

Noviembre 2011  
ISBN: 978-959-250-629-9

# CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN III

**GC Bach**





REDACCIÓN

**Miriam Artilles Castro**

CORRECCIÓN

**Estrella Pardo Rodríguez**

DIAGRAMACIÓN

**Roberto Suárez Yera**

DISEÑO E ILUSTRACIÓN

**Lyanet González Pérez**

© Grupo Cubano de Investigación del Sistema Diagnóstico-Terapéutica de Edward Bach (GC-Bach), 2011.

© Sobre la presente edición, Editorial Feijóo, 2011.

ISBN: 978-959-250-629-9



Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Carretera a Camajuaní, km 5.5, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, CP 54830

# Comité de Revisión Científica

## Presidenta de Honor

### **Dra. HC. Concepción Campa Huergo**

Directora-Presidenta del Instituto “Finlay” de Vacunas y Sueros. Ciudad de La Habana.

## Miembros

### **MSc. Boris C. Rodríguez Martín**

Coordinador General de GC Bach. Facultad de Psicología. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV)

### **Dra. Saira R. Rivas Suárez**

Coordinadora de GC Bach-Médico. Departamento de Morfofisiología. Universidad Médica “Serafin Ruiz de Zárate Ruiz” de Villa Clara

### **Dra. C. Luisa M. Guerra Rubio**

Jefa de Disciplina Psicología Educativa. Facultad de Psicología. UCLV.

### **Dra. C. Osana Molerio Pérez**

Jefa de la Disciplina Integradora. Facultad de Psicología. UCLV

### **Dr. C. Luis F. Herrera Jiménez**

Profesor de la Disciplina de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UCLV.

### **Dr. Ricardo Orozco Díaz**

Presidente de la Sociedad para el Estudio y Difusión de la Terapia del Doctor Bach en Cataluña (Sedibac). Barcelona.

### **Dr. C. Tomás A. Álvarez Díaz**

Director del CIMTAN. Ciudad de La Habana

### **Msc. Eloida Pedrosa Jorge**

Cátedra del Adulto Mayor. UCLV

### **Ph. D. Silvia González Arikí**

Coordinadora de la Plataforma de Investigación Científica. Sedibac. Barcelona

### **Dr. Jorge L. Campistrós Lavaut**

Jefe del Programa Ramal de MNT. CENAMENT. MINSAP. Ciudad de La Habana.

### **Dra. Maritza Mainegra Torres**

Jefa de Investigaciones. CENAMENT. MINSAP. Ciudad de La Habana.

### **Dr. Álvaro Acevedo Vázquez**

Jefe del Programa de MNT. Sectorial Municipal de Salud de Santa Clara. MINSAP

### **MSc. Greter Hernández Soler**

Profesora. Disciplina de Psicología Clínica. UCLV.

### **MSc. Yadira Grau Valdés**

Profesora. Disciplina de Psicología General. UCLV.



## *Nota Editorial*

La salida del tercer Cuaderno de investigación constituye una muestra de trabajos que utilizan el estudio de casos como una estrategia de diseño de investigación cualitativa, y como podrán observar sus lectores, se ubica de manera más cercana a la clasificación emitida por Stake (1994), relacionada en especial con el estudio de casos, cuyo propósito fundamental se orienta a lograr una mejor comprensión del sujeto de estudio. La selección se realiza por tener interés en la sanación de sus síntomas, y como tal es susceptible su descripción dentro del ámbito de estudio, con vistas a enriquecer el conocimiento científico a través de la evidencia.

De acuerdo con Patton (1984) el estudio de casos es una forma particular de recoger, organizar y analizar la información, aspectos que se evidencian en los artículos referidos en este Cuaderno en que la forma de realizar el diagnóstico permite precisar de manera holística las variables que dan cuenta de los problemas que ocasionan los estados y rasgos de personalidad que matizan las diversas patologías. Los trabajos que aquí se presentan reflejan las etapas planteadas para el estudio de casos, en que los autores, seguidores del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach (Rodríguez-Martín, 2009), de manera cautelosa y desde una relación epistemológica cercana al paciente en estudio, con una frecuencia de encuentro terapeuta-paciente sistemática, a través de la información obtenida, y de escudriñar en las causas que dañan su subjetividad proyectan la intervención, la cual se caracteriza por ser un sistema flexible donde el tratamiento posibilita los reajustes necesarios de acuerdo con las características del sujeto y la mejoría de los síntomas que lo hacen infeliz. Las propuestas presentadas cuentan con las tres etapas fundamentales de todo proceso terapéutico: diagnóstico, intervención terapéutica y cierre interventivo.

Es nuestro deseo que los seguidores de esta propuesta académica en Cuba, así como otros profesionales del ámbito internacional, se sientan complacidos y alentados por los resultados que aquí se ofrecen, y sus hallazgos sirvan como estímulo en su utilización, y en el enriquecimiento de su trabajo asistencial e investigativo.

**Dra. C. Luisa María Guerra Rubio**

Faculta de Psicología  
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

### Referencias

- Patton, M. (1984) . Qualitative Evakuation Methods, Beverly Hills, Sage.
- Rodríguez-Martín, B.C. (2009). El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria. Hereford: Twelve Healers Trust.
- Stake, R. E.(1994). Case Studies. En N. K. Denzin y S. Lincoln.edit Handbook of Qualitative Research. Thousands Oaks, CA: Sage Publications



## ÍNDICE

|                                                                                                   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| El sistema diagnóstico terapéutico de Bach (SDTB) enfocado al tratamiento de niños y padres ..... | 6 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

### DIAGNÓSTICO

|                                                                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Caracterización de adolescentes con HTA esencial mediante el esquema diagnóstico de Edward Bach .....                                               | 38 |
| Caracterización de adolescentes con enfermedad celíaca mediante el esquema diagnóstico terapéutico de Edward Bach .....                             | 73 |
| Caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach como complemento del estudio psicológico en menores portadores de trastorno afectivo-conductual ..... | 87 |

### INTERVENCIÓN

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Remedios Florales de Bach para niños con Parálisis Cerebral Infantil .....                                 | 109 |
| Implementación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Bach, en escolares con trastorno de adaptación ..... | 132 |
| Influencia de la Terapia Floral en la respuesta emocional de pacientes con Xeroderma Pigmentoso .....      | 151 |
| Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Dístímicos .....                                      | 170 |

# El Sistema Diagnóstico Terapéutico de Bach enfocado al tratamiento de niños y padres



**Dayron Antonio del Pino Rodríguez \***

Facultad de Psicología. Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas

La correspondencia sobre este trabajo debe dirigirse a:  
<sup>1</sup> [silvialeoncuba@avctrust.com](mailto:silvialeoncuba@avctrust.com)



**GC Bach**

Grupo Cubano de Investigación del Sistema  
Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach

[www.gcbach.uclv.edu.cu](http://www.gcbach.uclv.edu.cu)

Portada

Índice

El presente trabajo “El Sistema Diagnóstico Terapéutico de Bach (SDTB) enfocado al tratamiento de niños y padres”, es un primer intento de complementar la psicoterapia infantil con caracterizaciones que parten de la obra de Bach y se sustentan en investigaciones más actuales. Parte de estudios casuísticos individuales que se vienen realizando en nuestras consultas, tras encontrarnos con la necesidad de contar con un método viable, accesible, económico y sobre todo efectivo, demostrado esto último en la mejoría de los pacientes.

En su desarrollo se plantean métodos y técnicas de trabajo, que no son un modelo rígido, sino pasos que se pueden adecuar al intentar seguir un orden lógico en el trabajo con este tipo de pacientes.

Además, se hace referencia a escritos de Bach, que permiten exponer elementos de su obra dirigidos a esta etapa del desarrollo ontogenético.

Por último exponemos caracterizaciones que parten de los estilos educativos inadecuados, pero profundizando y particularizando en especificidades de los mismos, desde el SDTB.

**Palabras clave: Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach, Psicoterapia infantil, Diagnóstico Multiaxial, Zona de Desarrollo Próximo, Situación Social de Desarrollo.**

# Introducción

En numerosas investigaciones ha sido demostrada la efectividad de la terapia floral en los niños, por lo cual esto no constituye el objetivo principal de este artículo, más bien nos proponemos brindar una guía personalizada que ha sido de gran utilidad en el tratamiento a niños que han asistido a nuestra consulta.

El presente artículo ha sido posible, gracias a la acumulación de experiencias, desde la casuística individual, y los resultados positivos que se han obtenido en el tratamiento a niños y padres. No nos hemos propuesto para ello una línea directriz desde una perspectiva esquemática, sino que hemos recopilado experiencias que, si se nos pidiese enmarcar en un enfoque paradigmático, escogeríamos el cualitativo, pues de la riqueza individual del estudio de cada caso en particular, ha salido, no un modelo fijo, sino una guía didáctica de trabajo, que tiene en su base las caracterizaciones de las esencias propuestas por Bach, con fines principalmente diagnósticos, y algunos principios de la psicoterapia enfocada a niños y padres.

La psicoterapia, en los niños, tiene sus particularidades, pues en la mayoría de los casos (aunque no siempre ocurre así), estos no tienen conciencia de sus dificultades, ni se sienten enfermos, ni acuden al psicoterapeuta infantil.

Este elemento marca una pauta significativa dentro de la terapia, pues la mayoría de las veces el niño no se siente implicado porque la petición inicial no proviene de él, sino de su entorno más cercano, familiar o escolar.

En consonancia con esta realidad, Harrison (citado en Roca, 1998) habla de cómo la psicoterapia infantil se caracteriza por la necesidad de la participación de los padres. Esta necesidad no refleja necesariamente la culpabilidad de estos en las dificultades emocionales del niño, sino que es una consecuencia del estado de dependencia del mismo.

Resulta también importante considerar que ante la incapacidad de la familia para redimensionar su situación, muchas veces el niño es el boleto de entrada que utilizan los padres para reclamar la ayuda del especialista.

Es indiscutible que la presencia de Edward Bach está en toda la concepción de esta modalidad terapéutica, es por eso que para guiar un poco el estudio de la misma proponemos las siguientes interrogantes:

¿Abordó Bach en sus escritos cuestiones que nos apoyen a realizar una concepción de trabajo que permita enfocarnos en niños y sus padres desde una perspectiva diagnóstico terapéutica? ¿En qué

cuestiones de sus escritos nos podemos basar para proponer una guía terapéutica en el tratamiento de los niños y sus padres? A estas y otras interrogantes trataremos de dar respuesta en el transcurso del presente artículo.<sup>1</sup>

Para ello es que este artículo tiene como objetivo principal, exponer elementos de valor diagnóstico-terapéutico desde la obra de Edward Bach que complementen un sistema de trabajo para el tratamiento de niños y padres.

---

<sup>1</sup> Es importante destacar que los escritos de Bach que proponemos no están organizados de una forma cronológica, sino que los agrupamos según consideramos que pudiesen ser más explícitos.

En consonancia con lo planteado por Rodríguez (2009), es que incorporamos como novedad dentro de esta modalidad terapéutica su concepción desde el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach (SDTB), pues para la construcción del esquema de trabajo se ha tenido en cuenta:

1. Las ideas acerca de las causas de la enfermedad y el aprendizaje como proceso terapéutico. Claro que en este caso hemos concretado el estudio a las particularidades de la etapa evolutiva a la que hacemos referencia.

2. No simplifica la terapia al uso de los remedios florales. Como podrá constatar en el presente estudio asumimos las descripciones de Bach con una perspectiva diagnóstica (tomando como referencia las caracterizaciones y descripciones realizadas por él y propuestas en su obra); por lo que no se propone un modelo de prescripción de las esencias, y es necesario dejar claro que al usar las mismas intentamos complementar el curso terapéutico utilizándolas como catalizadores del proceso.

3. El sistema familiar entra a jugar un papel preponderante como principal red de apoyo y guía para el “pequeño paciente”, siendo este (el sistema familiar) un participante activo en el proceso (al igual que cualquier red de apoyo que el terapeuta considere necesario incorporar).

Esta idea de vincular a los padres o tutores en el proceso terapéutico es abordada por Roca (1998), quien menciona las diferentes formas de vinculación. Dentro de las mismas se pueden destacar:

1. *Atención individual centrada en el niño*: atención en la que a los padres se les mantiene al margen, dada la necesidad de institucionalización del niño a consecuencia de alteraciones psicopatológicas muy severas.

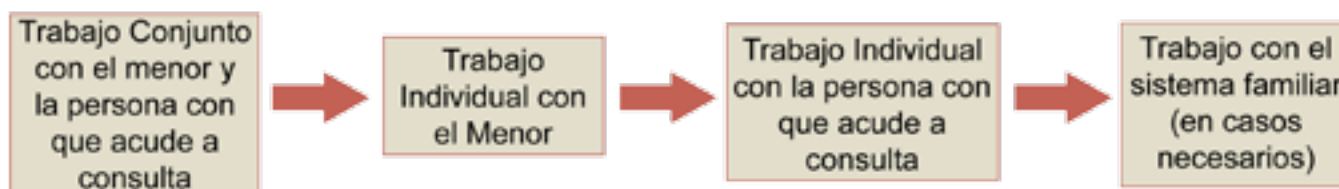
2. *Atención centrada en los padres*: con el presupuesto de que los padres no solo desean cambiar, sino que el cambio de estos es una necesidad para el bienestar del niño, la atención se centra en los padres en un tipo de intervención característico de la orientación psicológica.

3. *Atención simultánea al niño y sus padres*: de manera paralela a la atención que recibe el niño, sus padres también son atendidos. Esta atención de los padres puede tomar las siguientes variantes:

- A modo de retroalimentación, el terapeuta mantiene a los padres al tanto de la evolución del niño, mientras que ellos informan sobre los comportamientos de este en otras esferas (hogar, escuela, etc.). Los padres reciben asesoría para proceder correctamente.
- Los padres son atendidos como sujetos que presentan alteraciones psicológicas que inciden negativamente en la atención al hijo.

4. *Atención conjunta al niño y sus padres*: el sistema familiar es atendido como unidad. Los niños y sus padres son tratados de forma conjunta, desmontándose de manera progresiva los mecanismos que contribuyen a la estructuración de la alteración psicológica del paciente identificado.

Es de destacar que en la opción psicoterapéutica que proponemos escogimos las variantes 3 y 4; por lo que presentamos un esquema que nos muestra cómo están predeterminados el diagnóstico y la intervención (que se dan como un proceso continuo) <sup>2</sup>.



Algo que llamó de manera superlativa nuestra atención es la forma en que Bach utiliza las metáforas para ilustrarnos su manera de enfocar determinadas cuestiones relacionadas con el proceso salud-enfermedad, por eso consideramos necesario destacar un fragmento de un escrito plasmado en su obra *Libérese usted mismo* (1932):

[...] las dificultades de la vida interfieren con este éxito, felicidad y salud, y deterioran nuestro propósito.

