

Efectividad de las esencias florales de Bach en el tratamiento del Síndrome Premenstrual

MSc. María G. Yanes García¹

Dra. Mariela Morales Okata²

Introducción

El dolor pélvico (agudo ó crónico) es una causa frecuente de atención en los centros médicos, pero a diferencia del dolor pélvico agudo, en el que se establecen medidas terapéuticas de urgencia; el dolor crónico es subvalorado tanto por los especialistas como por los pacientes, que ya han agotado un número importante de recursos y han sido sometidos a pruebas, muchas veces agresivas, por lo que solo buscan el alivio de su dolor en ese momento y han perdido la esperanza de su total curación; aceptando esta desagradable situación como un “*karma*” al que hay que someterse.

El dolor pélvico crónico es el dolor que tiene más de 6 meses de duración y se caracteriza por presentar reacciones fisiológicas, afectivas y de la conducta que difieren de las que acompañan al dolor agudo. Las causas del dolor crónico no están bien establecidas y muchas veces influyen no solamente los procesos orgánicos, sino que están muy influenciadas por los factores psicológicos

Las causas periféricas de dolor pélvico crónico más frecuentes son ⁽¹⁾:

- Ginecológicas: No cíclicas: relajación pélvica, adherencias, síndrome de congestión pélvica, endometriosis, salpingooforitis aguda y sub-aguda, síndrome ovario residual y neoplasia. Cíclicas: Dismenorrea primaria y secundaria.
- Gastrointestinales
- Genitourinarias
- Neurológicas
- Musculoesqueléticas
- Miofacial

Así vemos que a pesar de existir múltiples causas orgánicas de dolor pélvico crónico, en el mantenimiento del dolor participan también trastornos en el procesamiento de señales del Sistema Nervioso. La sensación de dolor se modifica en el cerebro por la acción de los neurotransmisores, por los sistemas analgésicos endógenos y trasmisores que no son endorfinas. Existen diferentes regiones del cerebro que tienen importancia para alterar los componentes sensitivos y afectivos de la reacción dolorosa; por lo que estos componentes del dolor se ven afectados por las primeras experiencias, el condicionamiento, el miedo, la excitación, la depresión y la ansiedad. ^(1, 2)

Las estadísticas nos muestran datos que en ocasiones son dolorosamente paradójicos; así vemos que el 12% de las histerectomías que se realizan tienen como causa principal el dolor pélvico y, sin embargo, el 30% de las pacientes histerectomizadas acude a solicitar tratamiento a las

¹ Psicóloga. Master en Psicología de la Salud. Policlínico Área 7. Cienfuegos

² Médico. Especialista de 1^{er} Grado en Medicina General Integral. Master en Medicina Natural y Tradicional. Policlínico Área 7. Cienfuegos

“clínicas del dolor”³ precisamente por el mantenimiento del mismo. Por otra parte, y como dato curioso, tenemos que entre el 60% y el 80% de las pacientes que se le indica laparoscopia precisamente por presentar dolor pélvico carecen de patologías intra peritoneales ⁽¹⁾.

De lo antes expuesto podemos concluir que un porcentaje importante de pacientes que son sometidas a métodos agresivos de tratamiento y diagnóstico, mantienen el dolor, lo que le trae consecuencias que se manifiestan como alteraciones desde el punto de vista psicológico y a su vez estos estados de alteración psicológica participan en el mantenimiento del dolor, creándose un círculo vicioso del que las pacientes no pueden salir.

De todas las causas de dolor pélvico crónico, solo tomaremos para nuestro estudio las ginecológicas cíclicas (dismenorreas primarias y secundarias), dentro de las que se encuentra incluido el Síndrome Premenstrual (SPM). Este incluye una serie de síntomas que aparecen antes de la menstruación, entre los cuales se encuentran incluidas la depresión, malestar general, irritabilidad, llanto, propensión al enojo, distensión y dolor bajo vientre y en los senos, cefaleas, cansancio e insomnio, distensión en la región esternocostal, edema, vómitos y diarrea.

