



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

## Efectividad de las esencias florales de Bach en el tratamiento de pacientes hipertensos

Autora

Dra. Saira Rivas Suárez<sup>[1]</sup>

Contempla (...) la luz del amor que brilla en todo. Encontrarás una relación mágica y llena de vida que une los árboles y todas las cosas vivientes, y sentirás la unidad con ellos. Si buscas el bien, si eres bueno y afirmas la bondad, verás este mundo como un jardín de belleza.

Paramahansa Yogananda

### Resumen

Se realizó un ensayo clínico, fase IV, a un total de 62 pacientes del Policlínico “José Ramón León Acosta”, de la ciudad de Santa Clara, en el período comprendido de enero a junio del 2003, pertenecientes al Consultorio del Médico de Familia-18.3, diagnosticados como hipertensos en los estadios 1 y 2 de la enfermedad. A un primer grupo, escogido aleatoriamente se les prescribió un tratamiento con esencias florales del sistema Bach y al segundo un placebo. Para determinar las esencias florales a utilizar se realizó una entrevista al paciente con el objetivo de apreciar los estados emocionales que estaban matizando su funcionamiento y se le chequeó la Tensión Arterial dos veces por semana hasta la conclusión de la intervención. Los resultados obtenidos tras el estudio permiten avalar a las esencias florales del sistema Bach como altamente efectivas en la reducción de las cifras de TAD, TAS y TAM en el grupo experimental, tanto en el Estadio 1, como en el Estadio 2 de la enfermedad, así como la reducción o supresión de gran parte de los medicamentos alopáticos prescritos a estos pacientes.

### Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) es la más común de las enfermedades que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas las partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades.

Informes del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), en diciembre del 2003, indican que 50 millones de norteamericanos, o mas, son hipertensos con tratamiento o no. La misma fuente informa que en 1976 el 51% de esta población era hipertenso; de 1980-1991 el 73%; de 1991-1994 el 68%; de 1994-2000 el 70% de los cuales el 59% tenían tratamiento y solo el 34% estaba controlado (1). En el mundo la cifra de personas que padecen la enfermedad asciende al billón y aproximadamente 7,1 millones muere anualmente atribuido a la HTA (1)

---

<sup>1</sup> Especialista en Medicina General Integral. Diplomada en Terapia Floral  
www.sedibac.org

La Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión aseguran en informe 2003 que una TA por encima de la subóptima es responsable del 62% de las enfermedades cerebrovasculares y 49% de cardiopatía isquémica con una ligera variación entre ambos sexos (1). Por ésta y otras causas, estimados de la OMS revelan que en el transcurso de los últimos 10 años han ocurrido 20.7 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las que 2.4 millones eran atribuidas a la HTA (2, 3, 4)

La HTA es considerada como un problema para la salud pública de los países desarrollados, por la frecuencia de su padecimiento y el enorme contraste entre: ser generalmente asintomática, de fácil diagnóstico y tratamiento, y la alta tasa de mortalidad y complicaciones que presenta si no es tratada.

Los estudios epidemiológicos sobre la HTA esencial en varias partes del mundo y en diferentes poblaciones, muestran notables diferencias en su prevalencia e incidencia, en relación con múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y clínicos (1).

Se ha observado una prevalencia más alta en poblaciones sometidas a cambios culturales rápidos: urbanización, migraciones o movilidad socioeconómica. Los grupos que viven en regiones relativamente aisladas, caracterizadas por estructuras sociales poco alteradas y tradiciones culturales sólidas presentan cifras tensionales más bajas a lo largo de la vida. En poblaciones urbanas en EEUU y otras naciones muestran cifras de TA más altas y más altos índices de mortalidad que las rurales. Se asocia el incremento de la TA al entorno que demanda a la gente una continua adaptación (5). Otros estudios la han asociado a patrones alimentarios inadecuados y la disminución de la actividad física.

La prevalencia estimada en Cuba está alrededor de los dos millones de hipertensos, lejos de la prevalencia demostrada (2). Es por ello que se dedican grandes esfuerzos al diagnóstico, estudio, prevención y tratamiento de la HTA. La atención primaria es una pieza fundamental en el programa creado para este propósito, ya que los médicos de familia son los que primeramente se enfrentan al paciente, realizan el diagnóstico, indican el tratamiento y observan la evolución.

La medicina cubana no sólo cuenta con los tratamientos alopáticos convencionales para hacerle frente a este problema de salud. En el Ministerio de Salud Pública se ha creado la Dirección Nacional de Medicina Natural y Tradicional, desde la que se han venido implementando otros tratamientos que han demostrado ser efectivos, como la acupuntura, la homeopatía, la fitoterapia y la terapia floral, entre otros.

En Cuba, la terapia floral entra a inicio de la década de los noventa, un tanto tarde si se la compara con otros países de la región que nos llevan hasta veinte años de delantera con la práctica de estas modalidades terapéuticas. Se inicia gracias a la colaboración de numerosos colegas, que de forma desinteresada, vinieron a impartir cursos sobre esta nueva forma de tratamiento.

No es hasta 1997 que, gracias al Instituto “Finlay” apoyado por el Ministerio de Salud Pública y en coordinación con el Instituto Superior de Terapias Complementarias de

Argentina, fue impartido un Curso Diplomado en Terapia Floral con un total de 120 horas, fraccionado en tres módulos. En enero de 1999, la terapia floral es oficializada como un Grupo Nacional unido al de Homeopatía y Microdosis, que a su vez responde a la Dirección Nacional de Medicina Natural y Tradicional (6).

Las esencias florales son tinturas líquidas especialmente preparadas a partir de todo tipo de flores. No constituyen una medicación física ya que no contienen 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 vibracionales curativas de las flores. En algunas se realiza este proceso mediante la cocción, el líquido decantado y filtrado constituye la tintura madre. (7)

El desarrollo de la terapia floral se atribuye al doctor Edward Bach, que vivió a principios del siglo XX. Bach identificó en total treinta y ocho flores, cuyas tinturas líquidas se conocen hoy como los remedios florales de Bach. Debido a los efectos curativos positivos de estos remedios, demostrados a lo largo de los años, se han continuado desarrollando las esencias florales más allá de los 38 originales y se han elaborado nuevos sistemas florales en diferentes lugares del mundo, pero los remedios de Bach siguen siendo los más utilizados y estudiados (7,8).

Las esencias florales actúan equilibrando los problemas psíquicos, que son la causa de la enfermedad. A diferencia de la farmacopea alopática, la terapia floral no basa su acción en el contenido activo de sus diluciones sino en las propiedades energéticas de la flor, almacenadas en el agua.

Ahora bien, si el enfoque energético aporta una visión mucho más completa del ser humano, hora es ya de romper el dualismo que separa la psiquis del cuerpo físico y llevar a su real dimensión el concepto de *psicosomático*, entendido no sólo como unos cuantos problemas de salud que el individuo padece (6). De aquí se deduce el por qué utilizar terapia floral en el tratamiento de la HTA.

