



GHEOS
PROYECTO NATURAL

DOS JORNADAS PRESENCIALES

impartidas por

Julio Alonso



SÁBADO 4 DE JULIO

POSTUROLOGIA T.E.I.

según *Julio Alonso*



JORNADA GRATUITA

por cortesía de
Gheos Proyecto Natural SL



HORARIO: 9:00 – 18:00

- 09:00** Bienvenida y Presentación.
- 09:30** El sistema postural fino, entradas posturales.
- 10:15** Test Posturales: Romberg, Fukuda, Bassani, Oculomotricidad, Test AR postural y Test del anillo.
- 11:00** Corrección Postural desde la oreja.
- 11:45** Sobre carga hepática y dolor: TOXIRID. (Usos clínicos)
- 12:30** Dolor musculoesquelético y síndrome psicovegetativo: INFLAMAX Y ANSIRID (Usos clínicos)
- 13:00** Inmunoperturbancia y carga viral corrección con MUNITPLUS VIR (Usos clínicos)
- 13:30** Estatus irritativo y corrección con PEA. (Usos clínicos)
- 14:00** **Pausa COMIDA**
- 15:30** Regulación de la estática.
- 16:15** Elaboración de la plantilla propioceptiva correctora
- 17:30** Conclusiones
- 18:00** Cierre de la Jornada



DOMINGO 5 DE JULIO

REFLEXOTERAPIA TIBIOPERONEA

según *Julio Alonso*



PRECIO: 150€

Incluye documentación
y certificado de asistencia



HORARIO: 9:30 – 15:00

- 09:30** Tratar de la periferia al centro. Estimulación distal de acción central.
- 10:00** Somatotopia EZIWO en el fémur, Pie, Tibia y Peroné.
- 10:45** Activación de células madre y Autoregeneración.
- 11:30** Somatotopía o mapa reflejo de Rudolf Siemer.
- 12:15** Líneas energéticas de Matsunaga
- 12:45** Regulación neurohormonal
- 13:00** Corrección y estímulo con agujas de acupuntura, color, láser y magnética tape.
- 13:45** Masaje Profundo de estas somatotopías.
- 14:30** Conclusiones.
- 15:00** Cierre de la Jornada



IMPARTE:

Julio Alonso

Especialista en posturología, terapias naturales
y técnicas de regulación del sistema postural.



LUGAR:
GHEOS PROYECTO NATURAL SL
Calle Nápoles 216, 08013 Barcelona



GHEOS
PROYECTO NATURAL



T. 608 02 69 60
(WhatsApp)



PLAZAS LIMITADAS – INSCRIPCIÓN PREVIA



info@gheosnatural.com



www.gheosnatural.com

Nota de uso del manual

Este documento ordena y desarrolla el material compartido para las dos jornadas presenciales impartidas por Julio Alonso. No sustituye a la práctica ni al criterio clínico del docente: está concebido como guía de estudio, mapa conceptual y cuaderno de consulta para facilitar la integración de la Posturología T.E.I. y de la Reflexoterapia Tibioperonea.

El manual diferencia tres niveles: fisiología y neurofisiología generalmente aceptadas; modelos clínicos utilizados por la Terapia Energética Integrativa; y observaciones prácticas propias del método de Julio Alonso. Esta distinción permite respetar la riqueza del enfoque sin mezclar planos de validación diferentes.

Idea central: La intención de ambas jornadas no es aprender una colección de puntos o maniobras, sino recuperar la capacidad de dialogar con el sistema, reconocer los obstáculos a la autorregulación y estimular el organismo de la periferia al centro.

Programa del curso

Sábado 4 de Julio de 2026: jornada dedicada a la Posturología T.E.I. según Julio Alonso, centrada en la evaluación del sistema postural fino, sus entradas sensoriales y la regulación clínica de la estática mediante test, corrección auricular, lectura de captores y apoyos funcionales.

- 09:00 - Bienvenida y presentación.
- 09:30 - El sistema postural fino y las entradas posturales.
- 10:15 - Test posturales: Romberg, Fukuda, Bassani, oculomotricidad, test AR postural y test del anillo.
- 11:00 - Corrección postural desde la oreja.
- 11:45 - Sobrecarga hepática y dolor: TOXIRID. Usos clínicos.
- 12:30 - Dolor musculoesquelético y síndrome psicovegetativo: INFLAMAX y ANSIRID. Usos clínicos.
- 13:00 - Inmunoperturbancia y carga viral: corrección con MUNITPLUS VIR. Usos clínicos.
- 13:30 - Estatus irritativo y corrección con PEA. Usos clínicos.
- 14:00 - Pausa comida.
- 15:30 - Regulación de la estática.
- 16:15 - Elaboración de la plantilla propioceptiva correctora.
- 17:30 - Conclusiones.
- 18:00 - Cierre de la jornada.

Domingo 5 de Julio de 2026: jornada dedicada a la Reflexoterapia Tibioperonea según Julio Alonso, orientada al trabajo de la periferia al centro mediante somatotopías, mapas reflejos, líneas energéticas, regulación neurohormonal y técnicas de estimulación manual, cromática, láser, magnética o con agujas.

- 09:30 - Tratar de la periferia al centro. Estimulación distal de acción central.
- 10:00 - Somatotopía EZIWO en el fémur, pie, tibia y peroné.
- 10:45 - Activación de células madre y autorregeneración.
- 11:30 - Somatotopía o mapa reflejo de Rudolf Siemer.
- 12:15 - Líneas energéticas de Matsunaga.
- 12:45 - Regulación neurohormonal.
- 13:00 - Corrección y estímulo con agujas de acupuntura, color, láser y magnetic tape.
- 13:45 - Masaje profundo de estas somatotopías.
- 14:30 - Conclusiones.
- 15:00 - Cierre de la jornada.

Lectura del programa: El sábado organiza la evaluación y regulación postural. El domingo profundiza en el estímulo distal y las somatotopías. Ambas jornadas comparten una misma lógica: observar, testar, intervenir con precisión y

volver a comprobar la respuesta del sistema.

Índice orientativo

- 1. Introducción: dos jornadas para el equilibrio
- 2. Fundamentos de la T.E.I.
- 3. Sistema vivo, autopoiesis y redes biológicas
- 4. El sistema del tono postural fino
- 5. Captadores posturales: ojos, vestíbulo, mandíbula, piel, pies y vísceras
- 6. Test posturales y lectura clínica
- 7. Corrección postural desde la oreja
- 8. Usos clínicos del sábado: dolor, carga hepática, inmunidad y estatus irritativo
- 9. Regulación de la estática y plantillas propioceptivas
- 10. Reflexoterapia Tibioperonea: tratar de la periferia al centro
- 11. Somatotopías: ECIWO/EZIWO, Siemer, Jarricot y mapas reflejos
- 12. Dermalgias viscerocutáneas según Jarricot
- 13. Líneas energéticas de Matsunaga y regulación neurohormonal
- 14. Herramientas de estímulo: agujas, color, láser, magnetismo y masaje
- 15. Obstáculos principales en T.E.I.
- 16. Terreno biológico, intestino y alimentación
- 17. Alimentación y suplementos: lectura práctica
- 18. Secuencia clínica integrativa
- 19. Casos clínicos orientativos
- 20. Consejos prácticos para el terapeuta
- 21. Ideas clave para recordar
- 22. Preguntas interesantes para hacer durante el curso
- 23. Glosario básico
- 24. Anexos gráficos
- 25. Fuentes y bibliografía de trabajo

1. Introducción: dos jornadas para el equilibrio

El programa del sábado se centra en la Posturología T.E.I.: identificación de captadores, evaluación de test posturales, corrección desde la oreja, regulación de la estática y uso clínico de distintos apoyos nutricionales o funcionales. El domingo profundiza en la Reflexoterapia Tibioperonea: estimulación distal con acción central, somatotopías, mapas reflejos, regulación neurohormonal y técnicas de corrección manual, cromática, láser, magnética o con agujas.

Aunque las dos jornadas parecen distintas, comparten una misma lógica: el cuerpo no se corrige por partes aisladas; se regula como sistema. Un problema de ojo, oído interno, mandíbula, cicatriz, pie, intestino o carga tóxica puede alterar el tono postural fino y, a la vez, la postura puede condicionar dolor, fatiga, regulación vegetativa y respuesta terapéutica.

Lectura integrativa: Postura, sistema nervioso, emoción, inmunidad e intestino no son compartimentos separados. Son entradas diferentes a una misma red reguladora.

Objetivos prácticos

- Saber mirar la postura como expresión de regulación y no sólo como alineación mecánica.
- Aprender una secuencia de test que permita priorizar captadores y obstáculos.
- Distinguir una compensación útil de una perturbación mantenida.
- Integrar auriculoterapia, reflejoterapia, posturología y nutrición funcional con prudencia clínica.
- Construir una práctica terapéutica que respete el ritmo del sistema.

Lo que conviene llevar al curso

- Curiosidad clínica: observar más que interpretar rápido.
- Capacidad de repetir test para comprobar fiabilidad.
- Apertura a modelos que combinan neurofisiología, experiencia clínica y lenguaje energético.
- Cuaderno de notas: muchas claves aparecerán en la demostración práctica.

2. Fundamentos de la T.E.I.

La Terapia Energética Integrativa se presenta como una propuesta que integra recursos diagnósticos y terapéuticos procedentes de distintas disciplinas. Su eje no es aplicar protocolos cerrados, sino dialogar con el sistema humano y detectar qué obstaculiza su respuesta reguladora.

En los documentos de seminario se insiste en que muchos tratamientos no funcionan porque existen obstáculos previos al diálogo terapéutico. Si el sistema está oscilando, invertido, bloqueado o saturado, el test deja de ser fiable y la intervención puede producir resultados pobres o transitorios.

Frase guía: No se trata de tratar síntomas aislados, sino de restablecer el diálogo con el sistema entero.

Sistema biopsicoenergético

El término sistema biopsicoenergético permite nombrar la interacción entre estructura física, información neurovegetativa, tono emocional, campo relacional, memoria corporal y capacidad de autorregulación. En lenguaje moderno, podríamos relacionarlo con redes neuroinmunoendocrinas, propiocepción, interocepción y plasticidad adaptativa.

Test, escucha y prioridad

El uso de test como el AR, el test del anillo o las evaluaciones posturales no debería entenderse como una técnica mecánica. Lo importante es la calidad de la pregunta, la estabilidad del contexto, la ausencia de obstáculos y la coherencia entre el resultado del test, la clínica y la respuesta posterior.

