



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

Tratamiento de la osteoartritis con esencias florales de Bach

Autoras:^[1]

Dra. Saira Rivas Suárez

Dra. Mónica Dueñas Romeu

Resumen

Se realizó un estudio preexperimental prospectivo de 14 pacientes, diagnosticados con osteoartritis que asistieron a la consulta de Reumatología del Policlínico “José Ramón León Acosta”, de la ciudad de Santa Clara, en el período comprendido entre abril y junio del 2002. Se dio un tratamiento con esencias florales de Bach por vía oral, basado en las características individuales, en combinación con un tratamiento local con crema sobre la articulación afectada. Esta última prescripción se basó en la utilización de patrones transpersonales. Se encontró una respuesta muy favorable al tratamiento pues un 64 % de los que lo recibieron obtuvieron un alivio total de los síntomas, el dolor fue el síntoma que mejor y más rápido respondió, desapareciendo en 13 de los 14 pacientes estudiados. También mejoró la actitud de los pacientes ante el mismo. Del resto de los pacientes se consideró mejorado, ya que, si bien no tenían dolor sí mantuvieron otros síntomas. Sólo un paciente se mantuvo igual después del tratamiento.

Introducción

La osteoartritis, conocida también como enfermedad articular degenerativa, es la enfermedad reumática más común. Además del hombre, casi todos los vertebrados padecen artrosis, incluso las marsopas, las ballenas y los antiguos habitantes terrestres⁽¹⁾.

Con gran frecuencia encontramos en el consultorio médico de familia la asistencia de numerosos pacientes con patologías articulares, dentro de ellas, la Osteoartritis (OA) constituye la causa más común de dolor e incapacidad de grado variable. No es una patología que ponga en peligro la vida del paciente, sin embargo, sí produce un deterioro de la calidad de la misma debido al dolor y a la pérdida de movilidad. Por lo progresivo e intermitente de su curso, puede llegar a causar incapacidad extrema. Las consecuencias negativas en las actividades y en la salud mental y física son notables independientemente de la edad, nivel educativo o sexo. Sólo las enfermedades cardíacas tienen mayor repercusión en el trabajo. El cinco por ciento de aquellos que dejan de trabajar, lo hacen debido a la artrosis. Salvo que sea aliviada mediante medicación o corregida por cirugía, la artrosis avanzada puede obligar al paciente a renunciar incluso a ciertas actividades de esfuerzo relativamente bajo, como por ejemplo andar. La

^[1] Especialistas en Medicina General Integral. Diplomadas en Terapia Floral

artrosis es también la primera causa de cronicidad en la gente madura y supera a la hipertensión arterial en un 20% ⁽²⁾.

Si tenemos en cuenta que a los 40 años el 70% de todas las personas tendrá cambios artrósicos de mayor o menor grado en las articulaciones que soportan carga, de éstos sólo menos de la mitad presentan síntomas clínicos, y que a partir de aquí a medida que la población envejece aumenta su prevalencia, lo podemos considerar un serio problema de salud a tener en cuenta ⁽²⁾.

Como esta enfermedad se acompaña de cambios degenerativos del cartílago articular y crecimiento óseo hacia esta cavidad, no existe un tratamiento que cure la afección. Hasta el momento ningún medicamento modifica el curso natural de la enfermedad, y además de los síntomas incapacitantes reales se añade una sensación de angustia, ansiedad y desesperanza del paciente ante la afección crónica inhabilitante. Por lo que el tratamiento está orientado a controlar los síntomas.

Se utilizan múltiples tratamientos para mitigar los síntomas ⁽³⁾, dentro de los más clásicos están los tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos y esteroides, de todos ellos se necesitan grandes dosificaciones para tratamientos mantenidos por semanas o meses que tienen un sinnúmero de efectos colaterales, fundamentalmente digestivos, además de estar contraindicados en patologías tan frecuentes en el adulto como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus. Se han utilizado además medicamentos muy novedosos pero costosos ^{2[2]} y otros, como la fisioterapia, la fangoterapia, la acupuntura, digitopuntura, moxibustión, homeopatía, masajes, además de ejercicios de relajación, y la combinación de varios de estas con suplementos dietéticos y vitamínicos. ^(3,4,5) Dentro de esta amplia gama de mal llamados “tratamientos alternativos” se encuentra la Terapia Floral.

