



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Prolegómenos a Una Nominación Diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica

Fabián Ignacio Ojeda Linares

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Maestría en Medicina Alternativa

Bogotá D. C. Colombia

2016

Prolegómenos a Una Nominación Diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica

Fabián Ignacio Ojeda Linares

Tesis de grado presentada como requisito para optar al título de:
Magister en Medicina Alternativa con énfasis en Terapia Neural

Director:

Manuel Esteban Mercado Pedroza

Magíster en Medicina Alternativa U.N.

Especialista Docencia Universitaria UMNG

Especialista en Ginecología y Obstetricia. U.N.

Gerencia en Salud y Administración Hospitalaria. CEADS.

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Maestría en Medicina Alternativa

Bogotá D. C. Colombia

2016

*A mis padres, quienes son el
origen de mi existencia*

*A Mile, por hacer parte
del sendero de la vida
y mi compañía*

*A Caro, Andre y Yas
por su generosa amistad
de vidas silentes*

*A mis Maestros
por las herramientas
de un arte tal excelso*

*"Hacia la inmortalidad y la eterna juventud"
Epitafio de la Tumba de Julio Verne
Amiens, Francia (1905).*

Agradecimientos

Al médico Manuel Esteban Mercado Pedroza, Director del Grupo Académico de la Maestría de Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista en Gerencia en Salud y Administración Hospitalaria, Especialista en Docencia Universitaria, Magister en Medicina Alternativa – Terapia Neural, quien como director de tesis creyó hasta último momento en una propuesta tan arriesgada, pero además proyectando a futuro una continuación de la misma.

Al médico Eduardo Humberto Beltrán Dussán, Profesor Asociado del Grupo Académico de la Maestría de Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Medicina Familiar, Médico Pediatra, Oncohematólogo Pediatra, Especialista en Farmacología Vegetal y Terapéuticas Alternativas, Magister en Medicina Alternativa – Terapia Neural, por hacer posible desde la academia un dialogo de saberes con la medicina convencional y además por sus sugerencias valiosas durante las fases iniciales de desarrollo de la tesis.

A la médica Laura Bibiana Pinilla Bonilla, Profesor Asociado del Grupo Académico de la Maestría de Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia, Magister en Medicina Alternativa – Terapia Neural, Presidente de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica), por su apoyo generoso durante las fases finales del trabajo y por su entusiasmo.

Al médico Jorge Iván Salazar, Profesor Asociado del Grupo Académico de la Maestría de Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia, Magister en Medicina Alternativa – Terapia Neural, por la enseñanza a la cabecera del enfermo y permitirme comprender conceptos fisiológicos vitales para el desarrollo del trabajo.

A la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica) y a los asociados, que de manera voluntaria decidieron hacer sus aportes mediante el desarrollo de la herramienta metodológica que fue la base para culminar el estudio.

Al médico Carlos Gómez Carrascal, Especialista en Medicina Interna y Gastroenterología por su insistencia en la Terapia Neural y su enseñanza.

Resumen

Introducción: La Medicina Neuralterapéutica (MNT) según la escuela colombiana está fundamentada en la sistematización de la Terapia Neural según Huneke, anclada con bases teóricas de la Fisiología sintética rusa, que se enmarca como racionalidad médica desde el punto de vista de los sistemas médicos complejos. Es de destacar la importancia de la denominación diagnóstica durante la historia universal como parte fundamental para indicar un tratamiento médico. Los avances en la ciencia y los cambios paradigmáticos, ha permitido el desarrollo de clasificaciones y modelos estadísticos de orden analítico, como la clasificación internacional de enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), pero en el caso de la MNT, no existe un sistema diagnóstico completamente consolidado. **Objetivo:** Estructurar una propuesta piloto que se aproxime a una nominación diagnóstica en MNT que respete sus principios doctrinales. **Metodología:** Estudio de tipo exploratorio, revisión de documentación teórica y la opinión de expertos en Terapia Neural activos en la Asociación Colombiana de Terapia Neural durante el segundo semestre de 2016. **Conclusiones:** La nominación diagnóstica en MNT es posible en consonancia con el desarrollo de conceptos discutidos con expertos. Se plantea un modelo piloto en red en donde se integra con la medicina convencional en uno de sus nodos. Se recomienda continuar con la definición de los tópicos básicos en la sistematización de la nominación diagnóstica de la racionalidad médica y la conformación de grupos de enfoque, para dar identidad y así colaborar en la construcción permanente de las bases teóricas de la Terapia Neural según la Escuela Colombiana.

Palabras clave: Medicina Neural Terapéutica, Terapia Neural según Huneke, Nominación Diagnóstica, Sistemas Médicos Complejos.

Abstract

Introduction: Neural Therapeutic Medicine (NTM) according to Colombian school is based on the systematization of Neural Therapy according to Huneke, anchored with theoretical bases of Russian synthetic Physiology, which is framed as medical rationality from the point of view of complex medical systems. It is to emphasize the importance of diagnostic denomination for world history as an essential part indicate medical treatment. Advances in science and paradigm shifts, has allowed the development of classifications and statistical models of analytical order, such as the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), but in the case NTM, there is no diagnostic system fully consolidated. **Objective:** Structuring a pilot proposal that approximates a diagnostic nomination in NTM that respects their doctrinal principles. **Methodology:** exploratory study, review of theoretical literature and expert opinion in Neural therapy active in the Colombian Association of Neural Therapy in the second half of 2016. **Conclusions:** The diagnostic nomination in NTM is possible in line with the development of concepts discussed with experts. Pilot network model where it is integrated with conventional medicine in one of its nodes. It is recommended to continue the definition of the basic topics in the systematization of the diagnostic nomination from medical rationality and the formation of focus groups, to give identity and thus collaborate in the permanent construction of the theoretical foundations of Neural Therapy according to Colombian School.

Keywords: Neural Therapeutic Medicine, Neural Therapy according to Huneke, Diagnostic Nomination, Medical Complex Systems.

Contenido

	Pág.
Resumen	V
Lista de Ilustraciones.....	X
Lista de tablas	XI
Introducción	1
1. Justificación:.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1. Objetivo General:.....	5
2.2. Objetivos Específicos:.....	5
3. Marco Teórico.....	6
3.1. Concepto de Medicina Neuralterapéutica	6
3.2. Marco legal en Medicina Alternativa y Medicina Neuralterapéutica.....	7
3.3. Antecedentes de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica) - ACOLTEN/MNT	10
3.4. Recapitulación de la Medicina Neuralterapéutica.....	11
3.4.1. Participación Histórica Rusa (Nervismo)	12
3.4.2. Participación Histórica Inglesa	13
3.4.3. Participación Histórica Alemana	14
3.4.4. Participación Histórica Colombiana	15
3.5. Conceptos de la palabra diagnóstico	15
3.6. El Diagnostico Como Tema Central De La Medicina	16
3.6.1. Paradigma Clásico.	17
3.6.2. Transición del Paradigma Antiguo al Moderno	19
3.6.3. Paradigma Moderno:.....	19
3.7. Tópicos claves del diagnóstico médico	23
3.8. Sistema de Clasificación Internacional De Enfermedades (CIE)	24
3.8.1. Historia.....	24
3.8.2. Objetivos de la clasificación	26
3.9. Manual estadístico de los trastornos mentales	26
3.9.1. Historia.....	26
3.10. Conceptos y análogos de Campo Interferente	28
3.10.1. Según los Huneke.....	28
3.10.2. Según Peter Dosch	28
3.10.3. Según R. Kidd.....	29

3.10.4.	Según J. C. Payan.....	29
3.10.5.	Según P. Koval.....	29
3.10.6.	Según L. Fisher	29
3.10.7.	Según la Fisiología Sintética.....	29
3.11.	Concepto de Enfermar para la Medicina Neuralterapéutica.....	30
3.12.	Corpus doctrinal de la Medicina Neuralterapéutica.....	31
3.12.1.	Principio de Evolución.....	32
3.12.2.	Principio de no Localización de los Fenómenos.....	32
3.12.3.	Principio del Nervismo	32
3.12.4.	Principio de Reflexibilidad no lineal.....	32
3.12.5.	Principio de Individualidad	33
3.12.6.	Principio de la Irritación.....	33
3.12.7.	Principio de Monismo.....	33
3.13.	Anatomía de Superficies	33
3.13.1.	Definición desde la anatomía clásica:.....	33
3.13.2.	Propuesta anatómica de J. C. Payan.....	33
3.14.	Conectoma y Las Neurociencias	34
4.	Diseño Metodológico:.....	37
4.1.	Población o Muestra:.....	37
4.1.1.	Criterios de Selección	37
4.2.	Herramientas metodológicas:.....	38
4.3.	Recolección de datos	39
4.4.	Aspectos éticos:	39
4.5.	Análisis de datos:	41
4.5.1.	Sistematización de Variables	41
4.6.	Fases de la investigación	46
4.6.1.	Fase 1. Operacionalización del concepto de Medicina Neuralterapéutica.....	46
4.6.2.	Fase 2. Descripción de marco legal en medicina alternativa y Terapia Neural en Colombia	46
4.6.3.	Fase 3. Contextualización histórica desde la Terapia Neural hasta la Medicina Neuralterapéutica	47
4.6.4.	Fase 4. Identificación de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica)	47
4.6.5.	Fase 5. Revisión teórica del concepto “diagnostico” y su evolución en medicina47	
4.6.6.	Fase 6. Descripción de los antecedentes históricos de las clasificaciones DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana y CIE de la Organización Mundial de la Salud.....	47
4.6.7.	Fase 7. Descripción de algunos conceptos acerca de Campo Interferente	48
4.6.8.	Fase 8. Descripción de los principios de la Medicina Neuralterapéutica.....	48
4.6.9.	Fase 9. Identificación de la propuesta de J.C. Payan acerca del diagnostico.....	48
4.6.10.	Fase 10. Aplicación de la entrevista a Docentes expertos y elaboración de herramienta metodológica principal con prueba piloto.....	48
4.6.11.	Fase 11. Aplicación de Herramienta Metodológica principal (Encuesta) a los miembros de ACOLTEN/MNT	49
4.6.12.	Fase 12. Análisis de la Información de la Herramienta Metodológica .	49

4.6.13. Fase 13. Interpretación de la Necesidad de Nominar un diagnostico desde la perspectiva Neuralterapéutica.....	49
4.6.14. Fase 14. Descripción de los tópicos básicos para Nominar un diagnostico en Medicina Neuralterapéutica	49
4.6.15. Fase 15. Enunciación y sistematización del modelo piloto para Nominación diagnostica en medicina Neuralterapéutica.....	50
5. Resultados:.....	51
5.1. Resultados del Instrumento Metodológico Principal.....	51
5.1.1. Datos básicos	51
5.1.2. Dimensión desempeño profesional	51
5.1.3. Dimensión actitudinal frente a la nominación diagnostica en Medicina Neuralterapéutica	53
5.1.4. Dimensión Nominar un diagnostico en Medicina Neuralterapéutica	55
5.1.5. Dimensión actitudinal frente a cambiar el termino campo Interferente.	60
5.1.6. Preguntas completamente abiertas No. 1 y No.2	62
5.2. ¿Por qué una propuesta de Nominación diagnostica en Medicina Neuralterapéutica?	63
5.3. Tópicos básicos identificados para Nominar un diagnostico en Medicina Neuralterapéutica	64
6. Discusión.....	66
6.1. Propuesta Modelo Piloto de Nominación diagnostica en Medicina Neuralterapéutica	66
6.1.1. El porqué del termino Nominación Diagnostica	66
6.1.2. Conservación del termino Campo Interferente	67
6.1.3. Diferenciar entre procesos agudos y crónicos.....	67
6.1.4. Incluyente en el sistema de salud	68
6.1.5. La red de nominación diagnostica, una tétrada	69
6.1.6. Correspondencia para cada nodo del modelo	69
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	72
7.1. Conclusiones	72
7.2. Recomendaciones	73
A. Anexo: Preguntas utilizadas en las entrevistas vía electrónica para orientar la realización de la Encuesta.....	74
B. Anexo: Encuesta Enviada a los Integrantes de ACOLTEN/MNT	75
Bibliografía	80

Lista de Ilustraciones

	Pág.
Ilustración 1. Distribución del género	51
Ilustración 2. Tiempo de experiencia en el área de Terapia Neural	52
Ilustración 3. Mayor título académico obtenido no relacionado con Terapia Neural	52
Ilustración 4. Actitud frente a establecer un Consenso en la Nominación Diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica.....	53
Ilustración 5. Importancia de definir una Nominación Diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica para el abordaje terapéutico.....	54
Ilustración 6. Necesidad de establecer una Nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica para avanzar en la legislación colombiana en medicina alternativa....	54
Ilustración 7. Actitud frente plantear una diferencia entre el Nominar un diagnóstico Neuralterapéutico en Medicina Neuralterapéutica vs. Odontología Neurofocal	55
Ilustración 8. Aspectos globales para Nominar un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica.....	56
Ilustración 9. Aspectos globales para Nominar un diagnóstico en Odontología desde la visión de la Medicina Neuralterapéutica	56
Ilustración 10. Propuestas para Nominar el fenómeno en segundos de Huneke.....	57
Ilustración 11. Propuesta de Nominación de un evento psicológico como campo interferente.....	58
Ilustración 12. Propuestas de Nominación de un campo interferente en relación con la vacunación.....	58
Ilustración 13. Propuesta de Nominación de una cicatriz como Campo Interferente	59
Ilustración 14. Diferenciar entre proceso agudo y crónico en el marco de la Nominación diagnóstica de la Medicina Neuralterapéutica.	59
Ilustración 15. La irritación como Campo Interferente “Siempre”	60
Ilustración 16. Actitud frente a nominar el Campo Interferente como “Parabiosis”	60
Ilustración 17. Actitud frente a nominar el Campo Interferente como “Campo de dominancia patológica”	61
Ilustración 18. Actitud frente a nominar el Campo Interferente como “Proceso Distónico-distrófico”	61
Ilustración 19. Actitud frente a nominar el Campo Interferente como “Diasquisis”	62
Ilustración 20. Representación esquemática del Modelo Piloto de Nominación Diagnóstica	70

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Criterios de Inclusión	38
Tabla 2. Categorización y codificación pregunta completamente abierta No.1	41
Tabla 3. Categorización y codificación pregunta completamente abierta No.2	42
Tabla 4. Categorización y codificación de Datos básicos.	43
Tabla 5. Categorización y codificación de dimensión “Desempeño profesional”	43
Tabla 6. Categorización y codificación actitudinal frente a la propuesta de nominar un diagnostico en Medicina Neuralterapéutica.	44
Tabla 7. Categorización y codificación de la dimensión “como Nominar un Diagnostico”	44
Tabla 8. Codificación y categorización actitudinal frente a cambiar el término Campo Interferente por otras opciones.	46
Tabla 9. Numero de menciones según las categorías establecidas para la pregunta totalmente abierta No.1	62
Tabla 10. Numero de menciones según las categorías establecidas para la pregunta totalmente abierta No.2	63
Tabla 11. Tópicos básicos Identificados para definir una Nominación diagnostica en Medicina Neuralterapéutica	65
Tabla 12. Resumen Modelo Piloto Nominación Diagnostica en Medicina Neuralterapéutica	71

Introducción

La expectativa apremia ante el intricado argumento que en el sendero prodigioso de la Terapia Neural enseña a los sentidos de quienes deciden conocer de ella, responsables de mantener aquella semilla que en la Latinoamérica fue depositada en la hacienda los Robles, cuna de la Terapia Neural / Odontología Neurofocal y de otras Medicinas llamadas Alternativas en Colombia(1, 2).

El legado de una Medicina tan reciente como lo es la Terapia Neural según Huneke (como más se conoce a nivel mundial), Medicina Neuralterapéutica (para la concepción académica colombiana de la Universidad Nacional de Colombia) o Medicina para la Auto-organización (como la define el Dr. P. Koval en Argentina) es tan valioso, que sin duda abocados de manera sigilosa terminaría siendo inspiradora en pro de su construcción y consolidación como racionalidad médica.

Dicha elaboración está en avance desde distintos ámbitos o escuelas que aunque pudiesen diferir en sus técnicas para lograr definir sus intervenciones, realmente el sentir del individuo como Ser Singular marca la diferencia(3), permitiéndose distanciarse del pensamiento exclusivamente positivista en el que se ha embebido de manera rígida el método científico y con ella la ciencia de finales del siglo XIX.

El pensamiento filosófico, sin el cual ninguna medicina tendría sustento, permite reflexionar desde la Medicina Neuralterapéutica la integralidad del Ser y su abordaje *Holístico*¹ entendido desde su etimología sin caer en el convencionalismo y la locuacidad de las Medicinas Alternativas que distan del pensamiento neuralterapéutico innato(4).

Esa Singularidad es la que sustenta la posibilidad de conocer la forma particular como una persona enferma, precisada como proceso evolutivo, emergente, irreversible y único, en donde realmente la visión se encuentre enmarcada de modo no lineal en enfermos y no enfermedades, en donde se logre eliminar de manera sucinta el rotulo que un diagnostico

¹ Según la Real Academia de la Lengua Española en su 22.^a edición del su *Diccionario*, define Holístico: relativo al holismo. Holismo: doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen. Etimológicamente del griego ὅλος [yólos]: "todo", "por entero", "totalidad"

pudiese generar en una persona a la que se imponen abordajes terapéuticos iguales a formas individuales de enfermar(3-6).

La medicina convencional sustenta sus diagnósticos en la nosología y su perspectiva anatómico-clínica de finales del siglo XVIII, la fisiología analítica virchoviana y la etiopatología moderna, la cual se ha tomado como base en la obtención del Código Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana, lo que supone una crisis para la práctica médica actual por la amplia gama de avances científicos que redefinen las formas actuales de clasificar dichas patologías, sobre todo en las que no se ha establecido una relación causa-efecto desde el evento orgánico y con críticas sustanciales desde algunas disidencias de la psiquiatría y la psicología(7-9).

Con los avances tecnológicos, los mismos que en ocasiones han hecho tanto daño a la relación médico-paciente actual, se amplía el debate del enfoque Monista vs. Dualista que por medio de la Conectómica a nivel del campo de las neurociencias proponen una recapitulación acerca de cómo un sistema al ser afectado no lo hace aisladamente. Aquí es donde la teoría de los sistemas de alta complejidad convergen y en esa red o complexus (tejido) podría desarrollarse a futuro, como lo proponen algunas voces desde la psiquiatría, un nuevo enfoque de asumir el diagnóstico(9-11).

Por tanto, dentro de lo que se pretende desarrollar de aquí en adelante, sin la intención de formular reglas, métodos rígidos e impositivos que desvíen el curso del pensamiento natural de la Medicina Neuralterapéutica desde su concepción filosófica, nace una propuesta para redefinir y dar identidad a un tema que de manera directa afecta la singularidad de la persona y que conlleva a explorar una alternativa de identidad frente a la nominalidad del diagnóstico.

Se proyecta de esta manera revisar teóricamente los conceptos históricos del diagnóstico y su interrelación en la medicina neuralterapéutica con la anatomía de superficies propuesta por JC. Payan(5, 6), la fisiología sintética (I. Pavlov, Speransky y Sechenov), la neurología (Sherrington, Head), la física cuántica, la conectómica (von Monakov), la teoría

general de sistemas, la biocibernética de segundo orden y los sistemas de alta complejidad.

Con base en la revisión teórica y la apreciación de conceptos de expertos en Terapia Neural o Medicina Neuralterapéutica –como se referenciara de manera análoga de aquí en adelante –lograr identificar tópicos básicos y el desarrollo de una propuesta piloto que respete la identidad de la persona y además permitan orientar una nominación diagnóstica desde la visión de la racionalidad médica.

1. Justificación:

El tema del diagnóstico en cualquier campo de las Ciencias no deja de ser controvertido y de difícil consenso. A través de la historia quienes más han desarrollado este aspecto de manera permanente ha sido la medicina, existiendo diferencias marcadas las cuales se originan de acuerdo al contexto de la época y adherido al pensamiento filosófico, la reflexión académica desde las especialidades médicas, los intereses económicos y políticos, el entorno ecológico y la diversidad cultural de cada grupo poblacional.

Para el fortalecimiento de los pilares de la Medicina Neuralterapéutica como sistema médico complejo, es imprescindible la consolidación de un sistema diagnóstico en donde se respete la singularidad de la persona, sin correr el riesgo de rotular, cuantificar y clasificar a la persona mediante la imposición de un diagnóstico, cuyo principal objetivo es generar una acción terapéutica acorde a los principios de la racionalidad médica.

Dada las dificultades que hay de fondo con respecto a evitar caer en la linealidad causa – efecto de un diagnóstico neuralterapéutico, y obviamente sin desconocer el alto valor que tienen las clasificaciones habituales como la de la Organización Mundial de la Salud o la Asociación Psiquiátrica Americana (no siendo estas las únicas, pero si las más difundidas), se considera en el presente trabajo definir una nominación diagnóstica propia a la concepción de la Medicina Neuralterapéutica, que permita de manera sintética la interpretación del análisis que surge de la realización de una historia de vida.

Sería uno de los primeros acercamientos que permitirá un lenguaje más técnico en el posicionamiento de la Medicina Neuralterapéutica, como legado de la Universidad Nacional de Colombia en la consolidación de la Terapia Neural según la escuela Colombiana y acorde a la legislación en Medicina Alternativa que se está concibiendo actualmente en el país.

2.Objetivos

2.1. Objetivo General:

Estructurar un modelo piloto de nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica fundamentado en los principios de la Terapia Neural según la escuela colombiana.

2.2. Objetivos Específicos:

Caracterizar el marco legal de regulación de la Terapia Neural en Colombia.

Determinar a través de la revisión histórica la manera cómo ha evolucionado la nominación diagnóstica en el ámbito médico.

Categorizar los tópicos básicos que definen la nominación clásica de un diagnóstico en medicina.