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
Test	Respuesta del sistema ante una pregunta terapéutica.	Sólo es útil si el sistema puede responder de forma estable.
Obstáculo	Interferencia previa al diálogo.	Debe corregirse antes de buscar puntos o tratamientos.
Prioridad	Qué entrada regula más con menos intervención.	Evita tratar demasiado o tratar en orden incorrecto.

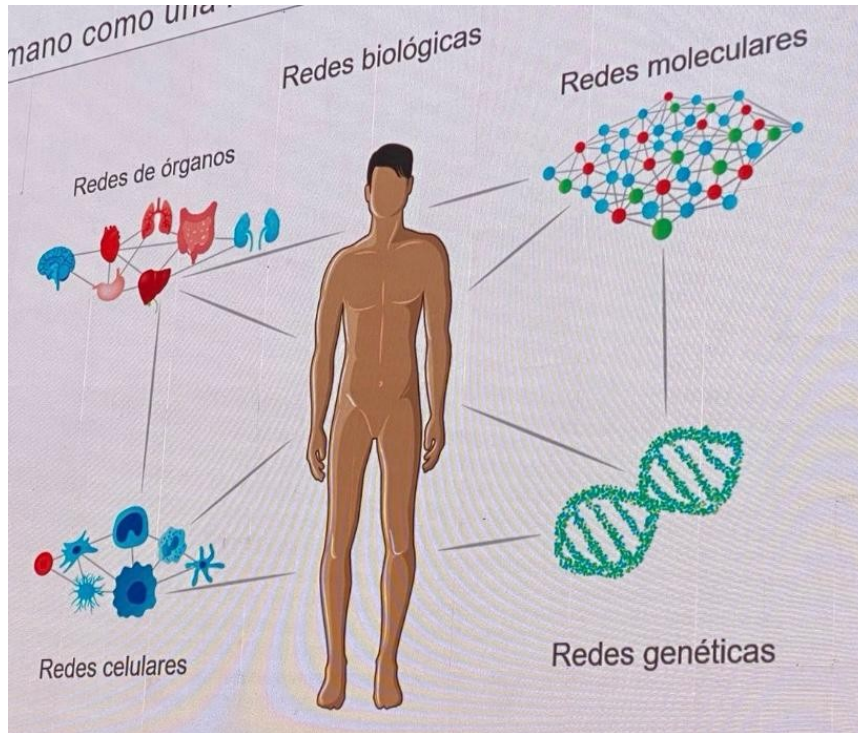
Resumen clarificador: La T.E.I. puede entenderse como una metodología de integración, selección y diálogo: no yuxtapone técnicas, sino que elige el recurso más útil para esa persona en ese momento.

Rigor dentro del modelo

La T.E.I. utiliza un lenguaje propio. Para trabajar con rigor dentro de ese lenguaje conviene repetir, comparar, registrar, verificar cambios posturales y observar si la mejoría se mantiene. El test no sustituye a la anamnesis, la exploración ni el razonamiento clínico; los complementa cuando se usa con método.

3. Sistema vivo, autopoiesis y redes biológicas

La autopoiesis, formulada por Humberto Maturana y Francisco Varela, define al ser vivo por su organización: un sistema autopoietico produce los componentes que mantienen la red que lo produce. Esta idea es útil para la T.E.I. porque desplaza la atención desde el síntoma aislado hacia la organización global del sistema.



Redes biológicas: niveles de organización que interactúan en el organismo.

La imagen de las redes biológicas ayuda a comprender que el cuerpo opera simultáneamente en escalas distintas: genes, moléculas, células, órganos, sistemas y conducta. En clínica, una intervención local puede tener efectos sistémicos si actúa sobre una entrada reguladora significativa.

De la estructura a la organización

Una lesión estructural explica parte del problema, pero no siempre explica por qué un paciente compensa bien y otro no; por qué un dolor reaparece; o por qué una corrección manual dura horas en unos casos y semanas en otros. La organización del sistema incluye memoria, tono vegetativo, carga inflamatoria, estado emocional, patrones posturales, ritmos biológicos y entorno.

Redes relevantes para estas jornadas

- Red visual-vestibular: orienta la cabeza y estabiliza el cuerpo en el espacio.
- Red propioceptiva: informa del estado de músculos, articulaciones, fascia y planta del pie.
- Red neurovegetativa: regula ritmo cardíaco, respiración, digestión, tono vascular y respuesta al estrés.
- Red inmune-inflamatoria: puede sensibilizar dolor y alterar recuperación.
- Red intestinal-microbiana: condiciona absorción, barrera, inflamación y metabolismo.
- Red psicoemocional: modula percepción, conducta y capacidad de cambio.

Aplicación clínica: Una intervención es integrativa cuando reconoce la red sobre la que actúa y verifica si mejora la organización global, no sólo el punto tratado.

Resumen clarificador: La prioridad es la organización: no basta con identificar dónde duele; hay que observar qué patrones sostienen el problema, qué compensaciones lo mantienen y qué contexto limita la capacidad de adaptación.

4. El sistema del tono postural fino

La posturología estudia la regulación y las alteraciones de la postura de pie. En el material del seminario se remarca que no es una terapia en sí misma, sino un medio de control de los sistemas que permiten mantenernos en bipedestación con buena geometría y buena forma.

El sistema del tono postural fino integra aferencias visuales, vestibulares, mandibulares, plantares, cutáneas, viscerales y propioceptivas. No actúan aisladas: cada captor puede compensar a otro, y una corrección local puede fracasar si el captor prioritario permanece perturbado.

Entradas posturales principales

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
Ojos	Convergencia, motricidad ocular, estabilización visual.	Puede condicionar rotaciones, balanceos y fatiga postural.
Vestíbulo	Orientación de la cabeza, aceleraciones, equilibrio.	Clave en mareo, inseguridad y desajustes de eje.
Mandíbula	Oclusión, ATM, cadenas cervicales y craneomandibulares.	Puede modificar Romberg y rotaciones de cadenas.
Pies	Exterocepción plantar y propiocepción.	Puede compensar o revelar captos superiores.
Piel y cicatrices	Interferencias cutáneas o fasciales.	Pueden perturbar cadenas posturales.
Visceras	Tono visceral, dolor referido, carga inflamatoria.	Puede expresarse en postura, dolor y protección muscular.

Idea clave: El cuerpo se mantiene de pie por integración de captos. Cuando uno se vuelve perturbador, el resto compensa hasta que la compensación se agota.

La postura como respuesta adaptativa

No toda asimetría es patológica. Muchas asimetrías son soluciones adaptativas. El objetivo no es imponer simetría externa, sino descubrir si una entrada está exigiendo demasiado al sistema y si su corrección mejora estabilidad, respiración, dolor, tono y percepción corporal.

5. Captores posturales

5.1 Los oculomotores, pilares de la estática

El sistema visual ofrece una referencia estable para la orientación. La oculoconvergencia y la oculomotricidad permiten fijar puntos, seguir objetos y coordinar ambos ojos. Un déficit de convergencia, una motilidad asimétrica o una fatiga visual pueden forzar adaptaciones cervicales, mandibulares y plantares.

- Observar si el paciente evita fijar la mirada o gira la cabeza para mirar.
- Comparar equilibrio con ojos abiertos y cerrados.
- Valorar si la corrección ocular modifica el Romberg o el test del anillo.
- No confundir problema ocular primario con compensación secundaria.

Base neurofisiológica: Visión, vestibular y propiocepción convergen en circuitos de orientación cefálica, equilibrio y control motor anticipatorio.

5.2 El vestíbulo del oído interno

El vestíbulo informa sobre posición y aceleración de la cabeza. Su integración con visión, cerebelo y propiocepción cervical permite saber dónde estamos en el espacio. En el material de posturología se menciona el vestíbulo del oído interno como captor clave y punto de anastomosis de pares craneales.

- Inestabilidad, mareo o inseguridad pueden sugerir implicación vestibular.
- La prueba de Fukuda y el Romberg ayudan a observar rotaciones y desviaciones.
- El sistema vestibular no debe interpretarse aisladamente: suele estar acoplado a ojos, cuello y pies.

5.3 La mandíbula y la ATM

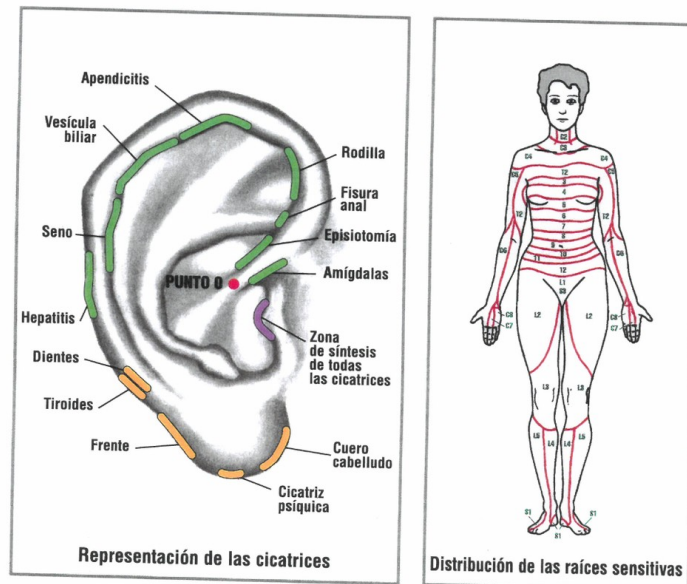
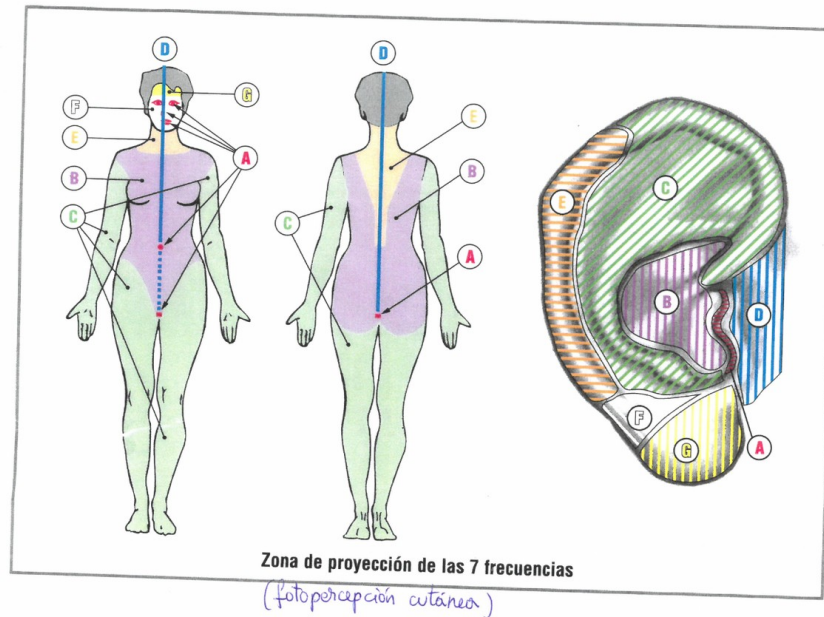
La mandíbula se relaciona con el cráneo, la columna cervical, la lengua, la deglución y las cadenas musculares anteriores. El seminario muestra cómo un oclisor entre los dientes puede modificar el Romberg y revelar vínculo entre oclusión y rotación de cadenas posturales.