La niña pinta febril y felizmente cuando de repente pasa alguien y le dice: — ¿Por qué no pones una ventana aquí, y una puerta allá?; y, por supuesto, el sendero de este jardín debe ir por ese lado.

[...] la niña [...] quizá siga pintando, pero ahora estará plasmando sobre el papel la idea de otra persona [...]

Cuando el cuadro esté listo [...] será un cuadro imperfecto y un fracaso, porque es la interpretación de los pensamientos de otro, no de la niña.

En numerosos estudios podemos percatarnos de cómo el “robo de la espontaneidad” en el niño, tanto en planos afectivos como cognitivos, limitan su desarrollo y crecimiento, llegando a provocar estados evidentes de malestar psicológico <sup>3</sup>. En consonancia con esto, en esta misma obra del año 1932 expresó:

“Así es la enfermedad: la reacción a la injerencia. Un fracaso e infelicidad transitorios se establecen en nuestras vidas cuando permitimos que otros se inmiscuyan en el sentido de nuestra vida, sembrando la duda, el miedo o la indiferencia.” (Bach, 1932, p.104)

<sup>2</sup> Debemos aclarar que no exponemos una consecución de pasos o momentos a seguir sino las áreas de actuación sobre las cuales enfocamos nuestro proceder.

<sup>3</sup> Cuando indagamos en los orígenes de muchas de los desajustes emocionales de los niños y/o adolescentes que acuden a consulta, encontramos que las causas de estos sentimientos distorsionados se encuentran en conflictos generacionales donde cada parte pugna por imponer su voluntad, siendo más perjudicados los de menor edad, pues en la mayoría de las ocasiones se les impone un criterio rígido, acompañado de quién sabe que “justificaciones” o maltratos..

Es precisamente en el contexto familiar donde el sujeto desarrolla sus primeras características psicológicas; de ahí la importancia de este grupo social, el cual influye decisivamente en la salud mental de cada uno de los miembros que lo integran, sobre todo de los niños, que comienzan a formar su personalidad.

En la formación de la personalidad es incuestionable que muchas veces la individualidad del menor, es mitigada porque los padres tratan de ver realizados en ellos sus sueños o de protegerlos a toda costa temiendo que comentan determinados errores. Ante esto Bach comenta:

[...] Hay tantas personas que suprimen sus verdaderos deseos y se convierten en clavijas cuadradas para agujeros redondos: como consecuencia de los deseos de un padre o una madre, un hijo se convierte en abogado, soldado u hombre de negocios, cuando su verdadero deseo era ser carpintero [...] Este sentido del deber es un falso sentimiento, y un mal servicio al mundo: provoca infelicidad y probablemente, uno desperdiciará gran parte de su vida antes que el error pueda ser rectificado. (Bach, 1932, p.111)

Luego refirma [...] “Algunos saben desde la niñez cuál será su vocación, dedicándose a ella durante toda su vida; otros, aun sabiéndolo desde niños, cambian de opinión debido a otras personas y circunstancias y son desilusionados por los demás.” (Bach, 1932, pp.111-112)

Cabría entonces la duda: hacia dónde debe promover el terapeuta que se encamine la educación y/o tutela de los niños, cuando la sociedad se empeña en modular patrones de conducta <sup>4</sup>.

En respuesta a esta idea Bach (1931, p.148) refiere: “[...] Deberá ser una actitud similar a la del padre con el hijo, [...], dando cuidados, amor y protección en la medida que se necesiten y sean beneficiosos, sin interferir nunca con la evolución natural de la personalidad. [...]”

Un concepto esencial que entra a jugar un papel primordial en el camino a seguir en un proceso de enseñanza desde la posición de padre, tutor o guía (dígase familiar cercano o maestro) es la estimulación de la **Zona de Desarrollo Próximo (ZDP)**, concepto aportado a la ciencia psicológica por L.S. Vigotsky quien la “define por la distancia que existe entre las tareas o posibilidades reales que el mismo tiene para realizarlas independientemente (desarrollo actual) o en colaboración con un adulto o un contemporáneo más capaz (desarrollo potencial)” (Febles y Canfux, 2001, p.11)

Aunque sin una elaboración teórica, la idea de la guía del adulto para la concreción de las potencialidades en el menor, queda esbozada en la obra de Bach al referir: “Dejemos que los padres, el maestro y el camarada se afanen siempre por alentar el crecimiento [...] pero exijámosles que dejen en libertad a los demás, igual que ellos esperan también recibir esa libertad”. (Bach, 1931, p.148)

---

4 Es común hoy día encontrarnos personas (sobre todo mayores) las cuales expresan: “la juventud está perdida” o “en mis tiempos esas cosas no pasaban”. ¿No es acaso en la mayoría de las ocasiones una limitación a la espontaneidad de los niños y jóvenes? ¿Llevar a cabo comportamientos diferentes quiere decir ir en contra de los valores y las normas establecidas?

Entonces podemos concluir que no solo basta con respetar la individualidad del niño sino que tanto los padres o tutores, maestros, así como familiares cercanos tienen la tarea de estimular en el niño todas sus potencialidades.

Es por eso que una primera aclaración debe estar encaminada a mostrar la forma de interpretar lo que se entiende como una paternidad responsable desde los verdaderos caminos que esta debe seguir. Ante esta idea Bach es muy claro cuando en 1931 escribe: “El oficio de la paternidad es un servicio [...] nada deberá ser pedido a cambio al niño, pues solo consiste en dar, y sólo dar, suavidad, amor, protección y guía hasta que el alma se haga cargo de la joven personalidad. Deberá enseñársele desde el principio independencia, individualidad y libertad, y hay que animar al niño, tan pronto como sea posible, a pensar y obrar por sí mismo.”<sup>51</sup> (Bach, 1931, p.150)

Siguiendo los postulados de Bach es que llegamos a la idea de que todos nacemos con determinada virtud (como potencialidad innata), por lo que el entorno en que se desenvuelve el niño debe identificar y potenciar el desarrollo de la misma; <sup>6</sup> ahora esta potencialidad tiene aparejado el ser susceptible a determinado defecto (como enfermedad a padecer); de ahí que, por ejemplo, un Vervain positivo (pensemos en un niño que le gusta atraer a los demás a juegos agradables, o simplemente ser un líder positivo dentro de su grupo) tenga una mayor predisposición a desencadenar, por una inadecuada estimulación del medio en que se desenvuelve, todos los aspectos negativos tratados por la caracterización que sobre esta se nos ofrece en la literatura.

Entender el aporte de elementos aportados por la herencia en su interacción con los factores ambientales en la activación de determinados tipos de respuesta en el menor, nos plantea la necesidad de prestarle una mayor atención a los primeros para entender el efecto de los segundos. Un ejemplo claro de ello se aprecia en la obra de Theodore Millon (2006, citado por Rodríguez), cuando afirma:

“Cada niño se incorpora al mundo con un patrón distintivo de habilidades y tendencias de respuesta [...] Unos niños maman vigorosamente al nacer, mientras que otros parecen indiferentes y atrapan débilmente el pezón; unos niños tienen ciclos regulares de hambre, defecación y sueño, mientras que otros son menos rítmicos [...] Unos no dejan de moverse constantemente cuando duermen, mientras otros se quedan despiertos tranquilamente en ambientes agitados. Unos son robustos y enérgicos, y otros parecen tensos e irritables”.

---

5. Muchos padres reclaman constantemente a sus hijos un “pago” ante todo lo que ellos han brindado sin llegar a comprender el verdadero sentido de la paternidad por lo que caen en conductas que menoscaban la individualidad y el sano desarrollo psicológico-físico y espiritual de sus hijos.

6. Desde pequeños podemos observar que los niños tienen determinadas aptitudes para alguna tarea: unos pueden estar largos períodos concentrados en algo; otros son muy ágiles; algunos pueden recordar canciones, poemas, etc. Esta característica debe ser estimulada por todas las personas que ayuden en la formación y el desarrollo de su personalidad, para así lograr que el niño exprese al máximo todas sus potencialidades.

Desde nuestra práctica profesional, es reconocido que en los niños podemos trabajar tanto en el diagnóstico como en la intervención desde el SDTB. En esta etapa generalmente afloran con relativa rapidez en la consulta los constructos descritos desde los “Curadores”<sup>7</sup> de la joven personalidad, dado que “*los doce curadores*” nos revelan aquellas cualidades con las que nacemos, o sea, nuestras disposiciones temperamentales. Se plantea que estos remedios son mucho más efectivos en niños muy pequeños, más cercanos a los orígenes.”

Es por ello que asumimos a manera de conclusión parcial que: El fin de toda psicoterapia (de la cual la infantil no es excepción) es promover una influencia transformadora, donde se modifiquen patrones cognitivos, emocionales y afectivos inadecuados, de forma tal que el sujeto sea capaz de estructurar más apropiadamente sus experiencias y los modos en los cuales se vincula con la realidad, logrando la restauración de los aspectos anómalos de su personalidad (Zaldívar, Vega, y Roca, 2004).

### **Abordaje Práctico de cómo trabajar la psicoterapia para niños desde el SDTB.**

Si bien es importante realizar una intervención certera desde el SDTB, esta solo será posible si el camino es cimentado sobre pautas diagnósticas fiables. Una forma de establecerlas sería desde un enfoque multiaxial de diagnóstico, como el que propone el DSM-IV (Rodríguez, 2009).<sup>8</sup>

La clasificación multiaxial del DSM-IV incluye un total de cinco ejes:

1. Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
2. Trastornos de la personalidad y retraso mental.
3. Enfermedades médicas.
4. Problemas psicosociales y ambientales.
5. Evaluación de la actividad global.

### **Guía de entrevista al menor y su acompañante**

Antes de comenzar a realizar la exploración desde la consecución de los ítems de la entrevista, el terapeuta deberá preguntar al niño si sabe las causas de por qué fue traído a consulta. En caso de responder afirmativamente, el terapeuta debe dar prioridad a la explicación del mismo, de esta manera está garantizando el primer paso para ganarse la confianza del menor y a su vez va a conocer su perspectiva de la situación, que la mayoría de las veces no coincide con la de la persona que lo trae a consulta.

<sup>7</sup> Aquí es necesario tener en cuenta la Teoría del Aprendizaje Biosocial de Theodore Millon, enriquecida en la década de los noventa con la inclusión del Modelo Evolutivo. Para ello recomendamos revisar a Rodríguez, 2009, p. 16.

<sup>8</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. (1999) Masson [Versión Digital].

Solo explorada su perspectiva es que se pregunta al acompañante y siempre, en este primer momento se hace delante del niño. Aquí se garantizan algunas cuestiones: 1ro: Que si el menor no tiene conciencia de por qué fue traído a consulta, vaya ganando en este aspecto y 2do: Que el menor no dejará (en la mayoría de los casos) mentir a ese adulto, pues aunque no se crea, al niño no le gusta ser juzgado por cosas que no hace y aunque se vea influenciado por el conflicto de lealtad hacia esta persona que lo trae a consulta, entrará en contradicción y nos dará una justa medida de hacia donde debemos dirigir el proceso.

1. Datos Generales.
2. Motivo de Consulta.
3. Dónde Cuidan al niño. (IV)
4. Quién es la persona que trae al niño. (IV)
5. Son hijos de una sola parte de la pareja o de ambos. (IV)
6. Qué manifestaciones, síntomas o conductas son los principales indicadores del problema. (I)
7. Tiempo de evolución de la alteración. (V)
8. Si existe alguna causa que se asocie a la aparición del problema. (I, II, III, IV)
9. Qué áreas en torno a la vida del niño considera afectada. (V)
10. Cuáles de estas áreas son causa directa o contribuyen a: la formación de la alteración, que se propicie el desarrollo o la proliferación de la misma, o que respalde que se mantenga en el tiempo. (V)
11. Si padece alguna enfermedad médica. (III)
12. En qué medida considera que dicha enfermedad afecta su desempeño. (I, III, IV)
13. Personas con las que vive. (IV)
14. Si tiene hermanos, y el orden de nacimiento. (II, IV)
15. Si ha sido interconsultado por algún especialista de la rama con anterioridad y que tratamiento recibió.<sup>9</sup>
16. Qué persona ejerce una actitud positiva hacia el menor. (IV)
17. Qué persona ejerce una actitud negativa hacia el menor. (IV)
18. Otras personas que tengan algún tipo de influencia sobre él. (IV)
19. Con cuáles de estas personas pasa mucho tiempo. (II, IV)

---

<sup>9</sup> Estamos hablando de que como producto final de los procesos terapéuticos siempre tratamos de lograr modificaciones en el comportamiento, claro resolviendo conflictos de diferente naturaleza (interna o externa) que afecten el desempeño del paciente. Por supuesto si recibió un tratamiento anterior que no le fue efectivo o que agudizó estos conflictos, no podemos trazarnos las mismas estrategias terapéuticas que ya fueron ineficientes en una ocasión.

20. Cómo fue el embarazo, el parto y los primeros meses de vida. <sup>10</sup>

21. De forma global, cómo se describe al niño y cómo se describe él mismo. (I, II, III, IV)

22. Agregar algo necesario que se haya quedado por decir.

El niño es una personalidad en formación, y en consecuencia con esto es que llegamos a dos ideas fundamentales:

1. Al integrar el Eje II no debemos hablar de trastornos de personalidad, ya que la misma está en formación; por lo que debemos hacer referencia a rasgos distintivos desde lo más característico en él (por esto se plantea el rasgo desde la secuencia curador / ayudante / segunda serie, más presente).

2. No debe hablarse de enfermedad o patología, sino de señales de desviación del desarrollo. Por tanto, la intervención se corresponde con “la necesidad de comprender las señales de ese sujeto en su contexto, vivencias y características personológicas”. (García, 2003, p.10)

Es por ello necesario analizar los factores y/o acontecimientos potencialmente generadores de alteraciones psicopatológicas, los cuales se definen como: “Actitudes, comportamientos, acontecimientos o eventos, que se producen o inciden de manera sostenida o no, en el entorno del sujeto y que potencialmente pueden resultar psicológicamente nocivos, dada una edad, un sujeto y un contexto determinado” (García, 2003, p. 33).

Según esta autora, los factores y/o acontecimientos deben analizarse teniendo en cuenta: a) la edad del niño, b) las características psico-biológicas, c) la personalidad en formación, y d) la Situación Social de Desarrollo (SSD). Esta última se define como “aquella combinación especial de los procesos internos del desarrollo y de las condiciones externas, que es típica en cada etapa y que condiciona también la dinámica del desarrollo psíquico durante el correspondiente período evolutivo y las nuevas formaciones psicológicas, cualitativamente peculiares, que surgen hacia el final de dicho período” (Bozhovich, 1976, p. 99).

