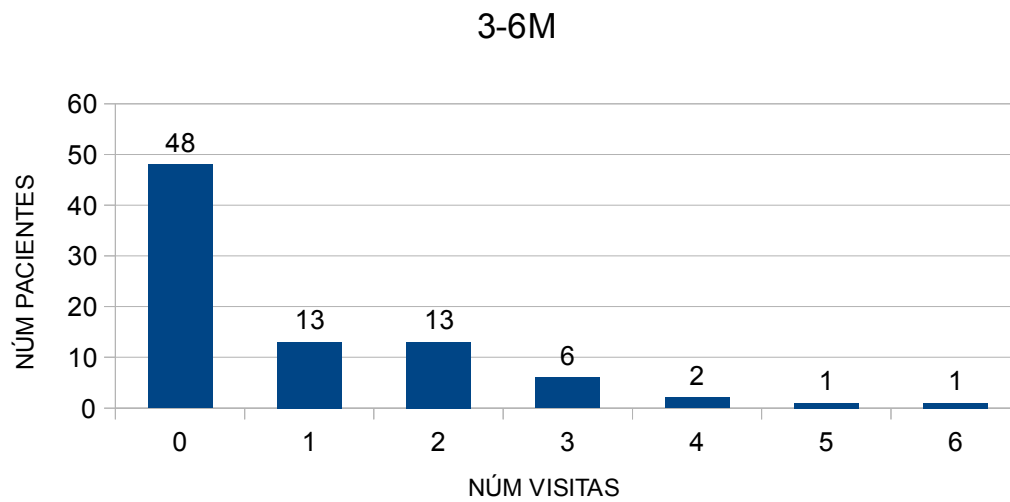
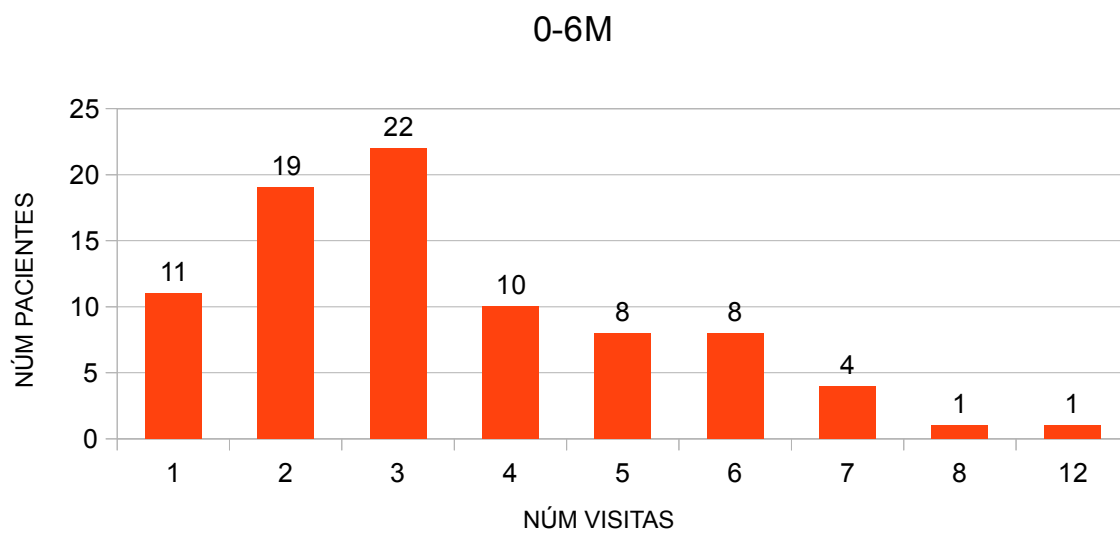


Gráfico 3. Frecuentación global. Media de visitas 2,6.



5. Calidad de vida:

Se realizó la evaluación de la puntuación en la escala de calidad de vida SF-12 antes de iniciar el tratamiento, a los 3 y a los 6 meses de haber iniciado el mismo. En esta sección se presentan los resultados relacionados con su evaluación identificando la puntuación para cada uno de los ejes (Tablas 4, 5 y 6). En los gráficos 4, 5 y 6, se ve de forma más visual lo que pretendemos mostrar en las tablas. En los gráficos queda plasmada la diferencia de las medias entre las diferentes visitas. En el anexo 2 quedan definidas las siglas de los 8 ejes del SF-12, que se muestran en las tablas 4, 5 y 6.