Describir desde sus orígenes las propuestas actuales de clasificación diagnóstica reconocidas mundialmente de la organización mundial de la salud y la asociación americana de psiquiatría.

Describir la noción de enfermedad en Medicina Neuralterapéutica para la definición de la nominación diagnóstica según la racionalidad médica.

Describir los principios básicos o corpus doctrinario de la Terapia Neural según la escuela colombiana.

Interpretar históricamente el concepto de campo interferente y las analogías que se hacen con respecto a trabajos científicos previos y modernos.

Consultar con expertos acerca de la forma como en su práctica diaria nominan un diagnóstico desde la visión neuralterapéutica.

Identificar las características principales que pudiesen definir una nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica.

3. Marco Teórico

3.1. Concepto de Medicina Neuralterapéutica

La Terapia Neural según la escuela Colombiana apoyada en la fundamentación dada por el médico Julio Cesar Payán, reconocido “filósofo de la Terapia Neural” y en homenaje al engrandecimiento de esta medicina del sentir, emerge la propuesta colombiana por iniciativa del grupo académico de Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia, de promoverla desde una concepción técnico terapéutica, a categorizarla en el marco de una racionalidad médica como sistema medico complejo(1, 7, 12).

Sustentado entonces en la configuración de los sistemas médicos complejos planteados por la socióloga brasileña Madel T. Luz, se han revisado los pilares básicos del modelo y adaptados de tal forma que la Terapia Neural en su conjunto, cumple con cada una de las 5 dimensiones a saber: morfología, dinámica vital, corpus doctrinario, sistema diagnóstico y sistema terapéutico, las cuales han venido siendo desarrolladas y ampliadas en los trabajos de distintos maestrantes de la Universidad Nacional de Colombia(7, 12-15).

Para el presente trabajo se ha tomado la decisión de adoptar la definición operativa de Medicina Neuralterapéutica desarrollada por la Universidad Nacional de Colombia, la cual aún se encuentra en proceso y publicada en la página web de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (ACOLTEN) 2016, como sigue:

“Es un sistema médico complejo que se fundamenta en la concepción del sistema nervioso como coordinador de la integridad del individuo considerando los aspectos anatómicos, fisiológicos, biofísicos, moleculares, mentales y emocionales involucrados en los procesos patológicos del organismo, que se identifican a través de un proceso diagnóstico y son responsables de las respuestas terapéuticas. Las intervenciones se realizan con dosis de anestésicos locales aplicados en puntos específicos del organismo considerados como campos interferentes buscando una reorganización de la dinámica sistémica modificando el estado de salud-enfermedad”(16).

No se acoge en su totalidad la definición legal referenciada en la resolución número 2927 de julio 27 de 1998 del ministerio de salud de la república de Colombia, al considerarse aún incompleta y no acorde con los preceptos de la medicina neuralterapéutica.

3.2. Marco legal en Medicina Alternativa y Medicina Neuralterapéutica

El ejercicio médico en general ha sido reglamentado desde la ley 14 de abril 28 de 1962 “Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía” estipuladas en el artículo 2º, donde se enumeran las condiciones para ejercer la medicina y la cirugía como profesión tanto para nacionales como para extranjeros(17), artículo el cual fue declarado exequible mediante Sentencia No. C-377/94 (Agosto 25 de 1994) y en donde se aclara que es posible generar legislaciones en materia de otras formas de medicina, que es acotada en la sentencia como medicina alternativa.

Hacia 1981, el congreso de la Republica de Colombia constituye el código de ética médica o ley 23 de 1981 (Febrero 18) “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, destacando con respecto al diagnóstico, en el artículo 1º del numeral 2, acerca de los principios en el título I:

“El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión”(18).

Y en el artículo 10, del capítulo II, título I de ésta misma ley se establece con respecto al diagnóstico: “El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una

evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”(18).

De ésta manera se denota la importancia del diagnóstico en la práctica médica, su integralidad y como fundamental para definir un proceso terapéutico o de rehabilitación, como queda plasmado en el llamado código de ética médica.

Mediante la resolución 05078 de Junio 30 de 1992, “Por la cual se adoptan normas técnico administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas”, se inicia el acercamiento entre las concepciones medicas alternativas a la medicina convencional y la posibilidad de la formación en talento humano en salud en las universidades e instituciones formales de acuerdo a lineamientos que determine el ministerio de educación, así como la creación del Comité Asesor para el desarrollo de las Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas Alternativas con el fin de fomentar su acceso a la población (19).

Con la resolución 02927 de 27 de julio de 1998 “Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones”, la Terapia Neural de manera específica, es definida ante el sistema general de salud basado en la ley 100 de 1993, constituyéndose como método terapéutico de acuerdo al artículo 1º:

*“**Terapia neural:** Método terapéutico que fundamenta su acción terapéutica en la estabilización de las membranas celulares mediante la utilización de microdosis de anestésicos locales aplicados en sitios específicos del organismo”(20) .*

Además, esta resolución establece en su artículo 4º y en congruencia con la ley 14 de 1962, que el personal médico capacitado debe ser médico titulado y adicionalmente con formación específica en terapéutica o terapéuticas alternativas o en su defecto, si no es médico, su formación en terapias alternativas se hará según la competencia del área de la salud a la cual responda su registro profesional(20).

En 1999 se profiere la resolución No. 1995 (Julio 8) “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica” y en su artículo 3º, de las características básicas de la

historia clínica, se enuncia al diagnóstico como constituyente fundamental en la integralidad y racionalidad científica que debe tener la historia clínica (21).

La resolución 3374 de diciembre 27 de 2000, "Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados", establece los lineamientos para el registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS) en donde es importante dejar claro la causa que origina la prestación de un servicio enmarcado en un diagnóstico principal y relacionados(22).

Mediante la resolución 945 de marzo 19 de 1999, "Por la cual se adopta en Colombia la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Novena revisión" el ministerio de salud inicia su implementación para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (23).

Pero con la declaración de la 43ª Asamblea Mundial de la Salud en 1990, en donde se aprobó la CIE-10, Colombia había adquirido el compromiso de iniciar su implementación en el sistema de salud, por tanto el ministerio de salud mediante resolución 1895 de 19 de noviembre de 2001, "Por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima revisión", reglamenta la adopción de dicha clasificación de morbilidad por todas las instituciones relacionadas con atención y aseguradoras en salud y en general las contenidas en la legislación del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente (24).

Con la divulgación del anexo No. 2 de la resolución 1043 de 2006, "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones", se incluye dentro de los servicios ambulatorios de habilitación, la Terapia Neural y se continua con la definición enunciada en la resolución 2927 de 1998 (25).

A través de la Ley 1164 de 3 de octubre de 2007, "Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud" se establecen los lineamientos que debe cumplir el

personal sanitario que ejerza la medicina convencional y además la medicina alternativa, terapias alternativas y complementarias y crea el comité de talento humano en esta área; aunque aquí no se considera literalmente la Terapia Neural como parte de la medicina alternativa o las terapéuticas alternativas (26).

Mediante resolución 1441 de 6 de mayo de 2013, “Por la cual se definen procedimiento y condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”, se cambia el término Terapia Neural por el de “Neuralterapia” y se amplía brevemente su definición así:

*“**Neuralterapia:** método que fundamenta su acción terapéutica en la estabilización de las membranas celulares mediante la utilización de microdosis de anestésicos locales de vida media corta, aplicados en sitios específicos del organismo” (27)* y se especifica la dotación básica para tener en área de consulta externa de Neuralterapia.

La resolución anterior fue derogada y ampliada mediante resolución 2003 de 28 de mayo de 2014, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”, en donde la definición de Neuralterapia y la dotación básica de consultorios no fue modificada (28).

3.3. Antecedentes de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica) - ACOLTEN/MNT

Fue constituida como Persona jurídica sin ánimo de lucro en la cámara de comercio de Bogotá, a la fecha 16 de noviembre de 2013, inscrita el 21 de enero de 2014, bajo el No. 00233968 del libro I, como entidad sin ánimo de lucro(29).

Definida como:

“asociación científica, privada, autónoma y sin ánimo de lucro, regida por principios institucionales acordes con la ley colombiana, integrada por médicos con formación de postgrado en el área de terapia neural /medicina neuralterapéutica, acreditados

por los entes gubernamentales correspondientes para trabajar en territorio nacional”(16).

Es miembro desde 2014, de la Federación Internacional de Asociaciones Médicas de Terapia Neural (IFMANT, por sus siglas en inglés) y además en marzo de 2015 adquiere su calidad como miembro de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas(16).

Es considerada actualmente como ente consultor de instituciones públicas y privadas en materia de Terapia Neural y por velar por los principios éticos de la profesión, además de ser impulsor de eventos científicos y educación médica continuada (1, 16).

En el año 2016 junto con la Asociación de Odontólogos Neurofocales de Colombia (ODNF) son organizadores del 2º congreso Mundial de Terapia Neural y Odontología Neurofocal a realizar en Bogotá, Colombia, en octubre del mismo año(30).

3.4. Recapitulación de la Medicina Neuralterapéutica

El trabajo investigativo de las bases teóricas de la práctica de la medicina neuralterapéutica conlleva a rastrear su aparición desde los mismos orígenes de los grupos humanos, ejemplo de estas investigaciones sitúan a lo que se puede llamar los albores de la Terapia Neural a partir la época neolítica con la documentación de trepanaciones(31).

De ahí en adelante, se ha seguido el rastro situacional en donde se ha logrado inferir los avances de Rusia en cuanto a la fisiología sintética denominado Nervismo, desarrollada a finales del siglo XVIII y consolida en la primera mitad del siglo XIX, sin desconocer el ineludible y valioso aporte que los Alemanes Ferdinand y Walter Huneke ofertaron a la sistematización de las técnicas terapéuticas(1, 15, 32).

Adicionalmente es importante destacar el baluarte que ha nutrido la medicina neuralterapéutica desde la odontología Neurofocal pensada y desarrollada por el Dr. Ernest Adler y sus colaboradores, rama legítima de la Terapia Neural (33, 34) y la gran implosión que se sucedió en Centro y Suramérica con destacados Maestros en distintos países que han engrandecido los avatares de la Terapia Neural y Odontología Neurofocal, de los cuales se tienen noticias también en Norteamérica(1).

3.4.1. Participación Histórica Rusa (Nervismo)

I. Glevob es considerado precursor de la fisiología evolutiva rusa, tuvo relación directa con E. O. Mujin (1766-1850) ya que este último fue director de su tesis y uno de los primeros en ver la importancia del sistema nervioso tanto en los procesos fisiológicos normales como en los patológicos; además I. Glevob dio formación académica a sus discípulos S.P. Botkin y I. M. Sechenov (1, 32) quienes serían cruciales para el posterior desarrollo formal del Nervismo ruso o fisiología sintética.

I. Pavlov fue el responsable de continuar con el legado de S.P. Botkin (1832- 1889) y I. M. Sechenov considerados fundadores de la escuela fisiológica rusa y bajo esta línea durante la Rusia Soviética, se dio de manera aislada el desarrollo de la medicina en resonancia con la concepción filosófica materialista dialéctica característica de las divergencias sociopolíticas de la época(1, 32).

Como uno de los principales expositores del Nervismo, I. P. Pavlov, desarrolla la fisiología sintética rusa hacia 1883, dándole relevancia al sistema nervioso como rector de la mayor parte de las funciones del organismo y propugnando por la visión monista conciliadora entre la actividad fisiológica y la psíquica mediante la concepción de la actividad nerviosa superior, influyente en los procesos fisiológicos vitales y patológicos de orden inferior(32, 35).

A.A. Ukhtomsky (1875-1942) al enunciar su teoría del “principio de dominancia”, se le considera como uno de los primeros en estudiar científicamente las relaciones de la vida y de la mente para entender el comportamiento humano(36), pero además, permitió entender la razón por la cual la lesión de una parte del sistema nervioso altera la actividad de algunas otras regiones o todo el sistema nervioso, precepto importante para la definición de los campos interferentes en medicina neuralterapéutica enmarcado en la descripción del núcleo de dominancia patológica(32).

Las siguientes generaciones fluyeron con A.D. Speransky postulante del término neuro-distrofia, el cual definió como una perturbación del funcionamiento del sistema nervioso capaz de desencadenar una alteración trófica en la célula dejando una memoria en la misma, así, termina considerando la enfermedad como una respuesta a un estímulo o irritación a cualquier nivel del sistema nervioso, abriendo el camino para la explicación de

los campos interferentes, planteo además, la inconveniencia de dividir el sistema nervioso en central y periférico, simpático y parasimpático, logrando plasmar sus ideas en la obra que publicó en 1936, titulada “Bases para una nueva teoría en la medicina”(1, 32, 37).

Los cirujanos rusos Alexander Vichñevsky (1874-1948) y su hijo Alexander Alexandrovich Vichñevsky desarrollaron un trabajo experimental acerca del trofismo nervioso y describieron la acción terapéutica mediante el uso de anestésicos locales (novocaína) en procesos inflamatorios del sistema nervioso(32). Ellos, definieron el trofismo de los tejidos como:

“proceso fisiológico fundamental del metabolismo vinculado a la correcta alternación e intercalación entre asimilación y la desasimilación, para mantener el estado físico-químico normal del medio interno en el organismo”(38).

Elevándolo a una categoría neurohumoral de regulación al plantear la regulación trófica neuro refleja. Además los Vichñevsky consideraron el tejido nervioso inflamado como un estado de sobreexcitación, estado dinámico que con del uso de novocaína lograba reemplazar una irritación intensa por una “débil” o debilitada y la cual estaba determinada por del estado previo de los nervios y los tejidos(38).

3.4.2.Participación Histórica Inglesa

En la escuela fisiológica inglesa sobresale W. Sharpey (1802-1880) cómo el primer fisiólogo puro de Inglaterra y posteriormente Michael Foster (1836-1907), su discípulo, de cuya escuela salieron el fisiólogo Ch. S Sherrington y el neurólogo Henry Head(39), dos autores de interés para la medicina Neuralterapéutica.

Ch. S. Sherrington (1857-1951), producto de la positivización de ideas vitalistas construye el concepto de correlación funcional, unidad funcional(39) o de integración, coordinada por el sistema nervioso(40), permitiendo en sus trabajos en relación con la actividad sensorio motora, dar una visión más amplia de la descripción del arco reflejo clásico(41) y considerar concepciones relacionadas con el condicionamiento pavloviano(39). Adicionalmente realizó estudios en donde teoriza acerca de los factores vasculares y viscerales como probables responsables en la génesis de la emoción(42) y fue uno de los primeros en crear un mapa de dermatomas en el mono Rhesus cortando raíces dorsales por arriba y por

debajo de una raíz intacta(43) importante para el abordaje segmental del campo interferente.

Los aportes del neurólogo Henry Head (1861-1940) en el entendimiento de la terapia del segmento anatómico, se vieron reflejados en todos sus trabajos en cuanto al dolor referido y la relación cutánea entre las vísceras con procesos mórbidos de las mismas, adicionalmente sugirió la interrelación entre la afectación visceral y manifestaciones de cambios mentales e hizo correlaciones entre los dientes y zonas de sensibilidad dolorosa en cabeza y cuello en correspondencia a las zonas descritas por Head(43).

3.4.3. Participación Histórica Alemana

Realmente la historia del descubrimiento incidental de las propiedades neuralterapéuticas de los anestésicos locales o redescubrimiento como lo afirman algunos autores, por parte de los hermanos Huneke al curar la migraña de su hermana en 1925, mediante la administración de una medicina que contenía novocaína por vía endovenosa, se constituyó como el punto crucial para el desarrollo inicial de la Terapia Neural como la conoció el mundo occidental(31, 32).

La capacidad de actuar más allá del segmento anatómico lo constituyó el descubrimiento del fenómeno en relámpago (lightning reaction, en inglés) en 1940 por parte de Ferdinand Huneke, en donde se reconoció la existencia de campos irritativos naturales, no relacionados propiamente con la distribución segmental, con la capacidad de producir y/o mantener estados mórbidos(31).

El nombre formal de Terapia Neural según Huneke es el resultado del análisis realizado por Von Roques posterior a conocer el fenómeno en segundos o relámpago, y la transmisión del conocimiento de la nueva terapéutica se heredó de manera directa por los hermanos Huneke a muchos de sus estudiantes en calidad de discípulos(1, 31, 32).

El Dr. Ernest Adler comienza su interés por la Odontología y su relación entre los dientes con enfermedades sistémicas, publicando diversos artículos al respecto desde 1937 y finalmente hacia 1973 sus ideas son desarrolladas y plasmadas en su libro "Enfermedades por interferencias en la región del trigémino" propugnando por el nacimiento de la odontología Neurofocal(33).

Finalmente, es Peter Dosch, el responsable de difundir la llamada Terapia Neural según Huneke, publica el Libro de Enseñanza de la Terapia Neural según Huneke en 1963, en donde promulga los principios teóricos y bases científicas de la Terapia Neural, así como la descripción de las técnicas e indicaciones de las mismas(1).

3.4.4. Participación Histórica Colombiana

Bajo la tutela del colombiano Germán Duque Mejía (médico internista y ginecólogo con estudios en Alemania) y su mentor Peter Dosch, se introduce la Terapia Neural hacia la década de los setenta en el país, su semillero fue constituido en la hacienda los Robles (localizada en área rural en inmediaciones de Popayán, Colombia) en donde se tradujeron varias obras de Terapia Neural al español y se brindó enseñanza a quien le interesara conocer más acerca de la terapéutica, no solo en este ámbito sino en el campo de otras medicinas y/o terapéuticas alternativas(1).

A los Robles acudieron personajes como el Cardiólogo Augusto Leiva, principal gestor de la concepción de la Terapia Neural como Medicina Neuralterapéutica y como el médico Gineco-obstetra Julio Cesar Payan, quien se convertiría más tarde, en el principal representante para Colombia de la Terapia Neural en el aspecto filosófico y social y con trascendencia a España y otros países latinoamericanos(1, 2).

Hacia el año 1999, en la Universidad Nacional de Colombia, por iniciativa del médico Eduardo Beltrán Dussán, se crea la primera línea de profundización en terapias alternativas para pregrado y en el año 2000 se amplía para postgrado; organizándose en el año 2003, el primer curso de extensión teórico-práctico en Terapia Neural. Finalmente en el año 2007 se conforma la maestría en medicina alternativa en donde se incluyó el área de Terapia Neural y cuyo programa académico se encuentra en actualización permanente(1, 32).

3.5. Conceptos de la palabra diagnóstico

Etimológicamente diagnóstico proviene de tres componentes griegos a saber: El prefijo *diag* que significa “a través de”; la palabra *gnosis* que hace referencia a “conocimiento”, y finalmente el sufijo *tico* que significa “relativo a”(44).

Fue definido por de Taboada hacia 1825 como perteneciente al conocimiento de los síntomas de las enfermedades(45). Para la Real Academia Española de la Lengua, diagnóstico se define en 3 aspectos: 1. Perteneciente o relativo a la diagnosis; 2. Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos; y 3. Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte(46).

Según la definición del diccionario de medicina Oxford-Complutense, diagnóstico hace referencia al proceso para determinar la naturaleza de una alteración considerando los signos y síntomas de un paciente, su historial médico, resultados de las pruebas de laboratorio y exploraciones radiológicas(47).

Quizá la definición más completa e integral sea la enunciada por P. Laín Entralgo (1982) en donde el diagnóstico médico se caracteriza por 3 aspectos principales: el primero como conocimiento técnico y operativo del estado fisiológico del organismo humano, ya sea sano o enfermo; un segundo aspecto en donde se ha de considerar el cuadro clínico que manifiesta la persona, la causa externa identificable al proceso mórbido, la afectación anatómica y/o funcional y el contexto biológico, social y personal de la persona enferma; y un tercer componente correspondiente al juicio diagnóstico el cual requiere una objetivación de los datos bien fundamentada, y finalmente un ámbito epistemológico-gnoseológico, sociológico, ético y estético(48).

3.6. El Diagnóstico Como Tema Central De La Medicina

A través de la historia se han generado diversos conceptos con respecto al término no solamente en el ámbito médico, pero quizás es en éste último, en donde se ha evidenciado su desarrollo de manera más marcada(49, 50). El acto del diagnóstico en el ejercicio médico se considera fundamental dentro de la labor sanitaria para orientar una acción terapéutica y/o de rehabilitación por medio de la elaboración de la historia clínica(51).

Para Pedro Laín Entralgo, citando a Richard Koch, y de acuerdo con él, se definen 2 momentos frente al origen del diagnóstico, una época arcaica en donde los curanderos se enfocaban más en el aspecto terapéutico sin buscar explicaciones a los fenómenos enfermantes, es decir, no interesaba una nominación de la enfermedad, y una segunda

etapa en la cual era posible dar un nombre a cierto evento de tipo traumático (natural) pero al tiempo se presentaban afecciones que requerían una explicación imaginativa (sobrenatural), lo que básicamente sería denominar un diagnóstico(48).

El proceso de nombrar un modo de enfermar o nominación de enfermedad tuvo sus orígenes en el Egipto antiguo, en la antigua China e India y en Grecia hasta el siglo V a. C, lo cual ha sido considerado por Laín Entralgo como nominación cuasidiagnóstica(48, 52).

Por ejemplo, el proceso mental detrás de una nominación cuasidiagnóstica en Medicina Tradicional China clásica se caracterizó según Porkert, citado por P. Laín Entralgo (1982) por ser sintético-inductivo en contraposición al método analítico-causal utilizado en la definición de un diagnóstico de la medicina convencional actual(48).

Se tienen noticias de su existencia –del diagnóstico– más formal desde la época Hipocrática, de hecho, se reconoce a Hipócrates(53) como el primer médico que elaboró una historia clínica y con ella, los médicos hipocráticos generan las bases para la obtención de una historia clínica como ruta para definir la enfermedad desde una visión clásica e historiográfica(52) interpretada como paleodiagnóstico y fundamental a futuro para plantear un diagnóstico médico(54).