El conocer que existen esencias florales capaces de mejorar síntomas somáticos como el dolor, la contractura y otros, característicos de esta enfermedad, así como las maravillosas propiedades de las flores de actuar sobre el estado emocional que en todo paciente con patología crónica es tan importante, no sólo por la poca esperanza en la curación, si no para adaptarse a las nuevas situaciones que le impone su enfermedad, ha sido el motivo de la formulación del problema central de esta investigación:

- • ¿Es posible demostrar la efectividad de la terapia floral en el tratamiento de pacientes con Osteoartritis?

En concordancia con el problema planteado, se han trazado los objetivos para la presente investigación.

Objetivo General:

- • Demostrar la efectividad de la terapia floral en el tratamiento de pacientes con Osteoartritis.

^{2[2]} Como el Condroitin Sulfato que tiene la propiedad de regenerar el cartílago.

Objetivos Específicos

1. Demostrar la efectividad de la asociación de cremas tópicas con esencias florales de Bach según los Patrones Transpersonales y el tratamiento personalizado, en el tratamiento de pacientes con Osteoartritis.
2. Determinar sobre cuales síntomas tuvo mayor efectividad el tratamiento con esencias florales.

Para el caso del presente estudio, la hipótesis propuesta fue la siguiente:

- • Resulta efectiva la terapia floral en el tratamiento de los pacientes con Osteoartritis.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio preexperimental, prospectivo, en el período comprendido desde Abril a Junio del 2002 en el Policlínico *José Ramón León Acosta*. El universo de trabajo estuvo compuesto por 14 pacientes de ambos sexos (10 mujeres y 4 hombres) que asistieron a la consulta de Reumatología, donde se realizó el diagnóstico de osteoartritis de diferentes articulaciones. Para el mismo se utilizaron criterios radiológicos apoyados por el diagnóstico clínico dado por el reumatólogo.

Se incluyeron en el estudio pacientes con osteoartritis primaria o secundaria con crisis aguda o subaguda de dolor o inflamación que hubiesen utilizado o no un tratamiento anterior.

Variables y su operacionalización:

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 utilizó una escala visual del dolor. Este método consiste en darle al paciente una escala del 0 al 10, y según su criterio él debe dar un valor numérico del intervalo 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 el dolor como:

Asintomático (0)

Ligero (1-3)

Moderado (4-6)

Intenso (7-10)

Con el objetivo de cuantificar de otra forma éste y otros síntomas utilizamos una metodología del Colegio Americano de Reumatología^(17,18). Se tomaron en cuenta tres aspectos fundamentales:

- • Dolor: Se mide el grado de dolor del paciente al movimiento pasivo y a la palpación de la articulación, con una presión suficiente hasta que el lecho ungueal blanquee, aproximadamente 5,2 kg /cm² y se dan los siguientes valores:
0= Ausencia de dolor al movimiento o la palpación.
1= El paciente se queja de dolor.
2= El paciente se queja de dolor y muestra expresión del dolor.

3= Expresión de dolor y reacción de defensa (retirada de la articulación afectada).

- • Tumefacción: Aumento de volumen de la articulación. Se le dan los siguientes valores.
 - 0= Ausencia de tumefacción.
 - 1= Leve, aquella detectada por la palpación.
 - 2= Moderada, tumefacción visible conservando los contornos normales de la articulación.
 - 3= Severa cuando la tumefacción compromete mas allá de la articulación.
- • Limitación funcional: Se realiza un estimado global de la pérdida de los movimientos normales de la articulación. Se utiliza la escala siguiente:
 - 0= Normal
 - 1= Pérdida menor del 10%
 - 2= Pérdida del 10 –19%
 - 3= Pérdida del 20-49%
 - 4= Pérdida del 50-99%
 - 5= Pérdida del 100%

Esta valoración se realizó en cada consulta: a la semana, a los 15 días y al mes. También se tomaron como referencia otros aspectos del cuadro clínico como los signos inflamatorios locales (calor y rubor en la zona afectada), la contractura periarticular (tensión de los músculos alrededor de la articulación), y la rigidez matinal (dificultad al inicio de la actividad en horas de la mañana o después de largos periodos de reposo).