Por lo que si hacemos una extrapolación a las ideas que estamos defendiendo, un diagnóstico desde los ejes nos permite dicha integración.

Como se ha podido observar, en varios de los ítems se repite con mayor frecuencia la incidencia de las distorsiones del eje IV, por lo que nos centraremos en algunos de los aspectos de relevante importancia en nuestro proceder.

10. Aquí estamos indagando acerca de la presencia de una caracterización enfocados hacia los curadores.

## **Distorsiones de los ejes del Diagnóstico multiaxial desde los Constructos del SDTB.**

Sin duda alguna el medio familiar ejerce una influencia directa en la aparición de distorsiones en el eje IV del diagnóstico multiaxial. Es por ello que nos detendremos en este aspecto.

En nuestra opinión, es en el Capítulo 5 de *Cúrese Usted Mismo* donde Bach realiza un balance de las directrices que debe seguir un proceso educativo adecuado, por lo que retomamos estas ideas para resumirlas como principios básicos del SDTB enfocados hacia los padres.

### **Principios de la terapia enfocados hacia los padres desde las distorsiones que provocan el eje IV del diagnóstico multiaxial.**

Partimos de la idea de Bach de que: “La actitud de los padres debería ser [...] dar al recién llegado todos los consejos espirituales, mentales y físicos de que sean capaces, recordando siempre que el pequeño es un alma individual que ha venido al mundo a obtener su propia experiencia y conocimientos, [...] hay que darle toda libertad posible para que se desarrolle sin impedimento.” (Bach, 1931, p.150)

#### *Principio # 1*

La labor del terapeuta debe estar encaminada a promover en los padres actitudes que les permitan a estos estimular la ZDP, sin limitar la individualidad ni la espontaneidad del niño.

En segundo lugar encontramos que “[...] el niño, de quien podemos tener el cuidado temporal, puede ser un alma mucho más grande y anterior que la nuestra, quizás espiritualmente superior a nosotros, por lo que el control y la protección deberán limitarse a las necesidades de la joven personalidad”. (Bach, 1931, p.150)

Rodríguez y Orozco (2005) hacen referencia a la clasificación de necesidades según la *Teoría de Necesidades* de Abraham Maslow, retomando las clasificaciones que él establece para diferenciar las formas de manifestarse que pueden tener las mismas.

Si hacemos una análisis de dichas necesidades (Fisiológicas, Seguridad, Afiliación, Estima o reconocimiento y Autorrealización), podemos percatarnos de que en la medida en que el individuo va transitando por su desarrollo ontogenético, va incorporando de manera creciente las mismas a su vida; de ahí que se conciba la teoría de Maslow como la pirámide de las necesidades. Por otro lado este proceso no es netamente ascendente sino que, como expusiese uno de los discípulos de Maslow (Harber), también existe una secuencia regresiva.<sup>11</sup>

---

11. Esto explica cómo en el desarrollo ontogenético del individuo muchas veces este va deteriorando sus configuraciones psicológicas mientras que otras van en total proliferación.

Por ejemplo: Un niño pequeño (recién nacido), se limita a demandar necesidades fisiológicas y a medida que el tiempo pasa va incorporando nuevos tipos de necesidades, sin renunciar a las primeras.

#### *Principio # 2*

El terapeuta debe hacer reflexionar a padres o tutores sobre el desarrollo actual que el niño ha alcanzado, así como de las necesidades y potencialidades correspondientes al momento evolutivo en que se encuentre el menor.

Siguiendo esta perspectiva encontramos que “[...] el niño no tendrá restricciones ni obligaciones ni obstáculos paternos, sabiendo que la paternidad se le ha otorgado primero a sus padres y que él tendrá que ejercer esta misma obligación para con otro.” (Bach, 1931, p.150)

#### *Principio # 3*

El terapeuta debe guiar a los padres para que en la educación brindada a sus hijos, estimulen la concientización y responsabilidad que implica el ejercicio de la paternidad. Así promovemos conductas responsables en la concepción de las nuevas generaciones.

Por último queremos hacer referencia a una idea que nos permite sistematizar un poco lo retomado hasta el momento:

Los padres deberían guardarse particularmente contra cualquier deseo de moldear la joven personalidad de acuerdo a sus propias ideas o deseos, y deberían refrenarse de ejercer algún tipo de control indebido o de reclamación de favores a cambio de su deber natural y privilegio divino de ser el medio de ayuda [...] cualquier deseo de controlar o conformar la joven vida por motivos personales es una forma terrible de codicia [...] con los años se convertirán en auténticos vampiros. (Bach, 1931, pp.150-151).

#### *Principio # 4*

El terapeuta deberá (de ser necesario) estimular *estilos educativos* que permitan a los padres ejercer una crianza y una educación sobre la base del respeto mutuo y el amor, siendo ellos la principal guía en el proceso de su educación, por lo que no deben convertirse en dictadores o tiranos.

Como resultado de incurrir en estos principios pudiésemos señalar varias consecuencias pero nos gustaría referenciar al propio Bach, quien de manera bastante clara expresa cómo un mal manejo familiar puede traer afecciones para la salud física, mental y espiritual del niño:

“En casi todas las familias, padres e hijos se construyen prisiones por motivos enteramente falsos y una equivocada concepción de la relación, [...] Estas [...] coartan la vida, evitan el desarrollo natural y traen infelicidad a todos los implicados, desarrollando esos desórdenes mentales, nerviosos e incluso físicos [...]” (Bach, 1931, p.151)

Por desgracia, en nuestro proceder terapéutico, no siempre contamos con el apoyo de las personas que traen el menor a la consulta, así como tampoco encontramos un nivel de aceptación y tolerancia adecuado ante los llamamientos y recomendaciones, por lo que el tratar con estos no es siempre un “camino adelantado” en cuanto a comportamientos y actitudes de los padres (tutores) se refiere, por lo que en primera instancia debemos trabajar con el niño para disminuir sentimientos psicopatógenos que puedan existir en los mismos.

El ambiente familiar, los roles, las jerarquías, así como los límites, las reglas, los estilos comunicativos, la expresión de afectos, entre otros, guardan estrecha relación con el curso del desarrollo psicológico del niño; mientras que, de manera especial, los estilos educativos constituyen un elemento que puede llegar a convertirse en verdadero factor psicopatógeno en dicho proceso de desarrollo, y encontrarse entre las causas de alteraciones psicológicas.

Rodríguez (2009) retoma algunas ideas mientras comenta cómo la influencia del ambiente familiar en las etapas de crecimiento ejerce una influencia directa sobre el niño, adaptándolas al esquema de *experiencias resistentes y penetrantes* (Millon y Davis, 1998) o *duraderas y generalizadas* (Millon et al., 2006), propuestas por Theodore Millon, quien las agrupó en cinco categorías:

1. Sentimientos y actitudes parentales.
2. Métodos de control del comportamiento (Punitivos, de Recompensa Contingente, Incoherentes, Protectores, Indulgentes).
3. Estilos familiares de comunicación.
4. Contenidos de las enseñanzas.
5. Estructura familiar (Modelos deficientes, Discordia familiar, Rivalidad entre hermanos, Orden de nacimiento).

### **Constructos desde el SDTB que describen algunos estilos educativos inadecuados**

En relación con los *métodos de control del comportamiento* como parte del resultado del funcionamiento familiar, encontramos los “estilos educativos”, los cuales reflejan la calidad del sistema de relaciones que ha sido capaz de establecer la familia, visto desde su función educativa. También han sido llamados actitudes inadecuadas de los padres (Martínez, 2003), y actitudes potencialmente generadoras de alteraciones psicológicas en el ámbito familiar (García, 2003). Por estas cuestiones analizaremos algunos constructos, desde el SDTB que describen estilos educativos inadecuados.

## Sobreprotección

Se caracteriza por un cuidado excesivo por parte de los padres que se convierte en limitación extendida para la realización de diversos tipos de actividades, y de satisfacción de necesidades y motivaciones del niño, cuyo desarrollo psicológico y motor se ve entorpecido, no propiciándose el validismo acorde con la etapa evolutiva que atraviesa. También se aprecia un exceso de cariño que tiende a “ahogar” e inmovilizar al niño.

## Chicory (CHI)

Si partimos de la descripción que Bach brinda en el año 1936 encontramos que define esta como “los que están muy atentos a las necesidades de los otros, tienden a cuidar con exceso a los niños, a sus familiares, amigos, y siempre encuentran algo que enmendar. Están continuamente corrigiendo lo que consideran erróneo y disfrutan haciéndolo. Quieren que aquellos por los que se preocupan permanezcan cerca de ellos” (*Los doce curadores y otros remedios*, 1936).

En este caso encontramos padres o tutores CHI con déficit en el autocontrol, problemas para establecer la empatía y las dificultades para establecer límites en sus destrezas sociales. Recordemos en primer lugar que este trata de llamar a toda costa la atención afectiva de los que los rodean (sobre todo de sus hijos), y aquí muchas veces encontramos que sufren enfados, (de tipo razonado) dirigidos “a despertar sentimientos de culpa en sus seres queridos, con el fin de atraer toda la atención sobre sí mismo y recibir atenciones especiales.” (Rodríguez y Orozco, 2005, p. 60)

Ellos, al tratar de “proteger” constantemente a sus hijos, buscan estar continuamente atrayendo su atención y creando sentimientos de culpa cuando ellos no cumplen su voluntad, o no se someten a sus designios.

CHI es un sujeto que se centra mucho en el rol (paterno) que está jugando, por lo que no puede conectarse con la forma en que su hijo está percibiendo el mundo, de ahí proviene su enorme falta de empatía como padre o tutor, no pudiendo asumir este rol teniendo en cuenta los puntos de vista de su hijo, por lo que trata de asumir el control (sobre todo afectivo) de la situación.

Por otro lado, como carece de conciencia del límite en sus destrezas sociales no encontrará inapropiado realizar constantes injerencias en cualquier esfera de la vida de su hijo, dígame establecer amistades, compartir un juego, montar bicicleta fuera de su vista, entre otras cuestiones. El problema radica, como señalara Ricardo Orozco (2010), en que los mecanismos que utiliza se encuentran masivamente integrados en nuestra cultura, pasando por “normales”: autocompasión, culpabilización de los demás, chantaje afectivo, manipulación y demanda de atención.

## Red Chesnut (RCH)

En los escritos de Edward Bach nos encontramos que el RCH describe a “[...] quienes encuentran muy difícil no preocuparse por los demás. Con frecuencia han dejado de preocuparse por sí mismos, pero pueden sufrir mucho por los seres queridos, anticipando con frecuencia alguna desgracia que pudiera ocurrirles”. (Bach, 1936, p. 49)

Su dificultad en lo referente a su incorrecta autovaloración y su inadecuado autocontrol se traduce en padres que constantemente tratan de tener las riendas de todos los movimientos que puedan realizar los hijos. Este patrón lo encontramos generalmente en progenitores que tienen un solo hijo o han perdido algún ser querido. Es necesario recordar que la esencia caracteriza al temor anticipatorio, que tiene en sí una fuerte carga ansiógena, que se traduce en estos casos en una desmedida sobreprotección.

La diferencia entre ambos constructos radica en que en RCH encontramos, de base, una fuerte carga de miedo a lo que pudiese pasarle a las personas bajo su custodia; mientras que en CHI se espera controlar, sobre todo en el plano afectivo (que nunca es suficiente). Además, como acotara Ricardo Orozco (2011): “Red Chestnut representa un mecanismo de excesiva fusión con las figuras de apego, muy presente en Chicory y en Centaury” (p. 128), aunque aclara que no debe quedar reducida a ellos. En este sentido, resulta de gran utilidad la diferenciación entre rasgo y estado para el establecimiento del patrón de acción de las esencias (Rodríguez, 2009; Orozco, 2010 y 2011).

### Permisividad

Ausencia o falta de un patrón de normas por parte de los padres en relación con las demandas del niño, quien siempre obtiene todos los gustos y/o la libertad para hacer lo que desea. Los padres dan afecto a sus hijos, pero no son capaces de establecer un control adecuado sobre ellos.

## Centaury (CEN)

Si partimos de la visión que describe a “[...] personas bondadosas, tranquilas y suaves que se desviven por servir a los demás. [...] Su necesidad de agradar crece de tal modo en ellos que se convierten en sirvientes en lugar de acompañantes voluntarios. Su buena naturaleza les conduce a trabajar más de lo que les corresponde y, al hacerlo así, pueden descuidar su propia misión particular en la vida” (Los doce curadores y otros remedios, 1936).

Estos padres, como describe el patrón general del constructo, al ser demasiado complacientes y con tendencia a la sumisión (Orozco, 2010), muestran una falta de conciencia del rol que deben jugar. Al no saber decir que no, o dificultándosele, pueden perder las riendas de la crianza de sus hijos. Este

individuo, en su rol de tutor, debe aprender que su misión consiste en servir, pero además guiar, enseñar y preparar a sus hijos para la vida.

### **Inconsistencia**

Es definida por la falta de consistencia en la manera de actuar de los padres ante un mismo comportamiento de sus hijos: rechazar y aceptar, castigar, premiar o ignorar indistintamente:

Este estilo educativo puede verse de dos maneras:

1. En la divergencia entre los padres: cuando no logran tener un consenso ante un determinado comportamiento que es susceptible tanto de recompensa como de castigo.
2. De manera individual: asumiendo posturas que confunden al niño pues carecen de un patrón de estimulación definido.

En las primeras de las variantes no podemos definir patrones pues siempre vamos a tener la representación de dos constructos contrapuestos dentro de los estilos educativos inadecuados: por ejemplo una figura rígida y otra permisiva, etc. Es importante destacar que muchas veces este tipo de inconsistencia parte de desacuerdos propios de la relación matrimonial, cuando los padres extrapolan sus diferencias y rivalidades a las decisiones a tomar sobre los hijos. Por esta razón nos centraremos en la segunda de las opciones.

### **Cerato (CER)**

Bach describe a CER como quienes no tienen suficiente confianza en sí mismos para tomar sus propias decisiones. Constantemente buscan el consejo de los demás, y con frecuencia son mal aconsejados. (Bach, 1936)

Coincidimos con Rodríguez y Orozco (2005), cuando plantean que estos individuos, como no confían en su intuición, piden consejo y, por lo general toman una decisión influida por los demás, figuras fuertes o normas; según sea la situación. Entonces estamos haciendo referencia a un patrón parental de inconsistencia por influencia de otros.