En el libro “el diagnóstico médico: historia y teoría” (1982), su autor ha decidido clasificar la historia del diagnóstico de manera metódica siguiendo los lineamientos propuestos por Thomas Kuhn con respecto al paradigma científico(48, 55) y que se comentaran a continuación.

3.6.1. Paradigma Clásico.

Corresponde al periodo comprendido entre los médicos hipocráticos(53) hasta el inicio del pensamiento patológico moderno con T. Sydenham, el llamado “Hipócrates Inglés”(56). Este periodo se ha caracterizado en términos generales por objetivar lo que se ve teniendo como soporte un razonamiento metódico imaginativo de aquello que no se ve(48).

3.6.1.1. Escuela Hipocrática.

La escuela hipocrática entendía el diagnóstico desde la concepción de la lengua griega como “distinguir” o “discernir”, en donde se logra una expresión técnica y cognoscitiva del amor a la naturaleza del hombre incluyendo el aspecto del enfermar, y en donde mediante la búsqueda del conocimiento se pretendía dejar de ser empírico en sus actuaciones y se pretendía ser racionalmente etiológico(48).

Para los hipocráticos fue importante definir si realmente la persona estaba presentando un proceso morboso, valiéndose de la observación de las semejanzas o desemejanzas consigo mismo y con casos de su experiencia, buscando curar y dar un pronóstico del curso de la enfermedad; pero además, estableciendo si la entidad morbosa se presentaba por “azar” o “necesidad”(48).

En la definición del proceso morboso, los médicos hipocráticos se guiaron por las semejanzas del cuadro sintomático patológico, por el tiempo de duración de la enfermedad y por la localización somática de la misma; siguiendo la expresión de la fisiopatología del corpus hipocraticum(53) en el ámbito humoral; neumático o de los 4 elementos; y el dinámico en relación con el calor, el frío, lo húmedo y lo seco(48).

El diagnóstico hipocrático se caracterizó además por ser inductivo buscando siempre una certidumbre de lo material y en segunda instancia generar una hipótesis fundamentada en la experiencia y de corte imaginativo e inferencial(48).

3.6.1.2. Escuela Galénica

En la época de Galeno, la visión imaginativa en el campo de la hipótesis se mantuvo casi intacto con respecto a la escuela hipocrática, así como el concepto de curar y la búsqueda del conocimiento, pero en Galeno se denota adicionalmente un interés particular por sobresalir y ser prestigioso en la sociedad romana(48).

La filosofía aristotélica tuvo amplio influjo en el pensamiento galénico, garantizando una integración de la experiencia sensorial, el conocimiento anatómico-fisiológico y un razonamiento adscrito a la lógica aristotélica de la causalidad formal, eficiente y final(57). De esta descripción causal es que se desprenden las causas galénicas que catalogó como

causa externa, causa interna y la causa conjunta, próxima o inmediata de la enfermedad(48, 57).

Galeno considera importante la localización somática que pueda manifestar la enfermedad, como manifestación clínica acompañada de otros síntomas y signos, que lo conlleva al desarrollo de una jerarquización en entidades nosológicas primarias (protopáticas) o secundarias (deuteropáticas) especificando su localización anatómica y el género o especie a la que pertenece(48).

La virtud de Galeno fue haber llegado a un diagnóstico conjetural basado en el razonamiento analógico y descripción anatómica con su fisiopatología preconizando a futuro el diagnóstico científico(48, 57).

3.6.2. Transición del Paradigma Antiguo al Moderno

Posterior a la muerte de Galeno, su influencia perduró al menos 15 siglos, se denota entonces dentro del pensamiento de los iatrofísicos y su concepto de la materia y su constitución en partículas o átomos que seguían las leyes de la hidráulica; muy cercanos a este razonamiento imaginativo se encuentran los iatroquímicos, a pesar de las opiniones que Paracelso tenía para con la doctrina galénica, en donde la anatomía fue fundamental, pero no logró desligarse por completo del razonamiento inductivo, aunque con algunos matices de metodología deductiva(48).

La concepción de “fuerza vital” de los vitalistas (siglo XVIII y XIX), aunque invisible e intangible, no se considera del todo imaginativa, sobre todo a la hora de definir el diagnóstico que acudía a explicaciones patogenéticas o fisiopatológicas acordes a las herramientas del momento, sin embargo la influencia galénica perduró al menos hasta la época de Virchow y Helmholtz(48).

3.6.3. Paradigma Moderno:

Los médicos de la edad media confluyen sobre la idea de que el conocimiento se obtiene solamente mediante el experimento y la razón, con una visión interpretativa de corte filosófico realista o nominalista; de esta manera el juicio diagnóstico correspondería a la

objetivación que le dé el médico al proceso morboso desprendiéndose de deducciones imaginativas(48).

3.6.3.1. Diagnóstico Sydenhamiano

Esta etapa inicia con el diagnóstico sydenhamiano, que se caracterizó por una integración de la especie morbosa con el cuadro sintomático que le caracterizaba individualmente y además sus relaciones con la especie morbosa y con el medio ambiente; entendiendo la enfermedad como un proceso dinámico natural para eliminar la “materia morbífica” y mantener la salud del enfermo(48).

Para lograr el diagnóstico, Sydenham procura por hacer una descripción minuciosa del proceso mórbido; hacer una clasificación taxonómica de la enfermedad propia de la botánica; encontrar metódicamente similitudes en cuanto a síntomas con procesos morbosos semejantes; ponerlos en contexto del tiempo; discriminar procesos raros o poco comunes (estableciendo si corresponde a una especie morbosa de novo o si por el contrario pertenece los casos naturales o por así decirlo, los casos perdidos); y las relaciones de presentación de la enfermedad con épocas del año(48).

En cuanto a la designación genérica de la especie morbosa, Sydenham no considera casi neologismos, limitándose en la mayoría de los casos a utilizar los términos tradicionales, además retomando de la escuela hipocrática, la clasificación de enfermedades como agudas o crónicas, y categorizándolas del tal manera que las mayoría de las agudas eran generadas por Dios, mientras que las crónicas eran causa del propio enfermo; y adicionalmente pone nuevamente vigente el concepto hipocrático de constitución epidémica(48).

Una vez Sydenham establecía la especie morbosa, el siguiente reto constituyó indicar una terapéutica específica(48), en términos actuales se podría hablar de una guía de diagnóstico y terapéutica. Su legado fue ampliamente acogido por médicos prestantes europeos y americanos, constituyéndose como uno de sus grandes logros(48).

3.6.3.2. Diagnóstico Anatomoclínico.

Una década antes de la muerte de Sydenham, se comienza a consolidar la anatomía patológica con los trabajos de Th. Bonet (1679), que fueron continuación de los de Antonio

Benivieni (1506), en donde se hizo una recopilación y descripción de autopsias, preparando el camino para el diagnóstico anatomoclínico(48). Se dio preponderancia a la lesión hallada en las autopsias como clave en el diagnóstico y vital para el conocimiento científico y clínico aplicable a enfermos con sintomatología similar, por lo cual la literatura de los siglos XVI y XVII giró en torno al reporte de historias clínicas de pacientes y su respectiva autopsia(48).

En el siglo XVIII, favorecido por los avances técnicos en la realización de autopsias, bajo la dirección de María Valsalva, G.B. Morgagni perfecciona sus técnicas y logra además, mediante experimentación química y experimentos en animales, hacer una aproximación diagnóstica anatómica, a pesar de que su enfoque fue más clínico; es decir, a cada especie morbosa clínicamente considerada, asignaba una lesión anatómica especificada(48).

Fueron Giovanni María Lancisi e Ippolito Francesco Albertini (en cardiología) quienes impulsaron la búsqueda de signos clínicos que pudiesen definir lesiones estructurales en cadáveres con hallazgos anatómicos similares, de esta manera, se dio mayor prelación al signo que al síntoma manifestado por el enfermo(48). Joseph L. Auenbrugger, con la invención de la percusión torácica como primer signo artificial provocado (1761), se constituye como el inicio de la búsqueda del diagnóstico anatomoclínico formal(48).

Bichat entonces propone que la medicina, al menos en el tema del diagnóstico de la enfermedad, sea aceptada como ciencia; se orienta en la búsqueda de las enfermedades particulares a cada órgano y a cada tejido de cada órgano, impulsando el desarrollo de la semiología, la nosología y la nosografía(48).

Con R.T.J. Laennec y la publicación de su "*Traité de l'auscultation médiate*" (1819), el diagnóstico anatomoclínico ya tiene un método establecido que logra su sistematización, el cual llegó a su máxima expresión con J.M. Charcot(48).

3.6.3.3. Diagnóstico Fisiopatológico.

Aquí se considera la enfermedad como una alteración del flujo energético-material a nivel orgánico (siguiendo leyes fisicoquímicas), con connotación correspondiente a la enfermedad como proceso, dándole dinamismo y utilizando herramientas de estudio para

las mediciones y su interpretación grafica en correlación con la patogenia; por ello, ha sido importante el desarrollo de dichos instrumentos, ya conocidos desde mediados del siglo XV como lo fue el “pulsilogio”, el reloj de pulso, la medición de la temperatura, la realización de los primeros análisis químicos en orina, el esfigmógrafo, el electrocardiógrafo entre otros(48).

A finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX se denotan los influjos del método positivista y la teoría del evolucionismo en donde cobra la importancia la observación empírica y la experimentación siguiendo lineamientos técnicamente del positivismo; en donde se resalta el aporte de Magendie y Cl. Bernard en la explotación de la idea de la enfermedad como una secuencia procesal en donde ocurre la alteración energético-material, situación que implica una alteración a nivel de la función del órgano y sus tejidos que precedían los cambios anatómicos y las manifestaciones clínicas(48). Así, el diagnostico fisiopatológico se concentra en el tratamiento farmacológico dirigido a los síntomas dejando de lado el identificar y manejar la causa del proceso morboso(48).

3.6.3.4. Diagnóstico Etiopatológico.

Surge como respuesta a la necesidad de identificación específica de la causa del proceso mórbido, que se vio favorecido por el avance de las técnicas e instrumentos de medición, la identificación de microorganismo, los avances en toxicología y la participación de elementos químicos como desencadenante de entidades patológicas, la identificación de sustancias químicas en fluidos, pruebas inmunológicas y reacciones químicas (intradermorreacción), que fomentó aún más el reduccionismo que ya se había desvelado con el diagnostico anatomopatológico y fisiopatológico precedentes(48).

El desarrollo de la teoría infecciosa de la enfermedad, se da con Louis Pasteur y Robert Koch, que son ejemplo de la capacidad que desplegaron, el segundo principalmente, en la identificación de microorganismos como causales directos de procesos patológicos y el primero descubriendo una sustancia (antibiótico) con capacidad terapéutica específica dirigida contra dichos microorganismos, que posteriormente fue definida más claramente con los hallazgos experimentales de Alexander Fleming(58).

El gran avance con respecto al diagnóstico etiopatológico se evidencio en el rescate de la visión preventiva de la escuela hipocrática, mediante acciones profilácticas frente a

procesos etiológicos potenciales(48), en dónde cobra gran importancia el desarrollo de las primeras vacunas y el impulso de la inmunología en el entendimiento de los mecanismos de regulación del sistema inmunológico(58).

También han ocurrido avances en la genética y biología molecular que han permitido definir mecanismos bioquímicos y defectos del código genético con una especificidad alta sobretodo en el diagnóstico de la enfermedades relacionadas con el metabolismo, pero que se han extrapolado a otros procesos patológicos(58) impulsando la llamada medicina personalizada y permitiendo la enunciación de diagnósticos etiológicos de corte molecular.

3.7. Tópicos claves del diagnóstico médico

La cambiante realidad histórica del conocimiento de la enfermedad (que depende del paradigma hegemónico) ha sido impositiva en el devenir de las concepciones de nominación del diagnóstico desde la época hipocrática hasta la moderna. Desde Alcmeón de Crotona(48) y de ahí en adelante, con Hipócrates(53) y los médicos hipocráticos, se considera el inicio formal de la historia del diagnóstico médico al determinarse que cumple con los 3 requisitos básicos a considerar para hablar de diagnóstico estricto y propuestos por P. Lain Entralgo(48):

- I. La denominación de la enfermedad debe estar desligada del pensamiento mágico y dicha interpretación de la realidad aunque sea errónea o imaginativa, debe tener una racionalidad acorde al pensamiento que la genere.
- II. Para llegar al término con que se nombra la enfermedad o conclusión diagnóstica, es necesario estar sustentado mediante un procedimiento consciente y racional, es decir, un método.
- III. La palabra o denominación de la enfermedad, debe ser un término aplicable al modo de enfermar y familiar a quienes lo utilizan en su labor diaria.

Así, bajo este esquema se pretende inferir la denominación de un diagnóstico en la labor médica a través de la historia y su evolución conceptual, el cual fue muy acuciosamente revisada por quien lo propone y enuncia.

3.8. Sistema de Clasificación Internacional De Enfermedades (CIE)

3.8.1. Historia

Hacia la década de 1600, John Graunt (1620-1674) hace una aproximación estadística con base en la mortalidad en niños menores de 6 años, en Londres, la que fue muy elemental pero importante para la estadística; luego, Francois Bossier de Lacroix (1706-1777) realiza el primer estudio acerca de la clasificación sistematizada de las enfermedades en “Nosología Methodica”, y casi al mismo tiempo, Linneo (1707-1778) publica su “Genera Morbum”, pero en 1785 William Cullen (1710-1790) de Edimburgo, publica su “Synopsis Nosologiae Methodicae” que fue la más representativa de la época(59).

William Farr (1807-1883), médico y estadista de la Oficina de Registro General de Inglaterra y Gales, fue quien visionó la conveniencia de hacer una nomenclatura para la clasificación de las enfermedades en 5 grupos básicos, mientras su contraparte Marc d'Espine de Ginebra, propuso una clasificación de las enfermedades de acuerdo a su naturaleza (1885); finalmente la propuesta de W. Farr tuvo mayor acogida en donde se tuvo en cuenta la visión anatomopatológica para su clasificación(59, 60).

De hecho, W. Farr fue el primero en proponer un esquema básico con tendencia estadística y epidemiológica de las entidades patológicas agrupadas en 5 grupos principales y que aún se conserva en la 10ª revisión a saber: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales, enfermedades localizadas ordenadas por sitios, enfermedades del desarrollo y finalmente traumatismos(59).

Hacia 1893 en Chicago, Jacques Bertillon (1851-1922), hace una síntesis de las clasificaciones inglesas, alemana y suiza elaborando la denominada “*Causas de Defunción de Bertillon*”, las cual se difundió y extendió por México, Norteamérica y Canadá con una sugerencia de revisión cada década. En 1899 ya su clasificación trascendió a países de Europa, Suramérica, y hacia 1900 se realizó su primera revisión(59).

En 1938 se realizó en París, Francia, su 5ª revisión donde se recomendó incluir otros datos estadísticos concernientes a seguridad social, hospitales y servicios médico-militares y administraciones sanitarias, cobrando importancia el hecho de incluir estadísticas de

morbilidad y no solamente mortalidad, como hasta la fecha se había enfocado la clasificación(59).

En 1946 en Nueva York, se encomendó ésta labor a la Organización Mundial de la Salud en procura de la universalización de las listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción, y en la sexta revisión en 1948, nuevamente en Paris, se promulgó la edición del Manual de la Clasificación internacional de Enfermedades, Traumatismos y causas de defunción(59).

Bajo la Séptima (París, 1955) y Octava revisión (Ginebra, 1965), muchos países adaptaron el esquema general de la CIE de acuerdo a las condiciones propias de cada región, en 1970, se inicia la sistematización de la llamada Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE), la cual fue una primera aproximación complementaria a la actual Clasificación internacional de las enfermedades de la OMS, su fundamento consistía en dar un único nombre para cada entidad mórbida, en lo posible basado en la causa, fácil de recordar, no ambiguo y auto descriptivo. La NIE fue publicada hasta el año de 1992 (59).

En la novena edición (Ginebra, 1975) se adhirieron capítulos suplementarios con respecto a deficiencias, discapacidades y minusvalías, además las de los procedimientos en medicina. En 1989, luego de postergarse por 4 años la revisión decenal, sale la 10ª revisión del CIE, que es la guía actual para estadística de mortalidad y morbilidad a cargo de la OMS(59).

A partir del año 2011, inicia la revisión del CIE-10 hacia la consolidación de la 11ª revisión del CIE, que está proyectada para su socialización en mayo de 2017; se dividió en 2 etapas: la alfa que fue la que dio comienzo en mayo de 2011, cuyo objetivo fue la construcción de un boceto preliminar concertado con distintos actores en donde se incluyen personal asistencial en salud, investigadores, la academia, gobiernos, organismos multinacionales como la ONU y por supuesto la OMS(61). La segunda etapa está en vigencia a partir de mayo de 2012, fue denominada fase beta, en donde se pretende *“verificar la validez, accesibilidad, implicaciones económicas y aplicabilidad de la clasificación en desarrollo a diferentes contextos”*(61), para finalmente generar la nueva clasificación que genéricamente logre ser universal.

3.8.2. Objetivos de la clasificación

Dentro de los objetivos de la CIE se puede mencionar la creación de un registro sistematizado de entidades morbosas a las cuales se les asigna una codificación alfanumérica de carácter internacional susceptible de ser analizada, comparada e interpretada con fines netamente estadísticos epidemiológicos(59).

Inicialmente los datos obtenidos se limitaban a evaluar mortalidad, pero con el tiempo se vio el interés de establecer estadísticas de morbilidad. Realmente además de entidades patológicas de carácter diagnóstico, también se encuentra referenciada con un bagaje de signos y síntomas, motivos de admisión desde el ámbito administrativo en salud, traumatismos, problemáticas sociales, clasificación de discapacidades, procedimientos médicos y quirúrgicos(59).

Los ejes básicos incluyen entonces: diagnósticos, síntomas, hallazgos anormales de pruebas de laboratorio, traumatismos y envenenamientos, causas externas de morbilidad y mortalidad y otros factores que influyen en el estado de salud, deficiencias, discapacidades y minusvalías, procedimientos y razones de contacto. Adicionalmente tiene un apartado auxiliar de adaptaciones en relación con especialidades como oncología, odontología, dermatología, psiquiatría, neurología, obstetricia y ginecología, reumatología y ortopedia, pediatría y otras(59).

3.9. Manual estadístico de los trastornos mentales

3.9.1. Historia

Los primeros reportes relacionados con la clasificación de trastornos mentales datan de Grecia con Hipócrates en el siglo IV a.C.(62) con dos categorías que fueron Manía y Melancolía que fueron conservados hasta el renacimiento como legado de Galeno (I d.C.)(63).

Hacia 1953, Barrough incluye a la Demencia como nueva categoría, posteriormente Kant y Pinel (siglo XVIII) desde la antropología y la nosología filosófica definen subclases de la categoría Manía y añaden como categoría la Idiocia. En este mismo siglo Linneo (científico naturalista al que se le atribuye las modernas clasificaciones taxonómicas en biología) fue determinante para la creación de nuevas categorías y que definió cómo géneros de

enfermedades: las Ideales, donde incluía las categorías de las clasificaciones anteriores; las Imaginarias, donde se identifica hipocondría, fobia, sonambulismo y vértigo; y los Padecimientos donde incluyó la bulimia, polidipsia, satiriasis y erotomanía(63).

El 1899, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin conforma en su manual de Psiquiatría, la base de las clasificaciones actuales de las enfermedades mentales categorizadas por síndromes en donde solamente tuvo en cuenta los trastornos mentales de origen orgánico siendo muy similar en este aspecto a las primeras 4 ediciones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) (63), y además separada las psicosis en dos grupos principales: la locura y la demencia precoz maníaco-depresiva, logrando una amplia aceptación de su modelo en la comunidad psiquiátrica europea de la época(62).

La segunda guerra mundial, como acelerador de avances en la ciencia, permeo la necesidad en América por generar un consenso en cuanto a tener un mismo lenguaje clasificatorio de las enfermedades, hubo varios intentos la mayoría infructuosos liderados por la marina de estados unidos (1944 y 1945) que finalmente prepararon el terreno para el nacimiento del DSM con la participación interdisciplinaria de psicólogos y psiquiatras, en donde se prestó atención al enfoque de la CIE(63).

En 1952 se publica la primera edición del DSM, desarrollada por William Meninger, quien clasifico los trastornos presentados en excombatientes de la segunda guerra mundial y complementada con encuestas aplicadas en hospitales psiquiátricos y opiniones de miembros de la época de la Asociación Americana de Psiquiatría(APA)(8).

Hacia finales de la década de los 70, se inicia la elaboración de la tercera publicación del DSM, guardando la consonancia con la nomenclatura de la CIE de la OMS, se incluyeron los síndromes y el carácter descriptivos de los mismos, además de abandonarse los influjos psicodinámicos que hasta el momento eran predominantes en psiquiatría, pasándose a un enfoque psicopatológico(8), finalmente el manual fue publicado en 1980 en donde se hace la ampliación de los 5 ejes diagnósticos (63).

La cuarta edición del DSM, se publica en 1994, la cual se caracteriza por dar importancia a las dimensiones social y ocupacional como criterios clínicos y se hace una actualización basada en la investigación epidemiológica y clínica; hacia el año 2000 se realizó su revisión sin mayores modificaciones(8).

La quinta edición del Manual se comenzó a trabajar en 1999 por iniciativa de la APA y el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, ya entre 2004-2007 se integra para su colaboración la OMS y a partir de 2010 se inicia la aplicación de las pruebas piloto del nuevo manual, que fueron repetidas en 2011(8), finalmente se hace la publicación del Manual DSM-5 en el año 2013(64).

3.10. Conceptos y análogos de Campo Interferente

El concepto de campo interferente o campo de Interferencia ha variado a través de su origen, y se han hecho múltiples interpretaciones del mismo tanto a nivel retrospectivo como prospectivo, tratándose de actualizar y sustentar en la diversidad de avances de la ciencia de cada época, por tanto se hará un recuento de las más relevantes.