La HTA es una de las más conocidas y estudiadas enfermedades psicosomáticas o trastorno psicofisiológico. Se han demostrado que numerosos factores psicológicos y sociales están ligados a la patogénesis, aparición y curso del trastorno (5). Se ha comprobado que estímulos ambientales hacen que el hombre reaccione con ira, frustración, miedo, ansiedad, euforia, cólera. Estas emociones van acompañadas de variaciones en la frecuencia cardiaca, el volumen minuto y la tensión arterial. Estas respuestas afectivas y fisiológicas pueden ser provocadas por estímulos procedentes del entorno del sujeto, sobre todo los que son interpretados subjetivamente por la persona como amenazadores y procedentes del propio cuerpo o los pensamientos e imágenes que surgen espontáneamente y que presentan efectos similares según su significación subjetiva (5,15).

Las situaciones y acontecimientos vitales, que pueden exigir serias demandas adaptativas a la persona (que se conoce como estrés psicológico), son consideradas a

menudo como potenciales codeterminantes de la patología cardiovascular, no sólo la acción ambiental, sino la forma de enfrentarse a ésta y una serie de factores predisponentes, pueden ser el origen de la HTA esencial (15).

En resumen, las esencias florales no van a actuar en contra del defecto, sino que funcionan como potenciadoras de la virtud que lo puede erradicar. No se combate el odio, sino que se llena ese espacio de amor. Trabajando de esta manera, las esencias florales permiten “desbloquear los atascos energéticos, producidos por nuestra errada manera de conducirnos en la vida”.

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a plantearnos el problema central que da lugar a esta invención:

- ¿es efectiva la utilización de las esencias florales de Bach en el tratamiento a pacientes con Hipertensión Arterial Esencial?

### **Objetivo General**

- Demostrar la efectividad de las Esencias Florales de Bach en el tratamiento de pacientes con Hipertensión Arterial Esencial.

### **Objetivos Específicos**

- Valorar la utilidad de las Terapia Floral para el tratamiento de la Hipertensión Arterial, en los Estadios 1 y 2 de la enfermedad.
- Determinar el comportamiento comparativo de las cifras de Tensión Arterial Diastólica, Tensión Arterial Sistólica y Tensión Arterial Media, en los grupos en estudio.
- Describir el comportamiento de las cifras de Tensión Arterial, síntomas y uso de medicamentos, antes y después de la intervención en los grupos en estudio.

### **Hipótesis**

- Son efectivas las Esencias Florales de Bach en el tratamiento de los pacientes que padecen de Hipertensión Arterial Esencial.

### **Materiales y Métodos**

Se realizó un ensayo clínico Fase IV *doble ciego* controlado con *placebo* durante un período de tiempo de 6 meses, comprendido de enero hasta junio del 2003. Se tomó una muestra de 62 pacientes hipertensos del CMF-18.3, perteneciente al policlínico “José Ramón León Acosta”, de la ciudad de Santa Clara. La muestra se dividió en dos grupos, de forma aleatoria, que fueron tratados indistintamente con Terapia Floral o Placebo.

La muestra quedó conformada por un total de 62 pacientes con Hipertensión Arterial Esencial, cuyas edades oscilan entre 20 y 60 años. El resto fue excluido por las peculiaridades que presenta la enfermedad tanto en los adolescentes como en los adultos mayores.

En segundo lugar se tomó en consideración para su inclusión dentro del estudio, la clasificación de riesgo potencial (sugerida por JNC VI Report (2,16,17,18), incluyendo

los pacientes en los *estadios* 1 y 2, o sea con TA entre (140-159; 90-99), (160-170; 100-109) que se encontraran en el Grupo de Riesgo A (sin factores de riesgo cardiovascular y sin daño en órganos diana, y Grupo de Riesgo B (con factor de riesgo diferente a diabetes mellitus y no enfermedad coronaria clínica).

En tercer lugar, sólo se incluyó a aquellos pacientes que tuvieran la voluntad de participar en el estudio conociendo las particularidades del mismo, ratificando la aprobación mediante la firma de un consentimiento informado.

A todos los pacientes se les realizó una detallada Historia Clínica con énfasis en el inicio y evolución de la enfermedad, interrogatorio por aparatos para ver los síntomas asociados con mayor frecuencia, los Antecedentes patológicos personales (APP) y Antecedentes familiares de riesgo cardiovascular (APF), tratamiento actual y hábitos tóxicos.

Se realizó un exhaustivo examen físico incluyendo peso, talla e índice de masa corporal (IMC), además de exámenes complementarios: Hb, glicemia, colesterol, triglicéridos, P. de frío, Ac. Úrico, ECG y fondo de ojo.

A todos los pacientes se les realizaron seguimientos periódicos de la Tensión Arterial (TA) 2 veces por semana, las que fueron promediadas y se tomó como valor previo al inicio de la investigación. Todo esto se realizó obedeciendo a tres razones fundamentales:

1. Observar el comportamiento de la TA previo al inicio del estudio.
2. Realizar ajustes del tratamiento medicamentoso para mantener cifras estables de TA.
3. Clasificar adecuadamente a los pacientes según el *estadio* y el Grupo Riesgo, de esta forma poder excluir los que no cumplieran con estos criterios.

Una vez clasificados los pacientes, fue tomado en cuenta para agruparlos en el Grupo “Terapia Floral” o Grupo “Placebo”, el sexo y el *estadio* que son factores que pueden desequilibrar a ambos grupos por lo que se aplicó la aleatorización independiente por sexo y estadio de la enfermedad. Este paso fue realizado por un colega que no estaría involucrado en medida alguna en la evolución posterior de la intervención. De esta forma, cada grupo quedó constituido por 31 personas.

Para realizar la medición de la TA se utilizó el método auscultatorio (2,19), que consiste en utilizar un brazalete inflable (de Riva Rocci), conectado a un manómetro de mercurio (Esfigomanómetro) enrollado alrededor del brazo derecho que ocupa dos tercios del mismo y el estetoscopio se coloca en la flexura del codo sobre la arteria braquial. Se insufla rápidamente hasta 20 mmHG por encima de la tensión sistólica esperada y se desinfla lentamente. Se utiliza como TAS el primer ruido de Korotkov y como TAD el quinto ruido de Korotkov (cuando desaparecen los mismos).

Para la toma el paciente debe estar sentado con el brazo derecho apoyado de forma que se encuentre a la altura del corazón para cortar la influencia de la gravedad. Además, durante todas las tomas se cumplieron los siguientes requisitos (2):

1. Los pacientes mantuvieron 5 minutos de descanso antes de cada toma de la TA.
2. Se prohibió fumar o ingerir cafeína al menos 30 minutos antes de la toma.

