



Societat per a l'Estudi i la Difusió de la Teràpia del Dr. Bach de Catalunya

## **Terapia Floral en la diabetes mellitus**

Dr. Alexis Lima Suárez

### **Resumen**

Este ensayo clínico es un estudio explicativo, experimental, aplicativo, autocontrolado y de trabajo en desarrollo. En el mismo se tomó como grupo de estudio un total de 50 pacientes que acudieron al Hospital Clínico Quirúrgico Docente de Matanzas “Faustino Pérez”, con diagnóstico de diabetes mellitus y edades comprendidas ente 15 y 80 años, que dieron su consentimiento a participar en el estudio. Se realizaron estudios de laboratorio clínico, al inicio del tratamiento y se les hizo seguimiento durante el mismo. Se realizaron tres cortes cada mes. El corte cualitativo de los síntomas cardinales y de los exámenes de laboratorio se realizó al final de cada mes. Después del tercer mes de tratamiento el resultado de los Benedict y las Glicemias fue satisfactorio, disminuyó la administración de insulina y el consumo de hipoglicemiantes orales, con una mejoría en la mayoría de los sujetos investigados. Se comprobó que aplicar el tratamiento con Terapia Floral a pacientes diabéticos influye favorablemente en su evolución.

### **Introducción**

La diabetes mellitus (DM), estudiada y atendida desde hace siglos, es una enfermedad que afecta a 150 millones de personas en todo el mundo. De acuerdo al envejecimiento de la población y los malos hábitos de vida actual, los expertos suponen que para el año 2.025 esa cifra se duplique. Según estadísticas actuales, la diabetes mellitus afecta a una de cada veinte personas en el mundo y tiene una fuerte presencia en nuestra realidad. Estadísticamente se comprueba que hay un ascenso de la prevalencia de esta enfermedad en el país. En nuestra Provincia (Matanzas) específicamente, vemos que en 1.997 la incidencia fue de 10.157 pacientes; en 1.998: 15.893; en 1.999: 16.502 y en el 2.000: 18.443 pacientes; como observamos hay un ascenso notable en nuestro medio (Departamento provincial de estadística, 2.001). Ninguna otra patología avanza a un ritmo tan desmesurado (García, 1.998).

Por el carácter ascendente que tiene la presencia de esta enfermedad y porque los medios con que se cuenta hasta este momento para el tratamiento de la misma no parecen suficientes, se decidió ampliar el campo terapéutico con otras terapias, que puedan llegar a conformar un tratamiento más integral.

Este trabajo se propuso valorar el comportamiento de la DM al ser tratada con técnicas de Medicina Natural, Tradicional y Bioenergéticas. Se tuvo en cuenta el enfoque según la Medicina Psicosomática, se siguió atentamente el comportamiento de los síntomas

cardinales, de la Glicemia y los Benedict para valorar la posibilidad de disminución del uso de los hipoglicemiantes orales y la insulina.

En la revisión bibliográfica que se realizó, no se encontró ningún trabajo que utilizara un tratamiento al paciente diabético que lo viera desde diferentes ángulos y al mismo tiempo con el objetivo de atenderlo como una persona integralmente, de manera global, y no aisladamente, con distanciamiento racional. Esto fue otra motivación para que este trabajo estuviera encaminado no sólo a resolver la hiperglicemia, sino llegar más allá, a la causa “verdadera” de la enfermedad y ver al paciente como un ser biopsicosocial, logrando la armonía entre el cuerpo y la mente.

Como es conocido, el enfoque sintomático de la salud está basado en un paradigma de la práctica médica que tiene una visión mecanicista del ser humano. Sus bases filosóficas se hicieron muy fuertes en el siglo XVII, fundamentadas en las ideas de Descartes, quien postuló la dualidad cuerpo mente y por Newton, cuyas teorías condujeron al enfoque mecánico del universo; de esta forma el ser humano llegó a ser visto como una máquina. Este modelo considera la curación como el arreglo de una maquinaria rota, a la que se le repara el motor o se le reemplaza una pieza defectuosa (Herrera, 1999).

Ahora bien, si se reconoce al hombre como algo más que una máquina, lo primero que se debe ver es al ser humano como un sistema de fuerza energética, así como una estructura física y con actividad bioquímica. Al ver solamente la parte física del hombre, la Medicina Ortodoxa ignora la influencia de los campos energéticos. La parte física es importante, pero la sospecha originada por indicios de que no hay nada más, ignora la fuerza que anima la forma (Dal, 1998).

La ciencia moderna se ha separado de la dimensión total del proceso vital (Herrera, 1998). El método científico ha disminuido su campo de visión a lo que es físicamente mensurable, sin tener en cuenta lo cualitativo de las dimensiones etéricas y anímicas de la vida (Chopra, 1997). Como no tiene en cuenta la totalidad de las formas vivientes, la ciencia actual con frecuencia se ha ido separando de la naturaleza humana y por ello no es capaz de comprender las fuerzas sutiles de los paradigmas holísticos.

