

Título: Utilización de la terapia floral en el tratamiento de la fibromialgia

Policlínico José Ramón León Acosta. Santa Clara. Villa Clara.

Autores: Dra: Saira Rivas Suárez *

Dra: Barbara Suárez Rodríguez **

* Especialista de 1^{er} grado en MGI.. Residente de Medicina Interna.

**Especialista de 1^{er} grado en Reumatología.

Resumen

Se realizó un estudio prospectivo preexperimental de 13 pacientes con el diagnóstico de fibromialgia, en la consulta de Reumatología del Policlínico José Ramón León Acosta, de Santa Clara, en el periodo de enero a diciembre del 2004. A estos pacientes se les realizó un diagnóstico floral basado en las Topografías de Krämer-Wild y se trataron con esencias florales del sistema de Bach de forma combinada; por vía oral y aplicación local de cremas. Se encontró una respuesta muy favorable al tratamiento pues un 92.3 % de los pacientes mejoraron su sintomatología dolorosa, un paciente mejoró parcialmente y ninguno empeoró durante el tratamiento, se encontró una notable mejoría en los síntomas generales asociados. Las flores mas frecuentemente diagnosticadas fueron: Aspen en un 100% de los pacientes, Wild Rose en 92,3%, Oak 76,9%, Crab Apple , Clematis, Centaury en un 69,2% ; White Chesnut y Water Violet en un 46,1 % de los pacientes.

Introducción:

Las enfermedades reumáticas constituyen todas las dolencias en las que se manifiesta el dolor y el entumecimiento de alguna parte del sistema osteomioarticular. Un gran número de pacientes experimenta dolores musculoesqueléticos que no provienen de las articulaciones locales, siendo importante descubrir los sitios localizados de dolor intenso a la presión frecuentemente en lugares insospechados por el paciente.(1,2)

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica generalizada, de etiología desconocida. Los pacientes afectados presentan dolor musculoesquelético generalizado y múltiples puntos sensibles de localización característica(1,2,4,3). El dolor no puede ser explicado por la presencia de trastornos degenerativos o inflamatorios. Son muy frecuentes los trastornos del sueño, el cansancio, la rigidez articular y las parestesias matinales, sensación subjetiva de hinchazón, trastornos psíquicos (ansiedad y depresión), síndrome del intestino irritable, dismenorrea y otros síntomas.

Se trata de un problema frecuente en la práctica clínica, su prevalencia se sitúa en el 2% de todas las personas adultas (3.4% mujeres y 0.5% varones), aunque no es habitual también afecta a los niños(1). La prevalencia que se incrementa con la edad predomina en mayores de 50 años y en las edades entre 70 y 79 años tiene una prevalencia del 7.4%(3). Ocupan 10-20% de las consultas de reumatología y del 5-7% en una consulta de atención primaria(5). Es la causa más frecuente de dolor musculoesquelético generalizado crónico(1). Genera altos índices de utilización de servicios sanitarios.

Se considera que los trastornos de sueño son un factor patogénico importante, la mayor parte de los pacientes no tienen un sueño reparador, por tanto, se levantan cansados. El EEG muestra que la fase 4 del sueño normal (movimientos oculares lentos) está interrumpido muchas veces por numerosos intervalos de ondas alfa. La idea de que esto origina la enfermedad se basa en que individuos normales cuya fase 4 se interrumpía artificialmente con intervalos de ondas alfa observaban síntomas de fibromialgia. (1)

En el líquido cefalorraquídeo de pacientes con fibromialgia hay niveles bajos de metabolitos de la serotonina, suscitando la idea de que el déficit de neurotransmisor que regula el dolor y el sueño REM podría implicarse en la patogenia.(1)

Otro hecho frecuente es que el dolor muscular es más intenso postejercicio. Algunos autores señalan bajos niveles de hormona del crecimiento que es importante para la fuerza y la reparación muscular que es segregada en la fase 4 del sueño lo que puede explicar los periodos de dolor postejercicio (1).

Se ha descrito, además, aumento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo, estas elevaciones se traducen en una excesiva despolarización a nivel de las células de las astas posteriores de la médula; ello lleva a una expansión del campo receptivo periférico y la percepción de estímulos inocuos como si fueran dolorosos.(1,8)

Los pacientes responden al estrés con escasa secreción de cortisol, la baja cifra de cortisol libre y la escasa respuesta a la hormona liberadora de ACTH indican un trastorno del eje hipotálamo –hipófisis –suprarrenal(1).