3. Se procuró efectuar 2 lecturas separadas por 2 minutos, si la diferencia de las mismas era mayor de 5 mmHg debía efectuarse una tercera medición y promediarlas todas.

Es a partir de este momento que se comienza a realizar la caracterización floral individual. Para ello se tuvieron en cuenta los datos de la Historia Clínica individual, momento de inicio de la enfermedad, la sintomatología asociada y las características de personalidad del paciente.

Para la prescripción floral en sí, fueron utilizadas las esencias del doctor Edward Bach en su modalidad de tratamiento más clásica, combinada con el esquema de los Patrones Transpersonales (20,21) que, a nuestro juicio, responden a las características de la sintomatología como Vervain, Impatiens, Oak, Star of Bethlehem, Holly, Cherry Plum, Vine o Mimulus (22,23). Para el presente trabajo el método de tratamiento consistió en ingerir 4 gotas debajo de la lengua, de 4-6 veces al día por vía oral.

Estas fórmulas individuales se prescribieron en una receta con el nombre del paciente y un código que correspondió al *estadio* y el sexo, por ejemplo, se utiliza la categoría E1-M para describir al paciente que pertenece al *estadio I* y cuyo sexo es masculino. La tarea de enumerarlos fue llevada a cabo por un colaborador que no estaría en contacto con los pacientes y que usó para ello de una tabla de números aleatorios. Posteriormente se conformaron dos grandes grupos con características similares en cuanto a sexo y severidad de la HTA.

En el momento de la prescripción floral a los pacientes que correspondieron a un grupo sólo se le puso el vehículo (alcohol 10%) y a los restantes se les incluyeron las esencias florales, para conformar el elixir floral.

A partir de este momento se llevó un registro diario de la TA de todos los pacientes durante 1 semana, dos veces semanales durante el resto del tiempo que duró la investigación.

Una vez concluidos los dos primeros meses de tratamiento, si la TA se mantuvo igual o menor que la TA óptima se comenzó a disminuir los fármacos gradualmente con períodos de 1 mes entre una variación y otra. El registro de la TA se mantuvo por un período de 6 meses.

Al finalizar este tiempo, la respuesta al tratamiento se valoró como:

- Buena: Aquellos pacientes que se mantuvieron controlados, cuyas cifras de TA fueron óptimas durante el tratamiento y que además, se logró disminuir o eliminar la ingesta de fármacos alopáticos.
- Regular: Aquellos pacientes que se mantuvieron controlados, cuyas cifras de TA normales, pero a los que no se les pudo reducir su tratamiento farmacológico.
- Mala: Aquellos pacientes que se mantuvieron parcialmente controlados y mantuvieron su tratamiento farmacológico habitual.

Por último, el procesamiento cuantitativo de los datos se realizó mediante la utilización del programa estadístico-matemático SPSS/Windows. Se aplicaron las pruebas de tipo

paramétrico T de Student para muestras relacionadas y T de Student para muestras independientes, descritas en el análisis de los resultados.

## Descripción de la muestra

La muestra quedó constituida por 62 pacientes HTA conocidos, pertenecientes al CMF 18.3. Del total de pacientes, 38 correspondieron al sexo femenino y el resto al masculino. La distribución por grupos de edades se muestra a continuación en la tabla n°1:

**Tabla. 1 Distribución de la muestra por edad y sexo**

Grupos de edades	M	%	F	%	Total	%
21-30	4	6.45	2	3.22	6	9.67
31-40	5	8.06	5	8.06	10	16.12
41-50	4	6.45	7	11.29	11	17.74
51-60	12	19.35	23	37.09	33	53.22
Total	25	40.32	37	59.67	62	100

**Tabla.2 Distribución de la muestra por sexo, estadio y grupo riesgo de HTA.**

**Tabla.3 Composición de los grupos estudio y control según estadio de la HTA y sexo.**

	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	F	M	F	M
ESTADIO 1	14	9	14	9
ESTADIO 2	4	4	5	3
TOTAL	18	13	19	12

Como se puede observar en la tabla anterior los grupos experimental y control son bastante homogéneos en cuanto a sexo y estadio de la hipertensión, también tomamos en cuenta los factores de riesgo asociados. Otras variables como raza y tiempo de evolución de la enfermedad no fueron consideradas al hacer la distribución aleatoria por grupos de la muestra.

Más adelante hacemos un análisis comparativo entre el comportamiento inicial de las tensiones arteriales en ambos grupos, para demostrar que no existe diferencia entre ambos al inicio de la comparación.

## Análisis y discusión de los resultados

El análisis de los datos referentes a la evaluación de la intervención fue realizado tanto de forma cualitativa como cuantitativa. Esta última mediante la utilización de programas de procesamiento estadístico-matemáticos contenidos en el SPSS/Windows. Además de analizar los datos aportados por la Historia Clínica y la entrevista al paciente.

Las pruebas aplicadas son descritas a continuación:

1. T de Student para muestras independientes. Con ella se comparan las diferencias existentes entre los grupos (control y experimental) para las diferentes variables. Sólo permite hacer comparaciones por pares de grupos.
2. T de Student para muestras relacionadas. Esta prueba es sumamente útil ya que nos muestra las comparaciones de los resultados de una prueba *antes* y *después* para un grupo determinado.

Las variables sobre las que fueron establecidas las comparaciones son las siguientes:

- X1 Tensión Arterial Diastólica (Promedio Individual)
- X2 Tensión Arterial Sistólica (Promedio Individual)
- X3 Tensión Arterial Media (Promedio Individual)

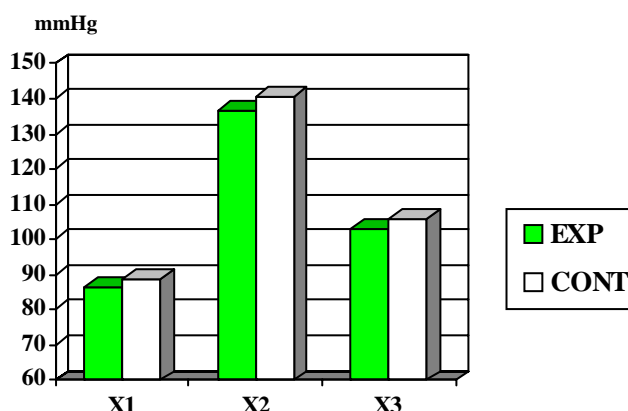
En el primer momento se realizó la comparación entre los resultados obtenidos por ambos grupos, en la medición inicial de la TA.