Además se llevó a cabo una evaluación de la respuesta al tratamiento a los 15 días y al mes tomando en cuenta los siguientes parámetros^{3[3]}:

- • Asintomático: Paciente que se sintió bien después del tratamiento y quedó satisfecho con el mismo, experimentando un completo alivio del dolor, y buena función articular.
- • Mejorado: Paciente que después del tratamiento alivió el dolor al examen físico pero mantuvo rigidez, limitación al movimiento u otro síntoma.
- • Igual: No se modificó el cuadro clínico.
- • Peor: Cuando los síntomas se exacerbaron.

Para el tratamiento se realizó una caracterización individual en la consulta inicial según la cual basamos el tratamiento oral, aunque en algunos pacientes se le adicionaron esencias que no eran caracterológicas sino transpersonales en ese momento, pero dada la intensidad de los síntomas somáticos pensamos que podrían ayudar. Las gotas se prescribieron de 4 a 6 veces al día, sublingual, según las características individuales. A este tratamiento que vamos a llamar general le adicionamos un tratamiento local con una crema. Para la indicación de la misma se tuvo en cuenta las características de los síntomas de la patología tratada; se hizo un esquema con 3 esencias principales:

-Elm

-Willow

^{3[3]} Según la clasificación de Cseuz y Woodyard modificada, como criterio de curación de enfermedades articulares.

-Rock Water

A cada crema individual se le añadieron otras esencias según las características de cada caso:

Vervain o Impatiens si presentaba síntomas flogísticos agudos; Star of Bethlehem si existía un trauma reciente o antiguo relacionado con la lesión; Larch en los casos de incapacidad; se utilizaron otras esencias según la localización del dolor y la zona cutánea correspondientes en el esquema de Kramer-Wild^{4[4]}: Water Violet, Pine, Walnut, Centaury, etc. Se indicó la aplicación de la crema 2 veces al día en la zona dañada^(13,16,19).

El tratamiento se evaluó a la semana de iniciado y se realizaron algunos cambios según la respuesta al mismo.

Los datos fueron recolectados en un formulario elaborado para ese fin, se incluyó una breve revisión de las Historias Clínicas individuales, datos personales, sintomatología actual y examen físico (con los signos clínicos más importantes y el resultado de las escalas de valoración del daño articular), además se incluyó el tratamiento floral y la evolución en cada consulta.

En general el seguimiento se realizó de la forma siguiente:

Consulta inicial:

- Evaluación clínica (aplicación de la escala visual del dolor, determinación del grado de dolor al examen físico, tumefacción e impotencia funcional).
- Caracterización floral individual.
- Indicación de tratamiento floral general y tópico.

Segunda consulta: (1 semana)

- Evaluación clínica.
- Adecuación del tratamiento según respuesta.

Tercera consulta: (15 días)

- Valoración con reumatología.
- Evaluación de la respuesta al tratamiento.

Cuarta consulta: (1 mes)

- Evaluación clínica
- Evaluación final de la respuesta al tratamiento.

Los datos fueron llevados a tablas confeccionadas al efecto. Para el análisis estadístico se utilizaron métodos descriptivos, como frecuencias absolutas y porcentajes.

^{4[4]} Esquema corporal basado en la localización topografía de las flores.

Análisis de los resultados

Iniciamos el análisis de los resultados con la descripción de las características generales de la población estudiada. Se analizó la distribución de los pacientes según edad y sexo, lo cual aparece plasmado en la Tabla 1.