Se conoce que la mayoría de estos pacientes tienen como antecedente desencadenante, un estrés emocional , enfermedades, intervenciones quirúrgicas, hipotiroidismo, traumatismo, pacientes con VIH, parvovirus B19 o enfermedad de Lyme. Se asocian enfermedades como el síndrome del intestino irritable, vejiga irritable, cefaleas, dismenorrea, síndrome premenstrual, síndrome de piernas inquietas y el síndrome seco.(1)

La terapia floral inició una nueva era en la historia de la medicina. Las esencias florales son tinturas líquidas especialmente preparadas a partir de todo tipo de flores. No constituyen una medicación física ya que no contiene moléculas específicas de sustancias medicinales obtenidas de las flores. Se preparan a partir de la recogida de flores frescas, aun húmedas por el rocío, que se colocan en un recipiente de cristal transparente ,lleno de agua de manantial, durante las primeras horas de la mañana, se deja expuesto al sol unas cuantas horas, la energía solar parece transmitir directamente al agua un determinado aspecto de la flor, el patrón de su energía vital; las propiedades vibratorias curativas de las flores. En algunas se realiza este proceso mediante la cocción, el líquido decantado y filtrado constituye la tintura madre.(9,)

El desarrollo de la terapia floral se atribuye al Dr Edwar Bach, médico inglés que vivió a principios del siglo XX. Bach identificó treinta y ocho flores, en la década del '30 y se mantuvo en la oscuridad durante varias décadas, estas tinturas líquidas se conocen hoy como remedios florales de Bach.(9,10,12)

En los últimos años se han desarrollado nuevos métodos de tratamiento basados en las flores de Bach. Cada remedio floral esta relacionado con una zona cutánea del cuerpo. Los estados negativos conducen a un cambio en la estructura energética de estas zonas que a veces va acompañado de dolor y sensaciones perturbadoras. Por tanto, con solo identificar las zonas en este mapa corporal es posible obtener un diagnóstico floral(13). Mediante la aplicación directa de las esencias florales a las áreas perturbadas es posible mejorar con rapidez no solo los estados emocionales negativos sino que las dolencias físicas también alivian con más celeridad.(13,14)

Conociendo las características de la fibromialgia, que han sido descritas y la posibilidad de la aplicación tópica de las flores de Bach al actuar directamente a través de la piel sobre la dolencia física específica y sobre los estados emocionales nos planteamos como problema fundamental de esta investigación: si es posible hacer un diagnóstico floral específico para esta enfermedad basado en el diagnóstico topográfico identificando las zonas perturbadas y proponer un esquema transpersonal de tratamiento y probar su efectividad en los pacientes estudiados.

Objetivos :

Describir un diagnóstico floral específico para esta enfermedad basado en los mapas topográficos al identificar las zonas perturbadas.

Proponer un esquema transpersonal de tratamiento para los pacientes con fibromialgia.

Demostrar los beneficios del tratamiento con esencias florales de Bach en los pacientes con fibromialgia.

Material y método:

Se realizó un estudio preexperimental, prospectivo, en el período comprendido de enero a diciembre del 2004 en el Policlínico *José Ramón León Acosta*. El universo de trabajo está compuesto por 13 pacientes diagnosticados con Fibromialgia que asistieron a la consulta de Reumatología.

Se seleccionaron todos los pacientes que asistieron a dicha consulta con sintomatología propia del síndrome de fibromialgia, que accedieron a participar en el estudio, expresando su aprobación a través de la firma de un consentimiento informado (anexo 1) y que cumplieran los criterios diagnósticos establecidos en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología (1,3,5):

1. Dolor generalizado

El dolor se considera generalizado cuando está presente en cada una de las localizaciones siguientes: dolor en el lado izquierdo del cuerpo, dolor en el lado derecho del cuerpo, dolor sobre la cintura y dolor bajo la cintura. Además, hay dolor axial cervical o dolor en la parte anterior del tórax o columna torácica o dolor lumbar. El dolor en hombros y nalgas es considerado como dolor por cada uno de los segmentos afectados. El dolor lumbar se considera afectación del segmento inferior.

2. Dolor en 11 de los 18 puntos gatillos con la presión digital.¹

- Cervical bajo: bilateral, en la parte anterior de los espacios intertransverso C5.C7
- Trapecio: bilateral, en el punto medio del borde superior
- Supraespinoso: bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial.
- Occipucio: bilateral en la inserción del músculo suboccipital
- Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión condroesternal
- Epicóndilo lateral: bilateral a 2 cm distal del epicóndilo

¹ La presión digital debe de ser realizada con una fuerza aproximada de 4 kg. Para que un punto gatillo sea considerado positivo el paciente debe sentir dolor, no es suficiente con sentir presión o sensibilidad.