**Tabla 4. Comparación inicial de los valores medios de TAS, TAD y TAM entre los grupos en estudio.**

VAR	2 TAILED-P	N SIG <sup>2[2]</sup>
X1	0.580	0.05
X2	0.856	0.05
X3	0.638	0.05

Como ha podido apreciarse, no existen diferencias significativas en los resultados de los promedios de las Tensiones Arteriales de ambos grupos. Un indicador muy elocuente que aporta una mejor visión de lo anteriormente expuesto, lo constituyen las cifras de TA promedio: (1) la TAD con 86.66 mmHg en el Grupo Estudio (GE) y 88.76 mmHg en el Grupo Control (GC); (2) la TAS con 136.34 mmHg (GE) y 140.37 mmHg (GC); y (3) la TAM con 103.23 mmHg (GE) y 105.96 mmHg (GC).

**Gráfica.1 Comparación de los valores de TAS, TAD y TAM por el grupo experimental y el grupo de control, antes de iniciada la intervención.**



<sup>2[2]</sup> Que el valor de 2 tailed-P se encuentre por encima del valor de 0.05, esto quiere decir que las diferencias que puedan existir entre las variables que se están comparando no son significativas o viceversa.



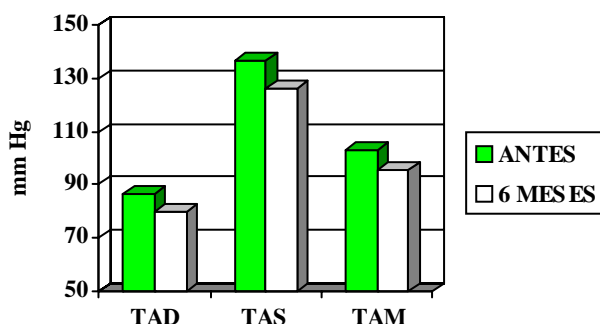
Seguidamente podrán ser apreciados los resultados del grupo experimental, en las mediciones de TA aplicadas *antes* y *después* de la intervención.

**Tabla.5 Resultados del grupo experimental para las comparaciones aplicadas *antes* y *después* en la TAS, TAD y TAM.**

VAR	2 TAILED P	N SIG
X1	0.002	0.05
X2	0.005	0.05
X3	0.003	0.05

Una vez concluidos los seis meses de tratamiento son notables las diferencias. La mayoría de los pacientes evidenciaron disminuciones de sus cifras de TA. Manifestando un descenso de 6.59mmHg en la TAD (de 86.66mmHg al inicio hasta llegar 80.07mmHg a los seis meses de iniciado el tratamiento); de 9.93mmHg en la TAS (de 136.34 mmHg a 126.41 mmHg) y de 7.71 mmHg en la TAM (de 103.23 mmHg a 95.52 mmHg). Diferencias que pueden apreciarse en la siguiente gráfica.

**Gráfica.2 Comportamiento de las TA promedio en el Grupo Experimental *antes* y *después* del tratamiento.**



La OMS estima que una disminución de 2 mmHg en la TAM produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para cardiovasculares y 3% para otras causas (2). Según el JNC 7 Report, la disminución de la TAS en 5 mmHg reduce la mortalidad por IMA en un 14%, 9% enfermedad cerebrovascular y 7 % otras. Contrariamente, por cada 10 mmHg de TAD y 20 mmHg de TAS se duplica la mortalidad por infarto miocárdico agudo (1).

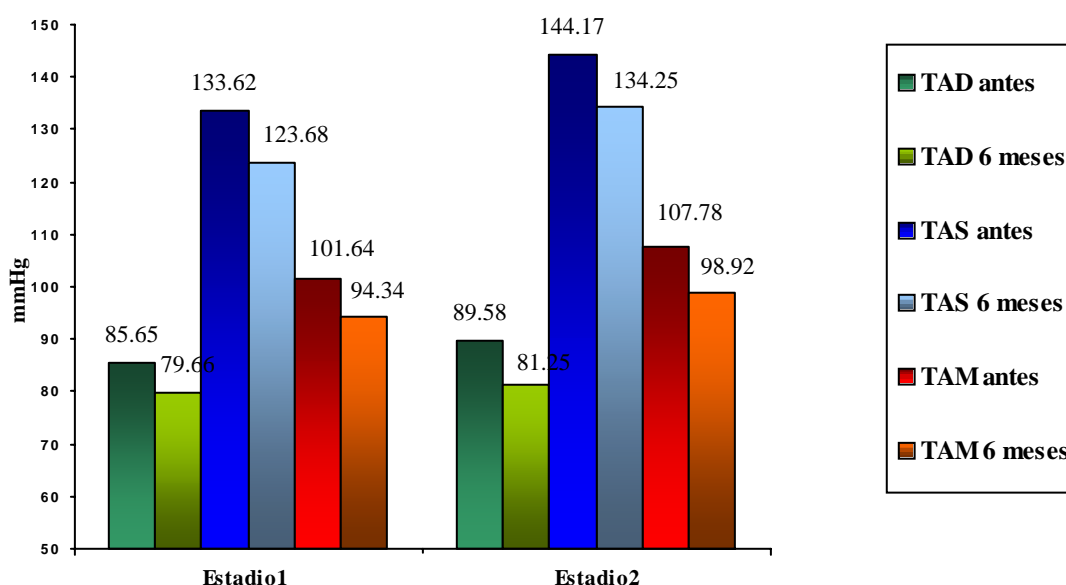
Hay referencia de un estudio en Cuba, se trata de un proyecto global en Cienfuegos con tratamiento no farmacológico, que logró reducir la TAM de una población después de 4 años aproximadamente en 3.5 mmHg, pudiendo lograrse disminuciones de 9% para enfermedades cerebrovasculares, 6% las cardiovasculares y 4-5% para muerte por otras causas (2).

Si tomamos en consideración estas cifras y lo llevamos en forma proporcional a nuestro estudio, suponemos que con esta reducción de las cifras de TAM en 7,71 mmHg de mercurio lograríamos disminuir la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en nuestra población hipertensa en un 19.8%, por enfermedad cardiovascular en un 13.2% y en otras causas aproximadamente en 8.81%.

Sin embargo, para hacer más preciso estos resultados es importante que sean desglosadas las cifras promedio de TA por *estadios* de la enfermedad. Para los pacientes que se encontraban en el *estadio 1* de la enfermedad también hubo disminuciones notables así como para los del *estadio 2*.

Como se observa en la siguiente gráfica, para el Estadio 1 de la enfermedad, las TA denotaron disminuciones a los 6 meses de tratamiento: de 85.65 mmHg a 79.66 mmHg para la TAD; de 133.62 mmHg a 123.68 mmHg para la TAS y de 101.64 mmHg a 94.34 mmHg para la TAM. De forma similar se comportaron los resultados para el Estadio 2 con disminuciones de 89.58 mmHg a 81.25 mmHg para la TAD; de 144.17 mmHg a 134.25 mmHg para la TAS y por último de 107.78 mmHg a 98.92 mmHg para la TAM.