3.10.1. Según los Huneke

El primer campo interferente fue descrito por F. Huneke en 1940, es definido como centros de irritación generados por estímulos patógenos demasiado fuertes que se salían de todo orden segmental con capacidad de causar enfermedades en cualquier parte del cuerpo(65).

3.10.2. Según Peter Dosch

“Es cualquier tejido patológicamente dañado, que, a causa de un estímulo excesivamente fuerte o de larga duración o de la suma de estímulos que no se pueden extinguir, se encuentra en una condición de excitación no fisiológica permanente”²(31).

² Traducción del Texto original: “...is any pathologically damaged tissue which, on account of an excessively strong or long-standing stimulus or of a summation of stimuli that cannot be ablated, is in a state of unphysiological, permanent excitation” Available in: Dosch P, Dosch M. Manual of Neural Therapy According to Huneke: Thieme; 2007

3.10.3. Según R. Kidd

“Es una irritación del tejido local con el potencial de causar la desestabilización del sistema nervioso autónomo (SNA) (o disautonomía) de forma local o sistémica”³(66).

3.10.4. Según J. C. Payan

“Es una irritación que permanece en la memoria y que, en determinado momento, uno o varios de ellos pueden causar cambios patológicos en un momento y en un ser dado”⁽⁶⁷⁾.

3.10.5. Según P. Koval

Lo define como un área orgánica con características electrofisiológicas y funcionales que son el resultado de una irritación o interferencia en los circuitos biocibernéticos de autoorganización del sistema nervioso, causando manifestaciones clínicas en cualquier parte del organismo, ya sean segmentales, distantes o generales; el cual puede localizarse en cualquier parte del organismo sin que haya necesariamente una correlación neuroanatómica directa⁽³⁾.

3.10.6. Según L. Fisher

Es un estímulo crónico en cualquier parte del cuerpo, que en la mayoría de los casos es subliminal, es decir, no produce sintomatología clínica en el sitio, que genera impulsos patológicos irritativos de orden electromagnético sobre el sistema básico de Pischinger o el sistema simpático, que debilitan o sobrecargan los circuitos biorreguladores y como resultado de la falla de los mecanismos compensatorios de autorregulación se genera las manifestaciones clínicas de la enfermedad⁽⁶⁸⁾.

3.10.7. Según la Fisiología Sintética

La irritación como proceso que define el campo interferente, había sido tratada previamente por Speransky⁽³⁷⁾, quien estableció que una irritación neural, independientemente de su naturaleza o calidad, es capaz de inducir alteraciones tónico-tróficas como consecuencia de una reacción integral del sistema nervioso manifestada

³ Traducción del texto original “...is a local tissue irritation with the potential to cause destabilization of the autonomic nervous system (ANS) (or dysautonomia) either locally or systemically” Available in: Kidd RF. Neural Therapy: Applied Neurophysiology and Other Topics: Robert F. Kidd; 2005

como enfermedad clínicamente, cuando ocurre una sumatoria de irritaciones adicionales sobre la inicial o foco, lo que es descrito como “segundo golpe de Speransky”(3, 65).

La descripción de parabiosis hecha por Wedensky(35) permite establecer la perpetuación de un estímulo irritativo, el cual es dependiente del tono del sistema nervioso y que tiene la particularidad de ejercer su acción a distancia(3); en el texto de Bykov (1960) se anota que el desarrollo de la inhibición en los centros nerviosos es debida al hecho de que al llegar a un cierto nivel de excitación se pierde su propiedad oscilatoria y se convierte en una onda estacionaria o de excitación no fluctuante, de tal manera que las células afectadas por ella no propagan o conducen los impulsos de excitación(35), lo que trae como consecuencia alteraciones de la conductibilidad nerviosa. Esta reducción de la capacidad funcional de los tejidos, que en la forma de despolarización local prolongada, impide la conducción del impulso entre las regiones y permite una condición de inhibición tónica en la unidad excitable, o lo que es lo mismo, *“el tejido nervioso reacciona al mismo estímulo, ya sea con la excitación o la inhibición en función de la fase del proceso fisiológico subyacente”*(36).

Ukhtomsky, en relación con el fenómeno de la parabiosis, observa que durante la excitación del tejido nervioso, sus reacciones, no muestran estabilidad o constancia en cuanto a las respuestas, lo que le hace plantear su teoría de la dominancia, en donde establece que al haber centros o núcleos que influyen en la reacción, hay uno solo que comanda dominante la respuesta final(36), esta concepción ha sido importante para sustentar el campo interferente y su acción a distancia vía fenómeno en segundos. Ukhtomsky considera que para mantener el núcleo de dominancia, el mismo refuerza su propia excitación mediante impulsos colaterales y además actúa inhibiendo otros reflejos eficaces en la vía común de reacción(36) lo que permite su persistencia en el caso de un proceso irritativo.

3.11. Concepto de Enfermar para la Medicina Neuralterapéutica

Inmersos en el paradigma de la medicina convencional, citando la definición de salud de la OMS, que es enunciada en su Constitución como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*(69), permite reflexionar acerca de una tesis discutible en términos del razonamiento de J.C.

Payan quien concluye que esta concepción ha sido válida para el actuar de la medicina convencional, pero termina siendo una aproximación incompleta para la pensamiento de la Terapia Neural al estar enmarcada en una visión estática en donde se desconoce la influencia del medio político, económico, ecológico, histórico, cosmológico y cultural(3, 6).

Entonces, en términos de J.C. Payan, la enfermedad *“hace parte del devenir vital y se la considera como un proceso autorganizativo agresivo en un ser humano dado (enfermo), al que no es que le dé una enfermedad, sino que él la hace como parte de su recorrido vital y teleológico”*(6), interpretación fundamentada en la teoría de sistemas de alta complejidad y los sistemas termodinámicamente abiertos, las ciencias sociales, la ontología, entendiendo la enfermedad como proceso que le da dinamismo y proyección no lineal, permitiéndose dilucidar que tanto salud como enfermedad hacen parte del continuo cambio de la vida y no se constituyen como conceptos antagónicos.

La enfermedad planteada desde la visión sistémico-compleja(1) se opone a la linealidad causa-efecto e interpreta las agresiones externas o internas como parte de un proceso irreversible en donde es posible hallar un nuevo camino o emergencia como respuesta, mediante procesos de autoorganización biológicamente ecológica y lejos del equilibrio(3).

Bajo la mirada de la biocibernética, la enfermedad puede ser considerada como la posibilidad que tiene el organismo para autorregularse y mantener su estructura como respuesta compensatoria frente a la interrupción de los sistemas de comunicación biológica(12); o dicho de otro modo, consecuencia de una alteración persistente de los mecanismos de información y retroalimentación (trastornos regulatorios) biocibernéticos(31).

El concepto de “enfermedad” en Medicina Neuralterapéutica según la escuela Colombiana, ha sido validado bajo los preceptos de la lógica de Peirce, mediante la construcción de inferencias de carácter inductivo cualitativo, lográndose concluir con un grado alto de validez, que el enfermar es: *“un proceso evolutivo que implica novedad, irreversibilidad y capacidad de adquirir hábitos”*(70), pero además *“es un proceso emergente que implica novedad, impredictibilidad y que el organismo funciones como un todo”*(70).

3.12. Corpus doctrinal de la Medicina Neuralterapéutica

En el marco de la Terapia Neural según la escuela colombiana, con base en la consolidación de la Medicina Neuralterapéutica como Sistema médico complejo(7, 12, 15,

32), se logra una recopilación de su fundamentación, la cual está en actualización permanente, y sus principios(15) fueron formulados como se describe a continuación, teniendo en cuenta el concepto desarrollado de enfermedad como proceso evolutivo emergente(70).

Los principios identificados siguiendo la metodología de la lógica Peirceana, ya utilizada en estudios previos en el área de Terapia Neural(70, 71), sirvieron como antecedentes para la declaración de los mismos con carácter general, que sustenten el sistema conceptual y técnico de la Medicina Neuralterapéutica.

3.12.1. Principio de Evolución

Enmarcado en el concepto de enfermar como proceso evolutivo, irreversible y con capacidad de generar emergencias o nuevas disposiciones de organización, con un propósito vital o teleología(15).

3.12.2. Principio de no Localización de los Fenómenos

Sustenta la particularidad de que un cambio ocurrido en algún sitio del organismo tiene la capacidad de afectar globalmente al mismo(15).

3.12.3. Principio del Nervismo

Doctrina fisiológica rusa, basada en el concepto del sistema nervioso como coordinador máximo de todos procesos del organismo en interacción con el medio ambiente, en relación con procesos tanto fisiológicos como patológicos(15).

3.12.4. Principio de Reflexibilidad no lineal

Hace referencia al funcionamiento en red de los sistemas que conforman un organismo, en donde una variación mínima de alguno de sus componentes, puede desencadenar de manera refleja cambios en otras partes del sistema, no siendo siempre los mismos cambios, a pesar de incidir sobre un mismo componente del sistema(15).

3.12.5. Principio de Individualidad

Cada organismo y sus componentes en interrelación lo hacen “único” de acuerdo a los influjos del ambiente externo e interno que sobre su historia personal ejerzan(15).

3.12.6. Principio de la Irritación

Son los mecanismos de compensación que tiene el organismo para responder frente a diversos estímulos que conducen a cambios a nivel del sistema nervioso con una variación en las funciones fisiológicas, en donde es más importante la respuesta de irritación que la naturaleza del irritante(15).

3.12.7. Principio de Monismo

Los cambios a nivel físico y mental se dan de manera sincrónica(15), acotando que desde la concepción materialista del Nervismo ruso, la mente emerge de la materia, discusión que aún está abierta a debate desde la visión de la Medicina Neuralterapéutica.

3.13. Anatomía de Superficies

3.13.1. Definición desde la anatomía clásica:

La anatomía regional o topográfica permite el estudio del cuerpo humano desde una visión de interacción entre las partes o segmentos principales al subdividirlo en áreas o regiones, de esta manera, se logra un acercamiento al entendimiento de las relaciones del organismo en su conjunto; dentro de la anatomía regional se encuentra la anatomía de superficies que hace referencia a las correlaciones entre estructuras internas no visibles y externas que son visibles y palpables durante una exploración física, de manera activa como pasiva en la persona viva, excluyéndose al cadáver, aunque teniéndolo como referencia para localizaciones anatómicas(72, 73).

3.13.2. Propuesta anatómica de J. C. Payan

J.C. Payan hace una crítica pertinente a los modelos cadavéricos descriptivos y estáticos mediante los cuales los médicos y en general el personal sanitario resuelve sus casos con diagnósticos fundados bajo esta línea, sin negar que se ha hecho con muy buenos

resultados. Entonces propone un abordaje del diagnóstico que en Terapia Neural ha de ser flexible y dinámico, que se aleje del rotulo que generaría en el enfermo unas implicaciones pronosticas a veces oscuras y modos de tratamiento iguales para formas de enfermar particulares(3, 5).

Aquí surge lo que J.C. Payan llama anatomía de superficies, que abarca mucho más de lo enunciado en referencias anteriores, en donde se considera el componente energético de cada organismo –representado en las reacciones bioquímicas, fisiológicas y neurales- con las relaciones del medio ecológico y el cosmos, permitiéndose integrar conocimientos biocibernéticos y de la física cuántica en una propuesta que recuerda tradiciones ancestrales e interpretaciones complejas de los modos de enfermar(5).

Este estudio más dinámico de la anatomía desde la perspectiva de las superficies o segmentaria, en donde de manera sólida con conceptos neuro-anatómicos se pueden sustentar abordajes terapéuticos propios de la Terapia Neural y se logre explicar de esta manera conexiones de áreas de inervación distantes por medio del segmento correspondiente a nervios espinales o el mismo sistema nervioso simpático, que dan significancia a la acción que un campo interferente o irritación de una superficie corporal o segmento y que repercute de manera análoga en el segmento afectado o todo el sistema(5, 74).

En la medicina alternativa no existen diagnósticos de enfermedades, pero si procesos vitales embebidos en una relación médico-paciente solidaria, en donde se integran, buscando fomentar procesos autocuración y autoordenamiento, sin ninguna intención pronostica nefasta, en vez de enfermedades se diagnostican procesos singulares(4, 75) en donde el diagnostico implique la identificación de la irritación causal o la interacción de las diversas irritaciones causales(3).

3.14. Conectoma y Las Neurociencias

El conectoma se define como un mapa completo de todas las conexiones neuronales en el cerebro, éstas son representadas por gráficos cerebrales definidos por un conjunto de nodos y bordes dibujados entre ellos, que se organizan como un equilibrio sutil con base en la complejidad entre la economía y eficiencia; de tal manera que las lesiones en su

estructura inducen efectos generalizadores y por lo tanto deben distinguirse de una lesión en una sola red(76).

La conectividad funcional hace referencia a la correspondencia de actividad neuronal funcional temporal en áreas anatómicas distantes, basado en la concepción del cerebro como una red integrada y compleja que corresponde a un concepto estadístico (77), La conectividad estructural por su parte, se refiere a las conexiones anatómicas físicas y sus relaciones entre las unidades neuronales(78). Su estudio desde el área de las neurociencias ha estado encaminado a entender e identificar las bases para la generación de enfermedades neurológicas y trastornos mentales en busca de tratamientos específicos, donde no se logra encontrar una afectación focal o compromiso de un área cerebral específica que expliquen estas patologías y surge gracias a los avances en técnicas imagenológicas principalmente la resonancia magnética funcional(78).

Es así como, Patric Hagmann y Olaf Sporns en 2005, inspirado este último en el proyecto genoma humano, propone el proyecto del conectoma humano, luego de definir el conectoma como términos equivalentes para describir las conexiones interneuronales mediante la elaboración de un mapa detallado de neuronas y sus sinapsis, y la evaluación de la conectividad funcional de las áreas corticales y subcorticales desde una visión macroscópica anatómica (9, 78).

Actualmente bajo la dirección del Instituto Nacional de la Salud de EEUU (NIH, por sus siglas en inglés) se están ocupando del mapeo completo de un cerebro adulto sano y de esta manera pretenden dilucidar desde una perspectiva funcional y unitaria, procesos patológicos aun no explicados por completo por la ciencia actual(78).

Von Monakov (1914), adelantándose a los conceptos del conectoma en neurociencias, define la diasquisis(79) como la presencia de una lesión cerebral focal, que representa una pérdida remota de excitabilidad y como resultado ocurre una interrupción de las conexiones entre la lesión y zonas remotas, con la característica que la evolución clínica y dinámica del proceso disminuye con el tiempo; aunque la definición actual ve el proceso como resultado de un efecto también inhibitorio directo de una lesión cerebral que debe diferenciarse de otros mecanismos de recuperación, como la neuroplasticidad y la vicariación(76).

Adicionalmente, se tiene el concepto de plasticidad cerebral que sustenta desde la ciencia moderna, el potencial de la Terapia Neural en favorecer los procesos de autoorganización extrapolables al organismo entero. Con la noción de plasticidad cerebral como la capacidad del sistema nervioso central para aprender de la experiencia y adaptarse al medio ambiente generando procesos de cambio estructural y funcional(80), se logra dimensionar la concordancia que hay con el pensamiento filosófico y fisiológico sintético acogido por la Medicina Neuralterapéutica.

4. Diseño Metodológico:

Se optó por un abordaje metodológico de tipo exploratorio, no experimental, de corte transeccional descriptivo(81), en donde se logró obtener apreciaciones e ideas acerca de la manera en que se debe estructurar el modelo piloto para definir una nominación de un diagnóstico neuralterapéutico.

Estudio de tipo exploratorio en el sentido que el problema de investigación es poco conocido, buscando generar conceptos e incentivar la realización de estudios complementarios y consensuados. El diseño de la investigación es no experimental, ya que no hubo manipulación deliberada de variables ni ningún tipo de intervención sobre la población de estudio, escogiéndose un enfoque transeccional, ya que la recolección de datos del instrumento se dio solo en un momento y tiempo determinado.

Como herramientas metodológicas se desarrollaron encuestas de experiencia, también llamadas de informante clave(82) o de opinión(81) el análisis de la información estadística se realizó utilizando el software Microsoft Excel previa sistematización de las variables.

4.1. Población o Muestra:

Correspondió a una muestra de expertos(82) o también conocida como muestreo no probabilístico(81), Miembros de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica) –ACOLTEN/MNT– en quienes se realizó la aplicación de un cuestionario con el objeto de entender el contexto del problema, esto debido a su amplia experiencia en el área y además por sus conocimientos y adhesión a la concepción filosófica y principios de la Medicina Neuralterapéutica según la escuela colombiana.

4.1.1. Criterios de Selección

La muestra debía cumplir con todos los criterios referenciados en la Tabla 1. Se excluyó a la población que al menos no cumpliera con uno (1) de los criterios de inclusión.

Tabla 1. Criterios de Inclusión

Miembros de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica).
Hombres y Mujeres mayores de 18 años.
Activos en ACOLTEN/MNT hasta el 30 de marzo de 2016.
Médicos con título de postgrado obtenido en calidad de Magister en el área específica de Terapia Neural.

4.2. Herramientas metodológicas:

Se realizó la búsqueda de la literatura en fuentes como libros impresos y digitales, repositorios de tesis de maestría y/o doctorados, artículos de revistas científicas digitales indexadas en bases de datos nacionales e internacionales (Embase, Scielo, ScienceDirect, Redalyc, Leyex Info), además, se tuvo en cuenta documentos publicados por personajes reconocidos internacionalmente en el oficio de la Terapia Neural y odontología Neurofocal, así como su material audiovisual.

Se realizaron entrevistas (vía electrónica), mediante un cuestionario con preguntas de formulación abierta, a un grupo de docentes expertos en el área de Terapia Neural de la Universidad Nacional de Colombia para orientar el desarrollo del cuestionario preliminar (Ver Anexo A).

El cuestionario fue elaborado con la ayuda de la plataforma tecnológica de *Google Forms*⁴ en donde se incluyeron preguntas de única respuesta, múltiple respuesta y preguntas de respuesta libre lográndose obtener información de orden cuantitativo y cualitativo útil para la definición de los tópicos básicos a tener en cuenta al momento de constituir la propuesta de nominación diagnóstica.

Se efectuó la prueba piloto de la encuesta con los maestrantes de la cohorte VIII y IX de la Maestría de Medicina Alternativa área de profundización Terapia Neural, y se ejecutaron los ajustes pertinentes para su aplicación final en la población reseñada; en total fueron

⁴ Herramienta tecnológica colaborativa que permite la creación de encuestas y formularios en línea que pueden ser aplicados mediante su envío a correo electrónico, disponible bajo la plataforma de google, fácil manejo y de acceso gratuito que permite la interpretación de los datos. Disponible en: [<https://www.google.es/intx/es/work/apps/business/products/forms/>]

enviadas vía correo electrónico con la plataforma tecnológica descrita, 10 encuestas de las cuales fueron respondidas 7 por los maestrantes.

4.3. Recolección de datos

Los cuestionarios finalmente consolidados fueron enviados a los correos electrónicos personales del grupo de expertos, previa autorización de la Junta directiva de la Asociación Colombiana de Terapia Neural –ACOLTEN (Medicina neuralterapéutica), con un encabezado en donde se explicó el objetivo general del estudio, sus alcances y la modalidad de retroalimentación. En total se enviaron las encuestas a 21 integrantes de ACOLTEN. Se les garantizó la confidencialidad y el anonimato con respecto a las opiniones emitidas y se enfatizó acerca del uso de la información obtenida y la posibilidad de presentación de la misma en reuniones científicas y a futuro en grupos de enfoque. En ningún momento se dio contraprestación económica a los participantes, hecho que se dejó plasmado en el encabezado de la encuesta (Ver Anexo B).

4.4. Aspectos éticos:

En concordancia con las normas internacionales que históricamente han presidido la investigación científica en salud, se puede citar el código de Núremberg, publicado en agosto 20 de 1947, como uno de los primeros lineamientos en donde se determina la importancia del consentimiento informado en consonancia con el principio de autonomía en la experimentación en seres humanos(83, 84). Posteriormente se da la Declaración de Ginebra en 1948(85), de la Asociación Médica Mundial, conocida actualmente como “Juramento de fidelidad profesional”, en donde se rescata de manera indirecta el principio de beneficencia del Juramento hipocrático.

Hacia 1964 se elabora la declaración de Helsinki “sobre la experimentación e investigaciones biomédicas” en donde como aspectos relevantes se estipula la preferencia por los derechos del individuo frente a los de la ciencia y la sociedad, la inclusión de comités de ética médica independientes en la evaluación de los protocolos de experimentación y los casos especiales de aplicación del consentimiento informado en personas con discapacidad o dependencia de terceros(83). Esta declaración se ha venido

actualizando periódicamente, y su última revisión en Seúl, Corea(2008) ha continuado basada en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, los cuales se han constituido como eje fundamental para la investigación clínica actual y se han tenido en cuenta en las sucesivas revisiones(86).

El informe Belmont (1979), fue uno de los pioneros en la definición de los principios para la investigación en seres humanos los cuales fueron enunciados como: respeto por las personas, beneficencia y justicia(87); que posteriormente fueron adaptados a la legislación internacional. En 1975, la declaración de Helsinki fue revisada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, por sus siglas en ingles) y la OMS, difundida como “Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos” en donde se consolidaron los principios de Helsinki y Nüremberg(84).

En Colombia, mediante Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993, “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” se han desarrollado los requisitos legales para investigación en salud, que para el interés del presente estudio se ha de considerar según el artículo 11 como investigación sin riesgo, de acuerdo a la definición que se cita a continuación en el numeral (a):

*“a) **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”*(88). [Copiado literalmente como en el texto]

De esta manera, el desarrollo de la investigación fue regida por los principios consignados en el código de ética médica de Colombia(18) y la norma que reglamenta en Colombia la investigación en salud(88), al no haber intervención clínica no se tiene en cuenta explícitamente los principios básicos de la normativa internacional en investigación biomédica. En el texto guía de la encuesta se hizo una descripción de la herramienta de investigación y el consentimiento informado, además el banco de preguntas utilizado para

el desarrollo de la herramienta metodológica fue concertado con las personas expertas que lo respondieron, siempre respetando la confidencialidad y anonimato en sus respuestas.