Edad	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
15-34	0	0	0	0	0	0
35-44	0	0	2	14.29	2	14.29
45-54	2	14.29	3	21.43	5	35.71
55-64	0	0	0	0	0	0
>64	2	14.29	5	35.71	7	50
Total	4	28.57	10	71.43	14	100

Encontramos que el sexo más afectado fue el femenino, para un 71.3% de los pacientes examinados. El grupo etáreo más afectado fue el de más de 64 años; con un 50% del total de pacientes. Este resultado es explicable por la relación de la edad con la progresión de la enfermedad. Encontramos resultados similares en la bibliografía consultada.

Tipo de osteoartritis	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	0	0	5	35.71	5	35.71
Secundaria	4	28.57	5	35.71	9	64.29
Trauma	2	14.29	2	14.29	4	28.57
Deformidad ortopedica	2	14.29	2	14.29	4	28.57
Condrocacinosis	0	0	1	7.14	1	7.14

La tabla 2 muestra los tipos de Osteoartritis, prevaleció la causa secundaria de artrosis, para un 64.29 %; y se encontraron traumatismos, deformidades ortopédicas y condrocarcinosis.

Tabla N°3 : Distribución de las articulaciones afectadas según sexo en los pacientes estudiados

Articulación afectada	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Columna cervical</i>	1	7.14	2	14.29	3	21.43
<i>Columna dorsal</i>	0	0	1	7.14	1	7.14
<i>Columna lumbosacra</i>	1	7.14	1	7.14	1	7.14
<i>Hombro</i>	0	0	1	7.14	2	14.29
<i>Rodilla</i>	2	14.29	1	7.14	3	21.43
<i>Cadera</i>	0	0	1	7.14	1	7.14
<i>Interfalangica distal y carpometacarpiana</i>	0	0	3	21.43	3	21.43

Las articulaciones más afectadas en la muestra (Tabla 3) fueron: rodilla (21.43%), columna cervical (21.43%) y articulaciones interfalángicas distales (21.43%). Coincidiendo con estudios encontrados en la bibliografía consultada, al ser articulaciones con frecuente asiento de daño artrósico. La rodilla soporta cargas mantenidas sobre todo en pacientes obesos y con deformidades ortopédicas, también se afecta por traumatismos y enfermedades generales, como la condrocarcinosis. Existe una tendencia generalizada a la progresión de la enfermedad cervical referido por otros estudios y las articulaciones de la mano responden a una OA primaria, siendo frecuente en mujeres de edad avanzada.

Tabla N° 4 : Sintomatología encontrada en los pacientes con Osteoartritis

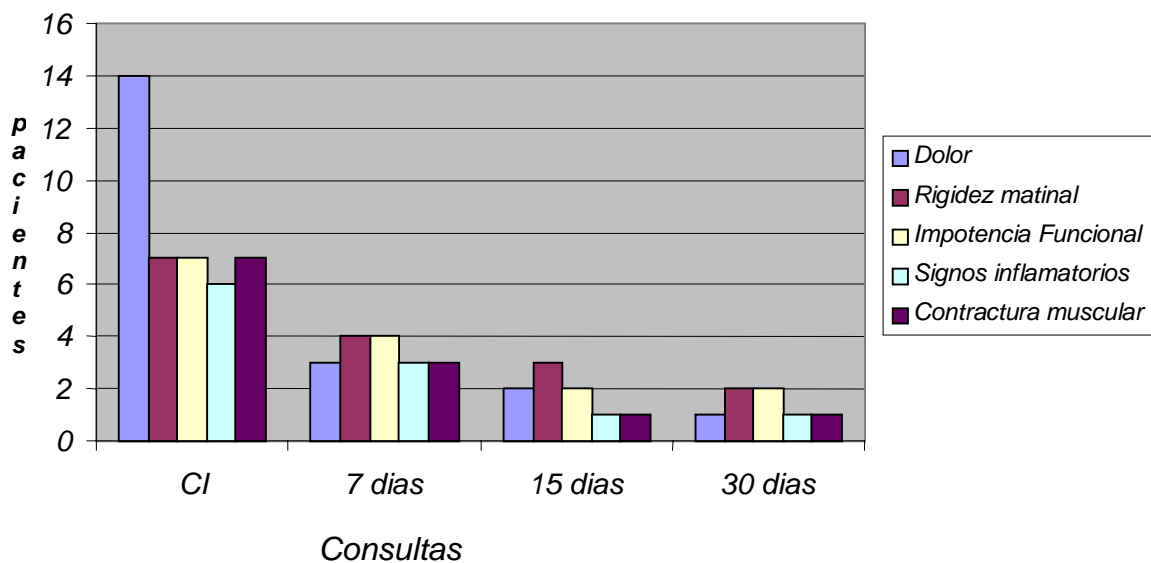
Síntomas	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Dolor	10	71.43	4	28.57	14	100
Intenso	5	35.71	4	28.57	9	64.29
Moderado	5	35.71	0	0	5	35.71
Ligero	0	0	0	0	0	0
Rigidez matinal	5	35.71	2	14.29	7	50
Impotencia funcional	5	35.71	3	21.43	8	57.14
Calor y rubor	3	21.43	3	21.43	6	42.86
Contractura periarticular	4	28.57	3	21.43	7	50