**Gráfica.3 Comportamiento de las TA promedio en el Grupo Experimental antes y después del tratamiento, en los Estadios 1 y 2 de la HTA.**



Otro de los factores que habla a favor de la efectividad de la Terapia Floral, lo constituyó la reducción del tratamiento farmacológico. El comportamiento de los mismos se refiere en la siguiente tabla.

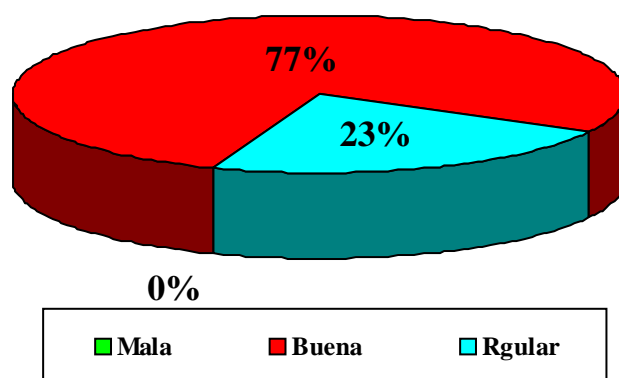
**Tabla.6 Comparación del número de pacientes que se le reduce, mantiene o suspende la medicación farmacológica con relación al inicio del tratamiento en el Grupo Experimental**

Grupo de Medicamentos	Inicio	Reduce	Mantiene	Suspende
Anticálcico	2	1 (50%)	1 (50%)	0
Diurético	17	7 (41.1%)	8 (47.1%)	2 (11.8%)
IECA	7	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0
Sedantes	10	4 (40%)	0	6 (60%)
Beta-bloqueadores	11	4 (36.3%)	5 (45.5%)	2 (18.2%)

Al observar la tabla encontramos 3 cifras que saltan a la vista. Sin lugar a dudas puede afirmarse que la mayor disminución de medicamentos ocurrió en el grupo de los sedantes, donde el 60% de los tratamientos fueron suspendidos, se logró reducir el 40% restante al detectar en los pacientes notables mejorías en esta área y por tanto ningún paciente necesitó mantener el tratamiento con los mismos. Le sigue el IECA con un 85.7% de reducciones en los tratamientos. Es importante señalar que estas reducciones, a pesar de corresponder a un gran número de pacientes, no se realizaron en grandes dosis de medicamentos, consideramos las reducciones desde ½ tableta diaria hasta 3 tabletas en algunos casos. Los Diuréticos y los Beta-bloqueadores con 41% y 36% respectivamente constituyen los restantes medicamentos que pudieron ser reducidos.

Un último elemento, que para estas comparaciones resulta muy esclarecedor, lo constituye la respuesta al tratamiento, donde el 77.41% de los pacientes presentan una Buena respuesta y el 22.59% restante se comportan de forma Regular. En este grupo no se presentaron Malas respuestas al tratamiento.

**Gráfica.4** Respuesta al tratamiento de los pacientes del Grupo Experimental *después* del tratamiento



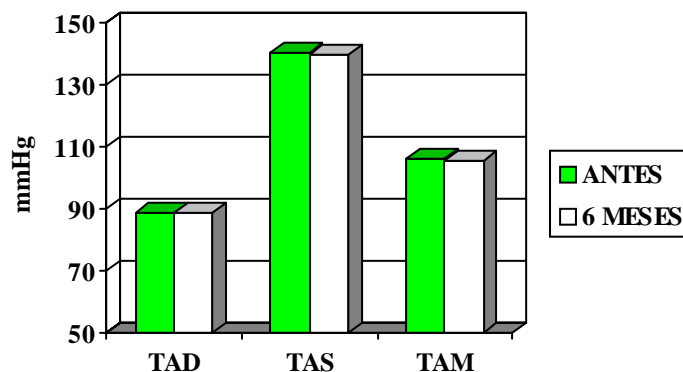
Otro momento en la comparación de los resultados, lo constituyó el análisis del grupo de control antes de realizar y una vez concluida la intervención en el grupo experimental.

**Tabla .7** Resultados del grupo control para las comparaciones de la TAD, TAS y TAM aplicadas *antes y después*.

VAR	2 TAILED P	N SIG
X1	0.620	0.05
X2	0.500	0.05
X3	0.444	0.05

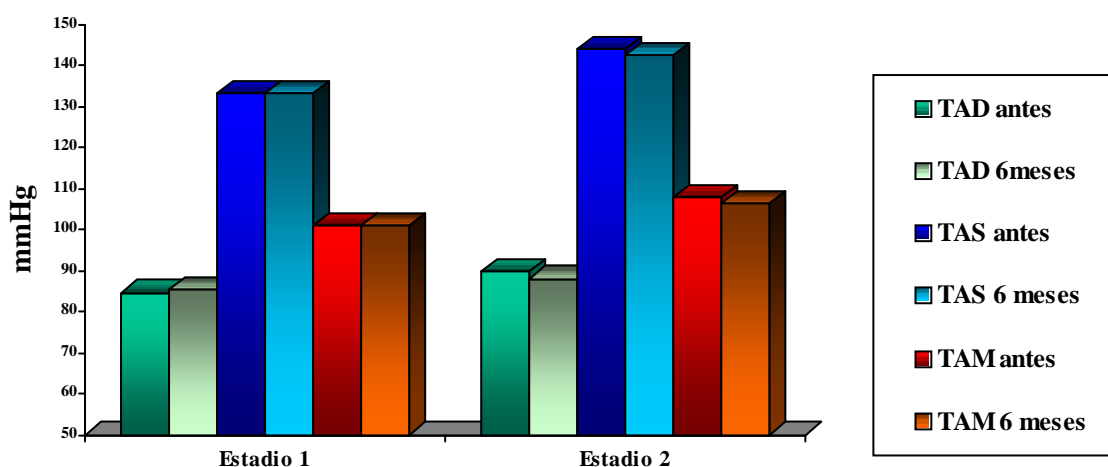
Los resultados muestran que, si bien las TAD, TAS y TAM mostraron disminuciones de 88.76 mmHg a 88.51 mmHg; de 140.37 mmHg a 139.56 mmHg y de 105.93 mmHg a 105.53 mmHg respectivamente, éstas no son lo suficientemente significativas.

**Gráfica.5** Comportamiento de los promedios de TAD; TAS Y TAM en el Grupo Control *antes* y *después* del tratamiento



De igual manera ocurrió en la distribución de las TA por estadios de la enfermedad. Para los pacientes pertenecientes al Estadio 1 la TAD tendió a incrementarse levemente de 84.63 mmHg a 85.21 mmHg, al igual que la TAM de 100.82 mmHg a 101.16 mmHg y la TAS baja de 133.19 mmHg a 133.04 mmHg. En el Estadio 2 existen leves descensos de 89.79 mmHg a 88 mmHg para la TAD, de 143.96 mmHg a 142.52 mmHg para la TAS y por último de 107.85 mmHg a 106.17 mmHg para la TAM.