Por tanto, se debe encontrar nuevas formas de investigación científica que sean adecuadas para abordar los desajustes en el campo sutil y que posean el rigor y la búsqueda objetiva de la verdad, que es la esencia de la ciencia (Masttiello, 1999).

En estos tiempos las terapéuticas naturistas y bioenergéticas han tomado gran auge, pero generalmente los especialistas trabajan con ellas individualmente, pensando que tienen la verdad absoluta sin darse cuenta de que sí tienen la verdad, pero solo una parte de ésta; que en la integración hay una verdad mayor, por lo que hay más fuerza y la terapia es más completa (Am, 1999). Dadas estas consideraciones, en este estudio se tomó una técnica bioenergética y naturista que fuera asequible a la mayoría de los terapeutas, de fácil aplicación y con un mínimo de reacciones adversas en el paciente.

La medicina actual se debe enriquecer bebiendo en fuentes muy diversas, pero es necesario filtrar sus conocimientos por el estrecho tamiz del método científico, el cual

se basa en pruebas experimentales y evidencias concretas, lo cual se hizo en el presente trabajo.

En este momento en que la medicina de alta tecnología rompe barreras como en la genética o con el empleo del láser o el escáner, etc., parece paradójico que de la misma manera ha habido un notable reconocimiento de las terapias naturales. En los países subdesarrollados son la primera y única opción sanitaria para la mayor parte de la población, y mientras las grandes empresas farmacéuticas invierten gran cantidad de dinero para sintetizar y aislar los componentes químicos de las plantas, la venta de remedios de hierbas que contienen esas sustancias en su forma natural encuentra un lugar entre los mercados sanitarios de mayor crecimiento en Europa, EUA y Australia (Rodríguez, 1999).

Esta investigación se propuso andar el sendero de la bioenergética, técnica silenciosa y sutil, pero presente y actuante, modificadora de desequilibrios y restauradora de parámetros de salud. Se habla de lo que se sabe y se encuentra cómo demostrar lo hallado.

Este estudio aportó un nuevo enfoque sobre el paciente diabético que es quien nos ocupa en este momento.

Se contempló en este estudio, la utilidad de las Esencias Florales de Bach para un control emocional del paciente.

El aporte que ofrece este trabajo es fundamentalmente de carácter práctico, responde a las necesidades existentes de hallar variantes para el tratamiento de los pacientes diabéticos y que sean de fácil acceso. La novedad científica es la aplicación de la Terapia Floral en el tratamiento del paciente diabético.

## **Problema**

¿Cómo influye la Terapia Floral en la evolución del paciente diabético?

## **Objetivo General**

Valorar la evolución de los pacientes afectados de diabetes mellitus al combinar el tratamiento con la Terapia Floral.

## **Objetivos Específicos**

Estudiar la evolución de los síntomas cardinales.

Determinar el comportamiento de los resultados de los Benedict y las Glicemias.

Valorar las modificaciones en el uso de hipoglicemiantes orales y la insulina.

## **Hipótesis**

El tratamiento con esencias florales- favorecerá la evolución del paciente diabético, porque recuperará el equilibrio energético y emocional.

## **Marco conceptual**

-EVOLUCION DEL PACIENTE DIABETICO: manifestaciones clínicas por las que cursa este enfermo en las diferentes etapas del desarrollo de su patología.

-EMOCIONES: según Grecco (1997) éstas son estados bipolares agudos transitorios, intensos y muy cargados de correlato somático, manifiesto y evidente.

-EQUILIBRIO EMOCIONAL: permanecer en medio de los polos de esos pares de oposición.

-GLICEMIA: Concentración de glucosa en sangre. Ésta depende del origen y procesamiento de la sangre. En este estudio se tomará sangre total de la vena, el valor normal de glucosa oscila entre 4,4 y 6,7mmol/L.

## **Estrategia Investigativa**

El método filosófico que da sustento al presente trabajo es el materialista dialéctico, y por las características del problema que incluye este ensayo clínico se planteó efectuarlo en forma explicativa, experimental, aplicativo, autocontrolado y de trabajo en desarrollo.

Para la elaboración del presente ensayo clínico se tomaron como punto de partida todos los conocimientos aportados en el estudio de la DM y se integraron en un Sistema de Evidencias Científicas. Los objetivos propuestos se alcanzaron por el empleo del método hipotético deductivo.

Se aplicaron las pautas de tratamiento propuestas a los pacientes diabéticos, para valorar la efectividad o no de éste, se estudió la evolución de los síntomas cardinales (poliuria, polifagia y polidipsia); se determinó el comportamiento de los resultados de los Benedict y Glicemias; y por último se valoraron las modificaciones que se produjeron en el uso de los hipoglicemiantes orales y de la insulina, los cuales fueron los indicadores de la evolución de los pacientes estudiados.