La tabla 4 refleja un análisis que realizamos de la sintomatología más frecuente: el primero de ellos fue el dolor, presente en un 100% de los pacientes y por el que asistieron a consulta todos los pacientes del estudio. Otro síntoma, como la rigidez matinal se presentó en el 50% de los pacientes, que en la OA tiene la característica de ser de duración breve (no más de 15 min.) y mejora con ejercicios matutinos de

flexibilización. La impotencia funcional ^{5[5]} fue observada en 7 pacientes. Este síntoma suele ser secundario al dolor y sólo en períodos avanzados de la enfermedad, se produce por un excesivo crecimiento óseo y gran destrucción del cartílago articular con la falta total de lustre de la superficie ^{6[6]}, en general la impotencia funcional fue ligera. Aparecieron signos inflamatorios agudos en 6 pacientes. La contractura muscular también fue observada en el 50% de los pacientes y comprobamos que es un síntoma muy frecuente sobre todo en los músculos paravertebrales, siendo causa secundaria de dolor. La tumefacción de la articulación fue casi nula, por lo que no lo tomamos como un síntoma de importancia a señalar.

Luego de observar las características generales de los pacientes enfermos, pasamos a analizar el comportamiento de la sintomatología después de iniciado el tratamiento con las esencias florales. Como se explicó en la metodología, se utilizó la combinación del tratamiento personalizado oral y la aplicación local de cremas, aprovechando los beneficios que nos proporciona cada forma de prescripción. El seguimiento fue realizado como se muestra en el gráfico 1, obtenido de la mejoría de la sintomatología clínica.

Gráfico 1. Evolución de la sintomatología en los pacientes con tratamiento floral



En la segunda consulta, 3 pacientes solamente mantenían el dolor, los signos inflamatorios y la contractura muscular. Es importante señalar la rápida remisión del **dolor**, que en un inicio era común para todos los pacientes y que en el tiempo relativamente breve, de una semana, disminuyó a tan sólo 3 pacientes con el síntoma,

^{5[5]} Esta no se presenta en la osteoartritis como en otras patologías articulares, a consecuencia de la inflamación y tumefacción.