4.5. Análisis de datos:

Se realizó la organización de la información mediante la separación de las unidades de contenido, las cuales fueron definidas como variables que fueron categorizadas la mayoría a priori, codificadas algunas de ellas de manera inductiva a posteriori y de esta manera fueron identificadas las categorías principales tal como se especificara más adelante en el documento.

Se realizó la disposición de la información para su ordenación gráfica y/o tabulación y transformación estadística en el programa Microsoft Excel 2013, recurriendo a metodologías cuantitativas para la consolidación teórica y el desarrollo de su aplicabilidad en la estructuración del modelo de nominación diagnóstica.

4.5.1. Sistematización de Variables

La encuesta contó con 2 preguntas abiertas sin ninguna opción predeterminada de respuesta, las cuales necesariamente fueron categorizadas y codificadas a posteriori (Tabla 2,3).

La primera pregunta totalmente abierta consistió en establecer si estaba de acuerdo o en desacuerdo con la sistematización de un diagnóstico desde la visión de la racionalidad médica justificando su respuesta, de las cuales se anota la forma de categorización y codificación nominal (Tabla 2).

Tabla 2. Categorización y codificación pregunta completamente abierta No.1

De acuerdo o en desacuerdo con hacer una nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica, argumentos	Código
De acuerdo, es necesario y útil	1
De acuerdo, para fortalecer el sistema médico complejo	2
De acuerdo, permite un mismo lenguaje	3
De acuerdo, permite avanzar en la legislación	4
En desacuerdo, no estaría acorde con los fundamentos	5

De acuerdo, evitando hacer juicios pronósticos	6
De acuerdo, ya se está haciendo de manera particular	7
De acuerdo, permite orientar un tratamiento	8
De acuerdo, permite otra perspectiva en investigación	9

La segunda pregunta totalmente abierta indaga sobre las características a tener en cuenta para nominar un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica, esta pregunta fue categorizada y codificada nominalmente como sigue (Tabla 3).

Tabla 3. Categorización y codificación pregunta completamente abierta No.2

Características que debería tener el "Nominar" un diagnóstico desde la concepción de la Medicina Neuralterapéutica	Código
Búsqueda del campo Interferente u origen de irritación	1
Describir segmento o área anatómica comprometida	2
Integrador, monista y holístico	3
Describir sitio anatómico de representación de campo interferente emocional	4
Debe ser dinámico	5
Debe respetar la Individualidad	6
Diferenciar entre proceso agudo y crónico	7
Acorde a la concepción de enfermar como proceso evolutivo	8
Que tenga aceptación por el sistema de salud (legislación)	9
Que permita hablar el mismo lenguaje	10
Que describa segundos golpes	11
Que incluya también los diagnósticos convencionales	12

Seis preguntas tenían la opción de Contestar "Otro", las cuales fueron codificadas a posteriori. El resto de preguntas fueron previamente categorizadas y codificadas desde el inicio de elaboración de la herramienta metodológica y finalmente adaptada a la tabla general que por conveniencia de espacio se han dividido en varias tablas para su presentación en el documento.

Tabla 4. Categorización y codificación de Datos básicos.

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Edad	Datos Básicos	Edad Cronológica en años	1 a 10
Genero		Tendencia fenotípica biológica	1. Masculino 2. Femenino

En cuanto a la dimensión desempeño profesional se establecieron las siguientes categorías y codificación (Tabla 5):

Tabla 5. Categorización y codificación de dimensión “Desempeño profesional”

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Experiencia en Terapia Neural	Desempeño profesional	Tiempo del ejercicio en el área definida en intervalos de años	1. 0-4 años
			2. 5-9 años
			3. 10-14 años
			4. 15-19 años
			5. 20-24 años
			6. 25-29 años
			7. 30-34 años
			8. 35-39 años
			9. más de 40 años
Mayor título académico no relacionado con Terapia Neural	Desempeño profesional	Grado ordinal de logros académicos en áreas de la Medicina no específicas de la Terapia Neural	3. Maestría en Fitoterapia + Experticia en Ozonoterapia Medica
			2. Especialidad Medico quirúrgica
			1. Medico(a) General
Título Académico en Terapia Neural	Desempeño profesional	Grado ordinal de logros académicos en área o áreas de la Terapia Neural	1. Título Honoris Causa
			2. Maestría en Medicina Alternativa - Terapia Neural
			3. Especialista en Medicina Alternativa
			4. Diplomado en Medicinas Alternativas y/o Terapia Neural

Hubo 8 preguntas de carácter actitudinal las cuales se inspiraron en el escalamiento de Likert, pero no fueron interpretadas desde esta perspectiva, a continuación se presenta 4 de ellas (Tabla 6).

Tabla 6. Categorización y codificación actitudinal frente a la propuesta de nominar un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica.

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Propuesta de Nominar un diagnóstico en Terapia Neural o Medicina Neuralterapéutica	Actitudinal	Consenso para llegar a un acuerdo en la forma de Nominar un diagnóstico	5. Totalmente de Acuerdo; 4. De Acuerdo; 3. Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo; 2. En Desacuerdo; 1. Totalmente en Desacuerdo
		Importancia de Nominar un diagnóstico para establecer un tratamiento	
		Importancia en el aspecto legal	
		Diagnósticos distintos en Terapia Neural y Odontología Neurofocal	

La sistematización de las preguntas en relación con la forma de nominar un diagnóstico bajo el pensamiento del neuralterapeuta se relacionan en la siguiente tabla (Tabla 7).

Tabla 7. Categorización y codificación de la dimensión “como Nominar un Diagnóstico”

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Aspectos globales para Nominar un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica	Nominar un Diagnóstico	Tópicos de Referencia para fundamentar el diagnóstico	1. De acuerdo a sitio anatómico afectado
			2. De acuerdo al Segmento o Zona de HEAD
			3. De acuerdo a Síndromes reconocibles de la medicina convencional
			4. De acuerdo a Trauma Emocional
			5. De acuerdo a Integraciones de otras Racionalidades Médicas
Aspectos globales para Nominar un diagnóstico en Odontología desde la visión de la Medicina Neuralterapéutica	Nominar un Diagnóstico	Tópicos de Referencia para fundamentar el diagnóstico	1. De acuerdo al foco y su potencialidad como campo interferente
			2. De acuerdo a las zonas de HEAD
			3. De acuerdo a Síndromes reconocibles de la medicina convencional
			4. De acuerdo a procedimientos odontológicos y la presencia de materiales extraños

Propuestas para Nominar el fenómeno en segundos de Huneke	Tópicos de Referencia para fundamentar el diagnostico	1. Fenómeno en segundos Huneke
		2. Campo Interferente Primario
		3. Fenómeno en Segundos
		4. Núcleo de Dominancia Patológica
		5. Fenómeno en Relámpago
Propuesta de Nominación de un evento psicológico como campo interferente	Tópicos de Referencia para fundamentar el diagnostico	1. Campo Interferente Emocional
		2. Campo Interferente Psíquico
		3. Campo Interferente Límbico
		4. Campo Interferente Piscoemocional
		5. No Hace diferencias
		6. Foco de dominancia patológica d predominio emocional
Propuestas de Nominación de un campo interferente en relación con la vacunación	Tópicos de Referencia para fundamentar el diagnostico	1. Campo Interferente Post-vacunal
		2. Campo Interferente Artificial Inmunomodulador
		3. Otro
Propuesta de Nominación de una cicatriz como Campo Interferente	Tópicos de Referencia para fundamentar el diagnostico	1. De acuerdo a estructura anatómica
		2. De acuerdo a Zona de Head
		3. De acuerdo al mecanismo de lesión (quirúrgico, traumático)
Diferenciar entre proceso agudo y crónico en el marco de la Nominación diagnostica de la Medicina Neuralterapéutica	Establecer dicotómicamente el estar o no de acuerdo	0. No
		1. Si
La irritación como Campo Interferente "Siempre"	Establecer dicotómicamente el estar o no de acuerdo	0. No
		1. Si

Finalmente se presenta la categorización y codificación de las 4 preguntas restantes del ámbito actitudinal que fueron inspiradas en el escalamiento de Likert en donde se logra su interpretación de acuerdo a medición (Tabla 8).

Tabla 8. Codificación y categorización actitudinal frente a cambiar el término Campo Interferente por otras opciones. .

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Propuesta de Cambiar el Termino Campo Interferente por Otro	Actitudinal	Como "Parabiosis"	5. Totalmente de Acuerdo; 4. De Acuerdo; 3. Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo; 2. En Desacuerdo; 1. Totalmente en Desacuerdo
		Como "Proceso distónico-distrófico"	
		Como "Campo de dominancia patológica"	
		Como "Diasquisis"	

4.6. Fases de la investigación

El proceso investigativo se desarrolló conforme a 15 fases principalmente que se anotan a continuación.

4.6.1. Fase 1. Operacionalización del concepto de Medicina Neuralterapéutica

Se adopta y describe la definición de Medicina Neuralterapéutica según la escuela colombiana basada en la construcción realizada por el grupo académico de medicina alternativa de la Universidad Nacional de Colombia y los maestrantes egresados de ella, sin desconocer las definiciones de la demás escuelas de Terapia Neural y las enmarcadas en el marco legal de las medicinas alternativas en Colombia.

4.6.2. Fase 2. Descripción de marco legal en medicina alternativa y Terapia Neural en Colombia

Se realizó un recuento de la legislación a través de la historia hasta la normatividad vigente en el aspecto del diagnóstico médico y en el ámbito asistencial en salud desde la perspectiva en medicina alternativa.

4.6.3.Fase 3. Contextualización histórica desde la Terapia Neural hasta la Medicina Neuralterapéutica

Se realiza una descripción cronológica breve de las bases teóricas de la Terapia Neural mediante los aportes históricos de la escuela de fisiología rusa, la escuela de neurología inglesa, la escuela alemana de Terapia Neural según Huneke y de la escuela colombiana basada en la visión sistémico-compleja hasta la constitución de la Terapia Neural como Medicina Neuralterapéutica.

4.6.4.Fase 4. Identificación de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica)

Se hace el reconocimiento de ACOLTEN/MNT como representante legal, formativo y ético legado de la escuela colombiana de Terapia Neural de la Universidad Nacional de Colombia, pero con apertura a otras formaciones académicas en el área específica.

4.6.5.Fase 5. Revisión teórica del concepto “diagnostico” y su evolución en medicina

Se plantea la definición etimológica, histórica y enciclopédica de la palabra diagnóstico y se contextualiza históricamente su evolución a través de los paradigmas científicos hegemónicos buscando aspectos claves.

4.6.6.Fase 6. Descripción de los antecedentes históricos de las clasificaciones DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana y CIE de la Organización Mundial de la Salud

Mediante la revisión histórica se determina la orientación y origen de cada uno de los dos sistemas clasificatorios en la definición de los procesos patológicos y su visión de aplicabilidad como modelos internacionales para generar un mismo lenguaje entre los profesionales sanitarios y ofrecer opciones de manejo al paciente.

4.6.7. Fase 7. Descripción de algunos conceptos acerca de Campo Interferente

Se realizaron acotaciones de los diversos conceptos que hay acerca de campo interferente y su analogía con conceptos de la Fisiología sintética rusa y las neurociencias.

4.6.8. Fase 8. Descripción de los principios de la Medicina Neuralterapéutica

Se enuncia el concepto de enfermar para la Medicina Neuralterapéutica y se describen los principios, ambos definidos mediante la utilización de la semiótica y validez lógica basada en Pierce.

4.6.9. Fase 9. Identificación de la propuesta de J.C. Payan acerca del diagnóstico

Enunciación e interpretación de la concepción acerca del diagnóstico según J.C. Payan en Terapia Neural, con apoyo en la anatomía de sistemas.

4.6.10. Fase 10. Aplicación de la entrevista a Docentes expertos y elaboración de herramienta metodológica principal con prueba piloto

Se elaboró un banco de preguntas (Ver Anexo B) a modo de entrevista que fue enviado vía electrónica, basado en las respuestas de dicho cuestionario y el marco teórico, se hizo la elaboración final de las preguntas de la encuesta, la categorización de la mayor parte de las variables y su codificación: la encuesta fue validada mediante aplicación de prueba piloto con la participación de los estudiantes de la maestría de medicina alternativa área específica en terapia neural de las cohortes VIII y IX de la Universidad Nacional de Colombia, mediante envío a sus correos electrónicos personales.

4.6.11. Fase 11. Aplicación de Herramienta Metodológica principal (Encuesta) a los miembros de ACOLTEN/MNT

Se realizaron los ajustes de la prueba piloto, se solicitó permiso a la Junta Directiva de la Asociación y se enviaron las encuestas vía electrónica a los integrantes de ACOLTEN/MNT que cumplieron los criterios de inclusión (Tabla 1), la Información de la encuesta fue almacenada en la plataforma de *Google Form* así como las respuestas.

4.6.12. Fase 12. Análisis de la Información de la Herramienta Metodológica

Se hace la categorización de las variables faltantes mediante el análisis de la herramienta metodológica principal, elaboración de tablas y graficas con ayuda de programa informático Microsoft Excel 2013 y su interpretación descriptiva con base en datos cuantitativos.

4.6.13. Fase 13. Interpretación de la Necesidad de Nominar un diagnostico desde la perspectiva Neuralterapéutica

Basado en las respuestas del cuestionario principal, se construye la idea de la percepción que tienen los participantes acerca de la Nominación diagnostica acorde a la racionalidad médica.

4.6.14. Fase 14. Descripción de los tópicos básicos para Nominar un diagnostico en Medicina Neuralterapéutica

Con Base en los resultados de la encuesta, se identifican algunos tópicos claves a la hora de definir un diagnostico según la Medicina Neuralterapéutica.

4.6.15. Fase 15. Enunciación y sistematización del modelo piloto para Nominación diagnóstica en medicina Neuralterapéutica.

Elaboración final del modelo piloto basado en los conceptos evaluados con la herramienta metodológica principal y acorde a los principios de la Medicina Neuralterapéutica.

5.Resultados:

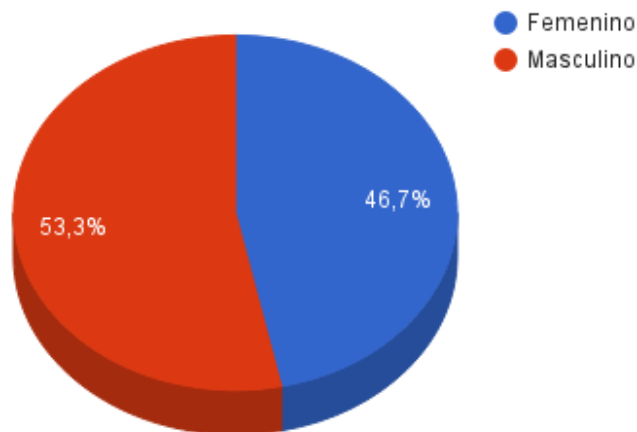
5.1. Resultados del Instrumento Metodológico Principal

En total fueron enviadas las encuestas a los correos electrónicos personales de 21 Miembros de la Asociación Colombiana de Terapia Neural – Medicina Neuralterapéutica, durante todo el mes de abril de 2016, mediante el uso de la plataforma de *Google Forms*, quienes cumplieron con los criterios de selección anotados en la Tabla 1. Se obtuvieron 15 formularios debidamente diligenciados que fueron almacenados en la plataforma virtual utilizada, lo que correspondió a un 71.4% del total de la población a la cual fue dirigido el cuestionario.

5.1.1.Datos básicos

El promedio aritmético de edad fue de 45.4 años y el género predominante de los encuestados fue masculino con 54.3%, aunque no fue significativo (Ilustración 1).

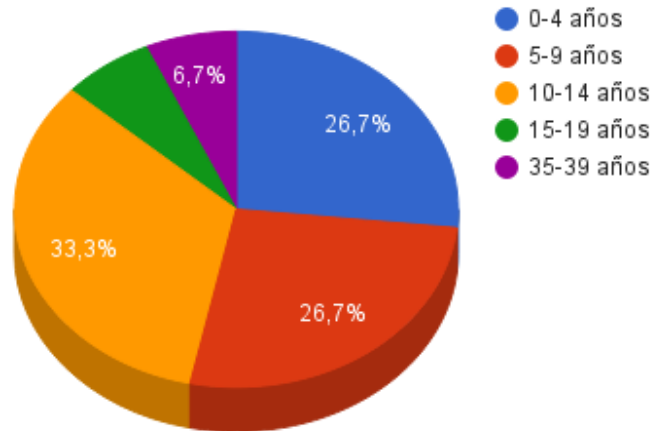
Ilustración 1. Distribución del género



5.1.2.Dimensión desempeño profesional

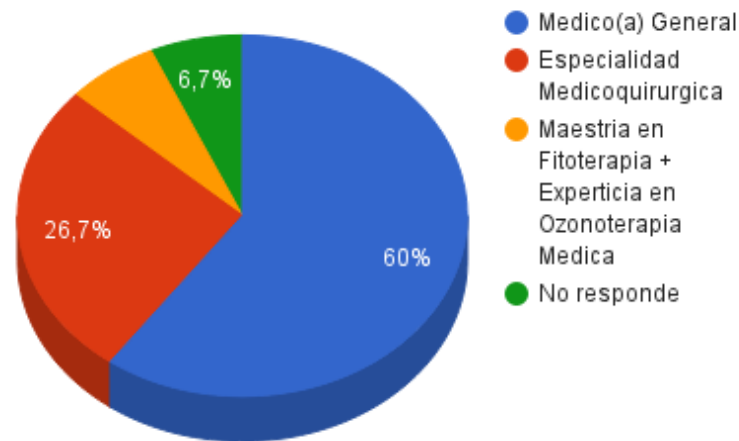
La mayoría de los participantes tienen experiencia en el área de Terapia Neural de entre 10 a 14 años (33.3%), seguido en iguales porcentajes (26.7%) los que ejercen la Terapia Neural desde hace 0 a 4 años y 5 a 9 años; un porcentaje menor del orden de 7.1% ejercen la Terapia Neural desde hace 15 a 19 años y otro 7.1% tiene entre 35-39 años de experiencia en el área (Ilustración 2).

Ilustración 2. Tiempo de experiencia en el área de Terapia Neural



Un 60% de los consultados, además de tener título de postgrado en la Maestría en Medicina Alternativa – Área Terapia Neural (100% de los participante, datos no publicados), es médico general, mientras que un 26.7% tiene estudios de posgrado en especialidad médico-quirúrgica. Adicionalmente, un encuestado (6.7%) tiene Título de Maestría en Fitoterapia y Experticia en Ozonoterapia Médica. Es de notar que uno de los encuestados no responde adecuadamente la pregunta (Ilustración 3).

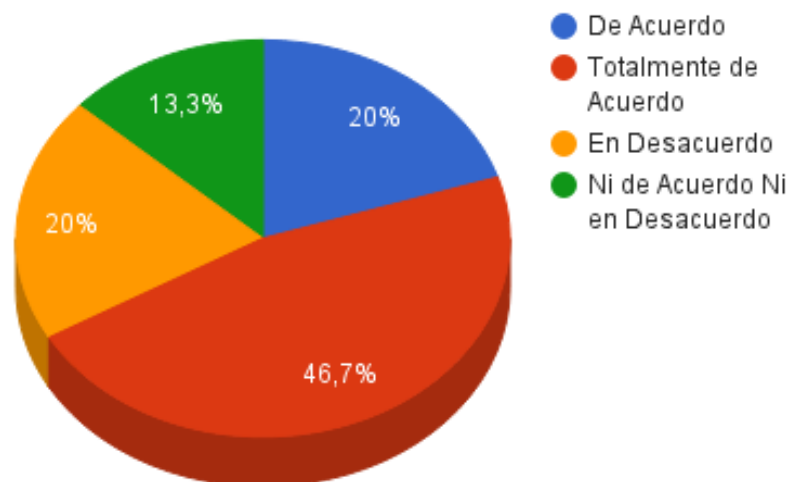
Ilustración 3. Mayor título académico obtenido no relacionado con Terapia Neural



5.1.3. Dimensión actitudinal frente a la nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica

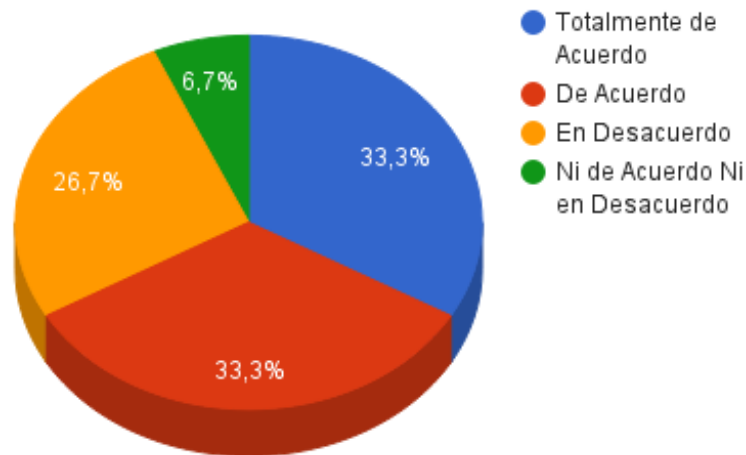
Al menos un 66.7% está con algún grado de acuerdo por generar concesos al momento de establecer una nominación acorde a la racionalidad médica (Ilustración 4) y al menos un 66.6% está con algún grado de acuerdo al considerar la nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica como importante en la definición de un abordaje terapéutico (Ilustración 5).