Tabla 4. Comparación de medias (t-student) de los ejes de la escala de calidad de vida entre los 3 meses (V2) y al inicio del estudio (V1). N=77.

	Media	V2-V1	Desviación standar	P
Total Funcionamiento Físico 2V	138,96	14,28	47,2	0,01
Total Funcionamiento Físico 1V	124,68			
Total Rol Físico 2V	110,39	41,55	71,46	0,000
Total Rol Físico 1V	68,83			
Total Dolor Corporal 2V	62,66	13,31	26,46	0,000
Total Dolor Corporal 1V	43,95			
Total Salud General 2V	44,81	3,24	13,63	0,04
Total Salud General 1V	41,56			
Total Rol Emocional 2V	163,64	49,35	77,15	0,000
Total Rol Emocional 1V	114,29			
Total Salud Mental 2V	132,99	21,03	29,71	0,000
Total Salud Mental 1V	111,95			
Total Rol Social 2V	72,73	3,24	22,34	0,201
Total Rol Social 1V	69,48			
Total Vitalidad 2V	51,17	9,09	23,29	0,001
Total Vitalidad 1V	42,98			

Observamos que en todos los ejes de la escala de calidad de vida existe diferencia significativa, excepto en el Rol Social, entre la visita de los 3 meses y la 1ª visita.

Gráfico 4. Comparación de las medias entre la primera y la segunda visita.

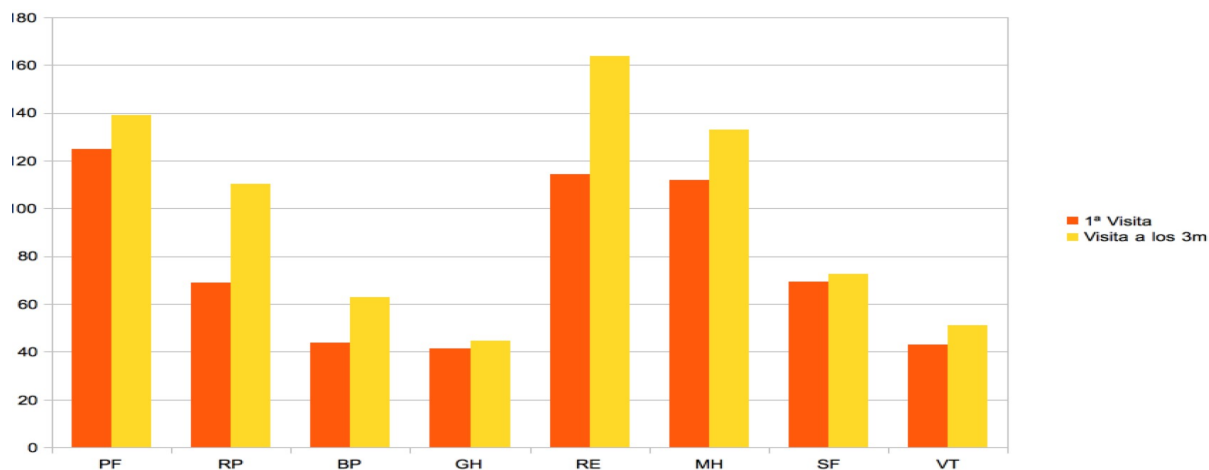


Tabla 5. Comparación de medias (t-student) de los ejes de la escala de calidad de vida entre los 6 meses (V3) y al inicio del estudio (V1). N=38.

	Media	V3-V1	Desviación Standar	P
Total Funcionamiento Físico 3V	153,95	36,84	47,48	0,000
Total Funcionamiento Físico 1V	117,11			
Total Rol Físico 3V	147,37	78,94	87,41	0,000
Total Rol Físico 1V	68,42			
Total Dolor Corporal 3V	76,32	29,6	25,9	0,000
Total Dolor Corporal 1V	46,71			
Total Salud General 3V	50,66	9,21	15,83	0,001
Total Salud General 1V	41,45			
Total Rol Emocional 3V	176,32	68,42	87,31	0,000
Total Rol Emocional 1V	107,89			
Total Salud Mental 3V	138,95	32,63	32,02	0,000
Total Salud Mental 1V	106,32			
Total Rol Social 3V	83,55	12,5	21,5	0,001
Total Rol Social 1V	71,05			
Total Vitalidad 3V	56,84	18,94	20,24	0,000
Total Vitalidad 1V	37,89			

Al comparar las medias de los ejes entre los 6 meses y el inicio del estudio, vemos que en todos ellos hay diferencias significativas.