- Glúteo: bilateral cuadrante superior externo de la nalga en la parte abultada del músculo
- Trocánter mayor: bilateral, posterior a la prominencia trocantérica
- Rodilla: bilateral en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular

El dolor generalizado debe haber estado presente durante al menos tres meses.

Para realizar el diagnóstico de fibromialgia es preciso que se cumplan los dos criterios que tomamos en cuenta en nuestro estudio, aunque hay autores que consideran que se puede realizar el diagnóstico de FM ante casos de cuadro clínico compatible y con menos de 11 puntos sensibles.

Como la sintomatología más frecuente en esta patología es el dolor, algo subjetivo y de difícil cuantificación, pues está mediado por la individualidad de cada paciente, se utilizaron varios criterios con este fin:

1. Contabilizar por medio del examen físico, la totalidad de puntos dolorosos a la presión del examinador, en cada consulta.
2. Una escala analógico visual del dolor (5): Este método consiste en darle al paciente una escala del 0 al 9, y según su criterio le dió un valor numérico del intervalo que correspondiente a la intensidad que para él tenía su dolor, esto se realizó en todas las consultas. Esta escala se llevó a los intervalos considerando que el dolor como:

Ausencia de dolor(0)

Ligero (1-3)

Moderado(4-6)

Intenso(7-9)

3. Test de Likert (5) donde el paciente marca con una cruz la respuesta que mejor describa la intensidad de su dolor:

- Ausencia de dolor
- Dolor ligero
- Bastante dolor
- Dolor intenso
- Dolor insoportable

Se realizó una revisión de las Historias Clínicas individuales, tomando en cuenta los APP, APF una historia detallada de la enfermedad actual, el tiempo de evolución de la sintomatología ,condiciones en que se presento el cuadro, sintomatología actual y examen físico(con los signos clínicos más importantes y el resultado de las escalas de valoración).

Se realizo un diagnóstico floral basado en las topografías de Krämer-Wild; (13)en primer lugar se buscó la localización de las zonas perturbadas donde aparecía directamente dolor u otra sensación como entumecimiento u hormigueo que se utilizó junto a otras esencias de forma transpersonal (15)por las características de la zona afectada (intensidad del dolor, presencia de signos flogísticos, rigidez, parestesias) para elaborar una crema que se indicó de forma tópica en las zonas dolorosas 2 veces diarias. Secundariamente , realizamos, una caracterización general, basada en los mapas corporales, por el método del Dr Ezio Sposato ² (14).En ella se tomaron las zonas consideradas activas(13). Esta caracterización se utilizó para prescribir un tratamiento oral, y se administró 4 veces diarias combinado con la aplicación tópica.

Los datos se recogieron en un cuestionario de recolección de datos elaborado con este propósito.

La evolución se realizó en cada consulta ,en la primera semana, y después quincenal hasta los 6 meses.

.

² Terapeuta floral italiano dedicado al diagnóstico floral a través de los mapas corporales de Krämer Wild

Discusión de los resultados:

La muestra quedó constituida por 13 pacientes todos del sexo femenino que se encontraron entre las edades de 40 y 60 años. Coincide con la bibliografía consultada la frecuencia de dicha patología en las mujeres con una relación 8-9/1 respecto a los hombres (1,9,4,2,3). Es también manejado por varios autores el incremento con la edad y su predominio en pacientes posmenopáusicas por encima de 50 años(1,4), similar a lo observado en nuestro estudio.

En la tabla 2 se muestran las patologías asociadas presentes. Se observó el predominio de la HTA y la artrosis. La primera, podría dificultar el uso del tratamiento antiinflamatorio habitual, por el conocido efecto sobre la elevación de la TA de estos fármacos, o, ser consecuencia, de un tratamiento anterior prolongado con ellos, Lo que demuestra el beneficio de la terapia floral al permitirse como alternativa de tratamiento. La artrosis, es una patología que empeora la evolución de estos pacientes, por la interacción de la sintomatología, sobre todo, el dolor.

Tabla 2: Antecedentes patológicos personales y patologías asociadas de las pacientes estudiados:

Patología	Numero de pacientes	%
Artrosis	10	76,92%
HTA	10	76,92%
Hipotiroidismo/ hipertiroidismo	3	23,08%
Migraña	4	30,77%
DM	3	23,08%
Miopía	3	23,08%
AR	1	7,69%

Fuente :Formulario de recolección de datos

A continuación se hará una breve valoración de algunos antecedentes comunes para varios de nuestros pacientes.