Ilustración 4. Actitud frente a establecer un Consenso en la Nominación Diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica



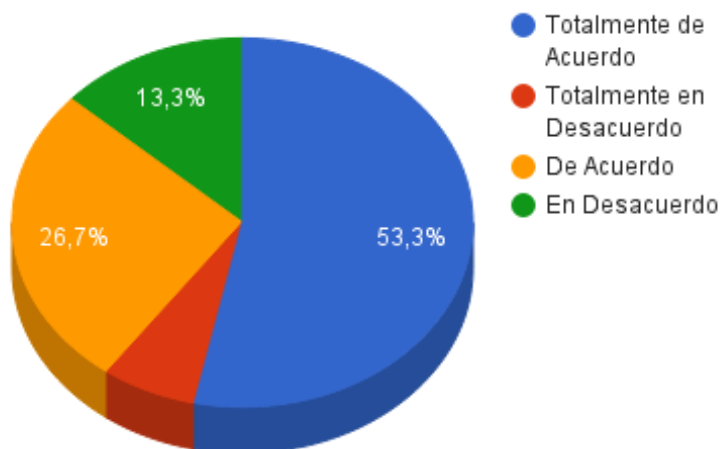
Un 20% no está de acuerdo con establecer un consenso con respecto al diagnóstico neuralterapéutico, mientras un 13,3% es neutral frente a esta posibilidad (Ilustración 4). Un 26.7% de los encuestados considero que no es necesario nominar un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica para definir tratamiento, y a un 6.7% le es indiferente esta opción (Ilustración 5).

Ilustración 5. Importancia de definir una Nominación Diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica para el abordaje terapéutico.



Un 80% de los participantes considero necesario el tener una Nominacion Diagnostica para la racionalidad médica como estrategia para avanzar en la legislación actual en medicina alternativa y un 20% en definitiva esta en algun grado de desacuerdo en este mismo aspecto (Ilustracion 6).

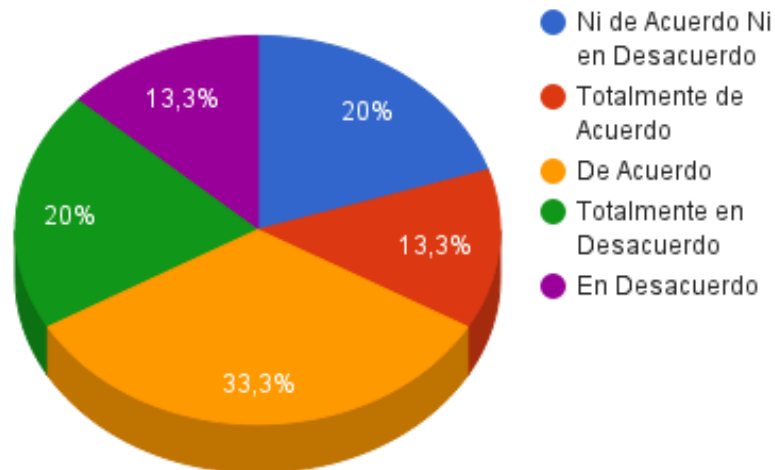
Ilustración 6. Necesidad de establecer una Nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica para avanzar en la legislación colombiana en medicina alternativa.



Alrededor de un 46.6% de los consultados piensa que debe hacerse una diferencia en cuanto a la nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica en correlación con la

Odontología Neurofocal; un 33.3% no está de acuerdo con generar una nominación diagnóstica para cada una; y un 20% es neutral frente a la propuesta (Ilustración 7).

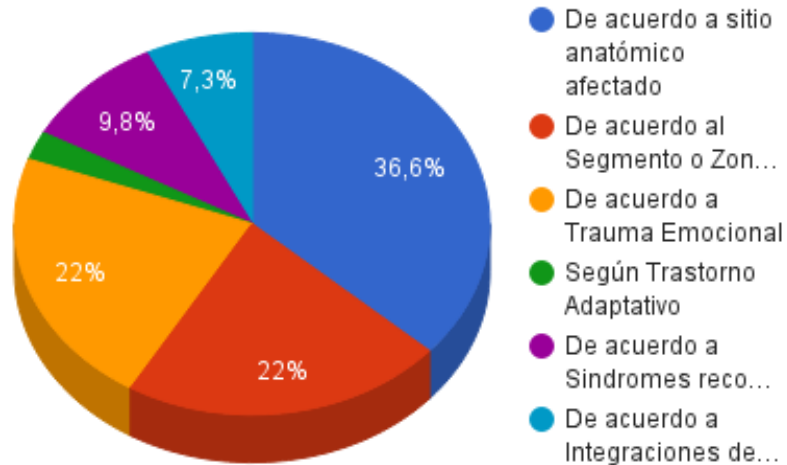
Ilustración 7. Actitud frente plantear una diferencia entre el Nominar un diagnóstico Neuralterapéutico en Medicina Neuralterapéutica vs. Odontología Neurofocal



5.1.4. Dimensión Nominar un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica

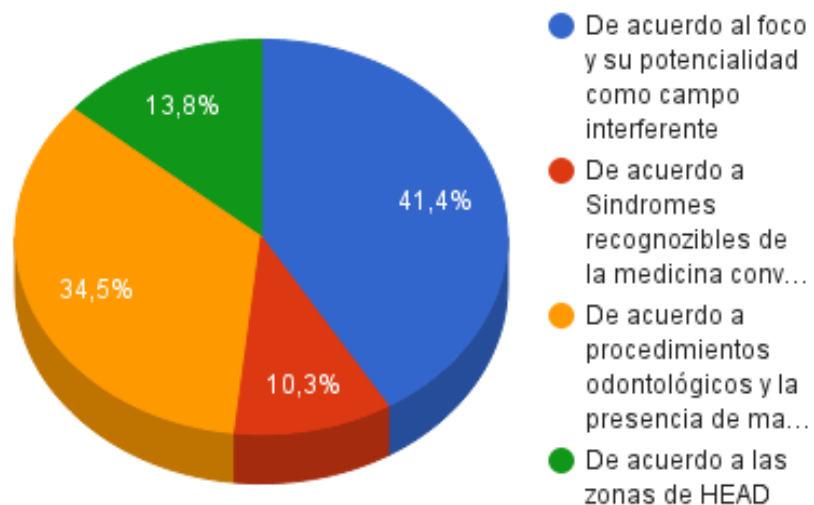
En términos de Nominar un diagnóstico en el quehacer diario del neuralterapeuta, tuvo una mayor frecuencia, un 36.6% que considera que lo hace según el sitio anatómico afectado ya sea por orientación anatómica, dentaria, traumática o emocional; un 22% lo hace además basado en la afectación del segmento o zonas de Head refleja; un 22% también lo hace de acuerdo a trauma emocional; un 9.8% se fundamenta en los síndromes de la medicina convencional; un 7.3% tiene en cuenta la integración con otras racionalidades médicas diferentes a la convencional; y un 2.3% lo hace en base a un trastorno adaptativo para hacer la Nominación Neuralterapéutica (Ilustración 8).

Ilustración 8. Aspectos globales para Nominar un diagnostico en Medicina Neuralterapéutica



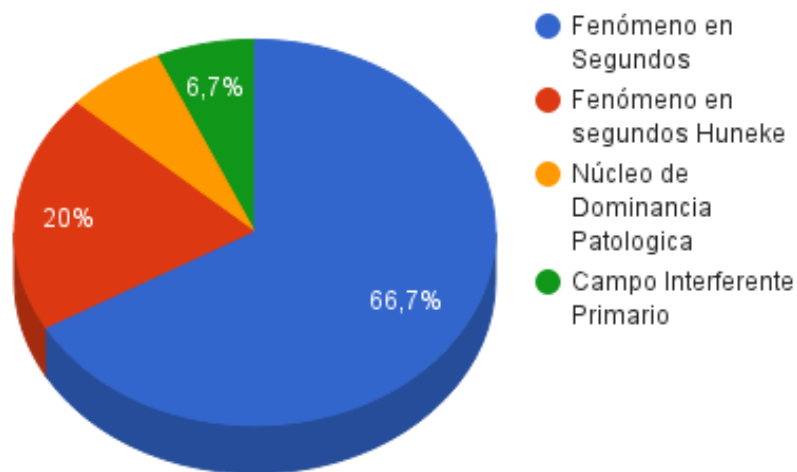
En el ámbito odontológico, con mayor frecuencia, en un 41.4% hace la nominación diagnóstica de acuerdo al foco neural dental; un 34.5% adicionalmente lo hace de acuerdo a los procedimientos odontológicos que actúen como campo interferente y los materiales abandonados; un 10.3% en correspondencia a síndromes de la medicina convencional; y un 13.8% de acuerdo a zonas reflejas de Head (Ilustración 9).

Ilustración 9. Aspectos globales para Nominar un diagnostico en Odontología desde la visión de la Medicina Neuralterapéutica



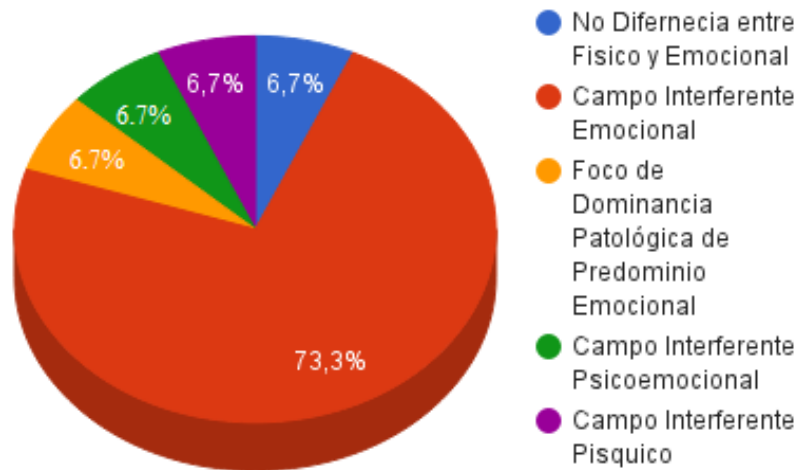
Con respecto al fenómeno en segundos o de Huneke, un 66.7% considera que debe continuar con la denominación fenómeno en segundos; un 20% considera que sea llamado además con el apellido de quien lo describió (fenómeno en segundos Huneke), un 6.7% razona que puede cambiar su nombre a núcleo de dominancia patológica y un 6.7% lo enuncia como campo interferente primario (Ilustración 10).

Ilustración 10. Propuestas para Nominar el fenómeno en segundos de Huneke



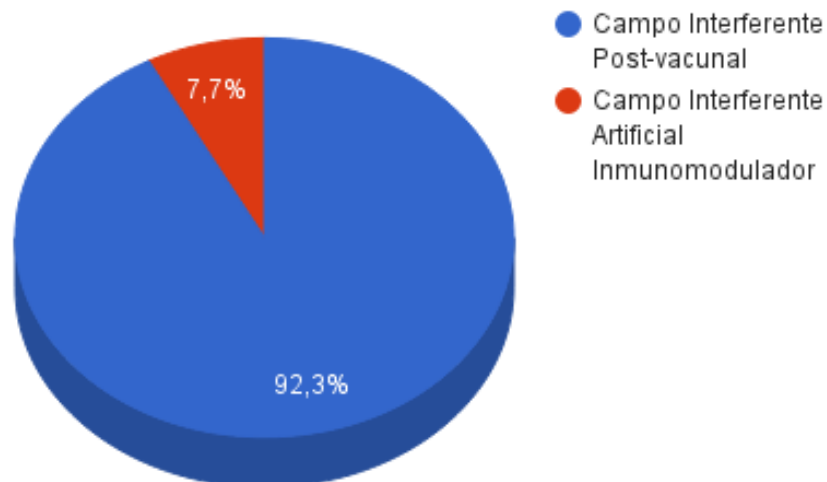
La esfera del evento psicológico se evaluó debido a la preponderancia que tiene sobre este aspecto la concepción colombiana de la Medicina Neuralterapéutica, las propuestas de nominación se comportaron así: un 73.3% está de acuerdo con nombrar dichos eventos como Campo interferente emocional; mientras el restante porcentaje se distribuye homogéneamente entre quienes piensan que no se debe hacer la diferencia, quienes proponen términos como campo interferente psicoemocional, campo interferente psíquico o foco de dominancia patológica de predominio emocional (Ilustración 11).

Ilustración 11. Propuesta de Nominación de un evento psicológico como campo interferente



En cuanto a nombrar un campo interferente por ocasión de una vacuna, un 91.7% lo llamaría Campo interferente post-vacunal y un 8.3% lo enunciaría como campo interferente artificial inmunomodulador. No hubo otras propuestas del término (Ilustración 12).

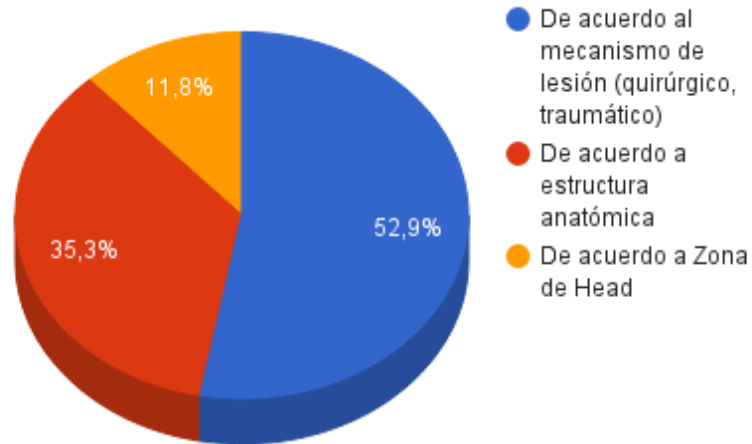
Ilustración 12. Propuestas de Nominación de un campo interferente en relación con la vacunación



Un 52.9% de los encuestados considera que la manera más común de establecer una nominación diagnóstica para una cicatriz es de acuerdo al mecanismo de lesión, un 35.3%

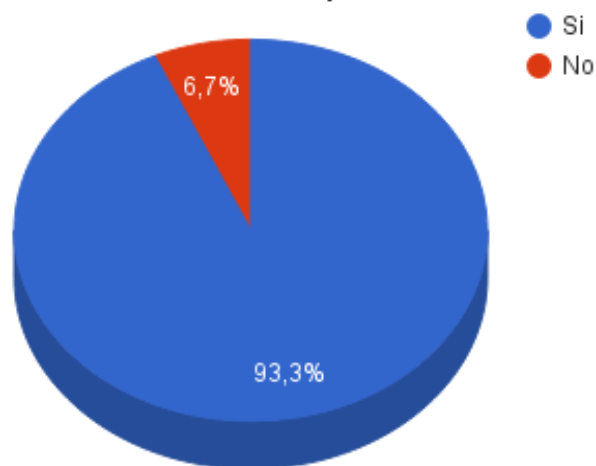
tiene además en cuenta la región anatómica y un 11.8% considera además la zonas refleja de Head (Ilustración 13).

Ilustración 13. Propuesta de Nominación de una cicatriz como Campo Interferente



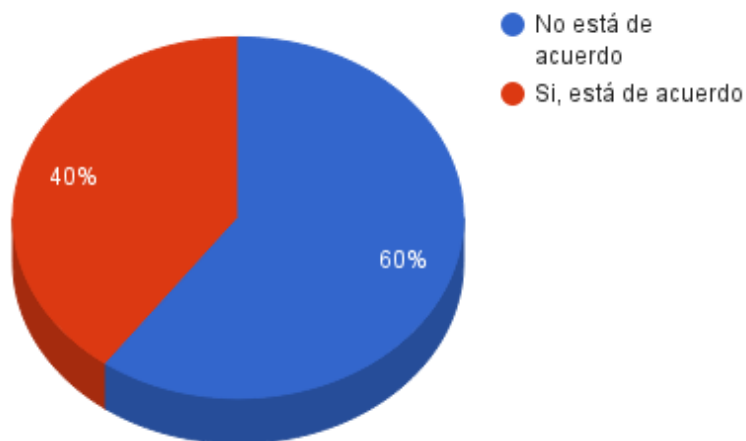
Adicionalmente se consultó sobre la pertinencia de definir si el proceso patológico que se está llevando a cabo es agudo o crónico, a lo que el 92.9% considero que si se debía hacer dicha diferencia y debería ser incluida en el marco de la nominación de la racionalidad médica (Ilustración 14).

Ilustración 14. Diferenciar entre proceso agudo y crónico en el marco de la Nominación diagnóstica de la Medicina Neuralterapéutica.



Al interrogante si toda irritación, sin importar su naturaleza, finalmente siempre se convierte en campo interferente, un 60% no está de acuerdo con ésta afirmación, mientras el 40% restante considera que su evolución siempre será a campo interferente (Ilustración 15).

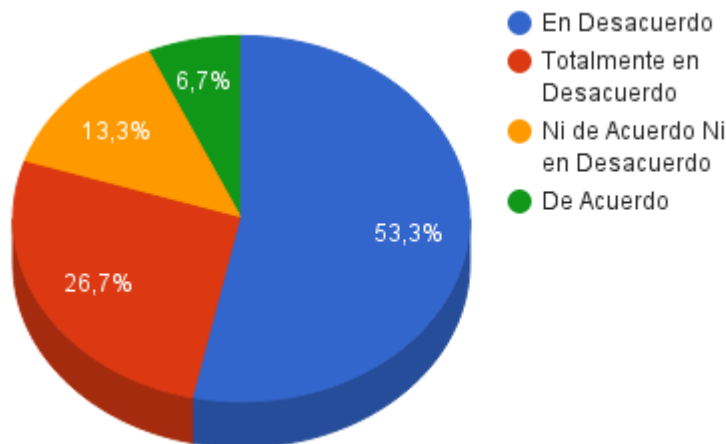
Ilustración 15. La irritación como Campo Interferente “Siempre”



5.1.5. Dimensión actitudinal frente a cambiar el termino campo Interferente

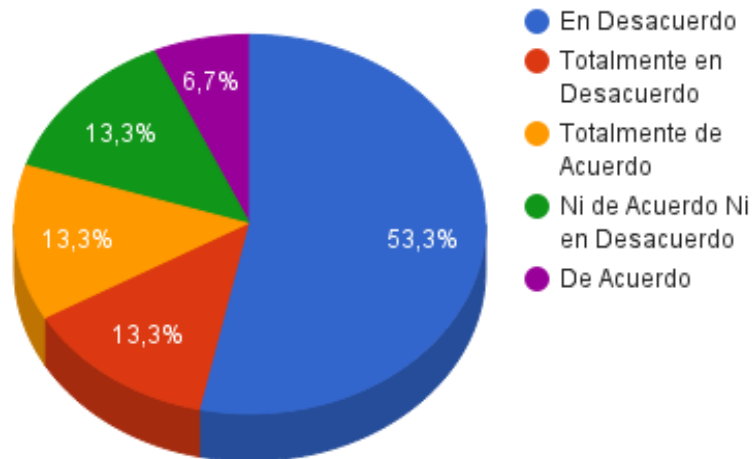
El cambio del término “Campo Interferente” por otro, se sugirió en al menos 4 categorías a saber: Parabiosis, Campo de Dominancia Patológica, Proceso Distónico-distrófico y Diasquisis.

Ilustración 16. Actitud frente a nominar el Campo Interferente como “Parabiosis”



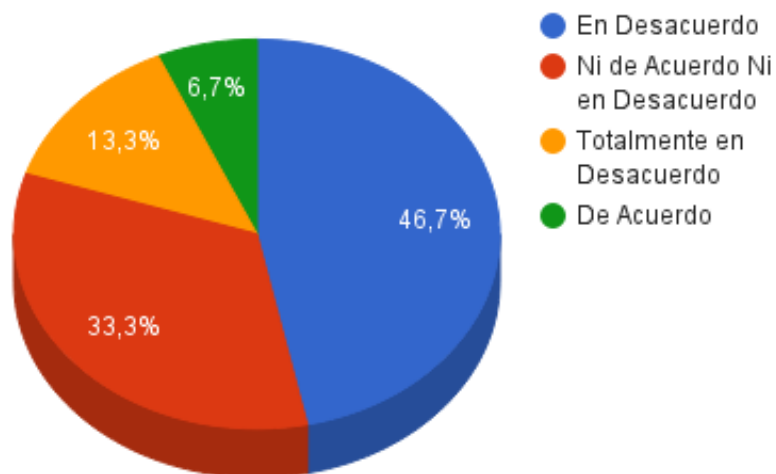
El 80% de los encuestados estuvo en algún grado de desacuerdo con el uso análogo de parabiosis, un encuestado estuvo de acuerdo (6.7%) y un 13.3% fue indiferente frente al termino (Ilustración 16).

Ilustración 17. Actitud frente a nominar el Campo Interferente como “Campo de dominancia patológica”



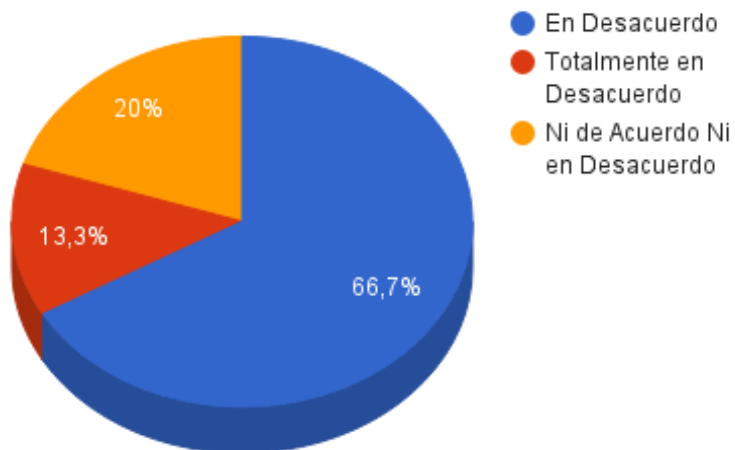
Con respecto al termino campo de dominancia patológica, un 66.6% estuvo en algún grado de desacuerdo con su uso, un 13.3% manifestó estar neutral y un 20% estuvo con algún grado de acuerdo con utilizarlo en lugar del termino Campo Interferente (Ilustración 17).