Este es un síndrome al que la medicina convencional moderna ofrece pocas respuestas y un tratamiento con productos químicos que potencialmente provocan efectos secundarios. Sin embargo, la medicina bioenergética es capaz de brindarle otras alternativas de tratamiento que resultan menos agresivas y que, al mismo tiempo, ayudan no solo a mejorar el síntoma sino también a tratar las causas que lo provocan, ofreciendo la posibilidad de obtener resultados que a largo plazo contribuyen a mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Por ejemplo, el SPM ha sido tratado por la Medicina Tradicional China desde hace miles de años y de acuerdo con sus teorías, es indicativo de una disarmonía en el *Hígado* y el *Bazo*. Explica la teoría que cuando existe una disarmonía en el *Hígado* aparecen síntomas tales como: períodos dolorosos, mal humor, intolerancia, períodos de depresión, desasosiego, irritabilidad, llanto, e ira; también se acompaña de enrojecimiento de los ojos, coriza, dolor de cabeza y, en ocasiones, sangramientos nasales cuando estamos muy irritados.

Ahora bien, cuando es el *Bazo* quien está afectado, la mujer puede desarrollar síntomas tales como sensación de calor, fuertes dolores en el abdomen y/o los senos, insomnio, anhelos (fundamentalmente de alimentos dulces), retención de líquidos, fatigas, distensión abdominal, inflamación de los senos con posibles tumores, y por supuesto dolor especialmente durante el final del período. Es decir, acorde a la teoría de la Medicina Tradicional China la misma condición que da lugar al SPM es casi siempre el precursor de tumores, quistes, lesiones y en ocasiones de tumores cancerosos en los senos y el útero. Se sugieren también, además de la acupuntura, otras formas de tratamiento como por ejemplo la fitoterapia, la meditación, la dietética entre otros. ⁽³⁾

Nosotros decidimos utilizar una de las modalidades terapéuticas de la medicina bioenergética, que es la Terapia Floral del Dr. Edward Bach. Esta forma de tratamiento no se usa solamente para tratar los estados emocionales negativos que puede sufrir una persona en un determinado momento, sino también para las dolencias físicas que pueden agotar su vitalidad, haciendo que el cuerpo pierda su resistencia natural y se vuelva más vulnerable. ⁽⁴⁾

³ Término que se utiliza para designar en Cuba a las clínicas de medicina natural y tradicional ya que la mayoría de los casos que asisten van en busca de un alivio o erradicación del dolor que sus padecimientos les provocan.

Dentro de las 38 esencias de flores silvestres que conforman el conjunto del sistema, hemos seleccionado un grupo de ellas basándonos en el modelo del patrón transpersonal que nos permite la utilización de este tipo de terapia en aplicaciones que no vienen dadas directamente por la personalidad de receptor ni por connotaciones mentales, ni emocionales.

El Patrón Transpersonal es el modelo vibracional genérico en desequilibrio o disarmonía. En él no se interpreta el porqué de lo que ocurre, sino la forma en la que ello se manifiesta, traduciéndose esta manifestación al lenguaje floral. Es una valoración ordenada de signos y manifestaciones y su correspondiente traducción al lenguaje floral.⁽⁵⁾

Teniendo en cuenta los síntomas anteriormente descritos que caracterizan el Síndrome Pre Menstrual y a las cualidades inherentes a las esencias florales de Bach, decidimos seleccionar un grupo de ellas cuyo modelo vibracional genérico en disarmonía coinciden con algunos de estos síntomas tanto en el plano físico, como emocional y mental. Las esencias florales seleccionadas por nosotros fueron:

- ✓ SCLERANTHUS: por la ciclicidad.
- ✓ CHICORY: por la congestión
- ✓ AGRIMONY: situaciones continuas que constituyen una dura prueba. Ej: dolores continuos
- ✓ STAR OF BETHLEHEM: dolores que se acompañan de una reacción muscular de contractura (musculatura lisa y estriada)
- ✓ CRAB APPLE: impureza / obstrucción. Actúa limpiando y depurando todos los planos: físico, mental, emocional, y espiritual, a menudo simultáneamente.⁽⁵⁾ Esta flor actúa en el área del bazo y el páncreas, la cual está íntimamente relacionada con el pensamiento. Por ello puede ser muy útil en todo tipo de obstrucciones, reales o subjetivas⁽⁸⁾.
- ✓ MIMULUS: retracción. Pensamos que esta esencia debe ser utilizada porque existen ansiedad y angustia que generan expectativas ante el comportamiento del ciclo, lo que a su vez engendra temor y tensiones que contraen la musculatura lisa y estriada que se encuentra en la zona.

Partiendo del hecho de que la Terapia Floral funciona basada en los movimientos energéticos que fluyen en cada individuo. En el individuo sano este flujo se realiza de forma armónica, mientras que en el caso de un estado patológico existe una discordancia en este flujo energético, que no va solamente dentro del individuo, sino también en la interacción del individuo con su medio.

Por todas las razones anteriormente expuestas nos dirigimos a la medicina alternativa, especialmente a la Terapia Floral de Bach, para intervenir con un método no cruento, que busca no solo el alivio de los síntomas sino lograr eliminar las causas de las mismas, planteándonos la siguiente hipótesis de trabajo: “La aplicación del tratamiento de Terapia Floral puede resultar efectiva en el mejoramiento de la intensidad del dolor y otros síntomas del Síndrome Pre Menstrual”.

Objetivo General

- Determinar la efectividad del tratamiento de Terapia Floral en el Síndrome Premenstrual.

Específicos

- Caracterizar a ambos grupos de estudio según variables seleccionadas.
- Determinar la variación en los síntomas concomitantes, medicamentos alopáticos utilizados, necesidad de servicios de urgencia, frecuencia de utilización de cuerpo de guardia, medicamentos más utilizados en cuerpo de guardia y tiempo de afectación laboral o escolar en las pacientes de ambos grupos.
- Evaluar la efectividad del tratamiento sobre la intensidad del dolor referidas por las pacientes del grupo estudio.
- Determinar las Esencias Florales más utilizadas en el tratamiento.

Material y Método

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, cuasi-experimental, del tipo ensayo clínico. Comprendido en el período desde octubre del 2001 hasta octubre del 2002, para determinar la efectividad del tratamiento con Terapia Floral en pacientes con Síndrome Premenstrual en el Policlínico Área VII de Cienfuegos. El universo estuvo compuesto por 266 pacientes diagnosticadas por hoja de cargo como Dismenorrea en los 10 consultorios pertenecientes al Reparto "Pastorita".

Para la selección de la muestra se tomaron los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Disposición a participar en la investigación.
- ✓ Edad mayor de 15 años
- ✓ Diagnóstico de dismenorrea emitido en los últimos 6 meses anteriores al comienzo de la investigación.
- ✓ Presencia de síntomas concomitantes al dolor.

Se tomaron como criterios de exclusión:

- ✓ Las enfermedades oncoproliferativas de cualquier índole.
- ✓ Embarazadas.
- ✓ Enfermedades mentales invalidantes.
- ✓ Las pacientes en estadio terminal.

Criterios de salida:

- ✓ Fallecimiento.
- ✓ Cambio de domicilio.
- ✓ Suspender el tratamiento por más de un mes.
- ✓ Aparición de cualquier criterio de exclusión.

Tomando en cuenta estos criterios nuestra muestra quedó conformada por 64 pacientes a las cuales se les aplicó la técnica de muestreo simple aleatorizado, con vistas a la formación de dos grupos: uno control y otro experimental. En el grupo estudio se incluyeron aquellas pacientes que utilizaron la terapia floral como tratamiento para el alivio de los síntomas además de utilizar medicamentos alopáticos y el grupo control se mantuvo con tratamiento convencional (alopático) solamente.