### **Sclerantus (SCL)**

Este sujeto es un reflejo de la inestabilidad: “[...] sufren mucho por ser incapaces de decidir entre dos cosas, primero les parece bien una, luego la otra [...] Suelen ser personas calladas que sobrellevan solas su dificultad, ya que no se sienten inclinadas a comentarlas con otros” (*Los doce curadores y otros remedios*, 1936). Ideas claras se nos muestran al analizar dos palabras clave dentro de la descripción del

constructor (Orozco, 2010): *alternancia y ciclicidad*.

En SCL las decisiones a tomar se mantienen en constante análisis, mediante la superposición de alternativas. Por tanto, se hace referencia a una inconsistencia de origen interno. Un padre puede demorar demasiado en decidir ante una demanda del hijo o bien decidir algo en la mañana y en la tarde “dar para atrás” a la decisión tomada, luego de sopesar otros elementos.

### **Rigidez**

Las reglas de comportamiento en el hogar son muy poco flexibles y se hacen cumplir de manera impositiva a pesar de otras condiciones que puedan estar presentes y que se suponen deberían modificar dichas reglas de acuerdo con las potencialidades, características y necesidades del niño, entre otras cuestiones.

### **Vine (VIN)**

Tener a VIN en cuenta desde una perspectiva de rigidez parental, parte de la idea de Bach de que estos individuos están “seguros de saber lo que es correcto, tanto para sí mismos como para los otros, acerca de cómo deberían hacerse las cosas y por ello se vuelven extremadamente críticos y exigentes [...] Como tienen tanta seguridad, creen que sería bueno para los demás dejarse persuadir para hacer las cosas como ellos mismos las hacen, o en la forma que las consideran correctas. [...]”(Los doce curadores y otros remedios, 1936).

En el caso del padre VIN que se destaca por su rigidez como estilo educativo, es “en el ejercicio de su poder o dominio, donde no tiene límites. No le interesa convencer, ni es muy dado a discutir, solo le interesa que le obedezcan. Internamente piensa que sus orientaciones deben ser cumplidas porque es lo mejor para el grupo.” (Rodríguez y Orozco, 2005, p. 128)

Es por eso que en su rol paterno no le interesa que las personas bajo su tutela estén o no de acuerdo con sus decisiones y acciones, por lo que cuando ellos emprenden una empresa, automáticamente queda cancelado, para cualquiera de los miembros de la familia, cualquier intento de modificación, a no ser que él considere que algo debe ser cambiado.

### **Vervain (VER)**

En primer lugar creemos necesario establecer ciertas diferencias entre un estilo educativo VIN y uno VER, pues debemos entender que VER no es tan rígido en su voluntad como en sus principios. Es por eso que esta caracterización define a “los que tienen ideas o principios fijos, están seguros de tener

razón y los cambian rara vez [...] Tienen un gran deseo de convertir a sus opiniones a cuantos les rodean [...] Tienen una gran fuerza de voluntad y mucho valor cuando están convencidos de lo que quieren enseñar [...]” (*Los doce curadores y otros remedios*, 1936).

Tomemos por ejemplo al padre que le dice a la hija que debe regresar a las 22.30 horas de la fiesta porque no está bien que una muchacha de 24 años esté en la calle a esa hora; y ante cualquier intento de convencerlo de lo contrario emprenderá un discurso donde va a incluir infinidades de razones, solo con el objetivo de convencer, porque la decisión ya está tomada.

De ahí que al hacer referencia a la falta de empatía de este encontremos que “Vervain caracteriza a un individuo de opiniones fuertes que intenta imponer a los demás, arrastrándolo hacia sus ideas y mostrándose intolerante con sus interlocutores” (Rodríguez y Orozco, 2005, p. 109)

Otra carencia significativa es en el área de las destrezas sociales, pues carece también de conciencia límite ya que “Es considerado como un sujeto muy invasivo, que quiere “meter” sus ideas en los demás, sin importarle lo que aquellos piensen. En este sentido puede decirse que no tiene límites. Su exceso de entusiasmo es tan grande que no se contenta con decirle a los demás cómo deben actuar, sino que muchas veces los suplanta en la acción.” (Rodríguez y Orozco, 2005, p. 128)

### Rock Water (RWA)

En la obra de Bach encontramos que los describe como “[...] muy estrictos en su forma de vivir, se niegan a sí mismos muchas de las alegrías y placeres de la vida porque consideran que podrían interferir con su trabajo. Son severos maestros de sí mismos. Desean estar bien, fuertes y activos, y harán lo que crean conveniente para mantenerse así. Esperan ser ejemplos para atraer a los otros que, siguiendo sus ideas, resultarán mejores” (*Los doce curadores y otros remedios*, 1936).

En él encontramos una evidente represión emocional, ya que ellos piensan que están en el “camino de las losas amarillas”<sup>12</sup>, experimentando que todo lo que piensa y siente es totalmente correcto. Es por eso que la rigidez de RWA no radica, como en los casos anteriores, en limitaciones impuestas, sino en estilos restringidos de vida que se irradian en el entorno familiar. Por estas cuestiones cualquier intento de romper con la rigidez emocional por parte del hijo, será sofocado pues el sentirse penetrado en el plano emocional es una injerencia que un padre RWA experimentará como letal y peligrosa no solo para él sino para su familia. El limitarse él y a la vez hacerlo a sus hijos es percibido como un escudo protector infalible ante las “amenazas del mundo”.<sup>13</sup>

12. Hacemos referencia a la historia El mago de Oz donde Dorita, personaje principal, para encontrar el camino a casa debe ir al castillo del rey y el camino correcto está marcado por tener losas amarillas.

13. En este caso hablamos de la flexibilidad que propicia la comprensión basada en el amor y la concientización, no solo de los sentimientos personales, sino también de los ajenos

Dentro de la caracterización podemos encontrar que se describen dos planos: el primero la rigidez, como ya ha sido explicado, y en segundo lugar el perfeccionismo (como estilo educativo). Claro que la primera está dada por la exacerbación de la segunda pues el padre (RWA) llega a ser inflexible cuando en su búsqueda por ser el “mejor”, no le basta con esta creencia distorsionada de sí mismo, sino que la hacen expansiva a su núcleo familiar.

Es por eso que se debe realizar un análisis profundo para percatarnos de si este sujeto está funcionando como un padre rígido o un padre perfeccionista desde el mismo constructo.

La virtud que aporta la esencia comienza “[...] al liberarnos de nuestra propia tiranía que fundamenta la rigidez, el dogmatismo y la negación [...], permite que las emociones sean canalizadas adecuadamente. Al volver a aceptarlas como propias, sin que sean consideradas como muestra de *debilidad o pobreza de espíritu*, dejamos abierta la puerta para registrar las de los demás y comprenderlas.” (Rodríguez y Orozco, 2005, p 115)

### **Oak (OAK)**

En estos individuos encontramos un patrón de rigidez muy centrado en lo que ellos consideran sacrificios necesarios para la vida, pues, en su sentido del deber tan arraigado, tienden a establecer esquemas que muy bien se pueden manifestar superlativamente en alteraciones de tipo obsesivas. No debemos culparlos de la génesis de su comportamiento como padres pues: “Muchos OAK han sido educados de forma rígida, sobreexigente, por padres o tutores primitivos y severos.” (Orozco, 2010, p. 294). Por lo que en la propia inseguridad como padre, que ha propiciado su modelo predecesor, hace que se refuerce su modelo rígido, pues sería muy frustrante para él que las cosas se le fueran de las manos, o mejor dicho, que se salieran del esquema que ya tiene establecido: posiciones de los objetos dentro de la casa, horarios, incluso las pocas distracciones que se permite en familia son metódicas y previamente muy planificadas.

Otra característica de estos es que pueden irradiar la rigidez (sobre todo en el plano mental) a cuestiones ético-morales pues a decir de Orozco (2010) “Son demasiado moralistas y escrupulosos” (p. 294), esto lo refuerzan con la idea de que “[...] son mentalmente muy rígidos y dogmáticos [...] De opiniones fijas que mantienen, aun a sabiendas de que se han equivocado [...] (p. 295). Son “Demasiado estrictos con las reglas” (p. 296)

Como para ellos lo principal es el trabajo y las obligaciones que debe cumplir, utilizan este pretexto para esquivar incluso las conversaciones que puedan romper sus esquemas: permisos, visitas, reuniones de amigos, entre otros, y esto se basa en problemas de comunicación que [...] generan carencias afectivas

y quejas en su pareja e hijos (Orozco, 2010 p. 295) Otra idea que defiende este autor y reafirma la caracterización de OAK dentro de este estilo educativo es la rigidez mental, la cual está matizada por un sistema de creencias bastante estricto.

### **Perfeccionismo**

Está dado por un conjunto de exigencias muy elevadas para las potencialidades del niño, con el objetivo de que éste alcance la perfección en todo.

### **Rock Water (RWA)**

El perfeccionismo de RWA (como estilo educativo) sería el primer paso de un padre antes de llegar a la rigidez; sería una predisposición de tipo personológica con la que este entra a la familia.

Ellos “viven en torno a teorías y dogmas demasiado estrictos” (Orozco, 2010, p. 360). De ahí que muy bien con el paso del tiempo y la proliferación dentro del seno familiar de la idea de que *ser los mejores es lo mejor* puedan devenir familias narcisistas de tipo Beech (sobre las cuales profundizaremos más adelante).

Como lo hemos visto en consulta, más como una característica individual que como patrón familiar general, caen en contradicción con sus hijos o su cónyuge cuando se colocan como ejemplo pero no son aceptados como tal.

### **Elm (ELM)**

Este padre o tutor tiene arraigada en sí mismo la necesidad de que todo en la vida tiene que salirle lo mejor posible, este si se centra en su familia se empeña en que tiene que dar todo de sí para que esta sea la mejor, no por un problema de alcurnia —como describiremos en el caso de Beech—, sino porque en su exceso de responsabilidad y autoexigencia, es un empeño sumamente necesario.

Al ser tan responsables y cumplidores, exigen como guías de familia que se cumpla con ellos y con el deber familiar en la misma medida en que ellos lo hacen.

Este individuo es esclavo de sí mismo y es por eso que su “perfeccionismo exagerado, le impide tomar decisiones pragmáticas y rebajar ocasionalmente la calidad de sus prestaciones cuando las circunstancias así lo requieran” (Orozco, 2010, p. 261)

### **Beech (BEE)**

Esta descripción se aviene bien para ocupar los primeros lugares dentro de los padres, que no solo

imponen, sino que también enseñan a sus hijos a ser perfeccionistas y selectivos. Aquí lo más particular es la arrogancia y los aires de superioridad que notoriamente en el análisis que hacen Rodríguez y Orozco (2005) de la descripción de algunos trastornos de la personalidad encontramos evidente correspondencia entre la descripción de BEE y el *trastorno narcisista de personalidad*, donde uno de los criterios diagnósticos es la falta de empatía.

Una de las características de este tipo de trastorno es que puede inundar a familias completas y todo dado porque la falta de tolerancia y de sintonización los llevan a pensar que son el centro del universo.

Orozco y Sánchez plantean que “No hay que olvidar tampoco que Beech está obsesionado con un sinfín de *deberías* que impiden la espontaneidad, la fluidez y todo atisbo de calor humano”. (Rodríguez y Orozco 2005, p.58)

Aquí empieza la batalla por el perfeccionismo. En el tratamiento a estos padres nos encontramos que constantemente colman a sus hijos con obligaciones perfeccionistas, para esto no hay límites, pues en su afán utilizan comparaciones que la mayoría de las veces menoscaban la autoestima de sus hijos, y lo más triste es que lo hacen bajo el lema: “es que ellos deben ser los mejores”

Su falta de empatía los lleva también en buena medida a ser sujetos bastantes detallistas que exigen mucho de las demás personas. Algo así como “perfeccionistas de los demás”. Todo ello quizás esté generado por la falta de sintonización que tienen de base.

### **Crab Apple (CRA)**

CRA ha sido históricamente presentado como “el remedio de la limpieza” quizás sea debido a ello que el uso de la esencia ha encontrado mayor aplicación como patrón transpersonal, ya que “es un claro ejemplo de cómo las flores de Bach no solo fueron concebidas para tratar el aspecto emocional y mental de la persona” (Orozco, 1996, p. 134).

Adentrándonos en el tema que nos ocupa desde una perspectiva emocional estos sujetos se ven abrumados por el sentimiento de suciedad que puede provocar en ellos una amplia variedad de estados de ánimo, “sobre todo aquellos relacionados con la vergüenza y la aversión.” (Rodríguez y Orozco, 2005, p. 41)

Aquí comienza el dilema que nos lleva a caracterizar el estilo educativo (perfeccionista) desde este constructo: Este sentimiento de suciedad puede extrapolarse a promover la creencia de que los hijos están sucios (en cuanto a cuestiones morales se refiere); por lo que este padre buscará la “limpieza” en sus hijos.

Por esto es común escucharles decir en consulta: “doctor es que mi hijo tiene que ser una persona limpia y pura”.<sup>14</sup>

Cuando esto se ha arraigado se van a transmitir generacionalmente algunas características que van a acentuar sus limitaciones en cuanto a destrezas sociales se refiere, como ser poco comunicativos, modestos y reticentes.

## Maltrato

Es la utilización de gritos, amenazas o golpes en la educación como si en ello radicara el logro de la obediencia. Puede ser más solapado y desarrollarse como un maltrato psicológico y emocional.

Dentro de este estilo educativo encontramos dos formas de maltrato: el maltrato psicológico y el maltrato físico. De manera didáctica hemos realizado una división de algunas de las caracterizaciones que distinguen estos dos tipos, aunque no dejamos de reconocer que existe maltrato psicológico (como por ejemplo en el casos de VIN), lo que sucede es que describimos la evidencia que con más frecuencia ha asistido a consulta. Por todo esto la división que proponemos se plantea de la siguiente manera: el maltrato físico, descrito en el que incluimos a Vine, Holly e Impatiens, y el maltrato psicológico, que se destaca en Chicory, Heater y Willow.

- Constructos que describen el maltrato físico

### Vine (VIN).

De las características de este individuo ya hemos abordado algunas cuestiones. Aquí solo nos resta destacar la idea del doctor Bach, quien al referirse a estos plantea que quieren hacerlo todo a su manera y dan órdenes a quienes los ayudan. Incluso, haciendo las cosas a su manera, son difíciles de contentar (Bach, 1934).

Esto se puede traducir en que un padre para lograr que su hijo lo obedezca (cuestión que para un progenitor Vine es primordial) no va a dudar en usar métodos punitivos y agresivos.<sup>15</sup>

Según Orozco (2010) existen dos tipos de VIN: uno primario y otro secundario, el primario es el psicópata clásico que se ha abordado en la literatura y los clasificatorios, el secundario (en quien nos detendremos un instante) “se trata de un mecanismo de defensa sobre el cual subyace una gran inseguridad y, en muchos casos, una infancia muy dura y traumática donde uno se tuvo que insensibilizar y endurecer para, [...] sobrevivir emocionalmente a las agresiones, burlas, o humillaciones de los demás” (p. 345)

Estos generalmente tienen su origen en otras caracterizaciones florales y devienen en tipo VIN

14. Esta frase es más común en las zonas rurales donde hemos trabajado, lugares en que los pacientes son más tradicionalistas, por lo que le dan gran importancia a cuestiones morales, reflejadas en la pulcritud.