Gráfico 5. Comparación de medias (t-student) de los ejes de la escala de calidad de vida entre los 6 meses (V3) y al inicio del estudio (V1). N=38.

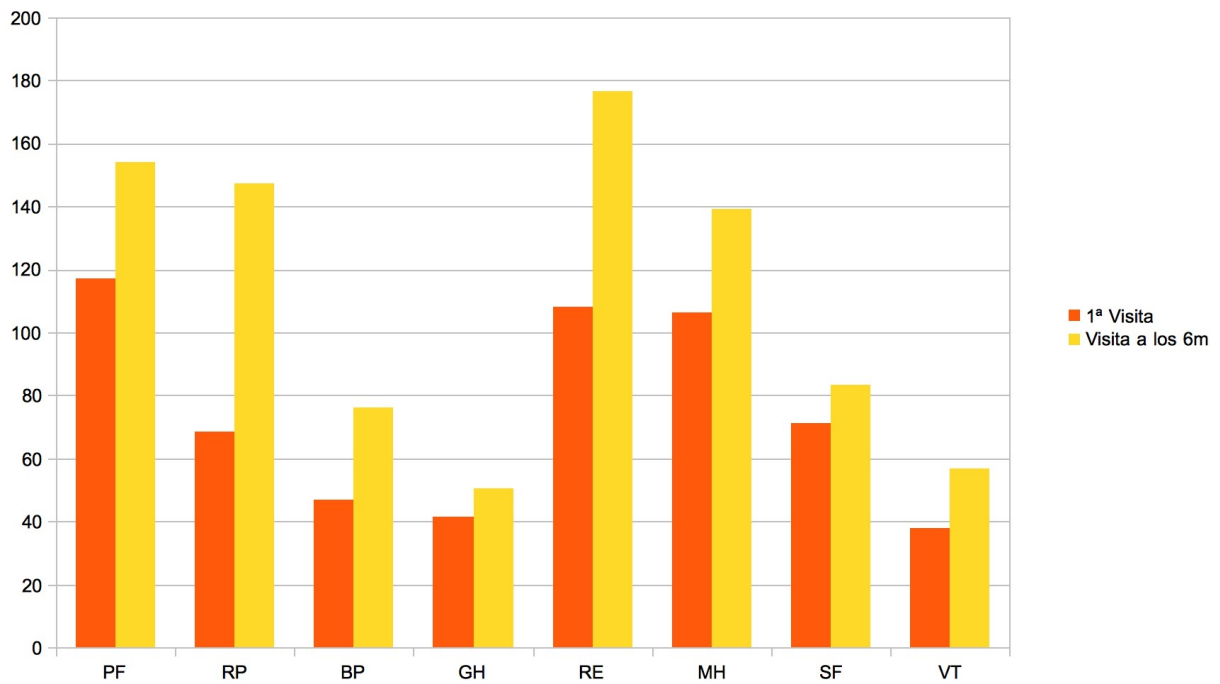
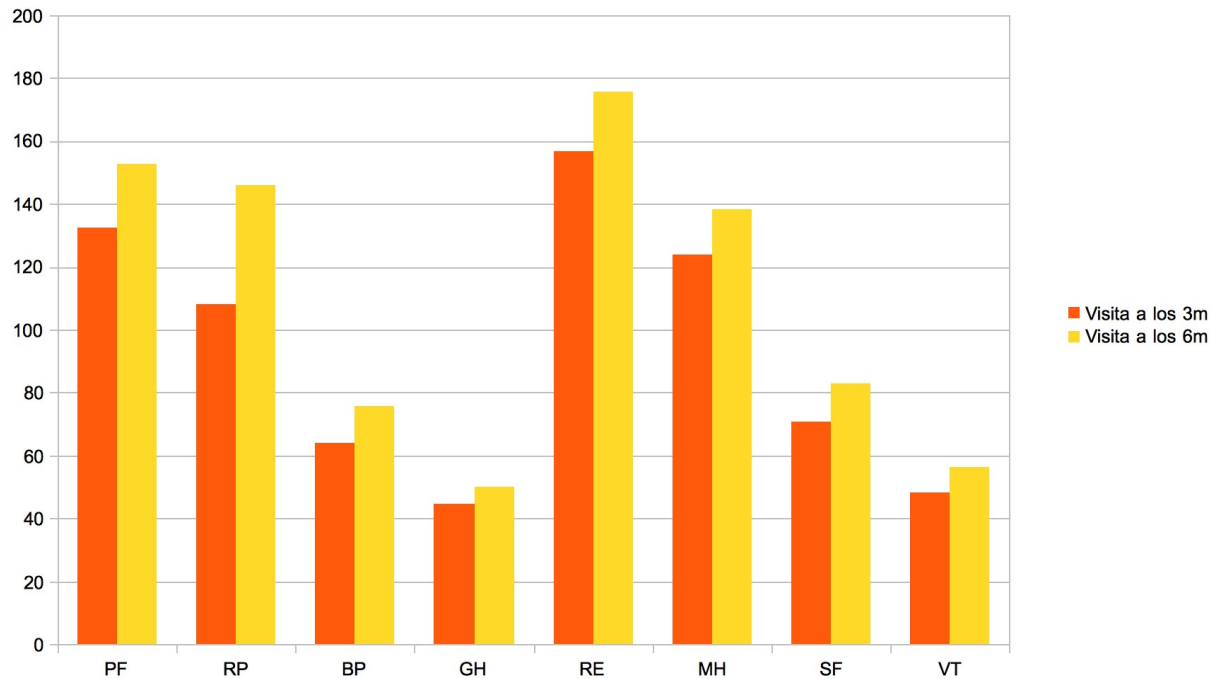