- Observar desviación mandibular, bruxismo, tensión maseterina, mordida y dolor cervical.
- Testar con y sin oclisor para valorar si la mandíbula perturba o compensa.
- Recordar que una maloclusión puede estar compensada; no toda alteración oclusal es prioridad terapéutica.

Error frecuente: Tratar la ATM como causa única de la postura. En T.E.I. debe considerarse un captor más dentro de una red.

5.4 Piel, cicatrices y memoria tisular

Las cicatrices pueden actuar como focos de perturbación de las cadenas posturales. No sólo importa la cicatriz visible: también la sensibilidad, adherencia, dolor, anestesia, prurito, cambio de color, historia emocional del evento y relación con trayectos fasciales o cutáneos.



Zonas de proyección, cicatrices y raíces sensitivas en material de auriculoterapia.

Desde una visión neurofisiológica, una cicatriz puede alterar aferencia cutánea, movilidad fascial y mapa corporal. Desde la T.E.I., además, puede funcionar como interferencia bioinformativa que impide una respuesta coherente del sistema.

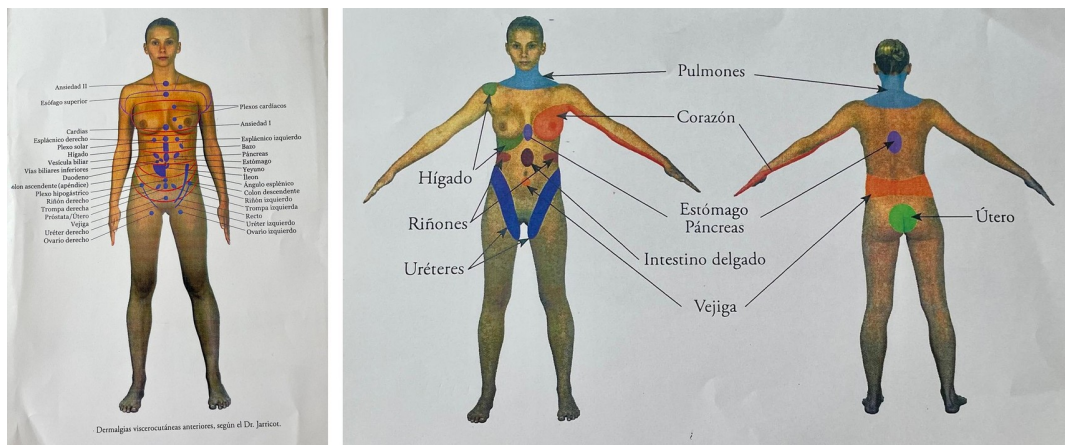
5.5 El pie

El pie combina exterocepción plantar, propiocepción articular, control de apoyo y distribución de cargas. En posturología es un captor esencial, pero también puede actuar como compensador de desequilibrios superiores.

- Valorar apoyo, arco, rotaciones, presión, sensibilidad plantar y estabilidad.
- Utilizar colchoneta de equilibrio para reducir la compensación plantar y revelar otros captosres.
- Evitar prescribir plantillas si no se ha comprobado qué entrada regula realmente al paciente.

5.6 Sistema visceral y dolor referido

El sistema visceral se comunica con pared corporal, fascia, sistema nervioso autónomo y tono muscular. Las dermalgias viscerocutáneas de Jarricot ayudan a observar zonas cutáneas vinculadas a vísceras y a fenómenos reflejos.



Mapas viscerocutáneos: proyecciones anteriores y posteriores según Jarricot.

La lectura de estas zonas no debe convertirse en diagnóstico de órgano. Sirve como pista de regulación: una zona cutánea dolorosa o alterada puede señalar sobrecarga funcional, reflejo mantenido o prioridad de tratamiento.

6. Test posturales y lectura clínica

Los test son herramientas para observar cómo se organiza el cuerpo ante una situación concreta. La utilidad clínica depende de la repetición, del contexto, de la comparación antes-después y de la capacidad de no forzar interpretaciones.

6.1 Romberg

El Romberg observa oscilaciones, desviaciones y estrategias de equilibrio. Se compara de pie, con ojos abiertos y cerrados, y puede modificarse con oclisor, estímulo auricular, apoyo plantar o colchoneta. En T.E.I. interesa menos “pasar o no pasar” la prueba y más descubrir qué entrada modifica la estabilidad.

6.2 Fukuda

La prueba de Fukuda observa rotación o desplazamiento al marchar sobre el sitio con ojos cerrados. Puede orientar sobre asimetrías vestibulares, propioceptivas o posturales. Debe interpretarse junto a otros datos, no como sentencia aislada.

6.3 Bassani

El test de Bassani se utiliza en el contexto de integración postural para valorar respuestas de cadenas y captor prioritario. Conviene registrar dirección, intensidad, repetibilidad y cambio tras corrección.

6.4 Oculomotricidad

La evaluación ocular observa convergencia, seguimiento, fatiga, movimientos sacádicos y coordinación. Una alteración puede aparecer como inestabilidad, tensión cervical o compensación mandibular.

6.5 Test AR postural y test del anillo

El AR y el test del anillo se emplean como herramientas de diálogo con el sistema. Antes de usarlos conviene descartar obstáculos mayores: oscilación, inversión, lateralidad, bloqueo psicológico, saturación o interferencias cutáneas.

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
Antes del test	Estado basal, no AR/AR inicial, respiración, postura.	Evita respuestas falsas.
Durante el test	Tocar, estimular o preguntar de forma precisa.	Determina si la entrada modifica la respuesta.
Después del test	Comprobar postura, dolor, estabilidad, sensación.	Confirma utilidad clínica.

6.6 Dominancias y lateralidad

Determinantes físicos de la dominación del Cerebro en el Mundo de los Sentidos

INSTRUCCIONES: Completa cada instrucción en la línea correspondiente a la conducta, indicando qué lado de su cuerpo era dominante" [ejemplo], si escribe con su mano derecha, puso una "X" en la columna llamada "DERECHA." Si no puede completar el ejercicio pon un "0" en la columna de ambos. Si puede hacer el ejercicio con ambos lados izquierdos y derecho por igual, ponga un "X" en ambas columnas. Recuerde que el hemisferio derecho controla el lado izquierdo del cuerpo y viceversa. "los mas importantes"

NOMBRE:	DERECHO	IZQUIERDA	AMBOS
Puede alzar individualmente una ceja?			
Cual ojo puede guiar mas f el?			
Con cual ojo enfoca? XX			
Que lado de su labio superior puede alzar? XX			
Cual lado de su labio inferior puede bajar?			
Cruza sus dedos. Cual dedo pulgar esta encima?			
Cruza sus brazos. Cual brazo esta encima?			
Con cual mano escribe?			
Con cual mano come?			
Que superficie de la palma de la mano es mas larga?			
Cual superficie de la palma de la mano es mas ancha?			
Cual mano tiene los dedos mas largos?			
Agarre su muñeca detras su espalda. Con qu mano realiz el agarre? XX			
Pongase con la espalda contra la pared. Cual pie tomara el primer paso?			
Ponga algo en el suelo que puede apuntar y dar un puntapie. Cual pie puede tener mas punteria?			
Si le tiran una pelota pequeña. Como la cojes?			
Todas las respuestas "X"= 1 punto, las respuestas "XX"= 2 puntos "0"= ning n punto.	TOTAL:		
	HD/I	HD/D	HD/HH

Ficha de determinantes físicos de dominancia sensorial y motora.

La ficha de dominancias recoge indicadores como ceja, ojo director, enfoque, labios, dedos cruzados, brazos cruzados, mano de escritura, mano de comer, palma, longitud de dedos, agarre posterior, primer paso, puntería y forma de coger una pelota. Su interés clínico está en observar lateralidad, coherencia hemisférica y posibles contradicciones entre dominancia manual, ocular, podal y postural.

Aplicación: Cuando la lateralidad está mezclada o el sistema responde de forma incoherente, conviene verificar si existe inversión u otro obstáculo antes de decidir tratamiento.

Resumen clarificador: La utilidad del test no está en dar positivo o negativo, sino en comparar condiciones: observar una línea basal, introducir una modificación sencilla y repetir exactamente la misma comprobación.

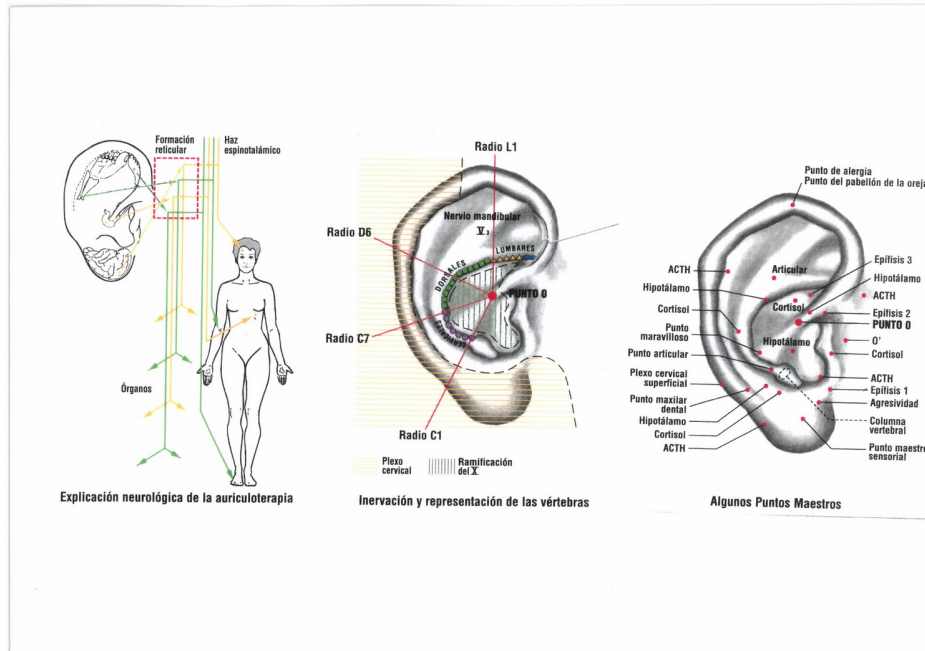
6.7 Test sentado y de pie

El material de posturología incluye testaje AR sentado y de pie como forma práctica y rápida para trabajar la postura. Cambiar de posición modifica la participación de captos plantares, vestibulares, visuales y fasciales. Comparar ambas posiciones ayuda a separar una interferencia postural global de una entrada dependiente del apoyo.