Tabla 3: Antecedentes personales de interés encontrados en las pacientes del estudio

Antecedente	número de pacientes	%
Posmenopausia	7	53,85%
Trauma físico y/o emocional en el año anterior	9	69,23%

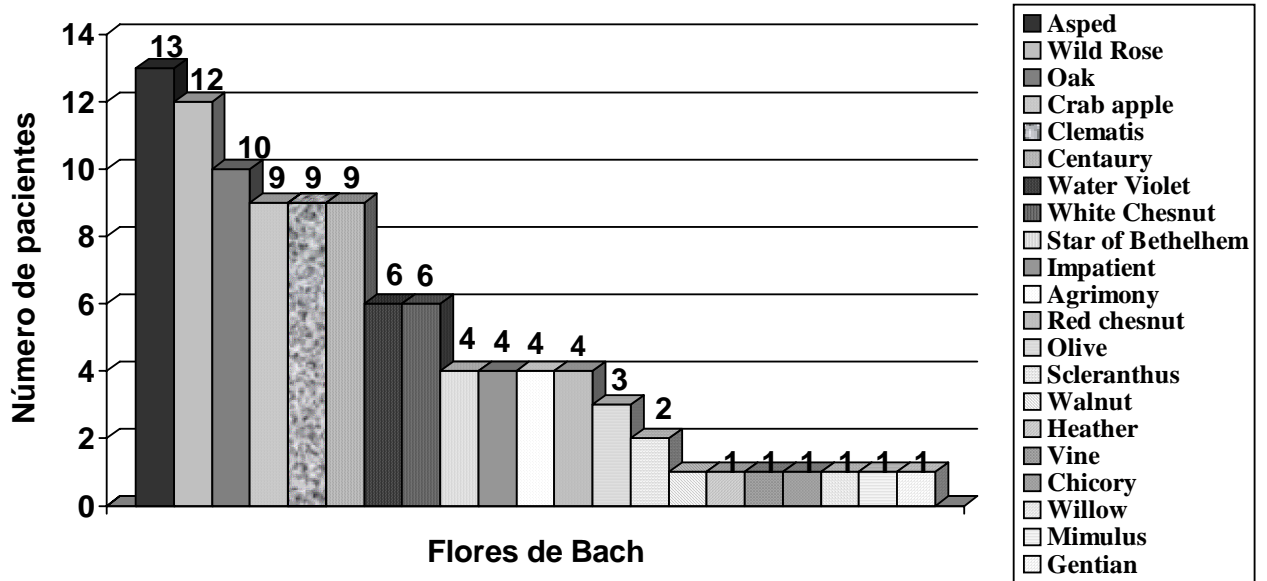
Fuente :Formulario de recolección de datos

Estos antecedentes son en realidad características que encontramos recurrentes en los pacientes estudiados y que consideramos importantes en el diagnóstico floral. Es referenciado en la literatura la frecuente aparición de la enfermedad después de los 50 años ,esta es la edad en que ocurren de forma general los cambios climatéricos y hormonales que traen consigo o son consecuencia de cambios importantes en el eje hipotálamo – hipofisario , que a su vez traen una readaptación consiente o no de la mujer a las circunstancias y por tanto reajustes emocionales y físicos que podrían ser punto de partida de los trastornos de esta enfermedad.

Un hecho también referenciado en la bibliografía(1,3,4,7,8)es la frecuente relación con traumatismos importantes físicos y emocionales; en nuestro estudio un 69,23% de los pacientes sufrió un trauma en el ultimo año. Para este planteamiento nos basaremos en la teoría de la “ inflamación neurogena”(17) , en la cual se plantea que los estímulos psíquicos pueden producir a travez de los axones viscerosensitivos de liberar por via eferente neuropeptidos del dolor, tales como la sustancia P y péptidos relacionados con el gen de la calcitonina que estimulan mastocitos y liberación de citoquinas (IL-1 , IL-6 y TNF- α) por los macrófagos; ésta inflamación así desencadenada puede afectar a otros axones y convertirse en retroalimentación positiva y extenderse, se produce remodelación de tejido con neoformación de colágeno por los fibroblatos, asi se forman cicatrices ultrafinas solo visible mediante microscopio electrónico pero suficientes en los axones para provocar la sensación de dolor (17). En resumen los estímulos psíquicos parecen producir liberación en axones viscerosensitivos de neuropéptidos inductores de la inflamación que da una explicación muy interesante del porqué los antecedentes traumáticos pueden desencadenar la enfermedad.

En el siguiente gráfico, mostramos las flores mas frecuentes encontradas en el diagnostico floral de las pacientes del estudio, basado en el método del Dr Esposato , las cuales fueron utilizadas en tratamiento individual.