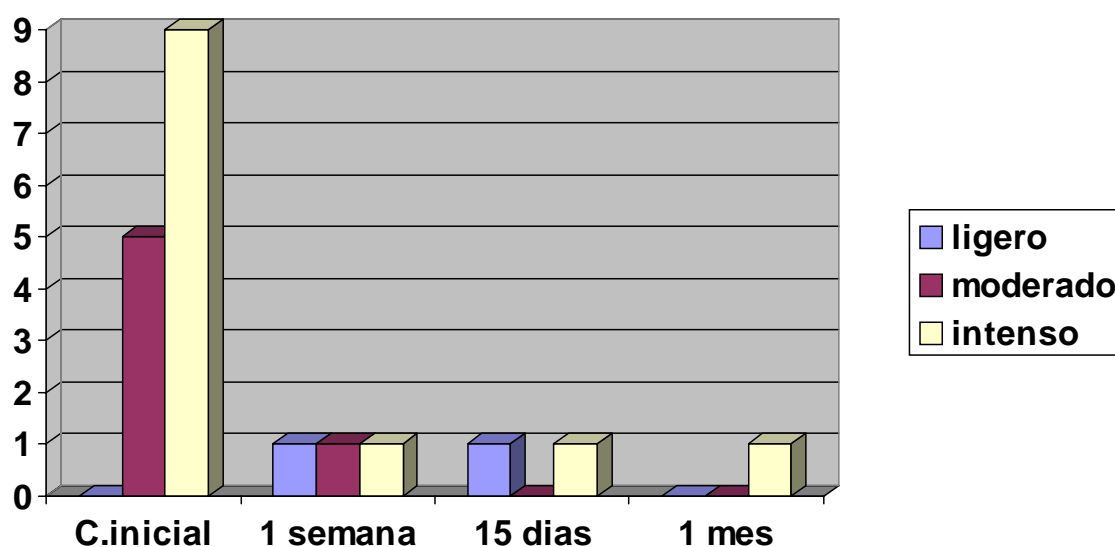
^{6[6]} De esta, tuvimos un caso de una anciana con una impotencia funcional verdadera por degeneración casi total de la articulación carpometacarpiana.

considerándose un 78.57 % con remisión del mismo. Se aprecia cómo gradualmente los pacientes van disminuyendo sus síntomas en las consultas posteriores, sobre todo los ya mencionados. Es válido señalar que quienes han tenido mejor evolución se corresponden con los de instalación más reciente y estrechamente relacionados con el dolor, ya que la **contractura muscular y la inflamación** por sí mismas pueden ser causa de dolor no directamente articular. Los síntomas que respondieron más lentamente: la rigidez articular y la impotencia funcional, corresponden a los de instalación progresiva y de evolución crónica, que son, en el caso de la OA, ligeros, causados por la degeneración del cartílago articular y la proliferación del hueso subcondral, y que una vez establecido el daño es casi imposible su recuperación, a pesar de su poca intensidad.

Como el dolor constituyó el síntoma de mejor y más rápida evolución, se realizó un análisis más detallado, que se muestra en los gráficos siguientes (Gráfico 2 y 3).

El dolor es un síntoma subjetivo mediado por la individualidad, la experiencia personal y el estado anímico, entre otros, por lo que no sólo tratamos de cuantificar cuán dolorosa 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).

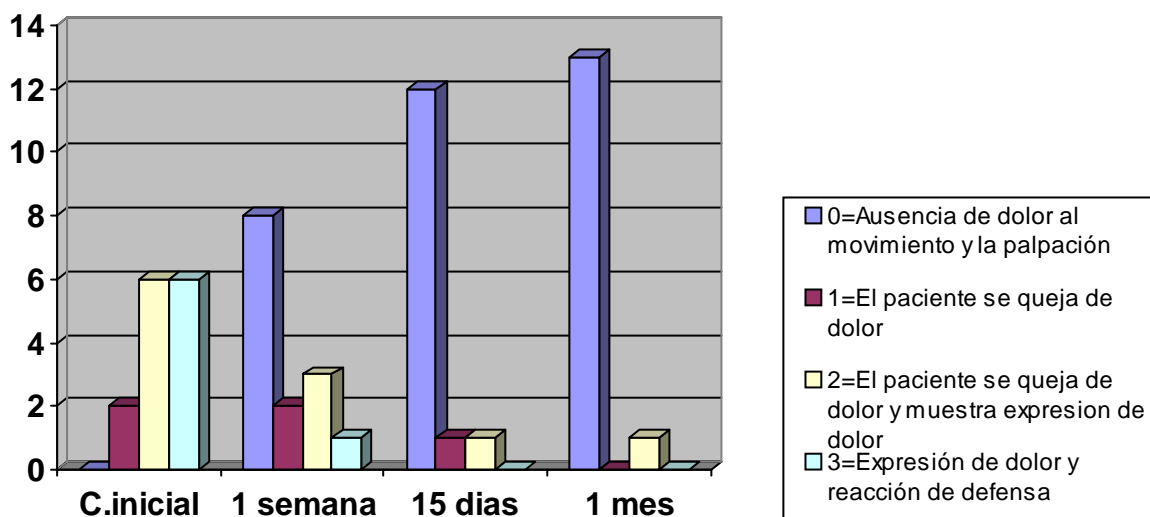
Gráfico 2: Evolución del dolor en los pacientes con tratamiento floral según la escala visual del dolor