Como universo de estudio en el presente ensayo clínico se incluyó a los pacientes portadores de DM, estudiados por endocrinología, que acudieron al Hospital Clínico Quirúrgico Universitario de Matanzas “Comandante Faustino Pérez”, en el período comprendido entre Enero y Diciembre del 2003, y tuvieron la disposición de someterse al tratamiento.

El grupo de estudio estuvo conformado por aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y con todas las etapas del estudio. Se seleccionaron por el método aleatorio simple, tomándose los pacientes que tuvieran los números pares. Cada paciente fue su propio caso control al compararse antes y después del tratamiento.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron diagnosticados por Medicina Occidental teniendo en cuenta los criterios e indicaciones que establece el grupo nacional de DM en nuestro país.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes con Diabetes Mellitus ID.

Pacientes con Diabetes Mellitus NID.

Comprendidos en las edades entre 15 y 80 años.

Todos los pacientes diabéticos que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

Embarazadas.

### **Criterios de salida**

Abandono voluntario del tratamiento.

Recibir durante el tratamiento otros medicamentos o terapias que pudieran interferir con los resultados finales.

Aparición de reacciones adversas graves o muy graves durante el tratamiento.

### **Tipo de Tratamiento**

Terapia Floral:

A partir de la primera consulta los pacientes comenzaron a llevar terapia floral, con una receta que estuvo compuesta por aquellas esencias acordes con el patrón de desequilibrio psicológico o emocional que presentaran en ese momento.

En caso de descompensación de los niveles de glucosa en sangre se agregó a la fórmula floral, sin tener en cuenta las esencias ni el número de ellas, el remedio de rescate (Rescue Remedy).

Am E. (1999) plantea que hay remedios que cubren los aspectos sintomáticos y emocionales puros. Por lo tanto, para abordar la personalidad y el terreno, se debe recurrir a seleccionar esencias más afines con toda persona. Por esto es importante analizar al paciente individualmente para valorar, entre todas las alternativas, cuál es la más conveniente a cada uno concretamente.

Se tuvo en cuenta todo el set de Bach pero se hizo énfasis en las siguientes esencias que muestran los patrones de la personalidad del diabético:

Cherry Plum. Se indica para los miedos a perder el control, para impulsos desesperados y destructivos. De acción en procesos proclives a la pérdida de conciencia.

Crap Apple. Se utiliza como limpiador interno. Se indica frente a la necesidad de purificación. Se le llama el antibiótico del sistema.

Holly. Facilita el entendimiento del amor. Para estados “negativos” opuestos al amor, para acrecentar la capacidad de amar.

Chicory. Para las personas excesivamente posesivas y que suelen crear dependencias sentimentales.

En cada fórmula se agregó además, el constelado de esencias de *diabetes* perteneciente al set de Argentina compuesta por: Durazno, Higo, Banano, Rosa roja, Muérdago, Pino y Caña de Azúcar. Su acción básica es de ser regulador psíquico y físico de la personalidad diabética, mejorando sus conflictos con la dulzura. También fue incluida Self-Heal, esencia del set de California que permite que el paciente entre en contacto con la propia esencia curativa que tiene dentro.

La fórmula floral se revaloró en cada consulta programada mensualmente, con el objetivo de hacer modificaciones de ella en caso que fuera necesario, según la evolución psicológica del paciente.

En un frasco de 30 ml con agua estéril se agregaron 2 gotas de cada esencia seleccionada. La dosis usada fue de cuatro gotas sublinguales seis veces al día alejadas de los alimentos, dinamizando siempre el frasco antes de tomar. Se indicó tomar las esencias de urgencia un mínimo de cuatro días o hasta que la emergencia cediera. Este tratamiento para la enfermedad se mantuvo sin descanso todo un año.

Las medidas terapéuticas señaladas anteriormente solo se aplicaron de manera integral, reafirmando que se emplearon siguiendo el principio de individualidad del paciente y no de acuerdo a un síndrome determinado, o a una enfermedad que se debe a una alteración de una estructura orgánica por separado, cuya manifestación funcional ha permitido su clasificación.

### **Medidas para promover y controlar las instrucciones del tratamiento**

Se llevó un registro de pacientes incluidos (indicando el número de inclusión), que estuvo a disposición de aquellos que lo solicitaran, y además, se llevó un registro general donde quedaron incluidos todos los pacientes no importando la unidad, investigador, etc., que se tratara.

Una vez incluido el paciente, se envió una comunicación al área de salud a la que pertenecía y en la que se controlaba. Se solicitó la cooperación del médico de familia correspondiente para que éste mantuviera la vigilancia adecuada, contribuyera al más completo cumplimiento del tratamiento y la asistencia del paciente a cada una de las actividades previstas durante el mismo. De la misma forma se mantuvo informado a dicho médico del resultado de la evolución de su paciente.

En cada consulta programada o no, el médico responsable chequeó el cumplimiento por parte del paciente de su tratamiento mediante la revisión de la Historia Clínica, reflejando la fecha y los resultados obtenidos; tanto de tipo subjetivo, como objetivo.