Gráfico 1: Flores mas frecuentes encontradas en el diagnóstico topográfico general



Asped	Wild rose	Oak	Crab apple	Clematis	Centaury	Water Violet	White Chesnut	Star of	Impatient	Agrimony	Red chesnut	Olive	Sclerantus	Walnut	Heather	Vine	Chicory	Willow	Mimulus	Gentian
13	12	10	9	9	9	6	6	4	4	4	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1

Se observó en el grafico anterior que las flores encontradas con mayor frecuencia al hacer el diagnóstico topográfico basado en el método del Dr Sposato, son **Aspen** y **Wild Rose** , su relación con la patología se explica a continuación, así como la importancia para el tratamiento:

- Wild Rose , se encuentra en los mapas topográficos de Krämer-Wild en epicóndilos de forma bilateral y en la zona izquierda del trocanter mayor del fémur coincidiendo , con los puntos de gatillo de esta localización. Es interesante señalar de esta flor, que todos los autores(10,11,16) se refieren a la apatía y resignación ante la vida , sin hacer el menor esfuerzo por cambiar o mejorar las cosas, que domina a estas personas. Tomaremos una cita de Bach , que nos ayuda a entender las característica de esta enfermedad,” la resignación ,que hace que uno se convierta en un mero pasajero incapaz de observar el viaje de la vida, abre la puerta a quien sabe cuantas influencias adversas que nunca tendrían oportunidad de conseguir admisión en nuestra vida, si nuestra existencia diaria mantuviese consigo el espíritu de alegría y de aventura”(16).Su patrón transpersonal según el Dr Ricardo Orozco es subexpresión (15,17) que encajaría perfectamente con las características o síntomas de la enfermedad tales como debilidad o cansancio fácil y depresión. Por todo esto consideramos esta flor esencial en el tratamiento de estos pacientes.
- Aspen , localizada en los mapas topográficos en varias zonas que coinciden con los puntos de gatillo : cervical bajo derecho y región del supraespinoso. Es una flor del miedo, fundamentalmente a lo desconocido, sensación de que algo terrible va a suceder y la persona no puede precisar de que se trata, miedos sutiles e inexplicables que pueden acechar de día y de noche ,y la persona teme con frecuencia contar a los demás(10,11,16). Al relacionarlo con un miedo metafísico con lo abstracto e inmaterial y darle como patrón transpersonal la incorporeidad según el Dr Orozco (15), nos encaja con el no sustento orgánico del dolor de esta patología al no encontrar en ellos trastornos degenerativos ni inflamatorios en dichas zonas. Al tener una relación evidente con el campo astral, hace que estas personas sean” energéticamente esponjosos” (15) que unido a la apatía explicada anteriormente nos daría explicación a la variedad de síntomas subjetivos como sensación de hinchazón, síndrome del intestino irritable, dismenorrea y otros. También es una flor que tiene relación con lo onírico y en esta enfermedad existe evidentemente un trastorno de sueño que se sugiere como inicio de las alteraciones, al no tener, la mayor parte de los

pacientes, un sueño reparador, por tanto, se levantan cansados. El EEG muestra , como fue explicado, que la fase 4 del sueño normal (movimientos oculares lentos) está interrumpido muchas veces por numerosos intervalos de ondas alfa(1), que podría caracterizar al sueño Aspen con frecuentes pesadillas ,esta flor ayudaría mucho a los pacientes a filtrar una serie de escorias energéticas con lo que tienen problemas estas personas.

Ambas flores, son consideradas en nuestro estudio, básicas para el tratamiento de esta afección, por la frecuencia de su aparición en los diferentes pacientes y además por coincidir con múltiples puntos dolorosos, por lo que pensamos se pueden utilizar de forma transpersonal en el tratamiento de los pacientes afectados con esta patología.

Otras flores recurrentes en el diagnóstico fueron:

- Oak
- Crab apple
- Centaury
- Clematis
- Water Violet
- White Chestnut
- Star of Bethlehem
- Impatient
- Agrimony
- Red Chestnut
- Olive

Después de conocer las flores que se utilizaron en el tratamiento pasaremos a demostrar la efectividad del mismo. Empezaremos con el análisis de la sintomatología mas frecuente, mostrando su comportamiento en la siguiente tabla :

Tabla 4: Sintomatología encontrada en los pacientes estudiados con fibromialgia:

Síntomas	Número de pacientes	%
Dolor	13	100%
Rigidez matinal	8	61,54%
Parestesias	1	7,69%
Sueño no reparador	9	69,23%
Aletargado	2	15,38%
Maquinaciones	5	38,46%
Insomnio matutino	2	15,38%
Tendencia a cansarse con facilidad y/o debilidad	8	61,54%
Molestias intestinales inespecíficas o colon irritable	0	0%
Fenómeno de Raynaud	0	0%
Tumefacción de manos a primera hora de la mañana	2	15,38%
Dolor facial y de articulación mandibular	0	0%
Depresión (14-71%)	2	15,38%
Temblor interior	2	15,38%
Taquicardias/ palpitaciones	3	23,08%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Los síntomas más frecuentes encontrados en los pacientes del estudio son el dolor (100 %), rigidez matinal (61,54%), algún trastorno de sueño de forma general (69,23 %) y la tendencia al cansancio y/o debilidad (61,54%).