Antes del tratamiento 9 pacientes consideraron su dolor como intenso, y 5 moderado. En la muestra ninguno refirió su dolor como ligero. A la semana de tratamiento con terapia floral, solo 3 pacientes refirieron dolor, representando el 21,43% del total de pacientes. Al mes de tratamiento sólo un paciente refirió dolor que fue de carácter intenso, para un 7.24%.

En el gráfico 3 se realiza un análisis según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, basado en el examen físico.

Gráfico 3: Evolución del dolor en los pacientes con tratamiento floral según el examen físico



En la consulta inicial 6 pacientes presentaron dolor calificado como 3, e igual número de pacientes presentaron dolor calificado como 2, para un 42.86% respectivamente. A la semana de tratamiento 8 pacientes (57,14%) no presentaban dolor y sí presentaron dolor 6 pacientes, para un (42.86%). A los 15 días de tratamiento el 85.71% no presentaba dolor al movimiento o la palpación. Al mes de tratamiento el 92.86% no tenían dolor al examen físico, sólo un paciente se mantuvo con el mismo, que sí mostró una muy ligera mejoría al pasar de un dolor 3 a uno de intensidad 2.

Es interesante observar que a la semana de tratamiento con las esencias florales sólo 3 pacientes consideraron que tenían dolor; sin embargo al examen físico encontramos 6 pacientes con dolor, 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 a que las flores trabajan en la compleja unidad mental, emocional, física y espiritual, que es el ser humano.

La respuesta al tratamiento en la consulta final, fue especificada por articulaciones afectadas, encontrando cierta diferencia en la respuesta de cada una, esto pudo ser causado por el grado de daño articular subyacente, además de la función de cada articulación (Tabla 5).

Tabla N°5: Respuesta al tratamiento según la articulación afectada al final del seguimiento clínico

Articulación	Asintomático		Mejorado		Igual		Peor	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
C.Cervical	3	100						
C.Lumbosacra			1	50	1	50		
C.Dorsal	1	100						
Hombro	1	100						
Rodilla	2	66.6	1	33.3				
Cadera			1	100				
Mano	2	66.6	1	33.3				
Total	9	64.3	4	28.6	1	7.1	0	

La articulación cervical tuvo muy buena respuesta, pues todos los pacientes estaban asintomáticos, representando un 100% con evolución satisfactoria. En la última consulta la de peor evolución fue la columna lumbosacra, donde los 2 pacientes tratados mantuvieron síntomas, a uno si le alivió el dolor, pero el otro se le mantuvo durante todo el tratamiento, a pesar de las variaciones realizadas durante el seguimiento clínico.

De forma general, al final del tratamiento con esencias florales se obtuvo: 9 pacientes asintomáticos, para un 64.3%; mejorados 4 pacientes, para un 28.6%; igual un paciente, para un 7.1%, y ninguno peor.

Conclusiones

- • Es posible tratar con efectividad la osteoartritis mediante el empleo de las esencias florales de Bach, asociando el tratamiento caracterológico y la aplicación local de las cremas.
- • Se evidencia que los síntomas con mejor respuesta al tratamiento fueron el dolor, la contractura muscular y los signos flogísticos, que son los de instalación mas reciente.
- • Se constata que la sintomatología que remitió en casi la totalidad de los pacientes fue el dolor.
- • Se observa cierta tendencia a ser diferente la respuesta al tratamiento según la localización, siendo la columna cervical la de mejor evolución y la columna lumbosacra la de peores resultados.