El paciente incluido fue siempre atendido por el mismo médico investigador en todo el proceso de su enfermedad. Los exámenes complementarios y otras investigaciones fueron llevados a cabo por el mismo personal profesional, que se escogió previamente por su calidad técnica reconocida.

La evolución médica se llevó a cabo de manera periódica y programada por el médico de asistencia. Se realizaron consultas no programadas a solicitud del propio paciente en las fechas que él las solicitó.

Cualquier modificación a la terapia decidida por el médico de asistencia no se llevó a cabo sin el conocimiento y aprobación del paciente. A cada paciente, se realizó Benedict diario. Mensualmente los pacientes fueron valorados en consulta de diagnóstico determinando su evolución y continuación del tratamiento, teniendo en cuenta los mismos criterios de diagnóstico de la primera consulta.

El método para informar sobre la evolución de los pacientes se ajustó a los parámetros previamente decididos en cada caso, en todos ellos se empleó el programa SPSS que es el oficial para el presente ensayo y que nos permitió desarrollar el análisis de las distintas variables cuantitativas y cualitativas. Esta exploración nos permitió conocer el comportamiento global de las principales variables registradas en el estudio.

El estudio de los resultados de las variables iniciales, las periódicas y las finales permitieron una evaluación de alta confiabilidad y sus análisis dieron lugar a conclusiones avaladas por resultados evidentes.

En todos los casos se llevó a cabo una evaluación de manera clínica (síntomas y signos) y ésta se correspondió con los cambios objetivos comprobados. Se confeccionó una historia clínica a cada paciente al inicio del tratamiento. Se realizó Benedict diario y Glicemias mensualmente o en cualquier otro momento en que se presentaron síntomas de descompensación. Se valoró la disminución del uso de los hipoglicemiantes orales y la insulina en el curso de la investigación. Por último se determinó la evolución integral de los pacientes, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Síntomas cardinales (poliuria, polifagia y polidipsia).

Glicemia.

Benedict.

Consumo de insulina.

Consumo de hipoglicemiantes orales.

### **Clasificación de la evolución del paciente**

#### **Mejoría notable: Óptima**

1. Desaparición de los síntomas cardinales.
2. Disminución de la Glicemia, más de 5 mmol/L o llegar a la normalidad.
3. Más del 90% de los Benedict azules o verdes.
4. Disminución del consumo de insulina hasta la mitad.
5. Cese del consumo de hipoglicemiantes orales.

#### **Con eficiencia parcial: Mejorado**

1. Desaparición de uno o más síntomas cardinales.
2. Disminución entre 3 y 5 mmol/L de Glicemia.
3. Más del 80% de los Benedict azules o verdes.
4. Disminución de un tercio del consumo de insulina.
5. Disminución del consumo de hipoglicemiantes orales.

#### **Ineficacia: No satisfactoria**

1. Sin cambios en los síntomas cardinales.
2. Disminución de menos de 3 mmol/L, de Glicemia.
3. Menos del 80% de Benedict azules o verdes.
4. Disminución de menos de un tercio del consumo de insulina.
5. Sin cambios en el consumo de hipoglicemiantes orales.

Se analizaron estos parámetros y al menos debieron reunir tres de estos requisitos para que fueran incluidos en una de estas tres clasificaciones. La periodicidad de las

evaluaciones de estos enfermos contempló un carácter mensual (clínico, químico), durante un año.

## **Análisis y discusión de los resultados**

El trabajo desarrollado permitió demostrar una evolución favorable de los pacientes afectados con DM al agregarle a su tratamiento la Terapia Floral, lo que se constata al analizar las variables de estudio que responden a los objetivos específicos de la presente investigación, y que se analizará y se discutirá a continuación.

**TABLA 1. Comportamiento de los síntomas cardinales.**

	1° mes	%	2° mes	%	3° mes	%
Igual.	29	58	11	22	3	6
Mejor.	17	34	30	60	28	56
Optimo.	4	8	9	18	19	38
Total.	50	100	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas.

En relación con los síntomas cardinales que se exponen en la Tabla número 1 se comprobó que después del primer mes de tratamiento, 34% obtuvo mejoría, el 58% del total de los pacientes se mantuvo igual, y solamente el 8% había alcanzado el estado de óptimo. Posteriormente, después del segundo mes, los resultados fueron más alentadores, ya que en el 60% de los pacientes se alcanzó la mejoría, mientras que solo 22% se mantenía igual, y se encontraban en la clasificación de óptimos el 18% de los pacientes.

Finalmente, después del tercer mes de tratamiento se logró la mejoría en el 56% de los pacientes, concluyeron en estado óptimo el 38% y se mantuvieron con los mismos síntomas el 6% de la muestra.

Estos resultados demuestran que el tratamiento combinado con la Terapia Floral puede modificar positivamente los síntomas cardinales de la Diabetes Mellitus.