Para la selección y aplicación del tratamiento de Terapia Floral, a cada paciente se le conformó una Historia Clínica donde se reflejaron los datos obtenidos a través de la Guía de entrevista por el sistema terapéutico de Bach. Además, se le aplicó a ambos grupos un cuestionario donde se recogieron las siguientes variables: edad, ocupación, síntomas concomitantes, tratamiento alopático habitual utilizado, asistencia y frecuencia de utilización de los servicios de Cuerpo de

Guardia, medicamentos utilizados en Cuerpo de Guardia y vías de administración, afectaciones laborales o escolares por esta causa. Se realizaron evaluaciones mensuales en ambos grupos acerca de la evolución de cada paciente durante un período de 12 meses; haciendo hincapié en los síntomas relacionados con la intensidad del dolor. Para esto último utilizamos una escala de medición que se movió en un rango de 0 a 5 puntos, la mayor puntuación (5 puntos) se correspondió con la calificación *Excesivamente Doloroso*, moviéndose en orden decreciente hasta la calificación de 0 puntos ó *Sin Dolor*. Esta medición fue realizada por las pacientes de forma individual, pero también fue recogida por las autoras del trabajo en los contactos mensuales con los sujetos de la investigación, recogiendo éstos resultados en una tabla que reflejó la evolución en el período estudiado.

En la Historia Clínica se recogieron también las esencias florales utilizadas en el tratamiento en cada oportunidad que se entrevistó a la paciente. Seleccionándose estas esencias por el resultado de la entrevista y el patrón transpersonal que nos indicó la sintomatología. La ingestión del medicamento se realizó de la siguiente forma: 4 gotas sublinguales 6 veces al día durante un año.

El medicamento requerido por las pacientes de acuerdo a los datos obtenidos en la Historia Clínica en el Grupo Control fue elaborado en la Farmacia Principal Municipal de Cienfuegos, lugar donde se expenden los Remedios Florales de Bach. El medicamento se elaboró en alcoholatura al 30% y las esencias de Bach utilizadas a la primera dilución. Ambos tratamientos (alopático y de Terapia Floral) fueron adquiridos por las pacientes de su peculio personal. Los datos fueron procesados y presentados en tablas de números y porcentajes.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla No 1. Distribución de los pacientes según grupos etáreos.

Edad	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	No	%	No	%	No	%
15-20	7	21.87	6	18.75	13	20.3
21-25	10	31.25	9	28.12	19	29.6
26-30	6	18.75	7	21.87	13	20.3
31-35	4	12.5	5	15.6	9	14.06
36-40	4	12.5	3	9.3	7	10.9
41-45	1	3.1	2	6.2	3	4.6

Se muestra la caracterización de los pacientes estudiadas según grupos etáreos observándose que predominan las pacientes entre los 15 y 30 años, con una mayor presencia entre los 21 y 25 años, sin diferencias numéricas elevadas entre los grupos estudio y control.

Tabla No 2. Distribución de los pacientes según ocupación.

Ocupación	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Estudiante	14	43.75	12	37.5	26	40.6
Trabajadora	12	37.5	15	46.8	27	42.18
Ama de casa	6	18.75	5	15.6	11	17.18

Se observa que predominan las trabajadoras y las estudiantes en ambos grupos.

Tabla No 3. Distribución de los pacientes según síntomas concomitantes.

Síntomas concomitantes	Grupo Estudio		Grupo Control	
	No	%	No	%
Dolor bajo vientre	32	100.00	32	100.00
Ansiedad	28	87.50	30	93.75
Nauseas	15	46.87	13	40.62
Cefalea	17	53.12	17	53.12
Vómitos	10	31.25	12	37.50
Diarreas	16	50.00	178	53.12
Intolerancia	25	78.12	26	81.25
Cambios de humor	29	90.62	26	81.25
Cansancio	28	87.52	25	78.12
Trastornos del sueño	27	84.37	24	75.00
Dolor M. Inferiores	24	75.00	26	81.25
Sudoraciones	29	90.62	21	65.62

Observamos que el 100% de las pacientes referían dolor bajo vientre, mientras que referían ansiedad el 87,50% del grupo estudio y el 93,75 del grupo control, siguiéndole en orden de frecuencia la intolerancia, los cambios de humor, trastornos del sueño, entre otros.