Como el síntoma más frecuente en estos pacientes es el dolor y de forma general es el motivo de consulta, a continuación mostraremos como se comportaron las zonas dolorosas en las pacientes tratadas. Se muestra en la siguiente tabla la frecuencia de la zona dolorosa referida por el paciente durante el interrogatorio, en orden descendente:

Tabla 5: Distribución de la frecuencia de afectación de las diferentes zonas dolorosas en las pacientes estudiadas:

Zona dolorosa	Pacientes afectados	Por ciento
Cuello	12	92.30%
Codos	9	69.23%
Hombros	7	53.87%
Espalda (trapecio)	7	53.84%
Rodillas	6	46.15%
Generalizado	6	46.15%
Caderas	4	30.76%
Región anterior del tórax	2	15.30%
Lumbar	2	15.30%

Fuente: Formulario de recolección de datos

A estas pacientes se les aplicó localmente (como se describió en material y método) una crema en las zonas más dolorosas unido al tratamiento oral. El dolor es un síntoma subjetivo mediado por la individualidad: la experiencia personal, el estado anímico, entre otros, por lo que no solo tratamos de cuantificar, cuan doloroso, era la patología para cada paciente al examen físico, sino que además tratamos de utilizar el criterio individual de cada uno respecto a la intensidad de su dolor (gráfico 2 y 3).

Gráfico 2: Variación en el tiempo de la intensidad del dolor según la escala visual con el tratamiento con terapia floral.

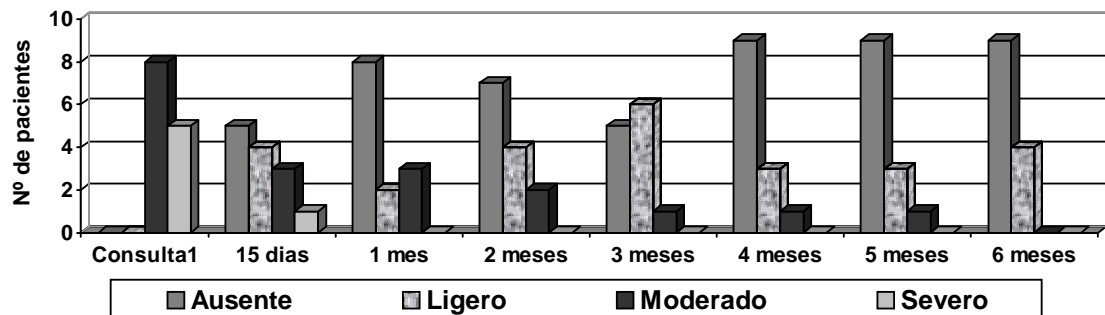
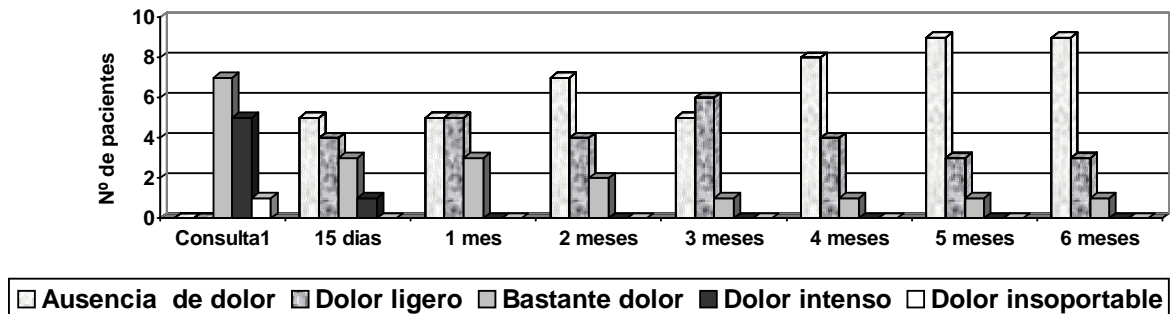


Gráfico 3: Variación en el tiempo de la intensidad del dolor según el test de Likert



En la consulta inicial, 5 pacientes (38,46%) presentaron dolor calificado por ellos como intenso, 8 pacientes presentaron dolor calificado como moderado, para un 61,54% . A los 15 días de tratamiento solo 1 paciente (7,69%) presentaban dolor intenso, 3 dolor moderado y no presentaron dolor referido 5 pacientes y los restantes 4 refirieron un dolor ligero al darle valor en la escala visual. En las siguientes consultas continuó aumentando el número de pacientes que expresaron ausencia de dolor. Alrededor del tercer mes se produce un incremento de la barra que pertenece al dolor ligero con relación a la ausencia del mismo, en este momento del estudio se realizó un reajuste de tratamiento en algunos pacientes que comenzaron nuevamente con sintomatología dolorosa, y se logró nuevamente una ausencia total de dolor referido en 9 de los 13 pacientes del estudio (69,23%).