Tabla 6. Comparación de medias (t-student) de los ejes de la escala de calidad de vida entre los 6 meses (V3) y a los 3 meses (V2). N=37

	Media	V3-V1	Desviación Standar	P
Total Funcionamiento Físico 3V	152,7	20,27	43,23	0,007
Total Funcionamiento Físico 2V	132,43			
Total Rol Físico 3V	145,95	37,83	63,9	0,001
Total Rol Físico 2V	108,11			
Total Dolor Corporal 3V	75,68	11,48	23,27	0,005
Total Dolor Corporal 2V	64,19			
Total Salud General 3V	50	5,4	15,74	0,044
Total Salud General 2V	44,59			
Total Rol Emocional 3V	175,68	18,91	56,94	0,051
Total Rol Emocional 2V	156,76			
Total Salud Mental 3V	138,38	14,59	24,78	0,001
Total Salud Mental 2V	123,78			
Total Rol Social 3V	83,11	12,16	19,2	0,000
Total Rol Social 2V	70,95			
Total Vitalidad 3V	56,22	8,1	20,25	0,02
Total Vitalidad 2V	48,11			

En este caso, comparando las medias de la visita de los 6 meses y la de los 3 meses, vemos que en todos los ejes excepto en el Rol Emocional, existen diferencias significativas.

Gráfico 6. Comparación de medias (t-student) de los ejes de la escala de calidad de vida entre los 6 meses (V3) y a los 3 meses (V2). N=37



A través del análisis de la varianza de ANOVA quisimos determinar si había diferencias estadísticamente significativas entre sexos, por grupos de edad (de 16 a 40 años, de 41 a 59 y a partir de los 60 años), y por motivo de consulta, y no observamos que ningún grupo presentara más mejoría que otro.

VI. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

A continuación exponemos una serie de factores que creemos son importantes a la hora de valorar el seguimiento por parte de los pacientes y la mejoría que éstos notan.

- **Coste económico:** Suponemos que al tratarse de una consulta privada, hay pacientes que no acuden a las visitas de control si no notan mejoría en la primera visita. Durante la primera visita se explica a los pacientes que muchas veces son necesarias varias visitas para empezar a notar cambios, aunque no demasiadas (la mayoría de las veces con 2-3 visitas ya se objetiva alguna mejoría). De todos modos, al realizar los cuestionarios vía telefónica a los pacientes que no hicieron control y que dijeron no haber notado cambio, no preguntamos abiertamente si era por motivos económicos, y ninguno de ellos así lo expresó.