- Sentado: reduce el peso del captor plantar y permite observar cuello, ojos, mandíbula y tronco.
- De pie: integra pies, equilibrio, carga y estrategias de compensación.
- Sobre colchoneta: limita la compensación plantar y revela entradas superiores.

7. Corrección postural desde la oreja

La corrección desde la oreja se apoya en la idea de que el pabellón auricular puede reflejar y modular información del sistema. En auriculoterapia, la oreja se utiliza como mapa somatotópico y como entrada de regulación, especialmente por sus relaciones con nervios craneales, sistema trigeminal, vago, cervicales y redes autonómicas.



Representación auricular de frecuencias, cicatrices y raíces sensitivas.

Resumen clarificador: La oreja se usa como microsistema de evaluación e intervención: los mapas orientan la búsqueda, pero el criterio práctico es comprobar si el punto modifica dolor, postura, tono o respuesta del sistema.

Las siete frecuencias

El material de auriculoterapia muestra una distribución de siete frecuencias en el cuerpo y en la oreja. En el lenguaje de la T.E.I. estas zonas orientan estímulos de regulación. Conviene utilizarlas como mapa funcional, comprobando siempre la respuesta con test y con cambios clínicos observables.

Cicatrices en la oreja

El mapa de cicatrices incluye zonas vinculadas a apendicitis, vesícula biliar, seno, hepatitis, dientes, tiroides, frente, cuero cabelludo, fisura anal, episiotomía, amígdalas y síntesis de cicatrices. La utilidad práctica es detectar si una cicatriz física o psíquica se comporta como interferencia.

Raíces sensitivas

La distribución de raíces sensitivas permite relacionar zonas corporales con segmentos. Este enfoque ayuda a distinguir dolor local, dolor referido y entrada refleja. Debe combinarse con exploración clínica convencional para evitar sobrediagnóstico.

Precaución: El mapa auricular no diagnostica por sí solo. Sugiere entradas de tratamiento que deben comprobarse mediante cambios en postura, dolor, movilidad o respuesta autonómica.

8. Usos clínicos del sábado: dolor, carga hepática, inmunidad y estatus irritativo

El programa del sábado vincula varios bloques clínicos con productos concretos. La lectura más útil para el alumno no es memorizar producto-síntoma, sino comprender qué terreno funcional representa cada bloque y cómo puede influir en postura, dolor y regulación.

8.1 Sobrecarga hepática y dolor: TOXIRID

La carga hepática puede expresarse como fatiga, intolerancia digestiva, inflamación, pesadez, dolor difuso o peor recuperación. En un enfoque integrativo, apoyar vías de detoxificación y drenaje puede reducir carga inflamatoria y mejorar respuesta del sistema, siempre valorando tolerancia y contexto.

8.2 Dolor musculoesquelético y síndrome psicovegetativo: INFLAMAX y ANSIRID

El dolor musculoesquelético crónico raramente es sólo mecánico. El tono simpático, la ansiedad, la inflamación de bajo grado, el sueño y la percepción de amenaza pueden amplificar la señal dolorosa. Desde esta lectura, INFLAMAX se orientaría al eje inflamación-dolor y ANSIRID al eje regulación emocional-neurovegetativa.

8.3 Inmunoperturbancia y carga viral: MUNITPLUS VIR

La carga viral o inmunológica puede actuar como ruido de fondo. Un sistema que dedica recursos a vigilancia inmune puede tener menor capacidad de reparación, mayor fatiga y más sensibilidad al dolor. El objetivo clínico es acompañar defensas y reducir interferencia, no sustituir diagnóstico médico cuando haya signos de infección o patología relevante.

8.4 Estatus irritativo y corrección con PEA

La PEA se interpreta habitualmente como modulador de inflamación neurogénica y dolor. En un paciente con estatus irritativo, la prioridad puede ser bajar la reactividad del sistema antes de aplicar estímulos posturales intensos.

Lectura Gheos: Los productos se entienden mejor como ayudas de terreno: modulan carga, inflamación, inmunidad o tono vegetativo para que el tratamiento manual o reflejo tenga más posibilidades de sostenerse.

9. Regulación de la estática y plantillas propioceptivas

Regular la estática no significa “enderezar” al paciente de manera externa. Significa encontrar qué información necesita el sistema para reorganizar el tono. En ocasiones, la entrada correcta es ocular; en otras, mandibular, auricular, cicatricial, visceral o plantar.

9.1 Estrategia de regulación

- Establecer línea basal: postura, dolor, movilidad, equilibrio y sensación subjetiva.
- Comprobar obstáculos mayores antes de interpretar respuestas.
- Testar captosres uno a uno y combinados.
- Aplicar la mínima corrección eficaz.
- Volver a medir con los mismos test.
- Registrar si el cambio se mantiene al caminar, respirar o moverse.

9.2 Plantilla propioceptiva correctora

La plantilla propioceptiva busca ofrecer una información plantar específica, no simplemente soporte mecánico. Un pequeño estímulo puede cambiar la distribución del tono si se ubica en el punto adecuado y si el pie era una entrada prioritaria o un compensador clave.

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
Soporte mecánico	Busca sostener arco o corregir carga.	Útil en indicaciones estructurales.
Estimulación propioceptiva	Busca modificar información plantar.	Útil cuando cambia postura y test.
Corrección excesiva	Impone forma sin escuchar respuesta.	Puede empeorar compensaciones.

Regla práctica: Una plantilla debe probarse antes de prescribirse: si no mejora test, postura o sensación de estabilidad, conviene revisar prioridad.

10. Reflexoterapia Tibioperonea: tratar de la periferia al centro

La jornada del domingo parte de una idea potente: estimular desde la periferia para producir una acción central. La periferia no es un lugar secundario; es una red de entrada sensorial, propioceptiva, cutánea, vascular y neurovegetativa capaz de modular la representación corporal y la respuesta del sistema nervioso.

Procesos en que se fundamentan las Reflexoterapias, según J. Bossy

1. Procesos Nerviosos
 - a) Activación e inhibición
 - b) Retroacción
 - c) Convergencia
 - d) Inervación Recíproca
 - e) Memorización
 - f) Vías específicas o inespecíficas
2. Procesos Neuroquímicos
 - a) Serotonina
 - b) Acetilcolina central
 - c) Calcicolminas
 - d) Opiáceos endógenos
 - e) AMP c - GMP c - ACTH - Sustancia P
 - f) GABA - Glutámico
3. Procesos de Defensa, intervienen:
 - a) Acciones reflejas segmentarias, intersegmentarias o suprasegmentarias.
 - b) Activación de centros de control autónomo con efectos circulatorios, térmicos, endocrinos y tono del músculo liso.
 - c) Activación de centros inhibidores del tronco cerebral y la liberación de neuropéptidos
 - d) Activación de ejes de control neuroendocrinos
 - e) Activación de factores de regulación inmune y prostaglandinas. Estos procesos de defensa son esencialmente desencadenados por el estímulo de puntos de acupuntura de acción sistémica.

E₃₆ - IG₁₁ - BP₆ - VB₃₉ - V₁₈ - V₂₃ - VG₁₄

"La organización estructural radicular o interneuronal muestra que un estímulo localizado en un territorio distinto al que corresponde al órgano enfermo puede ser activo y que la estimulación de un lugar alejado puede tener una acción refleja rápida y específica sobre un órgano. Esta modalidad de acción responsable de ciertos resultados espectaculares, inmediatos no es la única involucrada en las reflexoterapias; los niveles suprasegmentarios, tálamo-estriados y corticales también pueden intervenir."

Niveles involucrados en las Reflexoterapias:

1. Nivel Periférico:
 - Sinápsis sensitivo dendrítica
 - Acción humoral Periférica
 - Activación de un circuito inhibidor en el segmento medular correspondiente
2. Nivel Medular Primario

Es la acción analgésica refleja muy localizada y depende de la periferia, formación reticular el puente y el mesencéfalo

La formación reticular bulbo-pontica controla el filtro medular primario y es controlado por la formación reticular mesencefálica, la cual modula el efecto

REFLEXOTERAPIAS

"Un reflejo puede definirse como la respuesta rápida de estructuras biológicas a un estímulo determinado, específico y localizado con precisión, fuera del control de la voluntad. Este esquema general, puede encontrarse en la reflexoterapia, la cual se define como un método de tratamiento consistente en la excitación, la anestesia o la cauterización de una región diferente de la que se encuentra afectada, con el fin de generar acciones reflejas favorables".

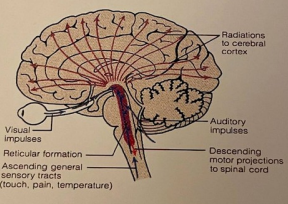
Jean Bossy

inhibidor de la formación reticular subyacente y activa los centros tálamo-corticales.

Es el lugar de reunión de las vías somestésicas y viscerales, lo que nos explica su rol esencial en el efecto visceral de estímulos somáticos y viceversa.

3. Centros tálamo estriados y corticales:

Seleccionan e integran los estímulos sensoriales brindándonos una calidad afectiva



Mecanismos reflejos y vías de estimulación periférica con acción central.

10.1 Estimulación distal de acción central

La piel, la fascia, el periostio, la musculatura y los receptores articulares transmiten información constante al sistema nervioso. Cuando un estímulo distal es preciso, suficiente y bien tolerado, puede reorganizar tono, percepción, dolor y respuesta vegetativa.

- La periferia informa al centro.
- El centro reorganiza la periferia.
- La respuesta terapéutica debe medirse en todo el sistema, no sólo en el punto estimulado.

10.2 Por qué tibia, peroné, fémur y pie

El miembro inferior soporta peso, orienta marcha, integra equilibrio y contiene mapas reflejos útiles para estimular la organización postural y visceral. La Reflexoterapia Tibioperonea aprovecha estas zonas como vías de acceso al sistema global.