**Gráfica.6** Comportamiento de las TA *promedio* en el Grupo Control *antes* y *después* del tratamiento, en los Estadios 1 y 2 de la HTA



El comportamiento de los medicamentos tendió a mantenerse y hubo muy pocas variaciones en los tratamientos, como puede apreciarse en la siguiente tabla.

**T**

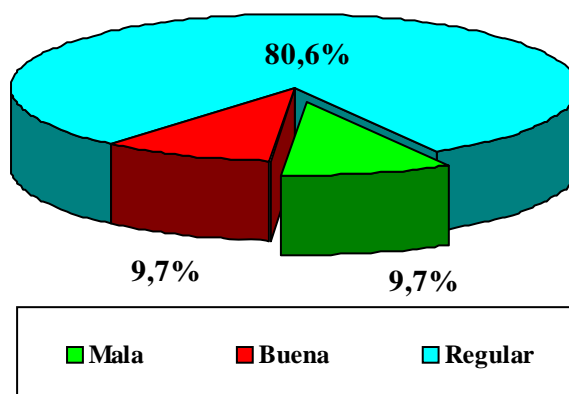
**Tabla.8 Comparación del número de pacientes que se *reduce, mantiene o suspende* la medicación farmacológica con relación al inicio del tratamiento en el Grupo Control.**

Grupo de Medicamentos	Inicio	Reduce	Mantiene	Aumentos
Anticálcico	6	0	6 (100%)	0
Metildopa	2	0	2 (100%)	0
Diurético	16	0	16 (84.2 %)	3 (15.7%)
IECA	5	0	5 (100%)	0
Sedantes	12	3 (25%)	9 (75 %)	0
Beta-bloqueadores	10	0	10 (100%)	0

Si analizamos detenidamente, podemos apreciar una ligera disminución en el grupo de los sedantes, lo atribuimos al efecto placebo, que puede mejorar los síntomas de una enfermedad o simular el efecto de un fármaco hasta en un 30 o 40% de los pacientes tratados (30).

La respuesta al tratamiento de los pacientes del Grupo Control, en el período de seis meses que duró la intervención, puede ser evaluada de Regular de forma general, categoría donde se incluye el 77.41% de los pacientes y el restante 19.34% se distribuye a partes iguales entre las categorías *buena* y *mala*. Se muestra en el siguiente grafico:

**Gráfica.7 Respuesta al tratamiento de los pacientes del grupo control a los 6 meses del tratamiento.**



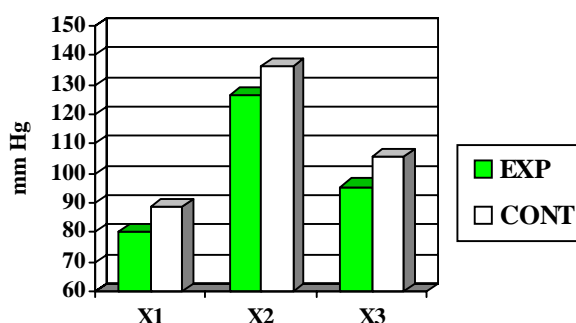
Por último, son analizados los resultados obtenidos entre ambos grupos al finalizar la intervención, tras seis meses de tratamiento, para corroborar que los cambios apreciados en el Grupo Estudio se produjeron debido a la introducción de la terapia floral y a ningún otro factor. Los resultados estadísticos de las comparaciones pueden ser apreciados en la tabla siguiente.

**Tabla.9 Comparación final de las cifras de TAD, TAS y TAM entre los grupos experimental y control a los 6 meses de tratamiento**

VAR	2 TAILED-P	N SIG
X1	0.000	0.05
X2	0.000	0.05
X3	0.000	0.05

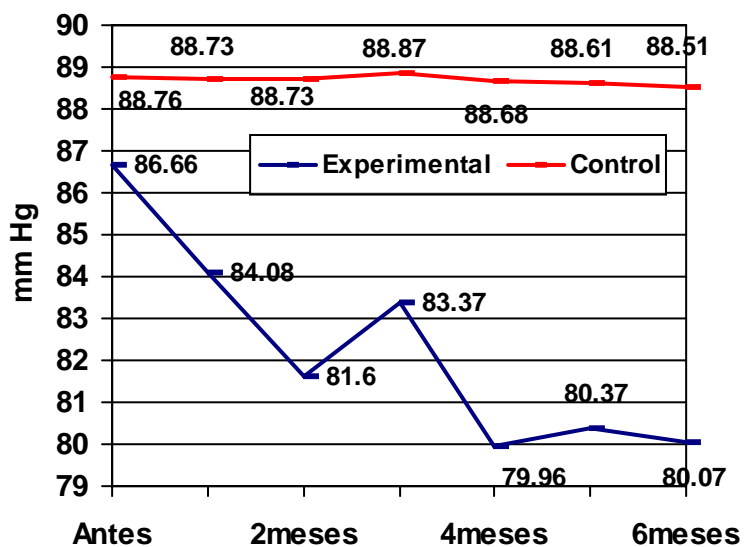
Los resultados obtenidos refieren que existen diferencias significativas entre ambos grupos, apreciables en los valores finales de los distintos promedios grupales de TA al culminar la intervención. La TAD es de 80.07 mmHg en el Grupo Experimental por 88.51 mmHg en el Grupo Control, de 126.41 mmHg por 139.56 mmHg la TAS y de 95.52 mmHg por 105.53 mmHg la TAM para los grupos *experimental* y de *control* respectivamente.

**Gráfica. 8 Comparación de los resultados obtenidos por el grupo experimental y el grupo control, tras 6 meses de intervención**



Como un dato cualitativo, que puede constituir una evidencia clara de la efectividad del tratamiento con esencias florales, se presentan las curvas de evolución de la TAD, TAS y TAM de ambos grupos durante los seis meses. Los resultados son tomados de los promedios mensuales de las distintas de TA para los grupos estudiados.