15. De ahí que un padre me comentara la frase “la educación entra con sangre”.

secundario.

Tal es el caso de RWA, individuos que habíamos analizado dentro del perfeccionismo; estos “pueden desplazar su ira al castigo y dominio sádico de los demás” (Orozco, 2010, p. 345) Por esto un maestro o un padre con estas características no va a dudar en usar métodos educativos que maltraten a sus tutorandos sin siquiera justificarlos como necesarios.

### **Holly (HOL)**

Desde la descripción de Bach, Holly es una de las caracterizaciones que se centra en la descripción de este tipo de maltrato. Este lo describe como “[...] quienes se ven frecuentemente atados por pensamientos de envidia, celos, venganza o sospecha. Para las diferentes formas de vejación [...].” (Bach, 1936, p. 54)

Este es un padre que pudiésemos compararlo con un volcán en erupción, por lo que los hijos en vez de respetarles le tienen miedo, porque ante la mínima contradicción estalla en maltratos de todo tipo y finaliza con la frase: “si vuelves a hacerlo la cosa va a ser peor”

Una conducta Holly que encontramos a menudo en los padres es cuando no les basta con castigar al hijo, sino que lo desnuda, lo obliga a acostarse en la cama, lo encierra en el cuarto y si algún compañerito pregunta por él, este describirá el estado en que se encuentra el hijo y no tendrá escrúpulos en exagerar la situación que motivó el castigo.

### **Impatiens (IMP)**

Bach (1936) los describe como rápidos en el pensamiento y la acción, y que quieren que todo se haga sin vacilación ni retraso. Este autor plantea que les resulta muy difícil tener paciencia con las personas lentas, pues le parecen un error y una pérdida de tiempo, y se esforzarán porque estas sean más rápidas en todos los aspectos. En estas personas resulta necesario comprender que el maltrato tiene como base la falta de empatía. Para ilustrarlo mejor nos gustaría retomar un ejemplo que demuestra el planteamiento anterior:

Imaginemos un padre Impatiens que está cambiando un neumático tras un reventón. Su pequeño hijo se acerca a su lado y comienza a ayudarlo alcanzándole las herramientas. El niño, por supuesto, no puede ir a la velocidad que demanda el ritmo paterno y, lo más probable, es que nuestro Impatiens se irrite y le pegue un grito o regañe bien fuerte al chico. La reacción del niño puede ser diversa, se enfadará, llorará... El papá Impatiens se percata por un momento de que “se le fue la mano”, pero su actividad no le da tiempo a detenerse a pensar lo que su hijo está sintiendo y, lo más seguro, es que le diga “sube

al coche y quédate ahí, que yo me las arreglo mejor solo”. Una vez cambiado el neumático se ponen en marcha, pero este señor ya tendrá otras prioridades en la ruta y se habrá perdido todos los mensajes emocionales que le estaba transmitiendo el niño. Al llegar al destino, su esposa le preguntará que si no se ha dado cuenta de las actitudes del pequeño durante el viaje, a lo cual el Impatiens responderá: “no, no me he dado cuenta ¿qué es lo que pasa?” (Rodríguez y Orozco, 2005, p. 116)

Este ejemplo nos muestra que el maltrato de IMP tiene su génesis en la aceleración cognitiva y conductual, que no le permite a estas personas detenerse para ver las consecuencias de sus actos. Su ritmo es tal, que mientras aquellos contra los que arremete sufren los efectos de sus maltratos, los pensamientos de IMP se encuentran centrados en otros asuntos, que usualmente tampoco pueden esperar.

- Constructos que describen el maltrato psicológico

### Chicory (CHI)

Aquí debemos tener en cuenta que este padre o tutor en su constante lucha por mantener el control afectivo sobre sus seres queridos, muchas veces provocará sentimientos de minusvalía y culpa.

También es justo destacar que esto muchas veces lo hace de manera inconsciente, pues como él realmente siente que “se lo merece todo, por lo mucho que se ha sacrificado”, no emite una agresión elaborada, simplemente reclama lo que él siente que se le debe, lo que está exacerbado es su forma de hacerlo.

Para reforzar esta idea nos sustentamos en algunos de los mecanismos que Orozco (2010) plantea. Dentro de estos es de destacar el *chantaje afectivo; la manipulación* (esta se ve cuando el padre utiliza una enfermedad para tener a los demás pendientes de él); así como *la demanda de atención*.

Chicory hará sentir a sus hijos que nunca es suficiente cuanto hagan por ellos, y si en la consecución de esta tarea debe utilizar maltratos psicológicos como provocar sentimientos de culpa, menospreciarle, disminuir su autoestima, etcétera; no tendrá el menor reparo en hacerlo.

Coincidimos con Orozco (2010) cuando plantea que cuando CHI es contrariado “muchas veces responde con crueldad, rencor y venganza [...] (p. 318)”.

En nuestra opinión un elemento muy descriptivo, que nos permite caracterizar el maltrato de CHI es cuando Orozco cita a Chancellor quien plantea “Las personas CHI aparentan que hacen todo lo posible por la felicidad de los demás. Pero en realidad lo hacen de una forma que no acarrea paz ni descanso al infortunado destinatario de sus devociones egoístas, pues solo agotan su vitalidad. Son los vampiros de la humanidad que no se detienen ante nada para lograr sus egocéntricos fines” (Orozco, 2010 p. 319)

## Heather

Esta es una caracterización que parte en primer lugar de la idea que según Bach (1936) distingue a aquellos que siempre buscan la compañía de alguien disponible, pues necesitan discutir sus propios asuntos con los demás, sin importarles quiénes sean estos. Este autor señala que son muy infelices si tienen que estar solos durante un tiempo.

En nuestra opinión lo que provoca el maltrato psicológico de Heather como padre es la combinación de las deficiencias que presenta en competencias emocionales como la autovaloración, el autocontrol, la confiabilidad, la empatía y las destrezas sociales; así como su constante patrón de autocentramiento desmesurado; lo que provoca que para ellos lo primero son ellos, luego ellos y después ellos. Además, siempre lo más importante son sus historias o sus problemas quedando en un plano vacío las cuestiones que a los demás les preocupan.

En su falta de empatía no es capaz de darse cuenta de que muchas veces molesta a sus hijos pues cuando estos tratan de comentar un problema o una situación en la que necesita un consejo, este padre narrará una etapa de su vida donde él supo que hacer y ahí comenzará un monólogo que nunca responderá a las demandas del hijo.

En esa falta de escucha al padre Heather se le escapan sentimientos y estados de ánimo de sus hijos, por lo que este se verá obligado a buscar ayuda fuera de casa.

Aparentemente la primera imagen de este padre (en lo que refiere a sus destrezas sociales) es muy reconfortante pues en el inicio del diálogo comentarán la frase: -“como no te voy a entender si yo...”-; y aquí comenzará nuevamente “La Historia Interminable”<sup>16</sup>, en la que producirán sentimientos de agobio hasta en sus hijos, al no dar espacio para el intercambio.

## Willow (WIL)

Estos al perder el interés en las cosas de la vida y verse arrastrados por el resentimiento, no irradiarán otra cosa que no sea este sentimiento.

El padre Willow maltrata porque ellos nunca tienen la culpa de los errores que hayan podido cometer «La culpa» corre a cuenta de los demás, aderezada de una crítica ácida y maliciosa, ya que cree que la vida, el universo, los seres humanos y hasta el propio Dios, están en deuda con ellos.” (Rodríguez y Orozco, 2005, p. 58)

Por lo que en estas circunstancias ellos nunca van a aceptar una recomendación, pues no reconocen que tengan cuota de responsabilidad en las causas de que su hijo necesite algún tratamiento psicológico.

---

16. Aquí no precisamente hacemos alusión a la obra literaria de Michael Ende (publicada en Madrid en el año 1986), sino a la propia historia de vida del Heather, de la que siempre estamos propensos a ser víctimas.

Frases como —“la culpa la tiene la madre”—; —“esas son las malas compañías”—, serán muy comunes en ellos.

Willow “ve incrementado su sufrimiento cuando nota que los que lo rodean son felices, sintiéndose impulsados a boicotearlos en su función típica de aguafiestas [...] es alérgico a la felicidad ajena [...] siempre es proclive a la discusión, estando perpetuamente malhumorado.”<sup>17</sup> Esto entonces se convierte en una predisposición para con sus hijos: si estos le hablan de que quieren ir a una fiesta, Willow comentará maliciosamente brindando elementos para desilusionarlo.

Lo triste en la historia de Willow es que su optimismo se va apagando pues con el tiempo irá en aumento su amargura y resentimiento. (Rodríguez y Orozco, 2005).

El padre Willow es como una bomba expansiva, que emite una energía muy negativa, contagiosa, desvitalizante y destructiva, que trata de eliminar todo rastro de felicidad y disfrute comenzando por su familia.

De ahí que se limite en sus destrezas sociales pues como plantean Rodríguez y Orozco (2005) lo que más le apetece es socializar la frustración y el fracaso: si yo estoy mal, por qué los otros tienen que estar bien.

**Estilo ausente:** este dentro de la literatura es reservado para los padres que, por diferentes cuestiones, están separados de sus hijos y no asumen un papel suficientemente activo en la crianza de estos.

### Water Violet (WVI)

Bach (1936) describe a este individuo manteniendo que dentro de sus preferencias está el encontrarse solo. Ellos son muy independientes, capaces y seguros de sí mismos. Se mantienen apartados, dejan a la gente sola y siguen su propio camino. Con frecuencia encontramos dentro de sus dotes el ser inteligentes y talentosos.

Al analizar estas cuestiones establecemos consonancia con la falta de compromiso de los padres Water Violet pues para ellos ¡un compromiso real es una violación de su independencia!

Por lo que una frase típica de un padre con estas características sería: “yo no me inmiscuyo en la vida de mis hijos porque no me gusta que nadie se meta en la mía”.

Coincidimos con Rodríguez y Orozco (2005) cuando plantean que la falta de empatía viene dada por su *aislamiento voluntario*, que se corresponde con rasgos *esquizoides* de la personalidad.

Por eso, como virtud se deberá potenciar en estos padres retomar un papel más activo, pues tener un hijo no es solo cumplir con la parte que le toca en el ejercicio de la reproducción, sino que deben ser

17. Rodríguez y Orozco, 2005, p. 58.

más activos en la educación y crianza de los hijos.

### **Agrimony (AGR)**

Bach (1936) en su descripción parte de que estos aman la paz y no les gustan las discusiones o peleas hasta el punto de renunciar a muchas cosas con tal de evitarlas ocultan sus inquietudes detrás de su buen humor y las bromas; suelen ser considerados muy buenos amigos. Con frecuencia toman alcohol o drogas en exceso para estimularse y ayudarse a soportar sus problemas con un buen talante.

Tomando como referencia esta definición y sus dificultades en competencias emocionales como la Conciencia emocional, el autocontrol y su falta de compromiso, es que caracterizamos el contruacto Agrimony, dentro del estilo educativo ausente.

Retomando algunas de las ideas de Rodríguez y Orozco (2005) encontramos que está presente en ellos una constante actitud de evasión frente a todo lo que constituya una amenaza por lo que recurren a cualquier forma de evasión y muchas veces no están presentes cuando sus hijos los necesitan,<sup>18</sup> sobre todo si es para un tema que intuye como amenazante o doloroso.

A esto se aviene su falta de autocontrol pues “lo negativo no existe y, por consiguiente, adopta una actitud escapista de no afrontar y de positivizar todo excesivamente” (Orozco, 2010, p. 200). Es por eso que no le dará la importancia requerida a los problemas que demanden sus hijos y estos generalmente delegados a otra persona por la “poca importancia que tienen”. Es entonces que brilla su falta de compromiso con los demás para mantenerse alejado de los problemas; por lo que “el escapismo se concreta en una agenda apretada, donde no existen espacios vacíos, pues en ello podría producirse un silencio interior en el que aflorasen contenidos dolorosos” (Orozco, 2010, p. 200)

En esta evasión muchas veces recurren a las drogas; de ahí que sea común encontrar padres alcohólicos que no se ocupan de atender a sus familias, pues regresan a casa ebrios y a altas horas de la noche.

### **Clematis (CLE)**

Ya desde 1933 Bach caracteriza a estos individuos como *indiferentes*, apáticos y que no se interesan realmente por sus tareas cotidianas.

No por gusto Rodríguez y Orozco (2005) destacan sus dificultades en competencias emocionales como el autocontrol, la conciencia y el compromiso.

Los autores antes mencionados plantean que “La mejor variante de evasión es el no-estar-aquí de Clematis. De hecho significa la condición de incompetente total para asumir responsabilidades.” (Rodríguez y Orozco, 2005, p. 85). Muchas veces esto ofrece ganancias secundarias pues como padre se

---

18. Como en ocasiones se desencadenan en dependencia evasivas, como el alcohol, muchas veces su estilo ausente no consiste solo en no estar en la casa sino en estar inmiscuido en su estado de enajenación.

ha ganado el cartelito de “incapaz”, por lo cual pasa por el ejercicio de la paternidad sin asumir a fondo sus responsabilidades.

De ahí que sean muy endebles a la hora de asumir un compromiso tan importante como es el de estar presentes cuando la joven personalidad a su cargo lo necesite.

Clematis en la máxima expresión de su falta de compromiso, deja de cumplir con sus responsabilidades y obligaciones, y en caso extremo abandona a su familia en busca de sueños utópicos.

Existe una descripción que se aviene con mucha fuerza a las dificultades presentes en los estilos educativos. Este acápite lo dedicaremos a realizar un análisis de la carencia Chestnut But.

### **Chestnut But (CHB)**

En todos los casos hay una lección a aprender para poder mejorar el estilo educativo que está estimulando la alteración psicológica del menor. Es por ello que en este caso nos permitimos comentar la acción de la esencia como catalizador en el proceso interventivo, en el trabajo con los padres para propiciar el cambio en su estilo educativo inadecuado.

En este caso la acción de la esencia siempre va a ser la misma, lo que promoviendo el aprendizaje que le falta a cada uno de los individuos descritos dentro de los estilos educativos explicados.