- **Lista de espera:** En determinados sería necesario realizar las visitas con una periodicidad más corta (2 semanas, por ejemplo, en casos de dolor intenso u otros problemas distintos al dolor que se presenten de forma intensa), pero habitualmente, la lista de espera en la consulta donde realizamos el estudio es de un mes. Es probable que aquellos pacientes que no notaron mejoría al realizar las visitas con un mes de diferencia, la hubieran notado si se hubieran hecho a las dos semanas.

- **Dispersión territorial:** La consulta donde se realizó el estudio es un centro de referencia en Terapia Neural a nivel catalán y español (desde hace más de 20 años, el Dr David Vinyes se dedica exclusivamente a realizar Terapia Neural). La mayoría de pacientes son de la provincia de Barcelona, pero algunos acuden desde diferentes puntos de España, e incluso algunos provienen de otros países (Italia, Andorra, Inglaterra, Bélgica...). Es por ello que suponemos que en estos casos es más probable una escasa adherencia a las visitas de seguimiento, en el caso de no haber notado mejoría.

- **Técnica desagradable:** la mayoría de inyecciones que se administran en Terapia Neural no son muy dolorosas, porqué habitualmente el calibre de la

aguja es muy fino, pero en determinadas localizaciones, y según el umbral del dolor del paciente, o del estado en que se encuentre en el momento de la consulta (suelen ser más dolorosas las inyecciones aplicadas en una zona contracturada o tensa), hay pacientes que la viven como una técnica dolorosa y desagradable. Hubo 5 pacientes con los que contactamos telefónicamente que explicaron que el motivo principal de no continuar con el tratamiento era el dolor de las inyecciones.

- **Perspectivas de curación:** muchos de los pacientes que acuden a la Consulta de Terapia Neural, lo hacen recomendados por algún conocido o familiar que ha presentado una mejoría importante tras recibir tratamiento con Terapia Neural. Así pues, creemos que el hecho de tener unas expectativas elevadas en cuanto a la capacidad de mejoría gracias a la Terapia Neural, puede hacer que algunos pacientes abandonen el seguimiento si no presentan mejoría en pocas visitas.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Durante el estudio se ha mantenido el anonimato de los pacientes en todo momento. Solamente los investigadores disponían de su nombre para realizar el seguimiento telefónico en caso que fuera necesario. En el anexo 3 mostramos el consentimiento que pasamos a los pacientes para formar parte del estudio.

VIII. DISCUSIÓN.

Tal como plantea la OMS, en su estrategia para la medicina tradicional 2014-2023, el uso de la MTC para el mejoramiento de la salud, la autoatención de salud y la prevención de enfermedades podría reducir los gastos sanitarios. Es importante asegurar el acceso a la MTC y promover la investigación, el

desarrollo, la innovación y su integración más estrecha en los sistemas de salud pública. En España, la Terapia Neural se realiza, en la mayoría de los casos, en centros privados, existiendo solamente algunos Centros de Atención Primaria donde alguno de los facultativos la puede realizar en su consulta, como tratamiento complementario a la Medicina Convencional.

En 1992, el Ministerio de Salud del Gobierno Colombiano dio el visto bueno a la práctica de la Medicina Alternativa, incluída la Terapia Neural. La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional incorporó la Terapia Neural desde el 2003, inicialmente como curso de extensión y desde 2007 como maestría, hasta entonces hecho inédito a nivel mundial. Con ello se abre un espacio en la Universidad donde participan docentes de diferentes especialidades con lo cual se propicia el diálogo académico entre la visión ortodoxa y la heterodoxa (24).

Es importante la realización de estudios académicos que avalen la utilidad de la Terapia Neural y se realice su difusión para que obtenga un reconocimiento y se de a conocer como una terapia que ayuda a la autoorganización del organismo, consiguiendo así una mejora en la calidad de vida, y en muchos casos, evitando o disminuyendo los tratamientos farmacológicos.

IX. CONCLUSIONES.

El 65% de los pacientes incluídos en el estudio eran mujeres. La edad media de los pacientes era de 50'4 años, con una desviación estándar de 15,2.