**Gráfica. 9 Evolución de la TAD en ambos grupos a lo largo del tratamiento**



Gráfica.10 Evolución de la TAS en ambos grupos a los largo del tratamiento

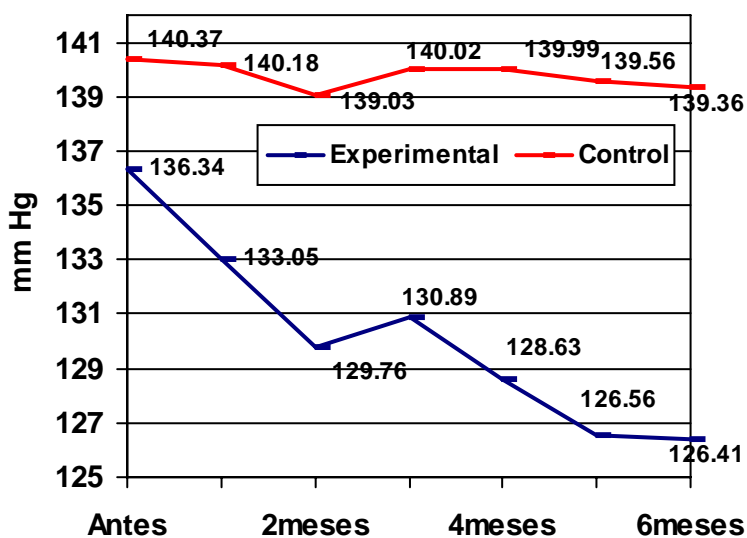
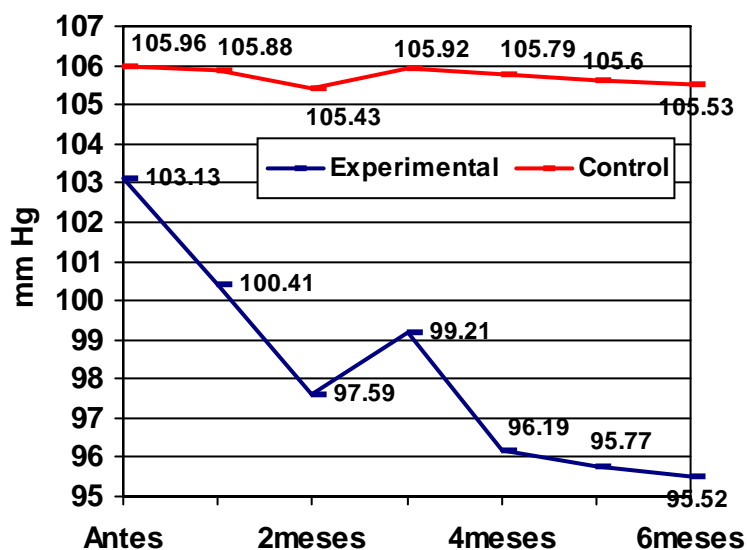


Gráfico.11 Evolución de la TAM en ambos grupos a los largo del tratamiento

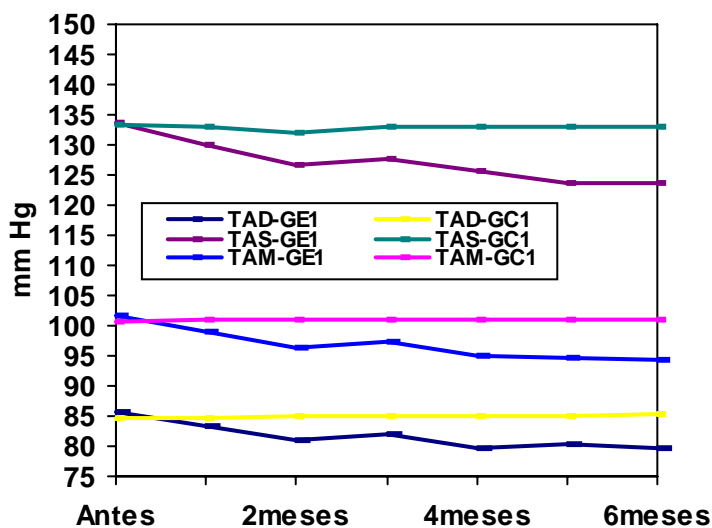


Como se puede apreciar en las distintas comparaciones de las TAD, TAS y TAM para los grupos experimental y de control, las curvas del grupo experimental demuestran descensos notables de las cifras tensionales, indudablemente debido a la acción de las esencias florales en el tratamiento. Se ha venido observando en las anteriores gráficas el aumento ligero de las cifras de TAD, TAS, y TAM una vez rebasado el segundo mes del tratamiento en el grupo experimental. Esto es atribuible a la disminución de los tratamientos medicamentosos en aquellos pacientes que tuvieron cifras óptimas de tensión arterial. Es interesante señalar además, que es muy frecuente alrededor de los 3

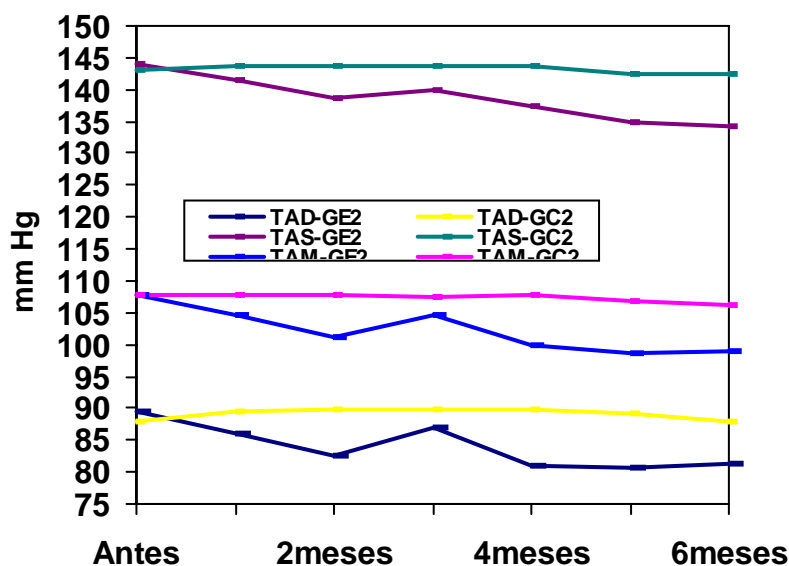
meses de tratamiento con terapia floral que se produzca, después de la mejoría inicial en ascenso, una meseta o no progresión (29). Por lo que fueron necesarios algunos reajustes en el tratamiento.

También se presentaron en el grupo placebo, algunos en las cifras de TA alrededor de los 2-3 meses, que se corresponden al intento de disminución de medicamentos hipotensores en aquellos con tensiones óptimas, o sea, con disminuciones importantes de la TA. Estas disminuciones no pudieron mantenerse por los ascensos que se produjeron en la TA en este grupo placebo. En aquellos pacientes, que a pesar de estar con tratamiento con placebo se produjo una aparente mejoría podemos explicarlo, además del efecto placebo, por la regresión a la mediana (30) ya que se le hizo un seguimiento estrecho y control periódico de este parámetro. Aun se puede ser más específico y observar los distintos resultados por estadios de la enfermedad, que se resumen en el siguiente gráfico.