Idea clínica: Cuanto más distal es la entrada, más importante es la precisión: un estímulo pequeño puede ser regulador si el sistema lo reconoce como información significativa.

11. Somatotopías: ECIWO/EZIWO, Rudolf Siemer y mapas reflejos

Una somatotopía es una representación del cuerpo en una parte del cuerpo. La más conocida es el homúnculo cortical, pero en terapias reflejas aparecen somatotopías en oreja, pie, mano, iris, cráneo, abdomen o miembro inferior. Su uso terapéutico requiere mapa, palpación, test y verificación.

11.1 Somatotopía ECIWO/EZIWO

El programa menciona la somatotopía EZIWO en fémur, pie, tibia y peroné. La ficha del curso escribe EZIWO; en la literatura suele encontrarse como ECIWO, acrónimo de Embryo Containing Information of the Whole Organism. Dentro de este modelo, un segmento corporal se entiende como un micro-sistema que contiene información del organismo completo. En la práctica, esta lógica permite buscar puntos sensibles, reactivos o reguladores sobre segmentos periféricos con intención de producir una respuesta central o sistémica.

- Localizar la zona somatotópica según mapa.
- Palpar cambios de textura, dolor, temperatura o sensibilidad.
- Comprobar con test si el punto modifica postura, dolor o AR.
- Estimular con la técnica más adecuada: presión, masaje, aguja, color, láser o tape.

11.2 Mapa reflejo de Rudolf Siemer

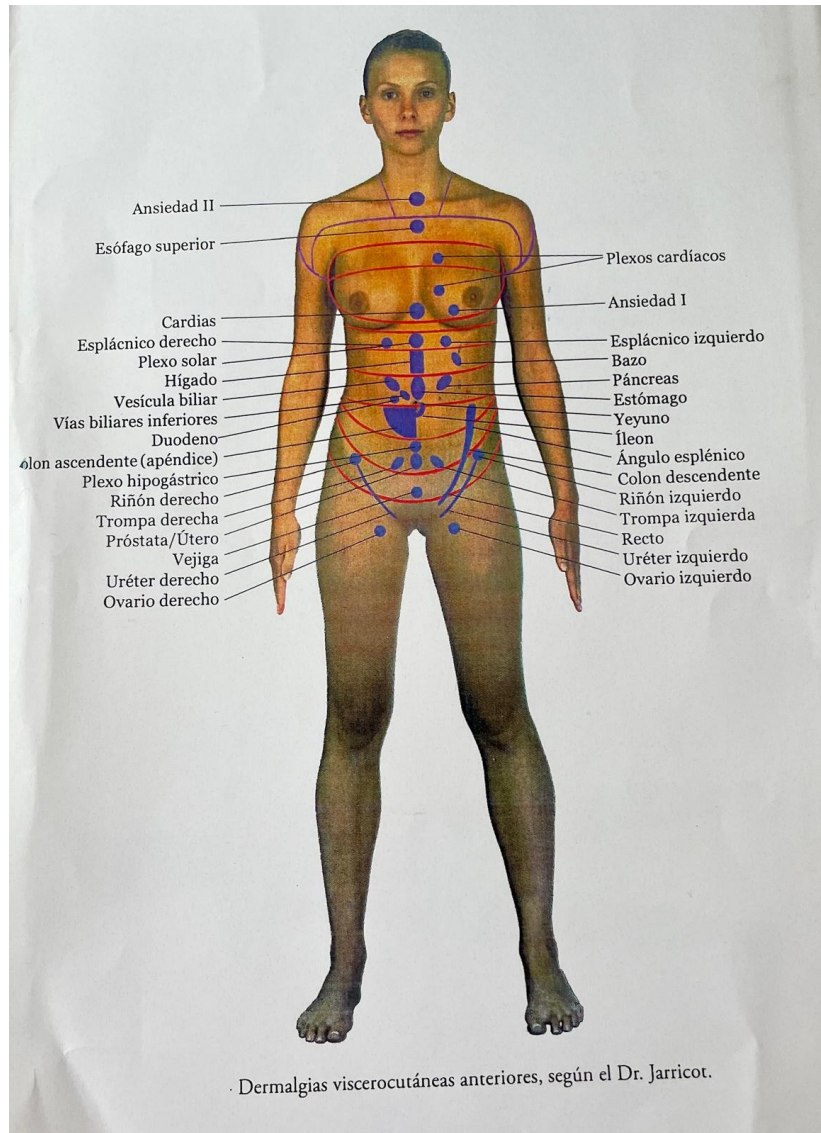
El mapa reflejo de Rudolf Siemer se incluye como una de las referencias del domingo. Su interés está en organizar zonas de correspondencia corporal que puedan tratarse de forma periférica. Para el alumno, lo fundamental será no memorizar puntos aislados, sino aprender la lógica de orientación y verificación.

11.3 Comparación con otros mapas

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
Auriculoterapia	Cuerpo reflejado en la oreja.	Rápida, precisa, muy útil para regulación postural.
Jarricot	Dermalgias viscerocutáneas.	Relaciona piel, viscera y reflejo segmentario.
ECIWO/EZIWO	Correspondencias en segmentos periféricos.	Permite estimular distalmente con acción central.
Siemer	Mapa reflejo específico.	Orienta masaje profundo y estímulos locales.

12. Dermalgias viscerocutáneas según Jarricot

Las dermalgias viscerocutáneas son zonas cutáneas que pueden volverse dolorosas o reactivas en relación con una función visceral. En la tradición de Jarricot, se exploran mediante palpación de zonas anteriores y posteriores. El hallazgo no equivale a diagnóstico orgánico, pero ofrece una pista de regulación.



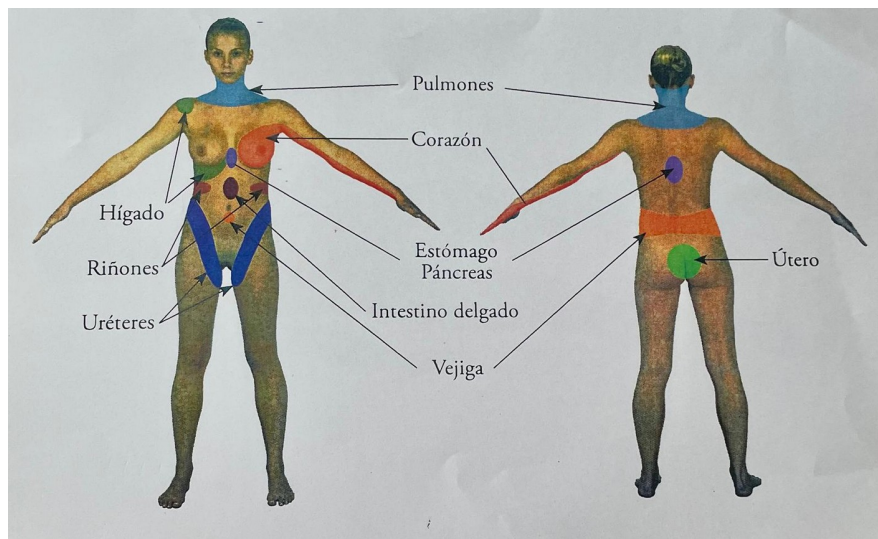
Dermalgias viscerocutáneas anteriores según Jarricot.

Resumen clarificador: Las dermalgias de Jarricot deben utilizarse como hipótesis de orientación, no como diagnóstico visceral. Se exploran bilateralmente, se cruzan con síntomas y se verifican con la respuesta al tratamiento.

12.1 Lectura anterior

El mapa anterior muestra zonas relacionadas con esófago superior, cardias, plexos cardíacos, plexo solar, hígado, vesícula biliar, vías biliares, duodeno, intestino, riñones, vejiga, uréteres, útero/próstata, ovarios/trompas y puntos asociados a ansiedad. Esta cartografía permite relacionar tensión corporal, dolor y reactividad vegetativa.

12.2 Lectura posterior



Zonas posteriores de correspondencia visceral.

La lectura posterior añade información sobre pulmón, corazón, estómago-páncreas, intestino delgado, vejiga, útero y otras zonas. La comparación delante-detrás ayuda a entender si el sistema expresa una carga visceral de forma segmentaria o global.

Precaución clínica: Una dermalgia reactiva debe invitar a explorar, no a etiquetar. Si hay signos de alarma, dolor persistente o síntomas orgánicos relevantes, se deriva o se solicita evaluación médica.

13. Líneas energéticas de Matsunaga y regulación neurohormonal

Las líneas de Matsunaga amplían el mapa clásico de meridianos y permiten leer trayectos corporales de tensión, sensibilidad y relación funcional. En un curso de Reflexoterapia Tibioperonea, su interés está en integrar el estímulo periférico con una visión longitudinal del cuerpo.

13.1 Cómo utilizar las líneas

- Observar si el dolor o la tensión siguen un trayecto.
- Palpar continuidad entre zonas distales y proximales.
- Comparar con meridianos, cadenas miofasciales y dermatomas sin confundirlos.
- Testar si estimular un punto distal modifica el trayecto completo.

13.2 Regulación neurohormonal

El programa incluye un bloque específico sobre regulación neurohormonal. En una lectura integrativa, este término conecta con eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, sistema nervioso autónomo, ritmos circadianos, hormonas del estrés, sueño, dolor, inflamación y respuesta inmune.

Puente con medicina funcional: Una corrección postural o refleja puede fracasar si el paciente está en hipervigilancia simpática, duerme mal, tiene inflamación activa o carga digestiva importante.

13.3 Sistema nervioso autónomo

El equilibrio simpático-parasimpático no es una simple balanza. El sistema alterna modos de acción, defensa, digestión, reparación y vínculo. La intervención terapéutica debe reconocer en qué estado se encuentra el paciente: colapsado, hiperactivado, agotado, bloqueado o disponible para integrar estímulos.

14. Herramientas de estímulo: agujas, color, láser, magnetic tape y masaje

El dominio incluye varias formas de corrección. La técnica elegida debe responder a la sensibilidad del paciente, al objetivo terapéutico y a la respuesta del test. No se trata de acumular estímulos, sino de encontrar el mínimo estímulo eficaz.