La segunda variable a analizar, fue la evolución de la glucosuria constatada objetivamente por medio de los Benedict.

**TABLA 2. Comportamiento de los Benedict.**

Benedict normales	1° mes/ %		2° mes/ %		3° mes/ %	
> del 90%	3	6	30	60	24	48
e/ 80 y 90%	22	44	16	32	21	42
< de 80%	25	50	4	8	5	10

Fuente: Historias clínicas.

En la Tabla 2 se constatan los cambios de los resultados de los Benedict con los meses de tratamientos. Después del primer mes de tratamiento la mayor cantidad de casos se encontraban en el grupo que presentó menos del 80% de los Benedict normales: 25 pacientes. Solamente 3 pacientes tuvieron más del 90% de los Benedict normales.

Después del segundo mes, 30 pacientes tenían más del 90% de los Benedict normales y se encontraron 4 con menos del 80%. Después del tercer mes se encontró solo 5 paciente con disminución del número de Benedict normales, menos del 80% del total de los realizados, y a 24 y 21 pacientes les disminuyó en la categoría de más del 90%, y en la de entre el 80 y el 90%, respectivamente.

Este es un parámetro objetivo que demuestra la efectividad de la terapia propuesta al ser aplicada al paciente diabético, siendo considerable la disminución de la positividad de la glucosuria.

Se analizó en la Tabla 3 cómo se manifestaron los valores de Glicemia al comparar los tres rangos establecidos independientemente, teniendo en cuenta los cortes fundamentales establecidos, después de cada mes de tratamiento.

**TABLA 3. Comportamiento de la glicemia.**

Glicemia	1° mes/ %		2° mes/ %		3° mes/ %	
< de 3mmo/L	30	60	18	36	8	16
e/ 3 y 5mmol/L	16	32	21	42	24	48
> de 5mmol/L	4	8	11	22	18	36

Fuente: Historias clínicas.

El parámetro de menos de 3 mmol/L disminuyó con cada mes de tratamiento y se encontraron los valores que representan el 60, 36 y 16 % respectivamente.

Analizando la disminución de las Glicemias entre 3 y 5 mmol/L se encontraron ascenso de los casos por mes de tratamiento: en el primer mes el 32%; en el segundo mes el 42 %, y en el tercer mes 48 % del total de los pacientes estudiados.

El tercer parámetro mostró la disminución de la Glicemia a más de 5 mmol/L. De igual modo el carácter de éste fue ascendente y se vio cómo en el primer mes de tratamiento solamente hubo 4 pacientes (8%); después del segundo mes: 11, que representa el 22 %, y seguido el tercer mes de tratamiento a 18 pacientes, el 36 % de total del grupo de estudio, la Glicemia les había disminuido en la categoría de más de 5 mmol/L, o les había llegado a límites normales. Este fue un parámetro importante para la clasificación evolutiva, al analizar solamente el control químico en este estudio. También esta categoría arrojó resultados satisfactorios.

**TABLA 4. Cantidad de insulina utilizada.**

	Antes del tratamiento	Después del 1° mes	Después del 2° mes	Después del 3° mes
Unidades de insulina	610 UI	480 UI	410 UI	360 UI
Disminución		130 UI	200 UI	250 UI

Fuente: Historias clínicas.

En cuanto a la evolución del total de insulina consumida por los pacientes en el transcurso del estudio, se observa en la Tabla 4 la disminución de su uso. Se consumían 610 unidades diarias por los 18 pacientes insulino dependientes, antes de comenzar el tratamiento propuesto en este trabajo; después del primer mes de tratamiento disminuyó un 21.3%, o sea, se consumió 480 unidades de insulina, lo que significa 130 unidades menos. Después del segundo mes de tratamiento el consumo de la insulina continuó disminuyendo. En este caso descendió 70 unidades más, el 32.8%, consumiéndose 410 unidades. Al concluir el tercer mes de tratamiento se utilizaban 360 unidades de insulina por los 18 pacientes que al principio estaban clasificados como insulino dependientes. Esto representa el consumo del 40.9% de unidades de insulina menos que las que se consumían antes del estudio.

Al enfocar este parámetro de la utilización de la insulina en el tratamiento, se pudo analizar económicamente que: si se toma en cuenta que un bulbo de insulina con mil unidades tienen un valor comercial de \$1.25, y 18 pacientes insulino dependientes dejaron de utilizar en un mes 7500 unidades de insulina, o sea, 7.5 bulbos que son un equivalente a \$7.50, se ahorraron aproximadamente \$0.40 por paciente. Si alrededor del 10% de los diabéticos son insulino dependientes, entonces en la provincia habría 1844 pacientes dentro de esta clasificación y se ahorraría desde el punto de vista económico \$737.60 en un mes, si se les sometiera al tratamiento propuesto, considerando solamente el costo de la insulina. Al ser aplicado el tratamiento combinado con la Terapia Floral se aprecia disminución de consumo de insulina, lo que representa no solo un valor económico sino también social.