El 33% de los pacientes se visitó por más de un motivo (la mayoría por alteraciones anímicas y dolor crónico), siendo el dolor crónico localizado el motivo de consulta aislado más frecuente (24%).

La mayoría de los pacientes se visitó entre 2 y 3 veces a lo largo de los 6 meses (siendo la media de visitas por paciente de 2,6).

Hubo 14 pacientes (16,6%) que mejoraron antes de los 3 meses con 3 o menos visitas. Es decir, que estos 14 pacientes no tuvieron que acudir a la visita de los 3 meses porque ya habían mejorado.

Hubo mejoría en todos los aspectos valorados por el SF-12 salvo en Rol Social

(entre la 2ª y la 1ª visita), y en Rol Emocional (entre la 3ª y la 2ª visita).

No observamos diferencia en el grado de mejoría entre sexos, grupos de edad ni motivo de consulta.

Podemos decir que la Terapia Neural es una técnica adecuada para tratar cualquier tipo de enfermedad, y que con pocas visitas se consigue una mejoría en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. El empeoramiento clínico que pueden padecer algunos pacientes se puede entender como una crisis curativa, que se explica al paciente al inicio del estudio, pero puede ser uno de los factores de falta de adherencia al tratamiento. El hecho de vivir lejos del lugar de realización del estudio, o la tardanza entre una visita y la siguiente a causa de la lista de espera, pueden ser otros factores que hagan que los pacientes no sigan realizando los controles. El factor económico podría ser otro de los motivos por los que los pacientes no siguieron el estudio.

En estudios posteriores sería interesante determinar si a lo largo del tratamiento con Terapia Neural los pacientes pueden disminuir el número de fármacos que toman y si disminuye el número de visitas que realizan al Servicio Público de Salud a partir del tratamiento con Terapia Neural.

También sería interesante realizar estudios similares pero incluyendo mayor número de pacientes con los motivos de consulta que en este estudio han sido minoritarios (por ejemplo: problemas urológicos, endocrinos, digestivos, oncológicos, reproductivos...). De ese modo, sabríamos con más exactitud si en estos pacientes también existe una mejoría en su calidad de vida relacionada con la salud.

Al ser un estudio “antes después”, existen varios sesgos internos, que se podrían evitar si realizáramos un ensayo clínico con casos-contróles.

X. ANEXOS.

Anexo 1: Dimensiones del SF- 36

- **Función Física (PF):** Grado en el que la salud limita las actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos (2 preguntas).
- **Rol Físico (RP):** Grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (2 preguntas).
- **Dolor Corporal (BP):** La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (1 preguntas).
- **Salud General (GH):** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (1 pregunta).
- **Vitalidad (VT):** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y agotamiento (1 pregunta).
- **Función Social (SF):** Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (1 pregunta).
- **Rol Emocional (RE):** Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, rendimiento menor al deseado y disminución del esmero en el trabajo (2 preguntas).
- **Salud Mental (MH):** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general (2 preguntas).

Anexo 2: Cuestionario SF-12

CUESTIONARIO "SF-12" SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1 SÍ	2 NO
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 |
| | SÍ | NO |
| 6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

- | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Siempre | Casi siemp | Muchas vez | Algunas vez | Sólo alguna vez | Nunca |
| 9. se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |

Anexo 3: Consentimiento para formar parte del estudio

Desde el Máster en Terapia Neural y Odontología Neurofocal de la Universitat de Barcelona-Campus Sant Joan de Déu, en colaboración con la Consulta de Medicina Natural, estamos realizando un estudio para saber si la Terapia Neural ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes, más allá del motivo de consulta por el que Usted acude.

Para ello, realizamos un cuestionario sobre Calidad de Vida antes de la primera visita, a los 3 y a los 6 meses. Si no acudiera a alguna de las visitas de seguimiento, nos gustaría ponernos en contacto con Usted por vía telefónica.

Está de acuerdo en formar parte de este estudio? Sí NO

Muchas gracias.