Este describe a “[...] quienes no sacan provecho de la observación y la experiencia, y que tardan más tiempo que otros en aprender las lecciones de la vida cotidiana. [...] Por tanto, [...], cometen el mismo error en diferentes ocasiones [...]”.<sup>19</sup>

Es necesario destacar que al potenciar la conciencia emocional esta es la esencia que nos conecta con nosotros mismos, con nuestros errores, sobre todo como padres. Es una lección de vida sobre todo para aquellos que se inician en el mundo de la paternidad y las determinadas circunstancias los llevan a presentar un estilo educativo inadecuado.

Muchas veces la falta de empatía hace que padres o tutores se comporten de manera inmadura, torpe y precipitada. De ahí que su distorsión radique en el campo de las destrezas sociales pues nos permitirá observarnos a través del prisma de los otros, poniéndonos en el lugar de ellos.

---

1 Bach, 1994, ver Bibliografía p. 52.

### A manera de Conclusión

El doctor Bach nos anuncia dónde puede estar la causa de la enfermedad cuando expresa: “Para muchos, la principal batalla que habrán de librar será en su hogar, donde, antes de lograr la libertad para obtener victorias en el mundo, tendrán que libertarse a sí mismos del dominio y control adversos de algún pariente cercano.” (Bach, 1931, p.152)

Para los niños el juego es considerado su medio natural de expresión, y una de sus formas fundamentales de aprender y relacionarse con el mundo. Por tanto constituye un elemento importante, dentro de la terapia infantil. Independientemente del recurso principal que se decida utilizar como forma de tratamiento y el paradigma que se asuma para proceder a la terapia, el juego brinda infinitas posibilidades tanto para el diagnóstico como para la intervención.

Es por eso que en primer lugar en las propias palabras de Bach debemos hacer que el niño considere a su agente psicopatógeno (dígase padre o tutor cuando estos son la causa desde las distorsiones del eje IV) como: “un rival deportivo” con el que estamos jugando el “juego de la vida” el cual nos da la “oportunidad de desarrollar nuestro propio valor e individualidad”.

En segundo lugar el niño deberá comprender que “[...] las auténticas victorias de la vida vienen del amor y el cariño [...] desarrollando firmemente nuestra propia naturaleza, sintiendo [...] afecto —o mejor, amor— hacia el rival, con el tiempo podremos seguir tranquila y seguramente la llamada de la conciencia sin permitir la menor interferencia”. (Bach, 1931, p. 152)

Por otro lado, este trabajo sirve de ayuda a los terapeutas que se interesen en trabajar con niños y sus tutores, pues brinda un esquema de trabajo no rígido, sino momentos de un proceso que se pueden tener en cuenta para lograr un diagnóstico basado más en las causas y las soluciones que en diagnósticos fijos y poco integradores.

Se establece además un puente, donde los terapeutas pueden adecuar su diagnóstico acorde al lenguaje de la psicología, tomando como referencia el SDTB, por lo que más que brindar fórmulas se insta a la utilización de constructos y caracterizaciones con el fin de elevar los indicadores para un diagnóstico eficaz.

- Bach, E. (1936): “Los Doce Curadores y otros remedios”, en J. Barnard. Obras Completas del Doctor Bach, pp. 45-62, Iris, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (1934): “Los doce curadores y los siete ayudantes”, en J. Barnard. Obras Completas del Doctor Bach, pp. 63-74, Iris, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (1932): “Libérese usted mismo”, en J. Barnard. Obras Completas del Doctor Bach, pp. 103-124, Iris, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (1931): “Cúrese Usted Mismo”, en J. Barnard. Obras Completas del Doctor Bach, pp. 137-166, Iris, Barcelona.
- Bozhovich, L. I. (1976): La personalidad y su formación en la edad infantil. Pueblo y Educación, La Habana.
- Febles, M. y Canfux, V. I. (2001?): “La Concepción histórico-cultural del desarrollo: Leyes y principios”, en L. Cruz. Psicología del desarrollo: Selección de Lecturas, pp. 9-15, Félix Varela, La Habana.
- García A. (2003) Psicopatología Infantil Su evaluación y Diagnóstico, Félix Varela, La Habana.
- Gómez, E. y Pino, D. del (2008): Psicoterapia de Grupo de Escolares entre 7 y 9 años con alteraciones psicológicas. Trabajo inédito no publicado, Universidad Central de Las Villas, Santa Clara.
- Kanner, L. (1951). Psiquiatría Infantil, Zig-Zag, Chile.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. (1999) Masson [Versión Digital]
- Martínez, C. (2003). Salud familiar. Edit. Científico-Técnica, La Habana.
- Millon, Theodore et al. (2006). Trastornos de personalidad en la vida moderna, 2da edición, Masson, Barcelona.
- Millon Theodore y Roger Davis (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV, Masson., Barcelona.
- Orozco, R. (1996). Flores de Bach: Manual para terapeutas avanzados, Índigo, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (2010). Flores de Bach: 38 Descripciones Dinámicas, El Grano de Mostaza, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (2011): El nuevo manual del Diagnóstico Diferencial de las Flores de Bach, El Grano de Mostaza, Barcelona.
- Roca, M. A. (1998): Psicoterapia Infantil. Elementos Básicos. Edit. Academia, La Habana.
- Rodríguez, B. (2009): El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edwardd Bach. Apuntes para una sistematización necesaria, Twelve Healers Trust, Hereford.
- Rodríguez, B. y Ricardo, O. (2005). Inteligencia Emocional y Flores de Bach. Índigo, Barcelona.

# ESTUDIO de CASOS

Diagnóstico



# Caracterización de adolescentes con HTA esencial mediante el esquema diagnóstico de Edward Bach



**Ronney Padilla Castillo**  
**Yudit Pérez Díaz**

Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas.



**GC Bach**

Grupo Cubano de Investigación del Sistema  
Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach

[www.gcbach.uclv.edu.cu](http://www.gcbach.uclv.edu.cu)

Portada      Índice

Durante el año 2008 se realizó un estudio exploratorio descriptivo con el objetivo de describir el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes de 10 a 12 años de edad, que estudian en la Escuela Primaria “América Latina”, de la ciudad de Santa Clara y presentan un diagnóstico de hipertensión arterial esencial, basado en la utilización de las caracterizaciones florales de Edward Bach. Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, se empleó un diseño fundamentalmente cualitativo. Las técnicas utilizadas fueron: entrevista semiestructurada (a adolescentes, padres y maestros); Inventario de Problemas Juveniles (IPJ); Rombo Afectivo; Completamiento de Frases; Dibujo del tema sugerido; Historias Proyectivas; Test Sociométrico; Inventario de la ansiedad rasgo-estado para niños (IDAREN); revisión de documentos (expediente escolar) y observación semi-estructurada. Se utilizó el estudio de caso para profundizar en el funcionamiento emocional de los adolescentes hipertensos, los cuales fueron comparados con un grupo de adolescentes que presentan alto riesgo de padecer la enfermedad.

**Palabras clave:** HTA, Adolescentes, Emociones, Caracterizaciones Florales de Edward Bach

# Introducción

Si bien durante muchos años fue habitual pensar que la hipertensión arterial (HTA) era una enfermedad exclusivamente de los adultos, hoy día constituye una enfermedad de enorme interés en el niño y el adolescente (Gazzara, Álvarez, Barrenechea, Basso y Bernadá, 2002). Las investigaciones realizadas al respecto, apuntan a la importancia de detectar y seguir la hipertensión arterial desde los primeros años de la vida (Álvarez, de Rivas, Martell y Luque, 2004; Lemos, Miño, Ortellado y Lukeštik, 2006; Lurbe, Torr6 y Cremades, 2001; Simsolo, Grunfeld y Gutiérrez, 2008).

Hace aproximadamente 10 años, los estudios internacionales que medían la presión arterial en niños y adolescentes señalaban que el 1 % de los menores presentaba HTA. Sin embargo, las investigaciones más recientes demuestran que la cifra se ha elevado peligrosamente al 4,5 %. Algunos estudios señalan que oscila entre 1 un 5 % (Álvarez y cols, 2004; Cortés, 2006; Caggiani & Farré, 2006; Egidio, 2003; Krmar, Galarza, Wharen, Catasicaris & Ruiz, 1999; Lurbe & Torr6, 2002; Málaga, 2004; Ramírez, 2006). No obstante los elementos anteriores, las cifras más aceptadas se encuentran entre un 2 y 3 % en la población menor de 18 años. De cualquier manera, es importante destacar que el por ciento de prevalencia generalmente aumenta en la adolescencia en 4 ó 5 veces (Duron-Merlo & López- Aguilar, 2002).

Siendo la hipertensión arterial una de las innumerables enfermedades psicofisiológicas, los factores psicológicos también juegan un importante papel en el origen y curso de la misma. Precisamente, dentro de dichos factores han sido frecuentemente investigadas las emociones, por su implicación en el proceso de salud-enfermedad del individuo, ya que presentan un alto poder adaptativo, y están directamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que de alguna manera están implicados en el proceso salud-enfermedad (Cano Vindel y Miguel Tobal, 2001; Friedman y DiMatteo, 1989; Grau, 1998, citados en Molerio, 2004).

Actualmente, a pesar de diversas polémicas, hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Grau, Hernández y Vera, 2004; Lazarus, 2000; Mayne y Bonanno, 2001, citados por Molerio, 2004). Las emociones negativas pueden provocar alteraciones en la salud ya sea directamente a través de niveles de activación fisiológica que pueden desencadenar una disfunción orgánica, o indirectamente, al desencadenar conductas poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, entre otras. (Molerio, 2004)

Las emociones han sido objeto de atención desde los propios inicios de la Psicología como ciencia (Molerio, 2004), aunque en ciertos períodos, sobre todo en la época conductista, su estudio fue desestimado. Muñoz de Morales (2004) refiere que en el último cuarto del siglo XX, con el llamado “segundo cognitivismo”, la emoción recuperó su lugar como objeto de estudio de la psicología en el seno del paradigma cognitivo. Es así que en las últimas décadas el siglo XX se produce un resurgimiento de la investigación sobre el desarrollo emocional y, con él, una reevaluación de la emoción, otorgándole valor a las emociones como organizadoras y motivadoras de la conducta.

Uno de los enfoques que ofrece modelos para el estudio de las emociones es el denominado enfoque de las “medicinas alternativas” (Rivas y Molerio, 2007). Como plantean dichas autoras, las caracterizaciones emocionales propuestas por Edward Bach son el complemento del enfoque hacia el bienestar emocional de cualquier propuesta actual en este sentido, enfatizándose en el papel que juegan las emociones en la aparición de la enfermedad.

El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach se considera muy útil, teniendo en cuenta los retos actuales de la Psicología de la Salud, en su intento por explicar el papel que juegan los factores psicológicos en el proceso de salud-enfermedad. Especialmente en la hipertensión arterial pediátrica, dicho sistema se constituye en una herramienta de trabajo para el psicólogo, en tanto le permite contar con un esquema de trabajo para realizar el diagnóstico y tratamiento de estados de ánimo patológicos y estilos desadaptativos de la personalidad en formación del niño o adolescente en cuestión, que pueden estar influyendo en el origen y/o evolución de la enfermedad.

Es así que Edward Bach nos brinda un esquema de pensamiento que posibilita entender las causas que pueden conducir al niño o adolescente a enfermar, en este caso con hipertensión arterial esencial. Este esquema considera no sólo los elementos innatos que forman parte de la personalidad, sino también todas aquellas experiencias que forman parte de la vida del sujeto, en su interacción con los diferentes agentes y contextos socializadores y que van condicionando también su formación y desarrollo. Finalmente, se toman en cuenta estados y reacciones emocionales ante situaciones concretas, las cuales sólo pueden ser comprendidas en el marco de las experiencias y el desarrollo particular que ha tenido el sujeto.

Sobre la base de un adecuado diagnóstico aplicando este sistema, se tendrá la posibilidad de llevar a cabo un proceso de sanación mucho más eficaz.

Por supuesto, resulta factible y a la vez necesario integrar este sistema con elementos que aportan otros modelos explicativos de la emoción, que consideran los procesos cognitivos, emocionales y motivacionales al explicar la dinámica conductual del individuo. Precisamente, las aportaciones más

recientes de Lazarus (Lazarus, 1999, citado en Pérez y Redondo, 2002), abogan a favor de la interacción entre Cognición, Emoción y Motivación.

De esta forma, cada prototipo floral tiene una forma propia de expresar sus emociones, en su interacción social y, aunque cada emoción tiene una trama argumental propia, la intensidad y el tipo de respuesta emocional dependerán de su significado personal y del proceso de valoración individual, tal y como refieren Rivas y Molerio (2007).

En relación con lo anterior, los progresos investigativos en el estudio del papel de las emociones en la salud han condicionado que numerosos investigadores se hayan proyectado a la evaluación del funcionamiento emocional del paciente hipertenso, centrándose en las tres emociones negativas más estudiadas: la ansiedad, la depresión y la ira (Molerio, 2004). Es importante destacar que la mayoría de los estudios relacionados con las emociones y la HTA se han realizado generalmente en adultos hipertensos.

A pesar de los resultados en ocasiones contradictorios, se evidencia y reafirma por parte de la mayoría de los investigadores en el tema, la presencia de dificultades en el funcionamiento emocional de los pacientes hipertensos.

Las consideraciones anteriores evidencian la necesidad de realizar investigaciones que contribuyan a esclarecer el papel de las emociones en la determinación multicausal de la HTA esencial, poniendo énfasis en etapas tempranas de la vida como la adolescencia. Precisamente, el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach nos posibilita alcanzar profundos niveles de comprensión acerca de dificultades en el funcionamiento emocional que pudieran aumentar la vulnerabilidad del adolescente ante la hipertensión arterial.

Es innegable que, en todo momento, debe partirse de las características que presenta la esfera emocional del adolescente, desde la perspectiva de su situación social de desarrollo.

Los escolares de 10 a 12 años de edad, a pesar de encontrarse enmarcados en la etapa escolar como período del desarrollo (de 5-6 a 11-12 años aproximadamente), se encuentran en la etapa que muchos actualmente denominan “primera adolescencia” (de 10 a 13-14 años) (U.S. Department of Education, 1999, 2005).

Desde el punto de vista emocional, los grandes cambios que se producen en la etapa escolar condicionan la trayectoria del desarrollo en este sentido. El ingreso al sistema escolar supone un nuevo contexto, con unos parámetros diferentes: la evaluación que realiza el profesor de las acciones del niño o adolescente y los compañeros, la comparación social, entre otros. Así, aparecen nuevos conflictos, cuyo afrontamiento requiere de nuevas habilidades sociales y emocionales. Finalmente, la llegada a la

adolescencia demanda de la consolidación de la personalidad ante los iguales y la inserción en el mundo de los adultos. En este período se generarán nuevas tensiones que pondrán a prueba las competencias emocionales adquiridas en las etapas previas. (Abarca, 2003)

De forma general, se resalta la importancia de las relaciones interpersonales íntimas en el bienestar infantil (Scout, 1999). Específicamente en la etapa escolar las relaciones con sus padres u otros familiares, con su maestro, con sus iguales, resultan vitales para la vida emocional del menor.