**TABLA 5. Cantidad de tabletas hipoglicemiantes utilizadas.**

	Antes del tratamiento	Después del 1º mes	Después del 2º mes	Después del 3º mes
Tabletas	125 tab.	110 tab.	84 tab.	71 tab.
Disminución		15 tab.	41 tab.	54 tab.

Fuente: Historias clínicas.

En la Tabla 5 se representa el consumo de hipoglicemiantes orales y se observa la disminución del consumo con cada mes de tratamiento. Se aprecia cómo al inicio, o sea, antes de comenzar el estudio, había en general un consumo de 125 tabletas de hipoglicemiantes diarios por parte de los pacientes. Esta cantidad fue disminuyendo paulatinamente después de cada mes de tratamiento, hasta llegar a consumir un total de 71 tabletas diarias entre todos los pacientes, o sea, aproximadamente un 56.8% del total que se consumía al inicio, lo que representa 54 tabletas menos, un 43.2% menos de la dosis inicial total.

En este caso también el tratamiento aplicado conlleva un ahorro considerable de medicamentos, aparte de que al disminuir la dosis se disminuye asimismo la intoxicación por este medicamento químico, así como las complicaciones y reacciones secundarias que puede traer su ingestión.

En este estudio se encontraron 35 pacientes que consumían hipoglicemiantes orales, que corresponde con el 70% del total de la muestra de estudio. Antes del tratamiento se consumían, en general, 125 tabletas hipoglicemiantes, las que disminuyeron un 43.2% después del tercer mes de tratamiento. Hubo una reducción de 54 tabletas. Teniendo en

cuenta esto y que 10 tabletas de Glibenclamida, uno de los hipoglicemiantes más usados en nuestro medio, tiene un valor comercial de \$0.60, habría un ahorro de \$3.24 diarios. Esta cifra, vista individualmente, se corresponde con \$0.10 por persona diariamente, y en un mes, \$3.00. Y si un 90% de los pacientes diabéticos son no insulino dependientes, tendremos en nuestra provincia 16,598 pacientes aproximadamente que consumen hipoglicemiantes orales. Ahora bien, si a todos ellos se les realiza el tratamiento propuesto se ahorrarían \$49794.00 mensualmente, solo teniendo en cuenta el consumo de hipoglicemiantes.

En general, considerando solamente el consumo de medicamentos propios de la Diabetes, el ahorro sería de \$50531.60 en un mes.

Al constatar los parámetros analizados anteriormente, se llegó a una clasificación evolutiva general de los pacientes después de cada corte. Como explicamos, teniendo en cuenta los parámetros señalados, la evolución de los pacientes se clasificó en Mejoría notable (óptima), Con eficacia parcial (mejorados) e Ineficacia (no satisfactoria).

**TABLA 6. Clasificación evolutiva.**

	Igual		Mejor		Optimo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Después del 1º mes	21	42	16	32	3	6
Después del 2º mes	9	18	21	42	20	40
Después del 3º mes	5	10	18	36	27	54

Fuente: Historias clínicas.

La Tabla 6 muestra que después del primer corte el mayor número de pacientes se mantuvo igual, el 42% del total. Esto se explica porque estamos trabajando con una enfermedad crónica de mucho tiempo de evolución y por lo tanto se necesita tiempo para restablecer el desequilibrio energético. De esta forma se observó cómo después del segundo corte ya la cifra de mejorados fue de 41 pacientes, el 82% y solamente el 18%, o sea, 9 pacientes, se mantenían igual.

Después del tercer corte se mantuvo la cifra de mejorados pero la de los que tuvieron respuesta óptima aumentó considerablemente: de 3 pacientes que había en el primer mes, ya en este encontramos 27, que representan el 54%. Solo en 5 pacientes, el 10%, no hubo cambios en su evolución y se mantuvieron igual, mientras que 39 tuvieron una mejoría notable.

En general se pudo apreciar que en el primer corte predominó la cantidad de pacientes en los que no había habido cambios significativos, según se reflejó en la Tabla, pero el número de ellos disminuyó notablemente con el transcurso de la terapéutica. Después del segundo corte, fue más de la mitad y luego del tercero, más de cuatro veces. Los resultados óptimos primero fueron muy pocos, 3 pacientes, lo que se multiplicó por más de cinco después del segundo corte, y posterior al tercer corte fueron casi nueve veces más. Con eficacia parcial desde el principio hubo cifras notables, las que estuvieron después del segundo y tercer corte.

Después de todo este análisis de los objetivos propuestos y las variables predeterminadas, confirmamos nuestras hipótesis de que si se aplica el tratamiento

combinado con la Terapia Floral, se favorece la evolución del paciente diabético, pues recupera el equilibrio energético y emocional.

## **Conclusiones**

Al valorar la eficacia de la combinación del tratamiento con la Terapia Floral en la DM quedó demostrado que hubo una mejoría notable en estos pacientes al actuar directamente sobre el plano emocional, lo que hizo manifiesta la evolución favorable de ellos.