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
Agujas	Estimulación precisa y profunda.	Útiles cuando el punto es claro y el paciente tolera invasividad.
Color	Estímulo suave, informativo y no invasivo.	Interesante en pacientes sensibles o niños.
Láser	Estimulación puntual sin aguja.	Puede usarse en puntos dolorosos o zonas auriculares.
Magnetic tape	Estimulación mantenida.	Útil si se necesita sostener información durante horas o días.
Masaje profundo	Trabajo sobre somatotopías y tejido.	Integra sensibilidad, circulación, fascia y percepción.

14.1 Criterios de dosificación

- Más estímulo no siempre es mejor.
- Si el sistema está oscilando, conviene estabilizar antes.
- En pacientes reactivos, empezar con estímulos suaves.
- Comprobar siempre cambio inmediato y tolerancia posterior.
- Evitar intervenir sobre demasiadas entradas a la vez.

14.2 Masaje profundo de las somatotopías

El masaje profundo no es sólo una maniobra mecánica. En mapas reflejos, la presión organizada puede actuar como estímulo sensorial, propioceptivo y vegetativo. Debe adaptarse al tejido: zonas duras, frías, dolorosas o anestésicas no responden igual.

Regla de seguridad: Dolor terapéutico no significa dolor excesivo. Una zona que aumenta reactividad, mareo, náusea o bloqueo debe tratarse con menor intensidad o desde otra entrada.

15. Obstáculos principales para el diálogo con el sistema

En los seminarios de T.E.I. los obstáculos ocupan un lugar central. La idea es que antes de tratar conviene comprobar si el sistema puede responder. Si no hay respuesta inicial, o si el resultado clínico es incoherente o transitorio, puede existir un obstáculo mayor.

Resumen clarificador: Un obstáculo es una interferencia que vuelve inestable o poco fiable el diálogo terapéutico. Por eso conviene corregirlo antes de interpretar test o acumular tratamientos.

15.1 Oscilación

La oscilación se describe como un exceso de inestabilidad del sistema energético-vital. El sistema cambia de estado tan rápidamente que no mantiene un código de respuesta coherente. En términos prácticos, el tratamiento mejora y vuelve a recaer, a veces en minutos o días.

- Detección: zona de oscilación o de Frank Bahr en la frente.
- Corrección leve: masaje circular breve en la zona.
- Corrección más intensa: láser, agujas o punto maestro auricular según test.
- Lectura clínica: mejorías que no se sostienen pueden indicar oscilación.

15.2 Inversión de la polaridad neurovegetativa

La inversión se relaciona en el material con la primera costilla y el ganglio estrellado. No implica que el cuerpo material “funcione al revés”, sino que el código de comunicación del test queda invertido. Por eso puede dar información contraria y conducir a tratamientos ineficaces.

- Sospecha: respuestas incoherentes o información “al revés”.
- Detección: tocar bilateralmente primera costilla o puntos auriculares asociados.
- Corrección: liberar primera costilla, trabajar ganglio estrellado o punto auricular según método.
- Implicación clínica: si no se corrige, el test pierde fiabilidad.

15.3 Bloqueo psicológico y autosabotaje

El bloqueo psicológico se plantea como obstáculo cuando el sistema no permite avanzar o cuando aparecen respuestas que no encajan con el relato. El material propone maniobras provisionales con percusión en Intestino Delgado 3, timo y zona renal, y tratamientos con agujas o láser si persiste.

15.4 ATM, maloclusión y obstáculos medios

La ATM puede obstaculizar la evaluación, aunque se describe como un obstáculo frecuente y a menudo compensado. Se testa tocando la articulación y observando AR. Puede tratarse con maniobra de aflojamiento o punto maestro maxilar auricular.

15.5 Toxicidad, carga e interferencias

El lenguaje de carga incluye toxinas, infecciones, cicatrices, estrés, dolor, exceso de estímulo y saturación del sistema. El terapeuta debe aprender a reconocer cuándo el paciente necesita menos tratamiento y más descarga, descanso, sueño, drenaje, regulación digestiva o seguridad.

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
Oscilación	Mejoría que no se mantiene.	Estabilizar antes de tratar.
Inversión	Respuesta incoherente o invertida.	Corregir código de comunicación.
Bloqueo	No permite avanzar o aparece autosabotaje.	Tratar timo, ID3, riñón o enfoque emocional.
ATM	Mandíbula altera el test.	Aflojar o trabajar punto auricular.
Carga	Sistema saturado.	Reducir ruido antes de estimular.

Mensaje de Julio: Muchas veces, desaparecidos los obstáculos, el sistema se autorregula y no hace falta buscar una receta compleja.

16. Terreno biológico, intestino y alimentación

El libro La Primera Medicina sitúa la alimentación y el intestino como bases de salud. Para este curso, no interesa resumir todo el libro, sino extraer lo que se relaciona con regulación, inflamación, dolor, postura y respuesta terapéutica.

Resumen clarificador: El terreno intestinal no es un añadido secundario: barrera, microbiota, disbiosis, permeabilidad, alimentación, estrés y sueño condicionan dolor, inflamación y capacidad de sostener cambios posturales.

16.1 El intestino como barrera

El intestino delgado actúa como barrera física e inmunológica. Cuando aumenta la permeabilidad, pueden entrar antígenos, patógenos, toxinas y alimentos incompletamente digeridos. Esto puede activar respuestas alérgicas, autoinmunes, inflamatorias o neurológicas según el terreno.

16.2 Disbiosis e hiperpermeabilidad

La disbiosis altera la relación entre microbiota, mucosa e inmunidad. La hiperpermeabilidad se asocia a entrada de antígenos, translocación bacteriana o fúngica, micotoxinas y moléculas antigénicas. En la práctica integrativa, esto puede traducirse en dolor, fatiga, niebla mental, peor recuperación, irritabilidad y dificultad para sostener cambios posturales.

16.3 Dieta ancestral o hipotóxica

La propuesta de dieta ancestral o hipotóxica parte de recuperar alimentos menos procesados, reducir sobrecargas modernas y adaptar la alimentación a la capacidad digestiva real del paciente. No debe aplicarse de forma rígida ni igual para todos: el estado digestivo, la estación, la cultura alimentaria y la situación clínica importan.

Integración con postura: Un intestino inflamado puede aumentar tono protector, sensibilización y fatiga. Tratar postura sin tratar terreno puede producir cambios inestables.

17. Alimentación y suplementos: lectura práctica

La alimentación es una intervención diaria. En el marco de T.E.I. y posturología, puede entenderse como información repetida que el sistema recibe varias veces al día. Si esa información es inflamatoria o mal tolerada, el organismo tendrá menos margen para regularse.

17.1 Principios generales

- Reducir ultraprocesados, azúcares, harinas refinadas y grasas de mala calidad.
- Valorar tolerancia individual a gluten, lácteos y alimentos fermentables.
- Priorizar proteína suficiente, verduras, grasas de calidad y alimentos reales.
- Cuidar horarios, masticación, descanso digestivo y contexto emocional de la comida.
- Evitar dietas extremas en pacientes agotados, ancianos o con trastornos de conducta alimentaria.

17.2 Probióticos y salud intestinal

El material de La Primera Medicina destaca el papel de lactobacilos y bifidobacterias para recuperar equilibrio de flora, apoyar digestión, inmunidad, tránsito y protección frente a microorganismos patógenos. En clínica, los probióticos deben elegirse según objetivo: tránsito, diarrea postantibiótica, disbiosis, alergias, candidiasis o inmunidad.

17.3 Suplementos como apoyo de terreno

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
PEA	Estatus irritativo, dolor, neuroinflamación.	Bajar reactividad antes de corregir.
TOXIRID	Carga hepática, detoxificación, terreno tóxico.	Reducir ruido metabólico.
INFLAMAX	Dolor e inflamación musculoesquelética.	Modular terreno inflamatorio.
ANSIRID	Síndrome psicovegetativo, ansiedad, tono nervioso.	Facilitar regulación autonómica.
MUNITPLUS VIR	Carga viral e inmunoperturbancia.	Apoyar defensa y recuperación.

18. Secuencia clínica integrativa: paso a paso

Resumen operativo: La secuencia básica es: observar, establecer línea basal, introducir una condición, volver a observar y decidir si la respuesta es clara, reproducible y coherente con el paciente.

La siguiente secuencia organiza lo aprendido en las dos jornadas. No pretende sustituir la enseñanza de Julio, sino ofrecer un hilo conductor para no perderse durante la práctica.

- Escuchar el motivo de consulta y detectar signos de alarma.
- Observar postura espontánea, respiración, marcha, tono facial y contacto visual.
- Establecer línea basal con Romberg, Fukuda, oculomotricidad, test del anillo o AR.
- Comprobar obstáculos mayores: oscilación, inversión, bloqueo, ATM, cicatrices o carga.
- Valorar captores: ojos, vestíbulo, mandíbula, pie, piel, vísceras.
- Aplicar corrección mínima: oreja, punto reflejo, color, láser, aguja, masaje o tape.
- Repetir exactamente el test inicial.
- Comprobar integración dinámica: caminar, respirar, girar, subir/bajar, cerrar ojos.
- Decidir si hace falta apoyo de terreno: intestino, sueño, inflamación, inmunidad, detox.
- Registrar respuesta inmediata y plan de seguimiento.

18.1 Criterios de buena respuesta

- Más estabilidad y menos esfuerzo.
- Mejor respiración o sensación de amplitud.
- Disminución de dolor o amenaza percibida.
- Movimiento más fluido.
- Test más coherentes y repetibles.
- Paciente más presente, tranquilo o disponible.

18.2 Criterios de exceso de estímulo

- Mareo, náusea, fatiga súbita o irritabilidad.
- Dolor que aumenta y no se integra.
- Respuesta inestable: mejora y empeora rápidamente.
- Confusión, bloqueo o rechazo corporal.
- Necesidad de volver a tratar muchos puntos sin orden.

Principio terapéutico: La intervención adecuada suele sentirse como una reorganización, no como una imposición.

19. Casos clínicos orientativos

Caso 1: dolor cervical y fatiga visual

Paciente con dolor cervical de tarde, tensión mandibular y cansancio ocular. Romberg mejora al corregir convergencia. Interpretación: posible captor ocular como entrada prioritaria, con compensación cervical y mandibular. Plan: trabajo ocular suave, revisión de ergonomía, test de mandíbula y seguimiento de sueño.

Caso 2: lumbalgia recurrente y cicatriz abdominal

Paciente con lumbalgia que recae tras cada tratamiento. Cicatriz abdominal dolorosa y Romberg inestable. Al tratar la cicatriz, mejora equilibrio y flexión lumbar. Interpretación: interferencia cutáneo-fascial o memoria tisular que mantiene patrón protector. Plan: trabajo local progresivo y reevaluación de viscerocutáneo.