Teniendo en cuenta las ideas anteriores, el presente trabajo pretende describir el funcionamiento emocional de escolares hipertensos, integrando las clasificaciones diagnósticas de Bach con las ideas de los modelos psicológicos contemporáneos, lo cual resulta útil pues permite trazar estrategias de intervención más integradoras donde se empleen las esencias florales de Bach junto a otras alternativas terapéuticas.

Es por ello que en la presente investigación se plantea como problema científico:

- *¿Qué particularidades presenta el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes de 10 a 12 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, al ser evaluados con las clasificaciones diagnósticas de Edward Bach?*

De esta manera, se define como objetivo general el siguiente:

- *Describir el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes de 10 a 12 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, que estudian en la Escuela Primaria “América Latina”, de la ciudad de Santa Clara, basado en la utilización de las caracterizaciones emocionales de Edward Bach.*

### Objetivos Específicos

1. Describir el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes hipertensos, teniendo en cuenta la influencia de las particularidades psicológicas y los contextos de desarrollo, basado en la utilización de las caracterizaciones emocionales de Edward Bach.

2. Caracterizar el funcionamiento emocional de un grupo de adolescentes con alto riesgo de presentar hipertensión arterial esencial, basado en la utilización de las caracterizaciones emocionales de Edward Bach.

3. Comparar las características del funcionamiento emocional del grupo de adolescentes hipertensos estudiados con el grupo de adolescentes que presentan, alto riesgo de padecer la enfermedad basado en la utilización de las caracterizaciones emocionales de Edward Bach.

# Diseño metodológico de la investigación

## *Diseño general de la investigación*

Para dar cumplimiento a los objetivos de nuestra investigación, se realiza un estudio exploratorio descriptivo, fundamentalmente de corte cualitativo, llevado a cabo entre enero y julio de 2008. Los datos se analizan mayormente desde una perspectiva cualitativa, sobre la base del análisis de contenido de las verbalizaciones y comportamientos de los sujetos objeto de estudio. Se empleó la triangulación, con el objetivo de lograr mayor credibilidad de los registros evolutivos de cada caso en particular. En este caso se utiliza la triangulación de técnicas y de fuentes.

## *Definición de la muestra*

La presente investigación se desarrolla como parte de un proyecto denominado “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la Hipertensión Arterial en edad pediátrica en la Atención Primaria de Salud”, perteneciente al Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda” de Santa Clara, Villa Clara.

En el marco de este proyecto, en los meses de junio y julio de 2007, se estudió la población de escolares de tercero a quinto grado (cuyas edades oscilaban entre 8 y 10 años de edad) de la escuela primaria “América Latina”, de Santa Clara, Villa Clara. Esta población está conformada por 282 alumnos a los cuales médicos especialistas (MGI y cardiólogos) les realizaron exámenes clínicos y de laboratorio, con el objetivo de determinar la cantidad de niños y adolescentes hipertensos o con alto riesgo de padecer dicha enfermedad.

Como resultado de estas acciones fueron diagnosticados 10 escolares hipertensos y 64 escolares con alto riesgo de padecer la enfermedad hipertensiva, los cuales cursaban 4to, 5to y 6to grados en el curso 2007-2008, con edades comprendidas entre 9 y 12 años.

Teniendo en cuenta los objetivos de la presente investigación, fueron seleccionados dos grupos de escolares de manera intencional.

Para conformar dichos grupos, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

## *Criterios de inclusión:*

- Escolares de 4to, 5to y 6to grados, con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial esencial, en el caso del grupo de hipertensos; para el otro grupo, deben ser escolares diagnosticados con alto riesgo de padecer la enfermedad.
- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.

- Que ofrezcan su consentimiento informado a participar en la investigación.

#### *Criterios de exclusión:*

- Pacientes que no desearan participar en la investigación.
- Pacientes cuyos padres no accedieran a participar en la investigación.
- Pacientes que, en el momento de realizarse el estudio, tuvieran tratamiento psicofarmacológico.

El grupo de estudio se conformó con la población de 7 escolares diagnosticados con hipertensión arterial esencial comprendidos entre las edades de 10 y 12 años (inicialmente eran 10, pero uno de ellos constituyó baja de la escuela debido a cambio de residencia, mientras que otros dos se encontraban enfermos durante el período de realización de la investigación.). El grupo testigo quedó conformado por 10 escolares con alto riesgo de padecer la hipertensión arterial esencial.

#### **Técnicas e instrumentos empleados**

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados en la presente investigación, se utilizó un sistema de pruebas psicológicas que influyó la valoración de familiares, maestros, y el propio adolescente, las cuales se relacionan a continuación:

Técnicas aplicadas a los adolescentes:

- Entrevista semiestructurada.
- Inventario de Problemas Juveniles (IPJ)
- Rombo afectivo.
- Completamiento de Frases.
- Dibujo del tema sugerido.
- Historias proyectivas.
- Test Sociométrico.
- Inventario de la ansiedad rasgo-estado, versión infantil (IDAREN).

Técnica aplicada a los padres:

- Entrevista semiestructurada.

Técnica aplicada al maestro:

- Entrevista semi-estructurada.

Técnicas generales:

- Revisión de documentos (expediente escolar).
- Observación semiestructurada.

#### **Procedimiento general en la investigación**

Como se explicó anteriormente, luego del pesquisaje realizado como parte de las acciones del

proyecto “Estrategias para la detección precoz y seguimiento de la Hipertensión Arterial en edad pediátrica en la APS”, se procedió a la selección de los escolares hipertensos y aquellos con alto riesgo de padecer la enfermedad.

El estudio se inició con una entrevista a los padres de dichos escolares, de manera que se pudiera obtener el consentimiento informado en relación con su participación en la investigación, además de una información general sobre el adolescente, con respecto a todas las esferas de su vida.

Posteriormente, se realizó la aplicación de las técnicas dirigidas al adolescente hipertenso, distribuidas en varias sesiones, de forma tal que no se produjera en ninguno de los adolescentes agotamiento ni fatiga a nivel de incidencia negativa en los resultados de las mismas.

Paralelamente a la aplicación de técnicas a los adolescentes se fue realizando una segunda entrevista con los padres, en aras de profundizar en las características de las emociones de dichos adolescentes. De igual manera, se llevó a cabo la revisión de los expedientes académicos, así como la entrevista dirigida a los maestros.

### **Análisis de los resultados**

El análisis de los resultados que se presenta a continuación se realizó teniendo en cuenta la integración de las diferentes técnicas utilizadas. Se comenzará por las caracterizaciones emocionales del grupo de escolares hipertensos.

#### **Caracterizaciones de los escolares que presentan HTAe**

##### *Sujeto # 1.*

Sujeto 1, a partir de ahora llamado Juan, tiene 11 años de edad, es del sexo masculino y vive con su mamá, papá, abuela materna y dos hermanos (una hembra menor y un varón mayor).

Juan se manifestó ansioso, nervioso e intranquilo, además de distráctil durante la aplicación de las técnicas psicológicas. Más adelante se pudo constatar que dentro de sus características de personalidad en formación se destacan el nerviosismo y la ansiedad: “yo no quisiera ser tan intranquilo”; “me porto mal en el aula y en la casa” (Entrevista al adolescente); “soy nervioso”, “yo me como las uñas”; “soy demasiado inquieto e intranquilo para estar en clase tanto tiempo” (IPJ). En este caso se decidió aplicar el IDAREN, obteniéndose como resultado un nivel medio de ansiedad como rasgo, lo cual confirmó los elementos anteriormente abordados, agudizados por su situación familiar.

De los elementos anteriores se puede apreciar el perfil Agrimony en Juan, el cual ha sido influido en gran medida por el medio familiar. En el adolescente, además de su ansiedad, se observó inseguridad a la hora de ejecutar alguna tarea, lo cual ha sido generado en cierta medida por el escaso apoyo por parte de la familia; la autoestima baja es otra de las características que sobresale. No obstante Juan se

destaca por ser muy sociable, extrovertido y con gran tendencia a la sociabilidad.

Se pudo constatar que Juan proviene de una familia disfuncional, con un estilo educativo inadecuado de rigidez, también se pudo apreciar la despreocupación de ambos padres por los problemas del adolescente (de la escuela u otros). Existe violencia física y verbal entre los miembros de la familia, fundamentalmente entre los padres y cuando su papá bebe. Las discusiones en su casa le generan miedo, ya que las percibe como peligrosas, amenazadoras y que escapan de su control personal y, al ser tan frecuentes, ya las espera con ansiedad: “me preocupan mi mamá y mi papá”; “no quiero que mi papá se vaya de casa de mi abuela” (entrevista al adolescente). Por lo tanto, se hace evidente el perfil Red Chesnut, ya que Juan presenta frecuentes pensamientos dirigidos a sus padres, los cuales le generan gran intranquilidad y tensión, sobre la base de sus características Agrimony, siendo esta situación indicadora de Walnut ya que existe una influencia negativa significativa sobre él por parte de su familia.

Mustard también caracteriza a este escolar, pues todo lo anterior ha generado que Juan se sienta solo y desatendido por parte de sus padres, experimentando tristeza la mayor parte del tiempo, con una frecuencia alta y una intensidad media, ya que valora esta situación en términos de desesperanza, pesimismo, y manifiesta que lo hace sentir sin interés por las cosas después que ocurren estas peleas, llegando al llanto en varias ocasiones.

También es un escolar que se comporta agresivamente y en sus actividades lúdicas predominan los juegos de mano, lo que a su vez ha provocado que sus iguales lo rechacen. En este caso, se evidencia la característica Holly, ya que la gran cantidad de vivencias negativas que presenta Juan en la escuela y en su relación con los coetáneos, han incidido en que este adolescente rechace la escuela y se sienta desmotivado hacia este contexto en general, no atiende a clases y sus problemas de aprendizaje persisten, a la vez que manifiesta resentimiento, irritabilidad y conductas agresivas de manera frecuente, fundamentalmente en el marco de la relación con los iguales.

La valoración de Juan con respecto a su familia, a su estudio y a sus compañeros de aula (tres de los elementos que mayor repercusión presentan en la adolescencia para el desarrollo psicológico y, específicamente, para la vida emocional), presenta un contenido totalmente negativo, apreciándose pocos elementos que indiquen satisfacción en relación con ellos. Los percibe como un problema que lejos de satisfacer necesidades en él, lo hacen sentir carente de afecto, atención, reconocimiento, aceptación, comunicación, siendo todos estos elementos imprescindibles para su adecuado desarrollo y ajuste emocional, más aún tomando en cuenta las características de su etapa evolutiva.

*Sujeto # 2.*

Sujeto 2, a partir de ahora nombrado Alberto, tiene 11 años de edad, del sexo masculino, convive con su mamá y su hermano de tres años de edad.

Alberto es un adolescente que se muestra inhibido durante la aplicación de todas las técnicas, respondiendo a las preguntas con pocas palabras, de forma poco expresiva. No obstante, refiere desde el primer momento que su principal problema consiste en que extraña mucho a su papá (con toma afectiva), quien se encuentra trabajando en otro municipio y, además, está separado de su mamá: “lo extraño mucho porque no puedo estar con él como antes” (entrevista al adolescente). Frecuentemente el escolar piensa en las condiciones en que estaban antes, cuando vivían juntos y añora esos días, caracterizándose por un perfil Honeysuckle.

La familia de Alberto es uniparental, pero hasta hace un año aproximadamente existían grandes conflictos entre los padres, de manera que estos se separaron y se unieron en varias ocasiones, hasta esta última vez en que no han vuelto a estar juntos. Las discusiones y peleas se debían, fundamentalmente, a que el papá de Alberto ingiere bebidas alcohólicas con gran frecuencia y se torna agresivo e irritable bajo la acción de las mismas. Según la propia madre, en la entrevista, durante su segundo embarazo tuvo que enfrentar una serie de situaciones bastante difíciles y estando completamente sola, con carencias de todo tipo, incluso económicas.

Todo lo anterior es conocido en profundidad por Alberto, generándole intenso sufrimiento y preocupación, manifestando que aunque extraña a su papá prefiere que sus padres estén separados, para que su mamá “no sufra” (entrevista al adolescente). De esta manera, en Alberto se evidencia actualmente carencia afectiva por parte del padre en lo fundamental, ahora ausente físicamente y con el cual, a pesar de los conflictos, se siente muy identificado de manera afectiva.

Ante toda la problemática anterior, se evidencian en Alberto determinadas manifestaciones emocionales que, aunque son cortas de acuerdo con su duración, como es típico de las emociones, tienen lugar con una intensidad importante: llanto, salto epigástrico, onicofagia, intranquilidad en ocasiones y, en otras, desánimo, incertidumbre, sensación de pérdida, como parte de emociones tanto de tristeza como de ansiedad y miedo ante los conflictos de sus padres. Por lo tanto, a pesar de los padres estar separados, Alberto se siente ansioso y con miedo, debido a que su mamá “está sola y no tiene quien la ayude y llora mucho” (entrevista al adolescente). Se esfuerza por ayudar a su mamá en todo lo que puede, de forma tal que intenta convertirse en un apoyo para ella en la situación tan difícil que tienen desde todo punto de vista. Frecuentemente piensa en los problemas que tiene y en cómo poder ayudar mejor, lo que hace que a veces se distraiga en las clases: “a veces está como ido, yo sé que piensa en lo

de sus padres” (entrevista a la maestra). Por lo tanto, éste constituye un hogar muy disfuncional que le genera toda una serie de emociones negativas, siendo indicador de Walnut, además de caracterizarse por Red Chesnut, ya que sus pensamientos giran constantemente alrededor de sus padres.

Influido por todo este ambiente familiar, en Alberto se han desarrollado una serie de características de personalidad en formación, entre las cuales se destacan: agresividad, “majadería”, “es intranquilo, ansioso e impulsivo y tiene baja autoestima”, según los datos que aportan la maestra y la madre (nivel medio de ansiedad rasgo). De esta forma, se aprecia un perfil Impatiens caracterizado por gran ansiedad, unido a la presencia de irritabilidad como manifestación de Holly y estados de tristeza que en varias oportunidades ocasionan que este escolar se ausente de la escuela, fundamentalmente por el descontrol que sufre de sus cifras tensionales, evidenciándose el estado Mustard.