En consecuencia, la aplicación del tratamiento permitió la reducción del consumo de los hipoglicemiantes orales y parenterales, con la consabida protección al paciente y un sustancial ahorro económico.

Las variables definidas evolucionaron satisfactoriamente.

El presente trabajo comprueba la importancia de ver al ser humano como un sistema de fuerza energética, con estructura física y actividad bioquímica. Integrando estos elementos como se ha hecho en este estudio, en el paciente diabético, se ha demostrado que unificando los conocimientos de la ciencia moderna con respecto al Soma y a la psiquis, se logra la integración y un mejor control de la persona.

## **Recomendaciones**

Generalizar la integración de los diagnósticos y la aplicación del tratamiento combinado a los pacientes diabéticos.

Estimular el acercamiento a las técnicas de la Medicina Bioenergética que posibilitan aproximarse al tema causal de las enfermedades.

Alimentar el interés por la investigación y la aplicación de técnicas de la Medicina Bioenergética, como otra manifestación de la madurez científico- técnica de nuestro desarrollo en el campo de la experimentación, las que por su deficiente divulgación no rompen los esquemas de escepticismo ajenos al siglo que acaba de comenzar.

Insistir en la relevancia que tiene la atención individualizada, que contribuye a la salud del paciente, y a la comprensión de su enfermedad, a partir de la reorientación que en ese sentido facilita la Terapia Floral.

## **Bibliografía**

1. ALVAREZ SINTES, R. Temas de Medicina General Integral. - La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001. p. 852- 867.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1999; 22 (supl. 1):32-41.
3. AM, E. La Medicina Bioenergética / E. Am. – La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1999. -- p. 34-59.
4. BACH, E. La Curación por las flores. / E. Bach. – Madrid: Editorial Edaf, 1993. – 12 p.
5. Los remedios florales. / E. Bach. -- Madrid: Editorial Edaf, 1993. – 31 p.
6. BERNARD, C. ¿Por qué enfermamos? : La nueva ciencia del Darwinismo. – Citado por Herrera Adell. -- En "De la enfermedad a la vida.". – España: Editorial Club de Autores. 1998. – 93 p.

7. Introducción al estudio de la medicina experimental. – Citado por Herrera Adell, V. En De la enfermedad a la vida. – España: Editorial. Club de Autores, 1998. – p. 15 - 20.
8. CAMPOS, J. M. Contacto con el mundo de la cura / J. M. Campos. Argentina: Editorial Errepar, 1996. -- 34 p.
9. CARDELLÁ – HERNÁNDEZ. Bioquímica médica. / Cardellá - Hernández. -- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999. -- t. IV
10. Guía terapéutica para la atención primaria de salud en Cuba. / M. Cire. et al./ – La Habana: Ed. José Martí, 1995. – p.185-9.
11. Clínicas Médicas de Norteamérica. "Prevención y tratamiento de la diabetes y sus complicaciones". -- /s.l/: Editorial Interamericanos: 4, 1998.
12. CHOPRA, D. La perfecta salud. / D. Chopra. -- Buenos Aires: Editorial Vergara, 1997. – 427p.
13. DAL, R. El mensaje curativo del alma. / R. Dal. – Barcelona: Editorial Robinbook, 1998. – 359 p.
14. Matanzas: Dirección Provincial de Salud: Departamento de Estadística. Datos sobre Tendencia y Prevalencia de la Diabetes Mellitus, Matanzas, 2001.
15. DETHLEFSEN, T. La enfermedad como camino / R. Dahlke, T. DeThlefsen. – 2ª edición Barcelona: Editorial Plaza & Janes, 1995. p.32 – 33.
16. DEVESA COLINA, E. Uso de los medicamentos en ancianos. / E. Devesa Colina. – La Habana: Editorial Científico- Técnica, 1998. p 99-104.
17. ESCOBAR URREA, J. Las bases bioquímicas de la vida, / Urrea Escobar. – Colombia: Editorial Universidad de Antioquía, 1998. – p.75-89.
18. FABROCINI, V. Flores de Bach: 38 remedios para curarse de manera natural. / V. Fabrosi. -- Barcelona: Editorial Vecchi, 1997. – 95p.
19. FEBLES, M. El cuerpo como mediador de las funciones psíquicas: Hacia una terapia corporal / M. Febles. – En Revista Cubana de Psicología. Boletín informativo. La Habana (3).1999.
20. FERNANDEZ CASTAÑER, M. Nuevos criterios de diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus. / M. Fernández Castañer. – p. 107. -- En Rev. Endocrinología. Vol. 45 (3), 1998.
21. FONTCAULT, M. El nacimiento de la Clínica. / M. Fontcault. – España: Editorial El Siglo XXI, 1989.
22. GARCIA, R. Programa de educación en Diabetes en Cuba: filosofía, métodos y líneas de trabajo. Rev Asoc Latinoamer Diabetes, 1998; 6:123 s55.
23. GOODMAN. Las bases farmacológicas de la terapéutica. / Goodman, Gilman. - 9ª edición. – México: Mc Graw Interamericana, 1996. -- p1581-1613.
24. GRECCO, EH. Jung y Flores de Bach. Arquetipos y Flores. / EH. Grecco, B. Espeche. -- Buenos Aires: Editorial Continente, 1999. – 144p.
25. Los afectos están para ser sentidos. / E.H. Grecco. -- Buenos Aires: Editorial Continente, 1997.
26. Seminario: Mapas emocionales. Tema: Diabetes, una melancolía empalagosa. / E.H. Greco. –Argentina: Ed. Continente 1998.
27. Hay, L. L. Tú puedes sanar tu vida. / Louise L. Hay. México: Editorial Diana. 1995. –p176.
28. HERNANDEZ, Y. A.; González, J. R. Agentes farmacológicos actuales en el tratamiento de la Diabetes Mellitus NID. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13(6): 253-63.