Tabla No 4. Evolución de los síntomas concomitantes en los pacientes del grupo estudio

Síntomas concomitantes	Inicio de la investigación		Final de la investigación		Diferencia porcentual
	No	%	No	%	%
Dolor bajo vientre	32	100.00	5	15.62	84.38
Ansiedad	28	87.50	3	9.37	78.13
Nauseas	15	46.87	8	25.00	21.87
Cefalea	17	53.12	2	6.25	46.87
Vómitos	10	31.25	2	6.25	25.00
Diarreas	16	50.00	6	18.75	31.25
Intolerancia	25	78.12	5	15.62	62.50
Cambios de humor	29	90.62	4	12.50	78.12
Cansancio	28	87.52	9	28.2	59.32
Trastornos del sueño	27	84.37	7	21.87	62.50
Dolor Miembros Inferiores	24	75.00	3	9.37	66.63
Sudoraciones	29	90.62	3	9.37	81.25

En la tabla observada se refleja la evolución de los síntomas concomitantes en el grupo estudio durante la investigación, observándose que todos los síntomas referidos disminuyeron su incidencia en estas pacientes, siendo más elevada esta mejoría en el dolor bajo vientre (15,62%), la ansiedad y sudoraciones (9,37% respectivamente), los cambios de humor (12,5%).

Tabla No 5. Distribución de los pacientes según tratamiento habitual utilizado al inicio de la investigación.

Tratamiento alopático habitual	Grupo Estudio		Grupo Control	
	No	%	No	%
Dipirona	29	90.62	28	87.50
Paracetamol	26	81.25	25	78.12
Aspirina	32	100.00	32	100.00
Euparín	23	71.87	20	62.50
Indometacina	16	50.00	18	56.25
Ibuprofeno	13	40.62	13	40.62
Naproxeno	10	31.25	12	37.50
Bencidamina	9	28.12	11	34.37
Diazepam	14	43.75	15	46.87
Clordiazepóxido	10	31.25	11	34.37
Meprobamato	9	28.12	10	31.25

La tabla 5 muestra el tratamiento alopático habitual más utilizado por las pacientes de ambos grupos al inicio de la investigación, encontrándose que los analgésicos constituyen el mayor porcentaje en ambos grupos y dentro de ellos la Dipirona, el Paracetamol, y la Aspirina. Señalando que los antiinflamatorios, sedantes y relajantes musculares mantienen similares porcentajes de aparición.

Tabla No 6. Utilización del tratamiento alopático por los pacientes al final de la investigación

Tratamiento alopático habitual	Grupo Estudio		Grupo Control	
	No	%	No	%
Dipirona	5	15.6	27	84.37
Paracetamol	3	9.3	26	81.25
Aspirina	2	6.2	30	93.75
Euparín	1	3.1	21	65.62
Indometacina	-	0.0	19	59.37
Ibuprofeno	2	6.2	12	37.5
Naproxeno	-	0.0	10	31.25
Bencidamina	-	0.0	10	31.25
Diazepam	6	18.75	10	31.25
Clordiazepóxido	2	6.2	15	46.87
Meprobamato	2	6.2	12	37.5

La tabla 6 muestra la utilización por las pacientes de los medicamentos alopáticos al final de la investigación observándose que en el grupo estudio se eliminó el consumo de varios antiinflamatorios (indometacina, naproxeno, bencidamina) y se disminuyó el consumo del resto de los medicamentos incluidos los analgésicos; no siendo de ese modo en el grupo control.

Tabla No 7. Necesidad de asistencia de las pacientes a Cuerpo de Guardia al inicio y al final de la investigación.