Ilustración 18. Actitud frente a nominar el Campo Interferente como “Proceso Distónico-distrófico”



Un 60% de los encuestados están con algún grado de desacuerdo en cambiar el termino Campo Interferente por proceso distónico-distrófico, un 33.3% se declaró neutral frente al termino y un 6.7% apoya su uso como sustituto (Ilustración 18).

Ilustración 19. Actitud frente a nominar el Campo Interferente como “Diasquisis”



Finalmente, el termino diasquisis no fue considerado como reemplazo por al menos el 80% de los entrevistados, y un 20% fue indiferente frente a su uso (Ilustración 19).

5.1.6. Preguntas completamente abiertas No. 1 y No.2

La interpretación de las dos (2) preguntas totalmente abiertas de acuerdo a su categorización y número de menciones (Tabla 9, 10) será particular ya que se quería generar una visión global, más no una estimación de “acuerdo” frente a un mismo concepto.

Tabla 9. Numero de menciones según las categorías establecidas para la pregunta totalmente abierta No.1

De acuerdo o en desacuerdo con hacer una nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica, argumentos	Frecuencia de Mención
De acuerdo, es necesario y útil	1
De acuerdo, para fortalecer el sistema medico complejo	5
De acuerdo, permite un mismo lenguaje	2
De acuerdo, permite avanzar en la legislación	2

En desacuerdo, no estaría acorde con los fundamentos	1
De acuerdo, evitando hacer juicios pronósticos	1
De acuerdo, ya se está haciendo de manera particular	1
De acuerdo, permite orientar un tratamiento	1
De acuerdo, permite otra perspectiva en investigación	1

Tabla 10. Numero de menciones según las categorías establecidas para la pregunta totalmente abierta No.2

Características que debería tener el "Nominar" un diagnostico desde la concepción de la Medicina Neuralterapéutica	Frecuencia de Mención
Búsqueda del campo Interferente u origen de irritación	5
Describir segmento o área anatómica comprometida	3
Integrador, monista y holístico	3
Describir sitio anatómico de representación de campo interferente emocional	2
Debe ser dinámico	1
Debe respetar la Individualidad	2
Diferenciar entre proceso agudo y crónico	1
Acorde a la concepción de enfermar como proceso evolutivo	1
Que tenga aceptación por el sistema de salud (legislación)	1
Que permita hablar el mismo lenguaje	2
Que describa segundos golpes	2
Que incluya también los diagnósticos convencionales	1

5.2. ¿Por qué una propuesta de Nominación diagnostica en Medicina Neuralterapéutica?

En términos generales al menos 2/3 partes de los encuestados aprueban en dos grados de aprobación el generar consensuadamente una nominación diagnostica en Medicina Neuralterapéutica sustentados en que es importante para continuar con la construcción permanente de la racionalidad medica enmarcada en los sistemas médicos complejos.

También lo ven necesario desde el aspecto legal buscando generar participación en el sistema general de salud y ofreciéndose como alternativa a la medicina convencional u

otros sistemas médicos complejos. Se denota su utilidad en la consolidación de un sistema diagnóstico que permita relacionarse entre los neuralterapeutas entendiéndose en un mismo lenguaje; lo que ya está haciendo de manera particular un grupo de ellos, según referencia de uno de los encuestados.

Algunos dimensionan a futuro su importancia en el ámbito investigativo, lo consideran necesario para orientar un tratamiento respetando la no linealidad de los procesos, es decir, sin imponer pronósticos ni protocolos de manejo y mucho menos determinaciones estadísticas. Las personas que no están completamente de acuerdo consideran que al generar una nominación diagnóstica se está en contravía de los fundamentos relacionados con los sistemas de alta complejidad y la no linealidad.

Hay disimilitudes con respecto a si debería haber una nominación diagnóstica particular para la Medicina Neuralterapéutica con respecto a la Odontología Neurofocal, haciendo la salvedad, que solo hubo participación de médicos y no odontólogos en la resolución de esta idea, donde no se obtuvo un acuerdo preponderante.

5.3. Tópicos básicos identificados para Nominar un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica

A continuación se hace un sumario de los puntos clave a tener en cuenta para construir la propuesta de Nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica (Tabla 11), no siendo los únicos ya que son sólo de carácter orientativo.

En cuanto al término “fenómeno en segundos” se seguirá considerando como tal y no como un diagnóstico desde la visión Neuralterapéutica, pues entendiéndolo como Núcleo de dominancia patológica, será el captador de campos interferentes sobre los cuales él actúa como gobernante.

A pesar de la divergencia entre separar diagnósticos de la Medicina Neuralterapéutica de los de la Odontología Neurofocal, se considera que para seguir ligados al holismo, el monismo y la integración en redes, han de considerarse en la misma sistematización de la propuesta de nominación diagnóstica.

Tabla 11. Tópicos básicos Identificados para definir una Nominación diagnóstica en Medicina Neuroterapéutica

Tópico	Modalidades
Describirlo en términos de Campo Interferente	Uno o varios campos interferentes
	Ubicación anatómica emocional
	Ubicación o segmento anatómico somático
	Zona de Head
	Foco dental
	Trauma emocional (8 según la Emoenergética)
	Procedimientos odontológicos
Holístico, monista e integrador	Constituido como una unidad
Hacer diferencia entre procesos agudos o crónicos	Agudo
	Crónico agudizado
	Crónico
Acorde con los modo de enfermar	Diagnósticos singulares a cada persona y cambiantes en la misma persona
Respetar la individualidad	
Que sea aceptado por el sistema de salud	Incluir los diagnóstico CIE en el caso de la legislación colombiana
Que incluya los diagnósticos convencionales	

La caracterización de los traumas emocionales está connotada por sugerencia de uno de los participantes, por los definidos por Francisco Ríos desde la visión del Balance polar electromagnético quien inicialmente los caracterizó como 5, pero que han sido actualizados por la Emoenergética(89) como se especifica más adelante.

La categorización agudo, crónico agudizado y crónico hace parte de la disertación académica y de docencia asistencial de la Universidad Nacional de Colombia que se lleva a cabo en el Hospital de Meissen, con la atención de interconsultas de hospitalización y urgencias, que de cierta manera amplía aún más la visión y además orienta un manejo terapéutico enfocado en la evaluación de la sintomatología de la persona que hace la enfermedad, sin que esto signifique siempre un acercamiento a la gravedad del padecimiento.

6. Discusión

Aquí se sintetiza inductivamente toda la información recolectada y se da la consolidación de la propuesta de nominación diagnóstica con base en la revisión teórica de las unidades de contenido realizada en las fases previas y la opinión de expertos en el área específica de Terapia Neural. Es de aclarar que corresponde a la interpretación particular de los datos medidos en el cuestionario y no representan necesariamente el apelativo de consenso, por tanto, no constituye explícitamente el pensamiento de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica), representada por quienes muy amablemente y de manera voluntaria participaron en el diligenciamiento del cuestionario.

6.1. Propuesta Modelo Piloto de Nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica

6.1.1. El porqué del término Nominación Diagnóstica

Teniendo en cuenta que los diagnósticos de la medicina convencional están enmarcados en la “denominación” de un proceso patológico o diagnóstico desde distintas perspectivas, es decir, de denominar una enfermedad; se ha determinado acotar el término “nominar” como fue utilizado por P. Laín Entralgo para precisar la “Nominación cuasidiagnóstica” primitiva(48), sin que esto tenga una relación directa, sino más bien para hacer una diferencia útil al momento de integrar la propuesta al esquema de la medicina convencional.

Para entender un poco más el término, el diccionario de la Real Academia Española define “Nominación” como “*Acción y efecto de nombrar*”; y “*Acción y efecto de nominar*”(46), es decir, dar nombre o nombrar algo o proponer un nombre para hacer una distinción. Etimológicamente proviene de la palabra del latín *nominatio*, del francés *nominatio* y del verbo latín *nominare* que hace alusión a “llamar por el nombre”, pero como anglicismo se ha tomado en relación a designación de alguien para nombrar en un cargo(90).

Para el propósito del Modelo piloto, la “Nominación Diagnóstica” se define como la acción de sistematizar un nombre o grupo de nombres acorde a los procesos irritantes (físico, químico, metabólico, nutricional, psíquico, electromagnético entre otras posibilidades) que se esquematicen simbólicamente en una red integrada, singular, irreversible y por ende

evolutiva y emergente, a través del conocimiento de la historia de vida, la semiótica, la exploración física, las ayudas diagnosticas como apoyo y las influencias del medio interno y/o externo en interacción con los procesos biorreguladores del organismo de la persona que enferma y no propiamente para denominar una enfermedad, con el fin de establecer un tratamiento respetando la individualidad de la persona, es decir, sin protocolos impositivos, sin recurrir a pronósticos pero si orientando al neuralterapeuta para decidir intervenir o no intervenir de acuerdo a la condición fisiológica que en el momento se encuentre la persona catalogada por sí misma como enferma.

6.1.2. Conservación del termino Campo Interferente

Aunque se pueden consideran otros términos análogos a Campo Interferente, en honor a la trayectoria y sistematización de la Terapia Neural según Huneke y la tradición de su uso dentro de los neuralterapeutas consultados y a nivel global (Interference fields, en inglés), la nominación diagnostica se describe con base en términos de Campo Interferente, respetando las definiciones que se tienen del mismo a través de la historia como ha sido referenciado en capítulos previos, pero haciendo un amplio énfasis en la localización somática de un Campo Interferente Emocional, pues ha sido uno de las banderas de la concepción sistémico compleja de la Terapia Neural y además la frecuencia de uso del termino dentro de los participantes del estudio.

Por sugerencia de algunos encuestados, se sugiere en el ámbito emocional adoptar dos clasificaciones (Tabla 12), mencionadas de manera particular por cada uno de ellos; ya sea la clasificación de traumas elaborada por el medico Francisco Ríos (balance polar electromagnético) y que ha sido actualizada por la emoenergética(89) o los correspondientes a la clasificación de los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés relacionados en el DSM-5(64).

6.1.3. Diferenciar entre procesos agudos y crónicos

Se está de acuerdo en incluir la distinción entre procesos agudos y crónicos, soportado por la afirmación positiva de un 93.3% de los encuestados, aunque habría que llegar a una concertación al respecto en el sentido de cómo se definiría cada uno de ellos desde la perspectiva de la Terapia Neural.

La adopción de esta disposición en el modelo se podría hacer de acuerdo a la definición de enfermedad crónica que hace Avellaneda y col. (2007) citando a Nobel como: *“un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo”*(91), tradicionalmente el tiempo estimado es de más de 3 meses; y entendiendo la enfermedad aguda(92) como aquella que dura menos de este tiempo desde su inicio. Estos conceptos serían válidos desde la perspectiva mecánica al establecer un tiempo estimado del padecimiento desde su inicio y muy útil al momento de evaluar una persona que requiera atención médica inmediata, independientemente de su gravedad, pero desde la no linealidad se propone además tener en cuenta otras visiones.

La clasificación particular que hace la homeopatía de las enfermedades en este aspecto como agudas o crónicas, no está centrada en la duración del padecimiento, sino en su naturaleza(93) y permitiría más un acercamiento a las definiciones de crónico agudizado propuesta desde la academia y la relación docente asistencial de la consulta del Hospital de Meissen, como se reseñó con anterioridad.

Así, considerar la enfermedad aguda como aquella que sin importar el tiempo resuelve ya sea con la recuperación o la muerte de la persona, y la crónica como aquella que igualmente sin importar su duración continua hasta que la persona muere sin lograr su recuperación(93), pues aquí se enmarca la enfermedad como un proceso. Lo que llevaría a plantear que una enfermedad crónica agudizada vendría siendo la incertidumbre de si realmente el proceso va a culminar en su cronicidad, como sería el caso de un trauma físico, en donde existe la posibilidad de recuperarse o marcar una persistencia de la dolencia en el tiempo y en la vida hasta la muerte.

Seguramente habrá otras propuestas al respecto, por lo cual tendrá que concertarse a futuro la posición de la Medicina Neuralterapéutica, en este aspecto el modelo será flexible de acuerdo a la apreciación que cada neuralterapeuta estime.

6.1.4. Incluyente en el sistema de salud

Definitivamente con la legislación colombiana actual es necesario incluir los diagnósticos convencionales dentro de la historia clínica(21, 24), y no solamente por eso, sino también, por el respecto que la Medicina Neuralterapéutica tiene frente a las demás racionalidades

médicas, por tanto, no solamente el diagnóstico de la medicina convencional tiene cabida, sino también el de las demás racionalidades médicas cuando se considere necesario. Obviamente los alcances de la Nominación diagnóstica va dirigida a sistematizarla desde la Terapia Neural para que logre ser incluyente dentro de la normatividad Colombiana en Medicinas Alternativas.

6.1.5. La red de nominación diagnóstica, una tétrada

Basado en la Teoría General de Sistemas(94) se propone un modelo en red, artificial pero con una interdependencia natural, como sistema de carácter abierto que permita interpretar los procesos de autoorganización y autopoiesis(95) en correlación con la manera de enfermar de la persona desde la concepción neuralterapéutica(70).

La nominación diagnóstica en MNT, está representada por 4 nodos interdependiente regidos por un núcleo principal como coordinador de los diversos procesos cooemergentes inspirado en la teoría biocibernética, como se esquematiza a continuación (Ilustración 20).

Cada nodo representa en macro las dimensiones sobre las cuales se propone hacer la nominación y además la denominación de un diagnóstico global, caracterizados por subsistemas.

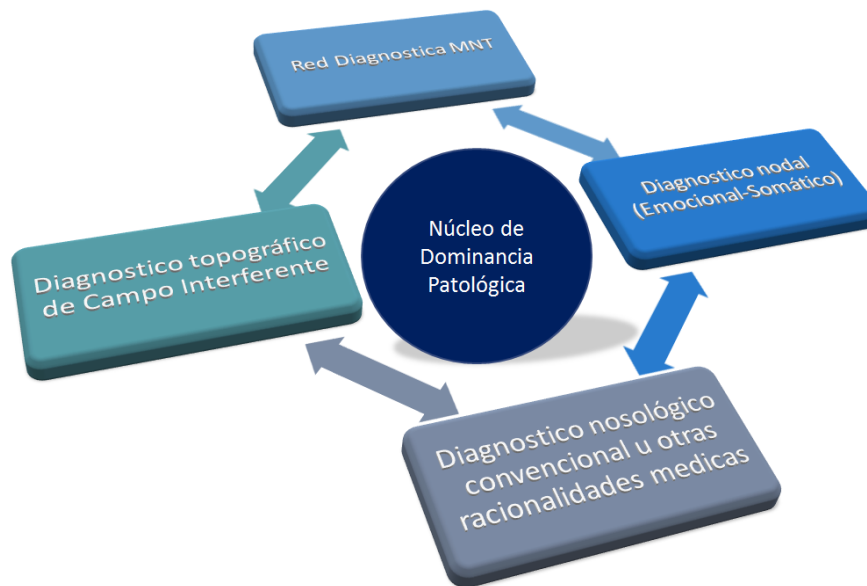
El componente central corresponde al núcleo de dominancia patológica(32) que caracterizaría el fenómeno en segundos(31, 65), por lo cual como se había mencionado previamente, no será considerado como parte de la nominación. El componente del diagnóstico nosológico corresponde al de la medicina convencional u otras racionalidades médicas; el diagnóstico topográfico de campo Interferente (CI) como representación anatómica objetiva(5), el diagnóstico nodal en donde se anote la predominancia del aspecto somático y/o emocional del proceso, y la red diagnóstica que define otros aspectos en relación con los procesos.

6.1.6. Correspondencia para cada nodo del modelo

Diagnóstico topográfico de campo interferente: hace referencia al campo interferente y se nombra en términos del mismo, con correspondencia a la zona anatómica o zona de Head, emoción o foco odontológico que se considere actué como campo interferente de acuerdo

a la historia de vida de la persona. Recordando que cada caso es singular(3) y hay cabida a la enunciación de varios campos interferentes.

Ilustración 20. Representación esquemática del Modelo Piloto de Nominación Diagnóstica



Diagnostico nodal: especifica la predominancia en cada momento de la afectación clínica como unidad, es decir, si hay preponderancia del aspecto emocional frente al somático o viceversa, o si ocurre interdependencia. En el ámbito somático se puede describir el mecanismo de afectación (por ejemplo quirúrgico, traumático, químico, electromagnético...) y en el aspecto emocional se puede anotar la afectación como trauma emocional desde la emoenergética(89) o desde el DSM-5(64).

Diagnostico nosológico convencional o de otras racionalidades médicas: corresponde al diagnóstico convencional que estaría de acuerdo a la reglamentación vigente en Colombia(21, 24) o a la sistematización de los diagnósticos de otras racionalidades médicas en los términos que ellas estimen.

Red diagnóstica MNT: hace referencia a la articulación y definición del proceso como agudo, crónico o crónico agudizado.

A continuación se resumen todos los aspectos a tener en cuenta en la sistematización y enunciación del modelo piloto planteado (Tabla 12).

Tabla 12. Resumen Modelo Piloto Nominación Diagnostica en Medicina Neuralterapéutica

Diagnóstico de Campo Interferente	
Campo Interferente	Según área anatómica
	Según zona de Head
	Según foco odontológico
	Según localización de emoción
Diagnostico Nodal	
<i>Emocional</i>	<i>Somático</i>
<i>Interdependiente</i>	
Según DSM-5 (Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés)	Dental Químico Electromagnético Trauma físico Por cuerpo extraño Quirúrgico Térmico
Trastorno de apego reactivo	
Trastorno de relación social desinhibida	
Trastorno de estrés postraumático	
Trastorno de estrés agudo	
Trastorno de adaptación	No especificado Abuso sexual Agresión física Postvacunal
Según la Emoenergética	
Trauma por sentimiento de abandono	
Trauma por sentimiento de obligación	
Trauma por sentimiento de privación	
Trauma por sentimiento de muerte	
Trauma por sentimiento de pérdida	
Trauma por sentimiento de rechazo	
Trauma por sentimiento de agresión	
Trauma por experiencia gratificante	
Diagnostico nosológico convencional o de otras racionalidades médicas	
CIE-10	En los términos en que cada una de ellas venga definida
Homeopatía	
Medicina Tradicional China	
Osteopatía	
Otras racionalidades medicas	
Red diagnostica MNT	
Proceso agudo	
Proceso crónico	
Proceso crónico agudizado	

Se espera que la enunciación del presente modelo piloto sea un primer acercamiento para continuar con la actualización permanente y fortalecimiento de la Medicina Neuralterapéutica como sistema médico complejo en su dimensión del diagnóstico, sin pretender ser impositivo y más bien buscando la manera de que se logre hacer un diseño acorde a los principios doctrinales que rigen la racionalidad médica, su integración al sistema de salud y con las demás racionalidades médicas.

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1. Conclusiones

La Medicina Neuralterapéutica es legado del pensamiento de distintas escuelas, en donde se incluye la escuela rusa, la alemana, la inglesa y la corriente sistémico compleja colombiana.

El denominar un diagnóstico en medicina ha sido importante para definir conductas terapéuticas orientadas a sanar, rehabilitar o acompañar, caracterizado por su alto interés pronóstico y además por la búsqueda de reconocimiento particular.

La legislación colombiana en materia de medicina alternativa está en avance, se requiere por tanto la consolidación de la Medicina Neuralterapéutica en sus 5 dimensiones como sistema medico complejo para afrontar los requerimientos futuros y hacer que trascienda.

Además de la necesidad normativa, está el lograr generar un mismo lenguaje técnico entre los neuralterapeutas que de identidad a la Medicina Neuralterapéutica.

El concepto de campo interferente ha sido vital en la fundamentación de la Terapia Neural, su uso global ha hecho que siga vigente para considerarse como una de las formas de Nominar un diagnostico en el área de interés.

Las clasificaciones DSM y CIE, han surgido con la necesidad de estadificar al ser humano desde un ámbito epidemiológico y útil para definir abordajes médicos de acuerdo a especies patológicas, con base en la similitud de su sintomatología clínica.

Las asociaciones médicas legalmente constituidas en el área de Terapia Neural como la Asociación Colombiana de Terapia Neural pueden constituirse como punto de partida para generar espacios de debate en consonancia con la actualización continua y trascendencia de la Medicina Neuralterapéutica con el aporte de asociaciones de Odontólogos Neurofocales.

La propuesta actual es solo el comienzo de un sendero en la consolidación del sistema diagnóstico de la racionalidad médica que aún no está acabado.

7.2. Recomendaciones

El presente estudio despliega un modelo piloto que ha de ser probado y validado a posteriori, de tal forma que sea mejorado o rediseñado para su implementación a futuro, tomándose como una primera etapa en la definición de una nominación diagnóstica en Medicina Neuralterapéutica.

Es importante la conformación de grupos de enfoque o de expertos, en donde se incluyan Odontólogos Neurofocales, que vayan estructurando sus planteamientos de manera particular con respecto a la nominación diagnóstica y sean discutidos abiertamente para promover un mismo lenguaje.

Es viable lograr consensos en la sistematización de un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica que sea extrapolable y se retroalimente con otras escuelas de Terapia Neural a nivel nacional e internacional, con las cuales también es pertinente generar estos diálogos.

A. Anexo: Preguntas utilizadas en las entrevistas vía electrónica para orientar la realización de la Encuesta

¿Qué entiende por nominación diagnóstica?

¿Qué lugar ocupa la Odontología Neurofocal desde la concepción de la Medicina Neuralterapéutica?

¿Cree que es importante un proceso de integración de la Medicina Neuralterapéutica a la Medicina Convencional y por qué?

¿En que se basa para nominar un diagnóstico neuralterapéutico en su práctica médica habitual?

¿Qué características considera debería tener el nominar o denominar un diagnóstico desde la concepción de la Medicina Neuralterapéutica?

¿Cómo cree que se puede evitar el rotular o clasificar impositivamente a la persona mediante la nominación de un diagnóstico en Medicina Neuralterapéutica?