29. HERRERA ADELL, V. De la Enfermedad a la Vida. / V. Herrera Adell. – España: Editorial Club de Autores, 1999. -- p136, 195.
30. INGLESES, L. Florecer: Remedios Florales de Bach. / L. Ingleses. – Caracas: Editorial Júpiter, 1997. -- 125p.
31. Efficacy of insulin and sulfonylurea combination therapy in type II Diabetes. / J. Johnson, et al./ – p. 259-264. -- En Archives of internal Medicine.—Vol. 156, 1996.
32. KAMINSKI, P. Repertorio de esencias florales. / P. Kaminski, R. Katz .— Barcelona: Editorial Indigo, 1998. – 436p.
33. KEMP, C.A. Esencias florales de Arizona. / C.A. Kemp. – Argentina: Editorial Continente, 1996. – p 20-27.
34. KRÄMER, D. Nuevas terapias florales de Bach. / D. Kramer: Editorial Cirio, 2000
35. Nuevos mapas corporales de las flores de Bach. / D. Kramer, H. Wild: Editorial Cirio, 2000.
36. LUPO, V. Astrología y flores de Bach. / V. Lupo. – Barcelona: Editorial Obelisco, 1996. – 35p.
37. MARCOS, J. A. Flores para la salud. / J. A Marcos. – Madrid: Editorial Temas de hoy, 1995. – 71p.
38. MARTIN, S. Integral. #254. Prevenir la diabetes. / S. Martín. – Barcelona: Febrero 2001. – 63p.
39. MARTINDALE. The extra Pharmacopea. -- 31 edition. -- /s.l: s.n.t/, 1996. – p.390, 460.
40. MASTTIELLO, C. Terapias Florales. Repertorio de Síntomas. / C. Masttiello.- Argentina: Editorial Continente, 1999. -- p23- 134.
41. MITCHELL D. La Diabetes. / D. MITCHELL. – España: Editorial Océano Ibis, 1999.
42. ¿Por qué enfermamos? La nueva ciencia del Darwinismo médico. / R. M. Nesse et al./ -- Citado por Herrera Adell, V: Idem. -- p23.
43. WASHINGTON. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Consenso: Test IPSS. 1998.
44. OROZCO, R. Flores de Bach. Manual para terapeutas avanzados. / R. Orozco. – Barcelona: Editorial Índigo. 1996. – p.103-213.
45. RALF, J. L. Esencias conscientes energéticas florales argentinas. / J. L Ralf. – Argentina: Ed. Continente.1997. -- p17-32.
46. RAMÓN Y CAJALS, J. M. Las Tónicas de la voluntad. Discurso pronunciado en su ingreso a la Academia de C. Exactas, Físicas y Naturales. / J. M. Ramón y Cajals. -- Citado por Herrera Adell en "De la Enfermedad a la vida". –Madrid: Editorial Club de Autores España. 1998. -- p 93.
47. SALMORÓN, J. Flores de Bach. / J. Salmorón. – España: Editorial Mandala, 1994. -- Vol.II.
48. SCHWARZ, J. Human Energy Sistens. / J. Schwarz. -- USA.: Editorial Dutton. 1990. -- p 68.
49. SPIVAK, J.L. Manual of Clinical Problems in Internal Medicine / J.L. Spivak. – Fourth Edition 1991. -- p173 – 174.
50. STERN, C. Remedios Florales de California. / C. Stern. -- España. : Editorial Martínez Roca, 1998.

51. The expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the Diagnostic and classification of Diabetes Mellitus. J. – p. 1183. -- En Diabetes care. -- 20(7), July, 1997.
52. ULMER, G. A. Recobrar la salud con flor essence. / G. A. Ulmer. – Barcelona: Editorial Obelisco. 1996. -- p72.
53. VEILATI, S. Tratado completo de terapia floral. / S. Veilati. – España: Editorial EDAF. 1999. – p. 412-417.