**Gráfica.12** Evolución de los pacientes de Estadío 1 de la TAD, TAS y TAM en ambos grupos a los largo del tratamiento.



**Gráfica.13** Evolución de los pacientes de Estadío2 de la TAD, TAS y TAM en ambos grupos a los largo del tratamiento





En las anteriores gráficas se observa la diferencia en la evolución entre ambos grupos para los *estadios 1 y 2*. También aquí se aprecia el aumento ligero de las cifras de TAD, TAS y TAM una vez rebasado el segundo mes del tratamiento en el grupo experimental. Es atribuible a la disminución de los tratamientos medicamentosos a aquellos pacientes que mantuvieron cifras óptimas de TA en ambos grupos, como ya se explicó anteriormente.

## Conclusiones

Se constataron transformaciones benéficas en los pacientes con hipertensión arterial que recibieron la influencia interventiva de las esencias florales de Bach.

Se comprobó una tendencia general a la disminución de las TAD, TAS y TAM en el grupo experimental, así como la reducción o supresión de los tratamientos farmacológicos en la mayoría de los pacientes pertenecientes a este grupo.

La efectividad de la intervención demostró que sus resultados positivos en la disminución significativa de las cifras de TA, no sólo incluye la categoría diagnóstica general, sino que fue sumamente beneficiosa para los estadios de la enfermedad estudiados.

## Recomendaciones

1. Gestionar la autorización y/o legalización de ensayos clínicos en esta área de trabajo para probar la eficacia terapéutica de las esencias florales.
2. Brindar información sobre la Terapia Floral y su utilidad en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades tanto agudas como crónicas, con el fin de lograr la incorporación de nuevos profesionales a la aplicación de esta modalidad terapéutica.

## Bibliografía

1. Aram V. Chobanian; *et.al.* Seven Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure.JNC\_7 complete report 2003 december (11 de mayo 2004);47(1-5) Disponible en : <http://w.w.w.nhlbi.nih.gov/>
2. Comisión Nacional de HTA (1998). Programa Nacional de prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. MINSAP. Cuba.
3. Martínez C; *et al.* Programa Nacional de Prevención, Diagnostico, evolución y Control de Hipertensión Arterial. Rev. Cubana Med. Gen. Int. 1999, 15(1):46-87.
4. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Enfermedades no Tramisibles. Washintong; OPS, 1997.
5. Lipowski, Z.J. Trastornos psicofisiológicos cardiovasculares. En: Alfred M. Freedman, Harold, I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Tratado de psiquiatría. Edición Revolucionaria. La Habana. 1984 P 1827-1841

6. Rodríguez B.C. Terapia floral y estimulación psicosensorial en el niño con deficiencia psíquica. Barcelona: Ediciones Indigo2001.p.28-34
7. Gerber R. La medicina vibracional. Barcelona: Ediciones Robinbook. S.L. 2001 p.220-238.
8. Veilati, S 2000 Tratado completo de terapia floral, 445 pp., Edaf y Moralaes S. A, Madrid.
9. Ribal R. Terapia floral de Bach. <http://www.florbach.es.org/>
10. Gerber R. La curación energética .Barcelona: Ediciones Robinbook. S.L. 1993 p.150-158.
11. Guerreiro Vasconcellos, E.2000 “Psiconeuroinmunología: Una historia para o futuro”, en Angerami-Camon, 2000: 23-41.
12. López Martha: La psiconeuroinmunología, una ciencia en el tratamiento de enfermedades.1999. Artículo en Internet. Área monográfica: Psicología. Disponible en: <http://w.w.w.psyconeuroimmunology.com>.
13. Rodriz M, Vega M: Secuelas neuroendocrinas e inmunológicas producidas por la ansiedad y el estrés.1998.Disponible en: <http://w.w.w.vam.es/centros/psicologia/>
14. Bach por Bach. Obras completas, escritos y conferencias, 156 pp., Buenos Aires: Ediciones Continente, S.R.L.,1991.
15. Dr. Boskis B. Estrés y Enfermedad Cardiovascular 2003 (fecha acceso 23/03/2004) Disponible en <http://w.w.w.BoskisEstres/Enfermedad/Cardiovascular.htm>.
16. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-2427
17. Ministerio de Sanidad y Consumo/Asociación Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la hipertensión arterial. Control de la Hipertensión Arterial en España, 1996. Madrid: Idepsa; 1996
18. Castañer Herrera Jf, Céspedes Lantigua L A. Hipertensión Arterial. En: Sintés Alvarez R. Temas de medicina General Integral.Vol 2. La Habana: Ciencias Médicas, 2001, p 587-536.
19. Ganon. Tratado de fisiología medica
20. Orozco R. Flores de Bach: Manual para Terapeutas Avanzados. Barcelona: Ediciones Índigo; 1996.
21. Orozco R. Flores de Bach. Diagnóstico diferencial. Barcelona: Ediciones Índigo; 1998.
22. Blome G. La curación por las flores de Bach. Barcelona: Ediciones Robinbook S.L.; 1993 p.211-223.
23. Blome G. El nuevo manual de curación por las flores de Bach. Barcelona: Ediciones Roobinbook, S.L.;1995 p.343-347
24. Hipertensión Arterial Grupo de Hipertensión Arterial de la AGAMFEC. Moliner de la Puente, J. R. Domínguez Sardiña, M González Paradela, M<sup>a</sup> C. Alfaro Alonso 25/05/2000- 2<sup>a</sup> Edición: 08/03/2002.Disponible en: [www.fisterra.com/guias2/hipertension\\_arterial.htm](http://www.fisterra.com/guias2/hipertension_arterial.htm)
25. Cires Pujol M, Peña Machado M .A., Achon Lee M., Ramos Pérez L., Levi Rodriz M. Evaluación del control de los pacientes hipertensos dispensarizados en dos municipios de Ciudad de la Habana. Rev. Cubana Med. Gen Integral 11(4) oct-dic 1999.p337-343.
26. Did Nuñez J. P. Hipertensión Arterial. Estratificación de riesgo. Rev. Cub. Med Gen. Int. Vol 15(6) Nov-Dic 1999 p 597-603.
27. Willians G. H. Vasculopatía hipertensiva. En: Willson J. D., Braunwald E, Isselbacher K.J., Petersdof R.G., Martin J.B., Fansi A.S. et al. Principios de

- Medicina Interna de Harrison.15ta ed. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 2002 p 1160-1178.
28. Oparil S. Hipertensión arterial. En: Bennett J.C., Plum Cecil F..Tratado de Medicina Interna 20° ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana;1998 p 294-310.
  29. Mechthild Scheffer. Terapia Original de flores de Bach: 1994. Ediciones Paidós Iberica, S. A.Barcelona p.15.
  30. Dr Hdez Rdriz A. Fundamentos de los ensayos clínicos. En: Farmacología General. Dr. Moron Rdriz F. J., Dra. Levy Rdriz M. Edit. Ecimed. La Habana 2002 p 44-54.
  31. Kramer D. Nuevas terapias florales de Bach. Málaga: Editorial Sirio S.A.1989.
-