Resultado similar se encontró al aplicar el test de Likert, en el mismo la mayoría de los pacientes llegó a la consulta con bastante dolor lo cual fue disminuyendo en el resto de las consultas, solo una paciente al final del tratamiento mantuvo bastante dolor y 9 refirieron ausencia total de dolor.

Gráfico 3: Valoración en el tiempo de la evolución del dolor según el examen físico de los puntos dolorosos

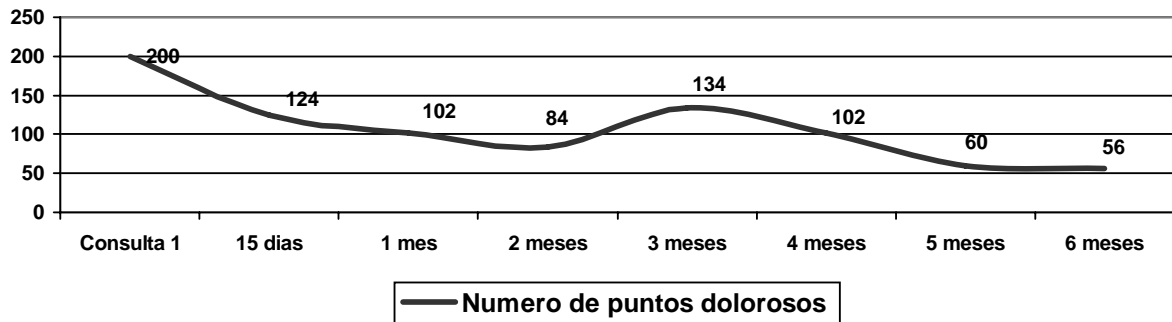


Tabla 6: Comportamiento promedio de los puntos dolorosos al examen físico durante el seguimiento de los pacientes con tratamiento floral

Consulta	Promedio individual de puntos de gatillo activos por consulta
Primera consulta	15.38
15 días	9.53
1 mes	7.84
2 meses	6.46
3 meses	10.30
4 meses	7.84
5 meses	4.61
6 meses	4.30

Fuente: Formulario de recolección de datos

Es interesante que a partir del tratamiento con las esencias florales, se produjo cierta disociación entre lo expresado con referencia al dolor con respecto al examen físico o sea que expresaron éste síntoma como menos intenso de lo que realmente era. Es posible que el tratamiento floral haya cambiado la actitud ante el mismo o le diera esperanza en la mejoría y curación. Esto se debe que las flores trabajan en la compleja unidad mental, emocional, física y espiritual, que es el ser humano. Además la respuesta tan en extremo buena que tuvieron los otros síntomas es posible que llevara a los pacientes a un estado de bienestar, cambiara la percepción del dolor.

A continuación se analiza el comportamiento del resto de la sintomatología:

Tabla 7: Evolución del resto de los síntomas en los pacientes con el tratamiento con terapia floral

Síntomas	Consulta 1	1 mes		6 meses	
	Nº inicial	Nº	% mejorado	Nº	% mejorado
Rigidez matinal	8	2	75%	1	12,5%
Parestesias	1	0	100%	0	100%
Sueño no reparador	9	1	88,8%	0	100%
Aletargado	2	0	100%	0	100%
Maquinaciones	5	0	100%	0	100%
Insomnio matutino	2	1	50 %	0	100%
Tendencia a cansarse con facilidad y/o debilidad	8	7	12,5 %	2	75%
Tumefacción de manos a primera hora de la mañana	2	0	100 %	0	100%
Depresión (14-71%)	2	0	100%	0	100%
Temblor interior	2	0	100%	0	100%
Taquicardias/ palpitaciones	3	0	100%	0	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Lo más interesante en la evolución de los pacientes ,con el tratamiento con terapia floral es la evolución de la gran gama de síntomas que acompaña al dolor en estos pacientes, estos síntomas mejoraron significativamente con el tratamiento desde su inicio y esta mejoría se mantuvo invariablemente durante el mismo, siendo la evaluación subjetiva de su situación mas positiva que lo reportado con otros tipos de tratamientos analgésicos alopáticos o no, cuestión esta explicable por la acción que tiene la terapia floral, sobre los mecanismos psicológicos, y emocionales productores de la esta enfermedad.