Recomendaciones

1. Extender el uso de la Terapia floral en el tratamiento de la osteoartritis como arsenal terapéutico.
2. Ampliar el uso de la terapia floral al resto de las patologías articulares, utilizando la combinación del tratamiento oral caracterológico y local con cremas.
3. Realizar un trabajo más amplio, con una muestra mayor y un seguimiento mas largo para ver la evolución de los síntomas de instalación crónica y la respuesta al tratamiento de cada una de las diferentes articulaciones de forma individual.

Bibliografía

- (1) - García Kutzbach A, Tuna Castro M.A. Historia de la Reumatología. En: Vidal Neira L. *Bases y Principios en Reumatología*. 2 ed. Perú: Boehringer Ingelheim; 1997. p.21-27.
- (2) -Secta H. Osteoartritis. En Vidal Neira L, Aguila J, Riscaya J. *Bases y principios en Reumatología*. 2 ed. s.l: s.e; 1997. p. 370-385.
- (3) -Moskowizt R. *Tratamiento de la osteoartritis*. En: McCarty D. Artritis y enfermedades conexas. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-técnica; 1986. p.1224-1232.
- (4) -Horstman J. *More than medicine*. Arthritis today 2001; 15 (2): 63-68.
- (5) -Horstman J. Explorations. Homeopthy. *Arthritis today* 2000, 14 (2): 63-68: 56-61.
- (6) -Pato Cour E. *Los sindromes poliarticulares: Diagnóstico diferencial y enfoque clínico*. Tiempos Médicos 2001; (578): 25-34.
- (7) -Sokoloff L. *Patología y patogénesis de la osteoartritis*. En: McCarty D. Artritis y enfermedades Conexas. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1986 p.1176-1194.
- (8) -Howell D. *Estudios bioquímicos de la osteoartritis*. En: Mc Carty D. Artritis y enfermedades conexas. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986. p.1105-1202.
- (9) -Moskowitz R. *Hallazgos clínicos y laboratorio en la osteoartritis*. En Mc Carty d. Artritis y enfermedades conexas. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-técnica; 1986. p. 1204-1232.
- (10) -Hortiyuelo M.B. Cervicalgia: *Guía práctica de manejo en la atención primaria*. Tiempos Médicos 2001: (578): 7:22.
- (11) -Cardeles Rodriguez G. *El dolor lumbar: Una epidemia de nuestro tiempo*. Tiempos Médicos 2001; (578): 25-34.
- (12) -Orozco R. *Flores de Bach. Diagnóstico diferencial*. Barcelona: Ediciones Indigo; 1999.
- (13) -Orozco R. *Flores de Bach: Manual para Terapeutas Avanzados*. Barcelona: Ediciones Indigo; 1996.
- (14) -Rodríguez B. C. *Terapia floral y estimulación psicosenorial en el niño con deficiencia psíquica*. Barcelona: Ediciones Indigo2001.p.28-34
- (15) -Gerber R. *La curación energética*. Barcelona: Ediciones Robinbook.S.L. 1993 p.150-158.
- (16) -Kramer D. *Nuevas terapias florales de Bach*. Malaga: Editorial Sirio S.A.1989

- (17) -Ugarte Escobar C. *La historia clínica en reumatología*. En: Vidal Neira L. Bases y Principios en Reumatología. 2 ed. Perú: Boehringer Ingelheim; 1997. p.83-93.
- (18) -Vidal Neira L, Luza Salazar A, Martínez Villaverde R, Reyes Llerena, Cabello León E, Ramos Valenzuela L. Exámen físico en Reumatología. En: *Bases y Principios en Reumatología* 2 ed. Perú: Bowhringer Ingelheim;1997. p.93-119.
- (19) -Grecco H.E. *Enfermedades de la piel y terapia floral*. Argentina: Ediciones Continente.2000. p.40-53.
- (20) -Ribal R. *Terapia floral de Bach*. Sitio de internet : <http://www.florbach.es.org/>
-