Dra Mireia Martínez, autora del estudio

Dr David Vinyes, Director del Máster en TN y ONF (UB-SJD)

XI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Torre, F et al. (2008). *Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor.* Marzo; 15 (2)
2. Velarde, E., Ávila, C. (2002) *Evaluación de la CV. Salud Pública Mex.* 44 (4): 349- 361. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=001556 [Consultado el 3 de Febrero de 2014]
3. Tuesca, R. (2005) *La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte.* Julio-diciembre Núm. 21: 76-86, Universidad del Norte Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81702108.pdf> [Consultado el 3 de Febrero de 2014]
4. Lizán Tudela, L. (2009). *Calidad de vida relacionada con la salud. Atención Primaria.* 7, (41), 411 - 416.
5. Contreras, J. (2005). *Calidad de vida: definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. Oncología.* 28(3), 123-128. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/02.pdf> [Consultado el 3 de Febrero de 2014]
6. Rebollo, P. (2008). *Utilización del «grupo SF» de los cuestionarios de calidad de vida (SF-36, SF-12 y SF-6D) en el marco de ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual. Med Clin (Barc).* Mayo;130(19): 740-741
7. Vilagut, G. et al. (2005). *El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. (Barc).* Mar-Abr;19,(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200007&script=sci_arttext [Consultado el 5 de Febrero de 2014]
8. Alonso J, Prieto L, Anto JM. (1995). *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc).* 104:771-6

- 9 Vera-Villarroel, P. et al. (2014). *Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala Salud mental Rev. méd. Chile*. Oct; 142, (10). Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014001000007&script=sci_arttext [Consultado el 14 de Diciembre de 2014]
10. Véjar,R. (2006). *Enseñanza, teoría, experimentos. Historia de la Terapia Neural*. Disponible en: http://terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=96%3Aensenanza-teorias-experimentos-historia-de-la-terapia-neural&catid=13%3Ainformacion-basica&directory=100010&Itemid=100010&lang=es [Consultado el 5 de Junio de 2014]
11. Speransky, D. (1954). *Bases para una Nueva Teoría de la Medicina*. Buenos Aires: Editorial Psique, págs. 468-471.
12. Fisher, L. (2012). *Terapia neural según Huneke*. México.
13. Payan, S., Monsalvo, J. (2013). *La terapia neural. Introducción*. Disponible en: http://terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=185%3Aa-terapia-neural-introduccion&catid=13%3Ainformacion-basica&directory=100010&Itemid=100010&lang=es [Consultado el 5 de Junio de 2014]
14. Koval P (2011) *Medicina para el ser singular con dolor persistente u otros problemas complejos. Fundamentos para la Terapia Neural moderna*. (Buenos Aires). Ediciones Incertidumbre.
15. Vinyes, D. (2005) *¿Qué es la Terapia Neural?* Disponible en: http://terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=18%3Aique-es-la-terapia-neural&catid=13%3Ainformacion-basica&directory=100010&Itemid=100010&lang=es [Consultado el 7 de Junio de 2014]
16. Payan, JC (2205). *La Desobediencia Vital*. B. Aires: Fondo editorial: Instituto de Terapia Neural España y Salbe Ediciones, págs. 127-162.

17. OMS, 2013. *Estrategias de la OMS sobre la medicina tradicional 2014-2023*
Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/>
[Consultado el 23 de Marzo de 2015]
18. Borrell, F (2005). *Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética*. *Aten Primaria*. 35: 311-313.
19. Caminal, J. (2005) *¿Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público*. *Aten Primaria*. 35:389-391.
20. Fernández A, et al. (2002) *Efectividad de la acupuntura en el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla*. *Aten Primaria*. 30: 602-608.
21. Romera, M. (2002) *La acupuntura en la artrosis de rodilla*. *Aten Primaria*. 30: 609-610.
22. Lóriz, O. et al. (2011). *Estudio de intervención sobre el dolor subagudo y crónico en atención primaria: una aproximación a la efectividad de la terapia neural*. *Atención Primaria*. 43,(11): 604-610.
23. Mermoud, J. et al.(2008).- *Patient satisfaction of primary care for musculoskeletal diseases: A comparison between Neural Therapy and conventional medicine*. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8:33
Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/8/33> [Consultado el 23 de Noviembre de 2014]
24. J.E. Russi Garzón (2012). *Modificaciones en la Calidad de vida en pacientes con dolor osteomuscular tratados con Terapia Neural en la consulta externa*. Trabajo de investigación. Universidad de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Alternativa. Bogotá D.C, Colombia.