Conclusiones:

- Se constata que las flores mas frecuentemente encontradas activas en los pacientes con fibromialgia fueron : Aspen, Wild Rose, Oak, Clematis ,Centaury, Crab Apple, Water Violet, White Chestnut y otras con menor frecuencia pero de importancia para el futuro tratamiento Star of Bethlehem, Impatient ,Agrimony, Red Chestnut , Olive y Rock Water.
- Se propone a Aspen y Wild Rose como patrón transpersonal general para todos los pacientes con dicha afección y la utilización selectiva puntual del resto de las flores referidas.
- Es posible tratar con efectividad la fibromialgia con esencias florales de Bach asociando el tratamiento oral y la aplicación local de las cremas.
- Se evidencia que los síntomas acompañantes tienen muy buena respuesta al tratamiento, el dolor remitió totalmente en un 69,23 % de los pacientes.

Recomendaciones

Extender el uso de la Terapia floral como arsenal terapéutico en el tratamiento de la fibromialgia.

Ampliar el uso de la terapia floral al resto de las patologías reumáticas utilizando la combinación del tratamiento oral y local con cremas.

Bibliografía

1. et al. Principios de Medicina Interna de Harrison.15ta ed.Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 2002 p 1160-1178
2. Smyte HA ,Reumatismo no articular y síndromes musculoesqueléticos psicógenos En: McCarty D. Artritis y enfermedades conexas. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-técnica; 1986. p.921-927.
3. Vidal Neira L., Martínez Villaverde J.,Hdez Martínez A.,Síndrome de fibromialgia y reumatismo psicógeno. En Vidal Neira L, Aguila J, Riscaya J. Bases y principios en Reumatología. 2 ed.Perú: Boehringer Ingelheim;1997. p. 370-385.
4. Freundlich Bruce, Leventhal Laurence. The fibromyalgia syndrome. En Primer on Rheumatic diseases .Tenth edition . Arthritis foundation. Atlanta.1993.
5. Lena Fortuny R ,Friol Gonzalez J. Fibromialgia y magnetoterapia .Rev Cub Reum 2002 ; Vol IV (1) 56.
6. Neeck G, Crofford LJ Neuroendocrine perturbations in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome Rheum Dis Clin North Am 2000 Nov;26(4):989-1002. Disponible en: <http://www.fibromialgia.com.br/novosite/index.php>
7. Alvarez Carballo CB.Enfoque psicósomático de la fibromialgia.Rev Cub Reum 1998;1:107.
8. Utra Vilardel Dolors .Fibromialgia y flores de Bach.Sedibac 2001(3) :8-9
9. Gerber R. La medicina vibracional . Barcelona: Ediciones Robinbook.S.L. 2001 p.220-238.
10. Veilati, S 2000 Tratado completo de terapia floral, 445 pp., Edaf y Morlaes S. A, Madrid.
11. Ribal R. Terapia floral de Bach. <http://www.florbach.es.org/>
12. Gerber R. La curación energética. Barcelona: Ediciones Robinbook.S.L. 1993 p.150-158.
13. Kramer D. Nuevas terapias florales de Bach. Malaga : Editorial Sirio S.A.1989
14. Sposato Ezio .La Medicina Rittrovata .Xenia .Milano.1998
15. Orozco R. Flores de Bach Manual de aplicaciones locales. Barcelona: Ediciones Indigo; 2002

16. Bach por Bach. Obras completas, escritos florales, Buenos Aires: Ediciones Continente, S.R.L.,1993.
- 17.. Heine H. Homotoxicología Edimsa México 2000
18. Orozco R. Flores de Bach: Manual para Terapeutas Avanzados. Barcelona: Ediciones Indigo; 1996.
19. Orozco R. Flores de Bach. Diagnóstico diferencial. Barcelona: Ediciones Indigo;1998.
20. Barnard Julian Las platas sanadoras de Edward Bach. 1988.
21. Viana Zulaica,Cristina ,Castaño Carou,Ana. Fibromialgia. Cad Aten Pirmaria 2000; 7:153-159

Anexo

Consentimiento informado

Yo _____ CI:

Dirección:

Acepto por mi libre voluntad de participar en el proyecto de investigación con terapia floral en el tratamiento de la fibromialgia. Se me informó previamente las características del estudio y que la terapia floral es una forma de tratamiento reconocida y aceptada por el ministerio de salud pública y la Organización Mundial de la Salud. Se me informo además que no tiene contraindicaciones de ningún tipo ni efectos colaterales. Para constancia de mi aceptación firmo la presente:

Día _____ del mes de _____ del 2003.

FIRMA