Necesidad de asistencia a cuerpo de	Grupo estudio		Grupo control	
	Antes	Después	Antes	Después

guardia	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	27	84.37	4	12.5	29	90.62	26	81.25
No	5	15.6	28	87.50	3	9.3	6	18.75

Como se ha podido apreciar, la tabla muestra la utilización del servicio de urgencia por las pacientes para el alivio de los síntomas. Pudo observarse que el 87,50% de las del grupo estudio no requirió de los mismos al final de la investigación mientras que el 81,25% de las del grupo control sí lo continuó necesitando.

Tabla No 8. Frecuencia de utilización de Cuerpo de Guardia por los pacientes al inicio y al final de la investigación.

Frecuencia de asistencia a cuerpo de guardia	Grupo estudio				Grupo control			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1 vez / mes	11	34.37	2	6.25	12	37.5	11	34.37
2 veces / mes	9	28.12	1	3.1	8	25.00	7	21.87
3 veces / mes	5	15.62	1	3.1	6	18.75	6	18.75
Más 3 veces / mes	2	6.25	-	0.0	3	9.37	2	6.25

La tabla muestra la frecuencia mensual de utilización del Cuerpo de Guardia por las pacientes. En el grupo estudio después de la intervención ninguna paciente necesitó asistir más de tres veces en el mes, solo el 3.1% lo necesitó tres y dos veces en el mes respectivamente, y en el 6,25% se necesitaron dichos servicios una vez al mes.

Tabla No 9. Medicamentos más utilizados en Cuerpo de Guardia por los pacientes al inicio y al final de la investigación.

Necesidad de asistencia a cuerpo de guardia	Grupo estudio				Grupo control			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Dipirona ampula.	44	137.5	5	15.6	47	146.8	33	103.1
Papaver ampula.	6	18.75	1	3.1	4	12.5	3	9.3
Espasmofoorte ampula.	4	12.5	1	3.1	3	9.3	3	9.3
Diazepam ampula.	38	118.7	-	0.0	36	112.5	28	87.50
Gravinol ampula	14	43.75	2	6.2	18	56.25	16	50.00

En la tabla 9 se presentan los medicamentos más utilizados en cuerpo de guardia por las pacientes de ambos grupos al inicio y al final de la investigación, mostrándose que el diazepam ampulas dejó de ser necesitado por las pacientes de grupo estudio y se disminuyó la utilización de dipirona ampulas (15,6%), gravinol ampulas (6,2%), papaver y espasmofoorte ampulas (3,1% respectivamente).

Tabla No 10. Afectación de las actividades laborales o escolares en los pacientes de ambos grupos al inicio y al final de la investigación.

Afectación de las actividades laborales o escolares	Grupo estudio				Grupo control			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
24 horas c/mes	2	7.6	-	0.0	2	7.4	1	3.7
16 horas c/mes	5	19.2	-	0.0	4	14.8	4	14.8
8 horas c/mes	12	46.15	2	7.6	12	44.4	13	48.1
4 horas c/mes	4	15.3	1	3.8	5	18.5	6	22.2
No afectación	3	11.5	23	88.46	4	14.8	2	7.4

Se analiza las afectaciones de las pacientes estudiantes y trabajadoras a las actividades laborales o escolares al inicio y al final de la investigación. Encontramos que en el grupo estudio al final de la investigación el 88,46% no había presentado afectaciones de sus actividades por esta causa, solo el 3,8% necesitó períodos de 4 horas y el 7,6% períodos de 8 horas cada mes.

Tabla No 11. Intensidad del dolor en los pacientes al inicio y al final de la investigación.

Intensidad del dolor	Grupo estudio				Grupo control			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
5 (excesivo)	16	50.00	1	3.1	15	46.87	13	40.62
4	11	34.37	3	9.37	14	43.75	13	40.62
3	1	3.1	3	9.37	1	3.1	3	9.37
2	3	9.37	4	12.5	1	3.1	1	3.1
1	1	3.1	11	34.37	1	3.1	2	6.25
0 (sin dolor)	-	0.0	10	31.25	-	0.0	-	0.0

Al analizar la escala del dolor referido por las pacientes de ambos grupos observamos en la tabla 11 que en el grupo estudio el 31,25% refería ausencia de dolor al final de la investigación, y solo el 3,1% se mantuvo en la escala de excesivo dolor en este mismo período.