Caso 3: dolor difuso, ansiedad y sueño ligero

Paciente con dolor musculoesquelético, ansiedad, sueño superficial y reactividad alta a estímulos. Respuesta oscilante a tratamientos previos. Interpretación: sistema psicovegetativo hiperactivado con posible oscilación. Plan: estabilizar antes de corregir, estímulos suaves, apoyo de tono nervioso y seguimiento de ritmo circadiano.

Caso 4: fatiga, digestión pesada y dolor de hombro derecho

Paciente con pesadez digestiva, intolerancia grasa y dolor de hombro derecho. Zonas viscerocutáneas hepato-biliares reactivas. Interpretación: posible carga digestivo-hepática modulando dolor y tono. Plan: explorar hábitos alimentarios, apoyar digestión/detox, reducir inflamación y comprobar cambio postural.

Caso 5: inestabilidad y miedo al movimiento

Paciente con inseguridad al caminar y rotación en Fukuda. Mejora al estimular oreja y trabajar propiocepción plantar. Interpretación: integración vestibular-propioceptiva insuficiente con componente de amenaza. Plan: estímulo distal progresivo, ejercicios de equilibrio, evitar sobreestimulación.

20. Consejos prácticos para el terapeuta

- No empezar tratando: empezar observando.
- No confiar en un único test: repetir y cruzar información.
- No confundir mapa con territorio: el punto es una entrada, no una verdad absoluta.
- No sobretratar: el sistema necesita integrar.
- Registrar antes y después: postura, dolor, movilidad y sensación subjetiva.
- Explicar poco pero claro al paciente: demasiada teoría puede aumentar vigilancia.
- Derivar cuando haya signos de alarma o síntomas fuera del marco funcional.

20.1 Cómo tomar notas durante el curso

Elemento	Qué observa	Cómo orienta la práctica
Demostración	Qué hizo Julio primero.	Revela prioridad clínica.
Test usado	Romberg, AR, anillo, oculomotricidad.	Permite reproducir la secuencia.
Punto tratado	Zona exacta, lado, técnica.	Evita generalizaciones.
Cambio observado	Postura, dolor, expresión, respiración.	Confirma eficacia.
Comentario del docente	Frase o matiz clínico.	Suele ser la clave del método.

20.2 Cómo practicar después

Conviene practicar primero con casos sencillos y registrar resultados. Durante las primeras semanas, el objetivo no es “acertar” siempre, sino aprender a formular preguntas más claras al sistema y reconocer cuándo la respuesta no es fiable.

Práctica deliberada: Cada test debe tener una pregunta, cada tratamiento una hipótesis y cada sesión una verificación.

21. Ideas clave para recordar

- El cuerpo no es una suma de partes: es una red reguladora.
- La postura es una estrategia adaptativa, no sólo una forma exterior.
- Los captores posturales actúan combinados.
- La oreja puede ser una entrada de regulación postural y neurovegetativa.
- La periferia puede modular el centro si el estímulo es preciso.
- Las somatotopías son mapas funcionales: se verifican con la respuesta.
- Las cicatrices pueden comportarse como interferencias.
- Los obstáculos deben corregirse antes de interpretar test.
- La inversión puede hacer que la información del test salga al revés.
- La oscilación explica muchas mejorías que no se mantienen.
- El intestino y la inflamación condicionan dolor y capacidad de regulación.
- El mínimo estímulo eficaz suele ser más inteligente que el exceso de técnicas.
- Un buen tratamiento mejora coherencia, estabilidad y disponibilidad del paciente.
- La clínica manda: si el mapa no coincide con el paciente, se vuelve al paciente.

Frases de integración

- “Primero estabilizar, después corregir.”
- “El test no se cree: se verifica.”
- “El punto correcto es el que cambia el sistema.”
- “La periferia habla al centro y el centro reorganiza la periferia.”
- “La postura expresa historia, compensación y capacidad de adaptación.”

22. Preguntas interesantes para hacer durante el curso

Sobre posturología

- ¿Cómo diferencia Julio un captor primario de uno compensatorio?
- ¿Qué test considera más fiable cuando hay contradicción entre Romberg y Fukuda?
- ¿Cuándo decide trabajar desde la oreja y cuándo desde el pie?
- ¿Qué señales indican que una plantilla propioceptiva está bien indicada?
- ¿Qué errores ve con más frecuencia al evaluar oculomotricidad?

Sobre Reflexoterapia Tibioperonea

- ¿Cómo localiza el punto prioritario dentro de una somatotopía?
- ¿Qué diferencia práctica hay entre EZIWO y el mapa de Rudolf Siemer?
- ¿Cuándo prefiere masaje profundo frente a aguja, láser o color?
- ¿Qué respuesta inmediata espera ver tras una estimulación distal?
- ¿Cómo adapta la técnica en pacientes hipersensibles?

Sobre obstáculos

- ¿Cuál es la forma más rápida de sospechar oscilación en consulta?
- ¿Qué signos clínicos le hacen pensar en inversión?
- ¿Qué hace si un obstáculo reaparece varias veces durante la sesión?
- ¿Cómo diferencia bloqueo emocional de saturación fisiológica?
- ¿Cuándo conviene no tratar y dejar integrar?

Sobre integración con productos

- ¿Qué signos le orientan hacia carga hepática y TOXIRID?
- ¿Cuándo diferencia dolor inflamatorio de estatus irritativo para PEA?
- ¿Cómo decide entre ANSIRID e INFLAMAX en un síndrome psicovegetativo?
- ¿Qué papel da a MUNITPLUS VIR en pacientes con recaídas o fatiga?

23. Glosario básico

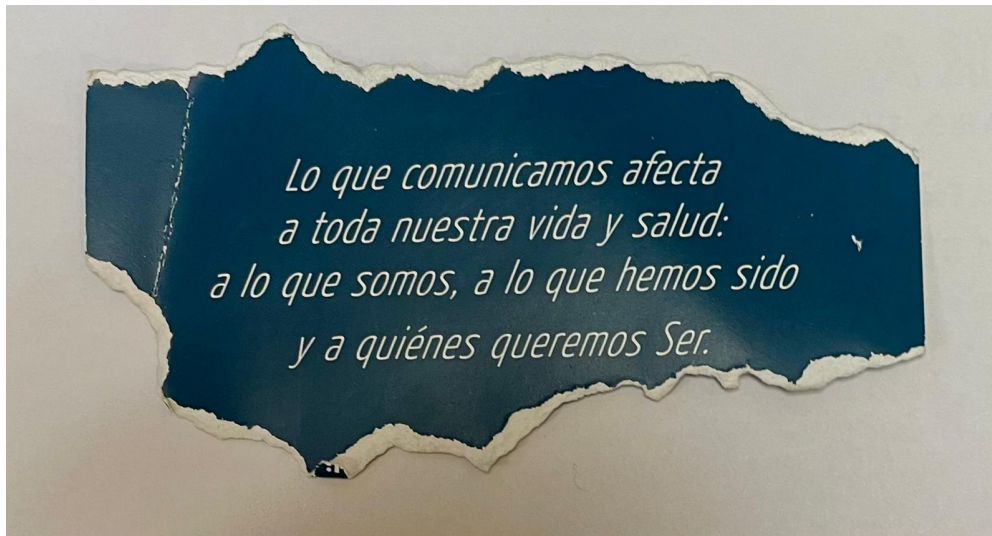
Término	Definición práctica
AR	Respuesta utilizada en T.E.I. para dialogar con el sistema mediante test.
Autopoiesis	Capacidad de un sistema vivo de mantener la organización que lo produce.
Captor postural	Entrada sensorial que participa en el control del tono postural fino.
Dermalgia	Zona cutánea dolorosa o reactiva vinculada a un reflejo visceral o segmentario.
Estatus irritativo	Estado de hiperreactividad del sistema, asociado a dolor o neuroinflamación.
Inversión	Obstáculo en el que el código de respuesta del sistema se invierte.
Oscilación	Inestabilidad de respuesta que impide mantener un código terapéutico coherente.
Somatotopía	Representación del cuerpo en una zona específica del cuerpo.
ECIWO/EZIWO	Modelo de microsistemas reflejos; ECIWO significa Embryo Containing Information of the Whole Organism, aunque en la ficha del curso aparece escrito como EZIWO.
T.E.I.	Terapia Energética Integrativa.
Tono postural fino	Regulación sutil y continua que permite bipedestación y orientación.

Términos que conviene no confundir

- Mapa reflejo no es diagnóstico médico.
- Estimulación energética no excluye base neurofisiológica.
- Asimetría no siempre es lesión.
- Dolor referido no siempre indica enfermedad orgánica.
- Corrección inmediata no garantiza mantenimiento si el terreno no cambia.

24. Anexos gráficos

24.1 Comunicación, salud y proceso terapéutico

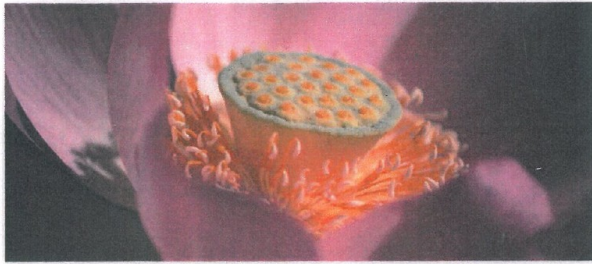


Lo que comunicamos afecta a toda nuestra vida y salud.

La comunicación terapéutica también es una intervención. La forma de preguntar, tocar, explicar o acompañar puede aumentar seguridad o aumentar amenaza. En pacientes con dolor crónico o hipervigilancia, el lenguaje del terapeuta forma parte del tratamiento.

24.2 Introducción a la Terapia Energética Integrativa

Un impacto emocional, un sufrimiento o estrés prolongado en el tiempo pueden ser origen de enfermedad, ya sea que afecte al campo emocional, mental o psíquico



en el tiempo pueden ser origen de enfermedad, ya sea que afecte al campo emocional, mental o psíquico. Actualmente además, observamos muchos hombres y mujeres cada vez más conscientes de su anhelo por encontrar un sentido a sus vidas, una necesidad de trascenderse a sí mismos, en ocasiones oculta bajo sus síntomas físicos, su dolor, su enfermedad: dolores de cabeza, estados depresivos, dolores generalizados identificados bajo sucesivas etiquetas, etc.

La T.E.I., Terapia Energética Integrativa, nace a partir de la observación de esta realidad y con el propósito de, partiendo de una visión total e integral, abarcar las diferentes formas en las que se manifiesta la enfermedad, los síntomas, y poder afrontarlos de la manera más completa posible. Realidades complejas requieren respuestas globales.