¿Considera importante replantear la definición clásica de fenómeno en segundos y por qué?

¿Cómo caracterizaría un Campo Interferente emocional?

Sugiera alguno o algunos otros términos sinónimos o análogos a "anclaje" cuando se encuentra un campo interferente emocional

Sugiera alguno o algunos otros términos sinónimos o análogos a campo interferente.

B. Anexo: Encuesta Enviada a los Integrantes de ACOLTEN/MNT

Prolegomenos a Una Nominación Diagnostica en Medicina Neuralterapéutica

Reciba un Cordial Saludo, la presente información servirá para el desarrollo de una tesis profesional adscrita al proceso de formación de postgrado de la Maestría de Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia en el área específica de Terapia Neural.

Agradecemos el Tiempo que Pueda Dedicar al Diligenciamiento Libre y Reflexivo de Este Cuestionario, Propendiendo en la Construcción de la Terapia Neural como Medicina Neuralterapéutica según la Escuela Colombiana de la Cual usted hace parte. Las respuestas serán confidenciales y anónimas, los resultados del cuestionario serán incluidas en el desarrollo de la tesis y podrán ser presentadas en reuniones y publicaciones científicas, pero no se publicaran datos individuales.

El cuestionario está diseñado para su aplicación en la población correspondiente a los Miembros Activos de la Asociación Colombiana de Terapia Neural (ACOLTEN) por su filiación a la Escuela Colombiana de Terapia Neural y la prueba piloto aplicada a estudiantes de la maestría de Medicina Alternativa del área de Terapia Neural cohorte VIII y IX de la Universidad Nacional de Colombia.

Recuerde que su participación es completamente voluntaria, por tanto está en la libertad de rechazar o aceptar el presente documento. Recordándole, que el uso de los datos es con fines académicos y no le significara ninguna retribución económica.

Muchas Gracias por su colaboración

Responsable: Fabián Ignacio Ojeda Linares - Maestrante Medicina Alternativa
- Universidad Nacional de Colombia
e-mail: fojedal@unal.edu.co

Inicio del Cuestionario

Por favor escriba su Edad *

(en años)

Genero *

- Femenino
- Masculino

¿Hace cuanto tiempo ejerce la Terapia Neural en su practica medica? *

Así no hubiese obtenido un título de posgrado en el área. Seleccione un solo Rango

- 0-4 años
- 5-9 años
- 10-14 años
- 15-19 años
- 20-24 años
- 25-29 años
- 30-34 años
- 35-39 años
- más de 40 años

Pregrado y/o Postgrado No Relacionado Directamente con Terapia Neural *

- Medico(a) General
- Especialidad Medicoquirurgica
- Otro:

¿Bajo que modalidad ejerce usted actualmente la Terapia Neural? *

Puede elegir más de una opción

- Especialista en Medicina Alternativa
- Maestría en Medicina Alternativa - Terapia Neural
- Diplomado en Medicinas Alternativas y/o Terapia Neural
- Titulo Honoris Causa

Respecto a la forma de Nominar (o denominar) un diagnostico en Terapia Neural: *

Se prefiere el termino "Nominar" que en castellano se refiere a dar o asignar un nombre y usado por P. Lain Entralgo en sus obras acerca del origen del diagnostico médico

Totalmente De Acuerdo Ni de Acuerdo Ni en En Totalmente en Desacuerdo

	de Acuerdo		Desacuerdo		Desacuerdo
¿Está de acuerdo con llegar a un consenso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es importante para definir un Abordaje Neuralterapéutico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es necesario para avanzar en la Legislación Actual de la Medicina Alternativa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cree que se debe hacer una diferencia entre la Nominación diagnóstica de la Terapia Neural frente a la Odontología Neurofocal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si está de acuerdo o en algún grado de desacuerdo con Hacer una nominación diagnóstica en Terapia Neural (Medicina Neuralterapéutica), Por favor Argumente sus Razones *

Cuando en sus practica clínica hace un abordaje de "Posible Campo Interferente", ¿cómo nomina ese diagnostico desde la concepción Neuralterapéutica? *

Puede elegir mas de una opcion

- De acuerdo a sitio anatómico afectado (por ejemplo cicatrices, diente, localización somática de la emoción)
- De acuerdo al Segmento o Zona de HEAD presumiblemente afectada
- De acuerdo a Síndromes reconocibles de la medicina convencional (por ejemplo Nomenclatura Internacional CIE y DSM)
- De acuerdo a Trauma Emocional
- De acuerdo a Integraciones de otras Racionalidades Médicas (I.e. Sintergetica, Medicina Tradicional China, Neurociencias, etc)
- Otro:

¿Cómo nominaria un diagnostico Neuralterapéutico luego de identificar un "Posible Campo Interferente" Ondontológico? *

Simultáneamente puede elegir la Opción Otros

- De acuerdo al foco y su potencialidad como campo interferente
- De acuerdo a las zonas de HEAD
- De acuerdo a Síndromes reconocibles de la medicina convencional (por ejemplo Nomenclatura Internacional CIE)
- De acuerdo a procedimientos odontológicos y la presencia de materiales extraños
- Otro:

¿Cómo nominaría un diagnóstico Neuralterapéutico luego de identificar un Fenómeno en Segundos o de Huneke? *

Simultáneamente puede elegir la Opción Otros

- Fenómeno en segundos Huneke
- Campo Interferente Primario
- Fenómeno en Segundos
- Núcleo de Dominancia Patológica
- Fenómeno en Relampago

¿Cómo nominaría un diagnóstico Neuralterapéutico cuando se determina un probable proceso distónico- distrófico predominantemente relacionado con un trauma Psicológico como "posible Campo Interferente"? *

- Campo Interferente Emocional
- Campo Interferente Psíquico
- Campo Interferente Límbico
- Otro:

¿Cómo nominaría un diagnóstico Neuralterapéutico cuando sospecha un procesos distónico- distrófico post-vacunal?

- Campo Interferente Post-vacunal
- Campo Interferente Artificial Inmunomodulador
- Otro:

¿Cómo nominaría un diagnóstico Neuralterapéutico cuando sospecha un procesos distónico- distrófico en relación con una cicatriz? *

- De acuerdo a estructura anatómica
- De acuerdo a Zona de Head
- De acuerdo al mecanismo de lesión (quirúrgico, traumático)
- Otro:

¿Considera Importante incluir dentro del termino de la Nominación Diagnóstica del Neuralterapeuta, el diferenciar un proceso patológico como agudo o crónico? *

- Sí
- No

¿Está de acuerdo que toda "imitación" (sin importar su naturaleza) se constituye como un Campo Interferente?

- Sí, está de acuerdo
 No está de acuerdo

Respecto a la denominación "Campo Interferente": *

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
¿Cambiaría el termino por el de "Parabiosis"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cambiaría el termino por el de "Campo de Dominancia Patologica"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cambiaría el termino por el de "Proceso Distonico y/o Distrofico"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cambiaría el termino por el de "Diasquisis"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué características considera debería tener el "Nominar" un diagnostico desde la concepción de la Medicina Neuralterapéutica? *

Agradecimientos

Nuevamente extendemos nuestra mayor gratitud por su colaboración en el diligenciamiento del presente cuestionario, esperando que sea de vital importancia para el crecimiento desde la academia de la Terapia Neural según las escuela Colombiana como Medicina Neuralterapéutica.

Enviar

100%: has terminado.

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Bibliografía

1. Sarmiento L, Pinilla-Bonilla LB, Beltran-Dussán EH. Historia e institucionalización de la terapia neural en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
2. Payán JC. Breve historia y estado actual de la Terapia Neural en Colombia 2006 [cited 2015 11-08]. Available from: http://terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=95%3Abreve-historia-y-estado-actual-de-la-terapia-neural-en-colombia&catid=13%3Ainformacion-basica&directory=100010&Itemid=100010&lang=de.
3. Koval P. Medicina Para el Ser Singular con Dolor Persistente u Otros Problemas Complejos Incertidumbre E, editor. Buenos Aires. 2011. 229 p.
4. Payán JC. Desobediencia vital. Neural IdT, editor. Barcelona, España 2004.
5. Payán JC. El diagnóstico, críticas y posibilidades. 2006 [cited 2015 11-27]. Available from: http://terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=41%3Ael-diagnostico-criticas-y-posibilidades&catid=14%3Aadel-concepto&directory=100010&Itemid=100010&lang=de.
6. Payán JC. Aproximaciones al concepto de salud desde una mirada alternativa 2006 [cited 2015 11-27]. Available from: http://terapianeural.com/index.php?option=com_content&view=article&id=103%3Aaproximaciones-al-concepto-de-salud-desde-una-mirada-alternativa&catid=14%3Aadel-concepto&directory=100010&Itemid=100010&lang=de.
7. Urrego-Mendoza DZ. Racionalidades Medicas. La medicina alternativa: una visión desde los sistemas médicos complejos. Primera ed. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2011. p. 17-27.
8. García-Maldonado G, Saldívar-González AH, Llanes-Castillo A, Sánchez-Juárez IG. El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. Salud Mental. 2011;34:367-78.
9. López-Ibor JJ, López-Ibor MI. Hacia nuevas estrategias de investigación en los trastornos mentales. Segunda parte: La luz al final del túnel. Actas Esp Psiquiatr. 2013;41(2):67-75.
10. López-Ibor JJ, López-Ibor MI. Paving the Way for New Research Strategies in Mental Disorders. First part: The recurring crisis of psychiatry. Actas Esp Psiquiatr. 2013;41(1):33-43.
11. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Segunda ed: Gedisa; 1994.
12. Beltran-Dussán EH, Urrego-Mendoza DZ. Un sistema médico denominado medicina Neuralterapéutica. In: Beltran-Dussán EH, Vega-Oviedo JA, editors. Medicina Neuralterapéutica: un abordaje desde los sistemas médicos complejos. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2013. p. 29-49.
13. do Nascimento M, de Barros N, Nogueira M, Luz M. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(12):3595-604.
14. Luz M. Estudio comparativo das racionalidades médicas: medicina occidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. Saúde em novo paradigma. 2012;1:151-75.
15. Toscano De La Torre F, Pinilla-Bonilla LB. Los principios de la terapia neural desde los fundamentos del nervismo hasta la neurociencia actual. Salud UIS. 2012;(44)2:57-65.
16. ACOLTEN/MNT. Asociación Colombiana de Terapia Neural/Medicina Neuralterapéutica Bogotá, Colombia 2016 [cited 2016 20-04]. Available from: <http://www.acolten.com.co/>.

17. Ministerio de Salud Publica. Ley 14. "Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía". Republica de Colombia: Ministerio de Salud Publica; 1962.
18. Ministerio de Salud Publica. Ley 23. "Por la cual se dictan normas en materia de ética médica". Republica de Colombia: Ministerio de Salud Publica; 1981.
19. Ministerio de Salud. Resolución 05078. "Por la cual se adoptan normas técnico administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas". Republica de Colombia: Ministerio de Salud; 1992.
20. Ministerio de Salud. Resolución 02927. "Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones". Republica de Colombia: Diario Oficial No. 43.358, del 10 de agosto de 1998; 1998.
21. Ministerio de Salud. Resolución 1995. "Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica". Republica de Colombia: Diario Oficial 43655 de agosto 5 de 1999; 1999.
22. Ministerio de Salud. Resolución 3374. "Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados". Republica de Colombia: Diario Oficial No 44.276, del 30 de diciembre de 2000; 2000.
23. Ministerio de Salud. Resolución 945. "Por la cual se adopta en Colombia la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Novena revisión". Republica de Colombia: Ministerio de Salud; 1999.
24. Ministerio de Salud. Resolución 1895. "Por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima revisión". Republica de Colombia: Diario Oficial No. 44.673, de 11 de enero de 2002; 2001.
25. Ministerio de Salud. Resolución 1043. Anexo Tecnico No 2 , "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones". Republica de Colombia: Ministerio de Salud; 2006.
26. Congreso de Colombia. Ley 1164. "Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud" Republica de Colombia: Diario Oficial No. 46.771 de 4 de octubre de 2007; 2007.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441. "Por la cual se definen procedimiento y condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones". Republica de Colombia: Diario Oficial No. 48.787 de 11 de mayo de 2013; 2013.
28. Ministeriode Salud y Protección Social. Resolución 2003. "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud". Republica de Colombia: Diario Oficial 49.167 del 30 de Mayo de 2014; 2014.
29. Camara de Comercio de Bogotá. Boletín 3424 de registros Republica de Colombia: Camara de Comercio de Bogotá; 2014 [cited 2016 20-04]. Available from: <http://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/12839>.
30. Web Marketing Colombia. 2º congreso Mundial de Terapia Neural y Odontología Neurofocal Colombia: WordPress; 2016 [cited 2016 24-04]. Available from: <http://congresomundialterapianeural.com/>.
31. Dosch P, Dosch M. Manual of Neural Therapy According to Huneke: Thieme; 2007.

32. Salazar-Marin JI. La terapia neural: de terapia "ortodoxa" a medicina Neuralterapéutica. In: Beltran Dussán EH, Vega Oviedo JA, editors. Medicina neuralterapéutica: un abordaje desde los sistemas médicos complejos. Primera ed. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2013. p. 15-28.
33. Segura-Chavez PR, Beltran-Dussán EH. Diseño de un modelo de historia clínica para terapia neural acorde con la reglamentación actual en Colombia. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
34. Osorio-Díaz Y. Odontología Neurofocal: otra racionalidad. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. 2003;65.
35. Bykov KM. Text-book of Physiology: Foreign Languages Publishing House; 1960.
36. Nadin M. Anticipation: Learning from the Past: The Russian/Soviet Contributions to the Science of Anticipation: Springer International Publishing; 2015.
37. Speransky AD. Bases para una nueva teoría de la medicina. Buenos Aires, Argentina: Psique; 1954. 507 p.
38. Vischñevsky A, Vischñevsky A. El bloqueo novocaínico y los antisépticos óleo balsámicos como una forma de terapéutica patogénica. Buenos Aires: Cartago; 1958.
39. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona (España): Edición digital a partir de Barcelona, Salvat; 1978.
40. Burke RE. Sir Charles Sherrington's The integrative action of the nervous system: a centenary appreciation. Brain. 2007;130(4):887-94.
41. Sherrington CS. Flexion-reflex of the limb, crossed extension-reflex, and reflex stepping and standing. The Journal of physiology. 1910;40(1-2):28-121.
42. Sherrington CS. Experiments on the value of vascular and visceral factors for the genesis of emotion. Proceedings of the Royal Society of London. 1899;66(424-433):390-403.
43. Navarro-Morantes K, Pinilla-Bonilla LB. Los aportes de Henry Head a las bases neuroanatómicas y fisiológicas de la terapia de segmento. MÉDUIS. 2013;26(2):33-44.
44. Pequeño diccionario médico etimológico. España: Dpto. de Filología clásica e Indoeuropeo-Universidad de Salamanca; 2000. p. 176.
45. de Taboada MN. Diccionario de la lengua castellana. Paris: Seguin - Imprenta de Lachevardiere hijo; 1825.
46. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española (22.ª edición) Madrid2001 [cited 2016 16-02]. Available from: <http://dle.rae.es/>.
47. Diccionario Oxford-Complutense. Editorial Complutense; 2001. Diccionario de medicina.
48. Laín Entralgo P. El diagnóstico médico : historia y teoría. Barcelona, España: Salvat; 1982. 425 p.
49. Ander-Egg E, Aguilar MJ. Diagnóstico social: conceptos y metodología: Lumen; 1995.
50. Arteaga-Basurto C, Montañó G. Diagnóstico. 2001:83-7.
51. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Revista Colombiana de Cirugía. 2012;27(1):15-24.
52. Cruz-Hernández J, Hernández-García P, Dueñas-Gobel N, Salvato-Dueñas A. Importancia del Método Clínico. (Spanish). Importance of the clinical method (English). 2012;38(3):422-37.
53. García-Gual C, Lara-Nava M, López-Ferez J, Cabellos-Alvarez B, Esteban A, García-Novo E. Tratados hipocráticos/introducción Carlos García Gual. España: Editorial Gredos; 1983 (2007). 482 p.
54. Laín Entralgo P. La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. 1998.

55. Kuhn TS, Solis C. La Estructura de las Revoluciones Científicas: Fondo De Cultura Economica USA; 2013.
56. Laval-R E. Thomas Sydenham y la individualización de la escarlatina. *Revista chilena de infectología*. 2003;20:215-7.
57. García-Ballester L. Elementos para la construcción de las historias clínicas en Galeno. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 1995;15:047-65.
58. Pérez-Tamayo R. De la magia primitiva a la medicina moderna: Fondo de Cultura Economica; 2012.
59. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Decima Revision. Washington, D.C: OPS; 2003. 173 p.
60. Malpica CR, Salas MÁDL, Rojas AM. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Una aproximación crítica a su quinta edición (DSM5^a). *Gac Méd Caracas*. 2014;122(3):208-18.
61. Gómez-Rivadeneira A. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Repositorio Institucional Digital - Ministerio de Salud de Colombia*. 2015;Numero 7:66-73.
62. Burkle T, Martins A. Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais–DSM: Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
63. Del Barrio V. Raíces y evolución del DSM-IV. *Revista de historia de la psicología*. 2009;vol. 30, núm. 2-3 81-90.
64. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*: Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013.
65. Dosch P. Libro de enseñanza de la terapia neural segun Huneke (terapia procainica): Robles; 1985.
66. Kidd RF. *Neural Therapy: Applied Neurophysiology and Other Topics*: Robert F. Kidd; 2005.
67. Payán JC. Ciencia y Terapia Neural2004 [cited 2015 11-27]. Available from: <http://www.oocities.org/tneural/ctn.pdf>.
68. Fischer L. *Terapia Neural según Huneke: Fundamentos, Técnica, Aplicación Practica*. . Mexico: Hippokrate Verlag Stuttgart; 2000. 317 p.
69. Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Preludio. Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York. OMS Ginebra*; 1946.
70. Cardozo AM, Andrade P LE, Pinilla-Bonilla LB. El enfermar como proceso evolutivo emergente: Tesis de maestría en Medicina Alternativa], Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; 2011.
71. Pinilla-Bonilla LB, Zalamea F. Análisis crítico de los procedimientos teóricometodológicos de las investigaciones de AD Speransky que sustentan la terapia neural desde la lógica peirceana. Bogotá, Colombia: Tesis de maestría en medicina alternativa. Facultad de medicina. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, 2010.
72. Moore KL, Dailey AF, Agur AMR. *Anatomía con Orientación Clínica - MOORE*. Health WK, editor. Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins 2013. 1164 p.
73. Latarjet M, Liard AR. *Anatomía humana: Editorial Médica Panamericana*; 2004.
74. Wancura-Kampik I. *Anatomía segmentaria - Acupuntura segmentaria*. *Revista Internacional de Acupuntura*. 2010;04(02):70-4.
75. Payán JC. *Lánzate al vacío. Se extenderán tus alas*. Bogot: McGraw-Hill Spanish. 2000.

76. Carrera E, Tononi G. Diaschisis: past, present, future. *Brain*. 2014;137(9):2408-22.
77. van den Heuvel MP, Hulshoff Pol HE. Exploración de la red cerebral: una revisión de la conectividad funcional en la RMf en estado de reposo. *Psiquiatría Biológica*. 2014;21(03):28-41.
78. de la Iglesia-Vayá M, Molina-Mateo J, Escarti-Fabra MJ, Martí-Bonmatí L, Robles M, Meneu T, et al. Técnicas de análisis de posproceso en resonancia magnética para el estudio de la conectividad cerebral. *Radiología*. 2015;57(03):236-45.
79. Luauté J-P, Luauté J, editors. La diaschisis de Von Monakow. *Historique et devenir d'une découverte*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*; 2005: Elsevier.
80. Keller TA, Just MA. Structural and functional neuroplasticity in human learning of spatial routes. *NeuroImage*. 2016;125:256-66.
81. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Metodología de la investigación*: McGraw-Hill Education; 2014.
82. Churchill GA. *Investigación de mercados*: Thomson Learning; 2002.
83. Alea SA, Barrachina MDVC. *La vida humana en la encrucijada: Pensar la bioética*: Ediciones Encuentro, S.A.; 2011.
84. Tealdi JC, Keyeux G, Penchaszadeh V, Saada A. Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas. Keyeux G, Penchaszadeh V, Saada A (coords) *Ética de la Investigación en seres humanos y políticas de salud pública* Bogotá: UNESCO-Universidad Nacional de Colombia. 2006:33-62.
85. Rancich A, Pérez M, Gelpi R, Mainetti J. Análisis de los principios éticos de beneficencia y de no-maleficencia en los Juramentos Médicos, en relación al Hipocrático. *Gac Med Mex*. 1999;135:345-51.
86. Mazzanti Di Ruggiero MdlÁ. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Rev colomb bioet*. 2011;6(1).
87. Tealdi JC. Los principios de Georgetown: análisis crítico. Garrafa, V, Saada, A, Kottow, M(coords), *Estatuto epistemológico de la Bioética*, México, UNAM-UNESCO. 2005:35-54.
88. Ministerio de Salud. Resolución 008430. "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". República de Colombia: Ministerio de Salud; 1993.
89. Sanz C. *Emoenergética, Psicología Neochamánica*: Ico López-Rienda; 2012.
90. McCormack D. *Online Etymology Dictionary Pennsylvania*: Douglas Harper; 2001-2016 [cited 2016 01-05]. Available from: <http://www.etymonline.com/index.php>.
91. Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent-Farnell J, Ramón JR. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007;30:177-90.
92. Nebreda CCÁ. *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*: Díaz de Santos; 1998.
93. Ghatak N. *Enfermedades Crónicas*: B Jain Publishers Pvt Limited; 2002.
94. Von Bertalanffy L. *Teoría general de los sistemas*: Fondo de cultura económica; 1993.
95. Arnold M. Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta de Moebio Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*. 1998(3).