Tabla No 12. Esencias Florales más utilizadas por los pacientes del grupo estudio y frecuencia de utilización.

Esencias Florales más utilizadas	Frecuencia de utilización	Número de pacientes	
	Meses	No	%
Scleranthus	12 meses	32	100.00
Chicory	12 meses	32	100.00
Star of B	8 meses	32	100.00
Mimulus	10 meses	32	100.00
Agrimony	7 meses	28	87.50
Cherry Plum	10 meses	26	81.25
Elm	7 meses	25	78.12
Centaury	6 meses	23	71.87
Crab Apple	6 meses	18	56.25
Chesnut Bud	4 meses	15	46.87

Esta última tabla muestra las esencias florales más utilizadas durante el tratamiento del grupo estudio y su frecuencia de utilización. Cabría resaltar que las esencias Scleranthus, Chicory, Star of Bethlehem y Mimulus fueron utilizados en la totalidad de las pacientes.

Resultados fundamentales

- En ambos grupos predominaron las edades comprendidas entre 15 y 30 años y las estudiantes y trabajadoras.
- Los síntomas presentes referidos en ambos grupos como más frecuentes fueron el dolor bajo vientre, la ansiedad y los cambios de humor, mejorando todos los síntomas al final de la investigación en el grupo estudio.
- Los medicamentos alopáticos más utilizados en ambos grupos fueron los analgésicos (dipirona, paracetamol y aspirina), disminuyendo su utilización por el grupo estudio al final de la investigación. Dejaron de utilizarse por este grupo los antiinflamatorios (Indometacina, Naproxeno y Bencidamina).
- La frecuencia y utilización de los servicios de Cuerpo de Guardia disminuyó en el grupo estudio al final de la investigación en 23 pacientes, disminuyendo también el consumo de analgésicos (47 ampulas) y sedantes (38 ampulas) en el mismo. La intensidad del dolor disminuyó según la valoración de las pacientes de este grupo.
- Las afectaciones en tiempo de las actividades laborales y escolares disminuyeron en el grupo estudio al final de la investigación.
- Las esencias florales más utilizadas fueron: SCLERANTHUS, CHICORY, STAR OF BETHLEHEM Y MIMULUS.

Conclusión

- La aplicación del tratamiento de Terapia Floral es efectiva en el mejoramiento de la intensidad del dolor y otros síntomas del Síndrome Pre Menstrual.

Bibliografía

1. Berek J.S.; Adashi E.Y.; Hillard P.A. Tratado de Ginecología de Novak. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana. México. 1997: 399 – 429.
2. Berger G.S.; Westrom L.V. Pelvic Inflammatory Disease. Raven Press. U.S.A. 1992: 1 – 101.
3. Al Stone L. Ac. A look at PMS from the oriental medical perspective. 2001 (27-4-2002) Disponible en <http://acupuncture.com/Acup/Winds.htm>
4. Mechthild Scheffer La Terapia Floral de Bach. Teoría y Práctica. Ediciones Urano. S. A. España. 1992.: 267 – 69.
5. Orozco, Ricardo. Flores de Bach: Manual de Aplicaciones Locales. Indigo. Barcelona. 2003
6. Orozco Ricardo. Flores de Bach: Manual para Terapeutas Avanzados. Índigo. Barcelona, 1998
7. Mattiello Claudia. Terapias Florales. Repertorio de Síntomas. Continente. Buenos Aires. 1999
8. Doroshenko Tatiana. Las Flores de Bach. Crab Apple (Manzano Silvestre). Rev. Crecimiento Interior No. 48, año 5. Octubre 1998