La T.E.I. es la suma práctica y efectiva de múltiples propuestas terapéuticas y evaluativas seleccionadas por su eficacia y sencillez a lo largo de treinta años de práctica clínica. Podríamos decir que es una confluencia múltiple, un cruce de caminos donde se encuentran las reflexoterapias, la auriculomedicina, la neuralterapia, el láser, los fotones y muchos de los sistemas diagnósticos y terapéuticos que componen la naturopatía. Su visión desde la totalidad del ser humano y la creación así como de los diferentes estadios evolutivos entre los que nos movemos le da una dimensión global, y todas las técnicas que se utilizan tienen en común esa perspectiva, que le otorga un sentido de coherencia y continuidad frente a lo que fácilmente podría verse como un conjunto de técnicas sin más. Todo ello hace que el método resulte sumamente eficaz desde el punto de vista clínico. La T.E.I. suma intenciones procurando mantenerse en un nivel muy práctico y sencillo.

T.E.I. es energética porque trabaja con energía, integrativa porque es un método abierto que va integrando lo mejor en la práctica terapéutica. Un sistema que puede ser individualizado y ajustado a

cada terapeuta según sus características y a cada paciente según su necesidad.

T.E.I. es también una terapia energética integral que quiere decir global, total, Inspirándonos en las corrientes filosóficas y científicas más avanzadas y al mismo tiempo la sabiduría milenaria de diferentes tradiciones, hablamos siempre de sistemas, de órdenes sistémicos que abarcan y al mismo tiempo son parte de otros. Desde una perspectiva integral cada parte refleja en sí misma la totalidad.

Cuando abordamos el síntoma de forma respetuosa, el sistema responde de manera sorprendentemente coherente, poniendo de manifiesto que la red de circuitos interconectados que favorecen el funcionamiento del sistema es algo vivo, cambiante y que responde a los impulsos coherentes poniéndose en orden. Las leyes de curación nos indican la dirección a seguir: de adentro hacia fuera y de arriba abajo. Poco a poco, aprendiendo a leer los síntomas mediante los cuales el cuerpo habla y pide curarse, observamos cómo ese impulso curativo es estimulado y recorre, podríamos decir, que ordenadamente, las

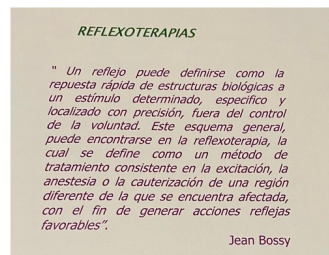
zonas a tratar. Un ejemplo claro de esto es el trabajo sobre los bloqueos energéticos denominados «focos interferentes», en términos de la Terapia Neural: muchas veces una cicatriz por intervención quirúrgica, o un órgano están provocando un cortocircuito energético que irradia hacia otras áreas relacionadas y que interactúan con ellas como parte de la red. ¿Cómo explicar si no que para corregir problemas menstruales actuemos sobre las anginas y mejore el funcionamiento del ciclo? Teniendo en cuenta la conexión entre el centro neurálgico de la garganta, y los órganos sexuales, es decir entre el 5º plexo energético y el 2º. O que los filtros o biocircuitos, colocados sobre las pantallas reflejas con una determinada información previamente chequeada restablezcan el buen funcionamiento general por el hecho de que reponen la buena comunicación entre los sistemas del cuerpo físico.

Se utilizan diferentes formas diagnósticas o evaluativas según la sensibilidad del terapeuta o la necesidad del paciente: el test del anillo, el VAS, la bioantena de los radiestesistas, la palpación fascial longitudinal (PFL), el triple pulso ayurvédico, y otros. Y en el ámbito de la observación el estudio del iris, la lengua, la oreja, las uñas, las manos, la huella digital y la morfología del cuerpo que nos habla de la constitución y el terreno del paciente. Todo ello actúa como «pantallas» que reflejan la totalidad y al mismo tiempo se proyectan hacia el resto el sistema.

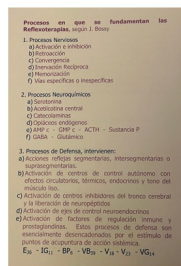
En el campo terapéutico propiamente dicho, y en la misma línea se utilizan filtros de tratamiento, homeopatía, dietas, acupuntura, ajustes vertebrales, biocircuitos, agujas de acupuntura que se colocan a veces sobre los microsistemas reflejos, como la mano, la oreja, etc. Se tratan, la oreja, el pie, la lengua con rayo láser de baja intensidad y las zonas reflejas del iris con color

Fragmento introductorio sobre Terapia Energética Integrativa.

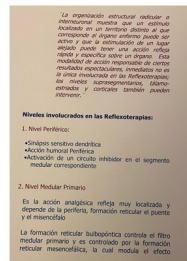
24.3 Material de contacto y esquemas reflejos



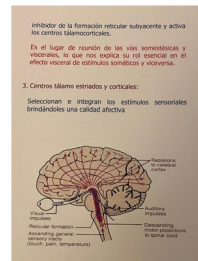
WhatsApp Image 2020-07-02 at 19.15.27.jpeg



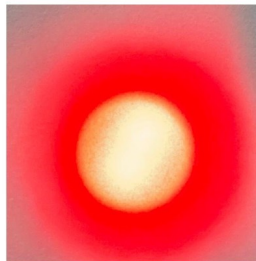
WhatsApp Image 2026-07-02 at 19.15.27 (1).jpeg



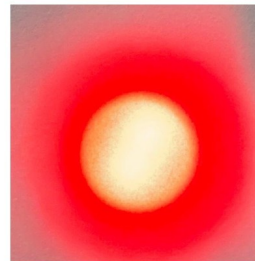
WhatsApp Image 2026-07-02 at 19.15.27 (2).jpeg



WhatsApp Image 2026-07-02 at 19.15.28.jpeg



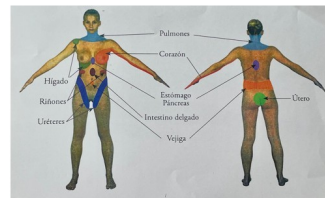
WhatsApp Image 2026-07-02 at 19.16.05.jpeg



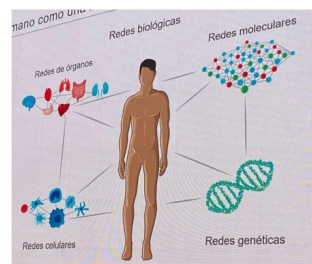
WhatsApp Image 2026-07-02 at 19.16.12.jpeg

[illegible]

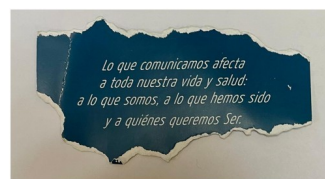
WhatsApp Image 2026-07-02 at 19.17.38.jpeg



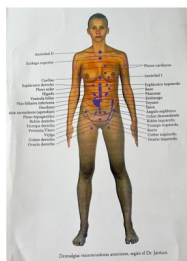
WhatsApp Image 2026-07-02 at 19.27.52.jpeg



WhatsApp Image 2026-07-02 at 19:26:48.jpeg



WhatsApp Image 2026-07-02 at 19.21.31.jpeg



Whisker Image 2020.07.02 at 19:27:59.jpg

Material visual complementario del curso.

Este anexo puede servir para tomar notas directamente durante la demostración. Es recomendable anotar sobre los mapas las observaciones prácticas de Julio: dirección de palpación, intensidad, técnica preferida y cambio esperado.

24.4 Espacio para anotaciones

25. Fuentes y bibliografía de trabajo

Fuentes principales utilizadas para la elaboración de este manual:

- Programa oficial de las dos jornadas presenciales de Gheos Proyecto Natural: Posturología T.E.I. y Reflexoterapia Tibioperonea según Julio Alonso.
- Julio Alonso Yáñez. Material docente de Posturología T.E.I. Seminario 2024.
- Julio Alonso Yáñez. Seminario de T.E.I.: obstáculos principales para el diálogo con el sistema biopsicoenergético.
- Julio Alonso Yáñez. La Primera Medicina. Hábitos alimenticios, salud intestinal, probióticos y suplementos especiales.
- Material de introducción a la Terapia Energética Integrativa.
- Material gráfico sobre auriculoterapia, siete frecuencias, cicatrices y raíces sensitivas.
- Documentos sobre autopoiesis inspirados en Humberto Maturana y Francisco Varela.

Bibliografía orientativa para ampliar

- Maturana, H. y Varela, F. Autopoiesis y cognición: la realización de lo vivo.
- Gagey, P. M. y Weber, B. Posturología: regulación y alteraciones de la postura.
- Bricot, B. Posturología clínica.
- Nogier, P. Tratado de auriculoterapia.
- Fasano, A. trabajos sobre zonulina, barrera intestinal y autoinmunidad.
- Porges, S. Teoría polivagal y regulación autonómica.
- Melzack, R. y Wall, P. mecanismos de modulación del dolor.

Cierre: El mejor uso de este manual es leerlo con el cuerpo: testar, observar, corregir, volver a testar y aprender de la respuesta real del paciente.



GHEOS

PROYECTO NATURAL

la ciencia al servicio de la Salud, desde 2010. —————



Gracias por formar parte de este proyecto de formación.

Esperamos que este manual te acompañe durante muchos años de práctica clínica y que las herramientas aprendidas con Julio Alonso te ayuden a comprender al paciente desde una perspectiva cada vez más integrativa, sistémica y humana.



Continúa tu formación en el Área Profesional Gheos

Este manual, junto con futuras actualizaciones, documentación complementaria, vídeos, artículos científicos y nuevos cursos, estará disponible en exclusiva para los profesionales registrados en el Área Profesional de Gheos.



Regístrate y continúa aprendiendo con nosotros.

Accede al Área Profesional de Gheos

Escanea este código QR y solicita tu acceso al Área Profesional de Gheos, donde encontrarás este manual actualizado, recursos exclusivos y nuevas formaciones para profesionales.



 Requiere registro

Contacto

GHEOS PROYECTO NATURAL S.L.



C/ Nàpols, 216
08013 Barcelona



608 02 69 60



info@gheosnatural.com



www.gheosnatural.com



Primera edición · Barcelona · Julio 2026

Material de apoyo al curso impartido por Julio Alonso.

Edición y maquetación:

Gheos Proyecto Natural S.L.

Aprender. Integrar. Compartir. Evolucionar.