Por otro lado, las características físicas, con importancia cada vez más creciente en la aceptación de los iguales y de sí mismo, son otro elemento que actualmente Alberto valora como muy negativo. Presenta sentimientos de inferioridad y complejos por ser “gordito”, de manera que se pone de manifiesto Crab Apple, ya que a Alberto le preocupa mucho su imagen sobre todo física, sintiendo en ocasiones vergüenza fundamentalmente cuando los demás se burlan de él.

Según la maestra, Alberto es un alumno inteligente, pero en ocasiones sus notas son regulares debido a que “le afecta la situación familiar en su casa y a veces no se logra concentrar bien, a pesar de ser inteligente”, reafirmando los elementos anteriores. Por lo tanto, presenta algunas dificultades en sus resultados docentes que le generan ansiedad y miedo, fundamentalmente ante sus evaluaciones, además de vergüenza.

#### *Sujeto # 3.*

Sujeto 3, a partir de ahora llamado José, tiene 11 años de edad, del sexo masculino y convive con su mamá, papá, abuelos maternos y tíos.

José proviene de una familia parcialmente funcional, que aunque se preocupa por el adolescente, y mantiene buenas relaciones entre sus miembros y entre éstos y el adolescente, presenta estilos educativos inadecuados de inconsistencia, fundamentalmente entre los abuelos y la madre.

Por un lado, la sobreprotección de los abuelos y, por otro, la rigidez de la madre, han influido en que José sea un adolescente con determinadas características de personalidad en formación, entre las cuales se destacan: el nerviosismo y la ansiedad, sobre todo en el ámbito de las relaciones interpersonales, por lo que ha llegado a presentar onicofagia. Además, manifiesta inseguridad y miedo. Es por esto que se decidió aplicar el IDAREN, obteniendo un nivel medio de ansiedad como rasgo.

Por lo tanto, se evidencia cómo los elementos abordados sobre los estilos educativos en la

familia, han propiciado estas características en José, que en varias ocasiones condicionan la aparición de emociones negativas, fundamentalmente el miedo y la ansiedad, con una intensidad baja pero con mucha frecuencia. A menudo se siente amenazado por la posibilidad de fracasar y las consecuencias que esto traería teniendo en cuenta la conducta de su mamá. Todo lo anterior justifica la presencia de Mimulus en este escolar.

De esta manera, entre las emociones negativas más frecuentes en José se encuentra el miedo, asociado fundamentalmente a las posibles equivocaciones en las evaluaciones, así como a los regaños que las mismas pudieran generar; es decir, a pesar de presentar un buen rendimiento docente, las sobreexigencias de su mamá hacen que José se preocupe por seguir obteniendo buenas notas y, en ocasiones, se sienta nervioso ante las evaluaciones, teniendo en cuenta sus características de personalidad en formación, explicadas con anterioridad. Se preocupa constantemente, caracterizándose en este sentido por la presencia de White Chestnut.

Por otra parte, también se evidenció en él la tristeza (aunque no significativa), muy relacionada con la ansiedad y el miedo, por no poder lograr determinadas metas en el ámbito de los juegos de reglas deportivos, típicos en la edad escolar, lo que provoca cierto rechazo de los iguales en el juego y conductas de evitación en el adolescente como recurso personal ante estas situaciones. Pero cuando no puede evitar este tipo de juegos, se genera en él ansiedad, porque está consciente de que no tiene las habilidades en dichos juegos y puede ser, por lo tanto, objeto de burlas en este sentido.

#### *Sujeto # 4.*

Sujeto 4, a partir de ahora nombrado María, tiene 10 años, del sexo femenino y convive con su mamá.

María se mostró en todo momento muy seria, pero contestando adecuadamente a las preguntas que se le realizaban en las diferentes técnicas que se llevaron a cabo, de forma rápida, evidenciándose en ella tranquilidad y pasividad. De esta misma forma se refiere a ella su maestra: “es muy disciplinada, tranquila, pero no le gusta participar mucho, es más bien tímida”. No obstante, María también reconoce que se altera fácilmente, que es impulsiva y muy insegura, todo lo cual hace que esta escolar presente en su caracterización a Mimulus.

En relación con lo anterior, María no es seleccionada por ninguno de sus compañeros de aula cuando se aplica el test sociométrico. Sus relaciones con los iguales en la escuela son prácticamente nulas, lo cual la hace sentirse sola y sin nadie de su edad con quien compartir juegos, preocupaciones, ideas.

En la técnica de las Historias Proyectivas, en el ítem 3: “el niño está pensando que sus compañeritos

no quieren jugar con él” se observa el aislamiento de la niña; mientras que en el IPJ señala: “yo desearía por lo menos tener un buen amigo”, “a menudo me siento sola” y en la entrevista plantea: “no me gusta jugar mucho con las niñas de aquí, más bien juego sola, es que son muy pesadas”. De esta manera, se aprecia una curiosa vinculación de la característica Mimulus con Beech en esta escolar, presentando una baja autoestima pero que “disfraza” sus fracasos en las relaciones con sus iguales, adjudicándoles como causa características negativas de los demás, dejando ver en sus referencias una “falsa” superioridad. De cualquier forma, se aprecia cómo el hecho de no tener amigos de su edad en ocasiones le produce tristeza, debido a que se siente muy sola y rechazada.

En el área familiar se evidencian conflictos y problemas que han incidido en estas características de María. Si bien su mamá mantiene una relación afectiva muy estrecha con ella, el mayor problema que define María es que su papá no la viene a ver, plantea que lo extraña y esta separación de los padres le produce gran sufrimiento, reflejando en múltiples técnicas la característica Honeysuckle: “me siento a veces triste porque mis padres se separaron”; “los momentos más felices de mi vida: es cuando mi mamá y mi papá estaban juntos”; “me distraigo mucho porque siempre estoy pensando en cosas lindas que no existen” (IPJ; Entrevista e Historias Proyectivas).

Otro de los elementos que afectan desde el funcionamiento familiar es la carencia afectiva que María siente, no sólo por parte del padre como se ha venido explicando. Aunque las relaciones afectivas con la madre son adecuadas como ya se mencionó, existen castigos y regaños frecuentes, fundamentalmente en torno al estudio, por lo que María expresa que no le gusta que la regañen.

Uno de los mayores problemas relacionados con el funcionamiento familiar, que se vincula también con la carencia afectiva notable expresada por la adolescente, es el hecho de que tres o cuatro veces por semana la mamá trabaja hasta la madrugada, por lo que ella debe quedarse desde que sale de la escuela con la abuela materna, con la cual mantiene una relación bastante fría y distante, haciéndola sentir muy sola. Es decir, que esta situación ocurre la mitad de los días de la semana, lo que, unido a la ausencia física y afectiva del padre, la hacen sentir muy sola y en ocasiones triste.

De esta forma, se evidencia el medio familiar como el de mayor repercusión en la esfera emocional de María. Sus características de personalidad en formación no favorecen su integración al grupo de iguales, que pudieran convertirse en una fuente de apoyo en este sentido.

*Sujeto # 5.*

Sujeto 5, a partir de ahora nombrado Betty, tiene 11 años de edad, del sexo femenino y convive con su mamá y 3 hermanos menores. Betty es una niña alegre, muy risueña, sociable y muy optimista.

En la familia, según lo que se pudo constatar, existieron discusiones frecuentes entre la mamá

y el papá de Betty, razones por las cuales estuvo ansiosa en la escuela. Luego, los padres de Betty se divorciaron (hace 6 meses) y ahora viven separados, lo cual lleva a esta adolescente a sentir tristeza por esta situación. Sin embargo, según refiere la mamá, ella entiende y asimila “bastante bien” la situación.

Es así que puede afirmarse que para Betty la separación de sus padres constituye una fuente de tristeza, porque “extraña” a su papá, por lo que en ocasiones piensa en esta pérdida y siente deseos de llorar, así como desmotivación por lo que se encuentra realizando en ese momento. No obstante, Betty habla de esto con mucha naturalidad, mostrándose consciente de las vivencias negativas que dicha situación le genera y, a la vez, expresando todas aquellas acciones que lleva a cabo para dejar de pensar en ello, pues no le gusta estar triste y por lo tanto evita pensar en lo que la hace sentirse mal, tratando de distraer su pensamiento en cambio de actividades (distracción cognitiva). Por lo tanto, se evidencia un perfil Agrimony en esta alumna que se refleja también en el ámbito escolar.

A pesar de tener pocas amistades en la escuela no se siente rechazada, simplemente refiere que esto no es importante para ella, constantemente se muestra natural ante situaciones que tal vez a otra escolar pudieran estarle afectando. En lo anterior influye también la religión que practica (Testigo de Jehová), donde le enseñan qué amistades debe tener, sintiéndose satisfecha en este sentido, ya que sus “mejores amiguitas” son las que viven por su casa y que comparten con ella sus creencias. De esta manera, se aprecia la existencia de cierto nivel de rigidez en su personalidad en formación, manifestación de un perfil Rock Water.

#### *Sujeto # 6.*

El sujeto 6, a partir de este momento nombrado Pedro, tiene 11 años de edad, del género masculino. Convive con su mamá, papá, abuelos y hermano de dos años.

Durante la aplicación de las todas las técnicas se mostró generalmente ansioso, intranquilo, aunque concentrado en las tareas.

En la entrevista a la madre se reafirmó que es un adolescente nervioso, intranquilo, que en ocasiones se muestra ansioso, que “se asusta por cosas a veces insignificantes y coge mucha lucha con las cosas” (entrevista a la madre), por lo que se evidencia la característica Mimulus, lo cual se debe en parte a la influencia familiar. Aunque Pedro convive en una familia parcialmente funcional, sin dificultades importantes que puedan afectarle emocionalmente de manera inmediata, se evidenciaron, por un lado, la existencia de estilos educativos sobreprotectores y, por otro, dificultades en la comunicación del niño con sus padres.

En cuanto al estilo educativo de sobreprotección, éste se manifiesta fundamentalmente en la madre de Pedro, influido por ser hijo único hasta los nueve años, además de varias enfermedades que ha

presentado el adolescente, entre ellas la pérdida de la audición del oído derecho en un 50 %. Es también una mamá ansiosa, temerosa, que lo cuida en exceso de todos los peligros y dificultades, condicionando en gran medida las características de la personalidad en formación de Pedro.

En cuanto a las dificultades en la comunicación de Pedro con sus padres, estas se deben fundamentalmente a sus propias características de personalidad en formación, ya que es un niño muy introvertido. Durante las técnicas Pedro ofrecía mayormente respuestas cortas, generalmente monosílabos.

Por lo tanto, en el análisis realizado hasta el momento, se evidencia una serie de características de personalidad en formación, que pueden incidir negativamente en el desenvolvimiento de Pedro en las diferentes áreas o contextos. Además de ser ansioso e introvertido, se pudo apreciar que es inseguro y con baja tolerancia a la frustración, con muy poca asimilación de la crítica, genioso, con baja autoestima, complejista, lo cual se vio reflejado en su expediente escolar, donde se recomienda no llamarle la atención delante de sus compañeros, porque no es capaz de asimilar la crítica en presencia de estos. Al aplicarle el IDAREN, los resultados arrojaron un nivel medio de ansiedad rasgo, lo cual confirma algunos de los aspectos referidos.

En este escolar, por lo tanto, se aprecia la presencia de Larch, ya que su autoestima es significativamente baja, con grandes complejos y sentimientos de inferioridad. De esta forma, expresa que le da “roña cuando le dicen nombres” (Rombo afectivo), comprobándose que presenta dificultades en su relación con los iguales. A pesar de no ser un niño rechazado (en el test sociométrico obtiene tres nominaciones positivas para el juego y cuatro en el estudio por parte de sus compañeros de aula), la interacción con los coetáneos se convierte en una fuente importante de emociones negativas, específicamente de ira o enfado, cuando es objeto de burlas por parte de sus coetáneos.

Por lo tanto Pedro vivencia la ira, el enfado, vinculados fundamentalmente a las relaciones con los iguales. También en él están presentes el temor y la ansiedad ante situaciones donde se siente evaluado, presionado a cumplir metas. Es un adolescente con tendencia a manifestar ansiedad ante diversas situaciones, así como ira ante las burlas o cuestiones que siente amenazadoras para su persona, aislándose en ocasiones y reprimiendo o introvirtiendo las emociones, lo cual puede generar aún más daño desde el punto de vista emocional. Constantemente piensa en las situaciones que le pudieran ocurrir, con preocupaciones excesivas, reflejándose White Chestnut, por lo que de manera frecuente piensa y teme situaciones aunque no haya motivos para ello, agudizado todo esto por la característica Mimulus anteriormente referida.

*Sujeto # 7.*

Sujeto # 7, a partir de este momento nombrado Ernesto, que tiene 12 años y del sexo masculino, convive con su mamá, papá y hermana. Actualmente esta última se encuentra cumpliendo misión en el extranjero.

Ernesto forma parte de una familia funcional, donde existen relaciones armónicas entre sus miembros y adecuada comunicación. En ninguna de las técnicas aplicadas se reflejan dificultades en este sentido. No obstante, actualmente la mayor fuente de emociones negativas se encuentra precisamente en este contexto, debido a la ausencia de la hermana.

A pesar de que la madre y el padre mantienen relaciones adecuadas con él, la mayor relación afectiva era entre Ernesto y la hermana. La ausencia de la hermana no sólo genera tristeza, sino también ansiedad. La extraña mucho y lo que más desea es que vuelva pronto.

Ernesto se mostró, durante la aplicación de las técnicas, algo nervioso y ansioso y se pudo constatar que, ante determinadas situaciones, se manifiesta de igual manera. Es por esto que en el ámbito escolar, fundamentalmente en situaciones evaluativas, se pone nervioso. Por lo tanto, se decidió aplicar el IDAREN, corroborándose lo anterior, al obtenerse un nivel medio de ansiedad como rasgo, en lo cual ha incidido fundamentalmente la madre, que presenta también algunas características ansiosas: “me preocupo por pequeñas cosas” (IPJ). De esta forma, se aprecia la característica Mimulus en el escolar.

Las situaciones que Ernesto valora como amenazadoras, ocasionándole ansiedad y temor, se vinculan fundamentalmente a determinadas evaluaciones y a los viajes del padre a La Habana, siendo situaciones aisladas pero que le producen reacciones incluso fisiológicas. El propio Ernesto expresa que cuando se siente así, él mismo debe cambiar esos pensamientos negativos por otros positivos, optimistas, o ponerse a hacer otra cosa: “yo trato de relajarme, pienso que no va a pasar nada, que se retrasó por algo que no es malo. Con las pruebas, duermo bien la noche anterior, siempre con el pensamiento de que voy a salir bien. No converso con nadie, lo que hago es pensar en algo bueno” (entrevista al adolescente).

Ernesto es un adolescente que resalta por su madurez psicológica en relación con otros adolescentes de su edad. Es sumamente serio y responsable en todo lo que hace, más de lo usual para su edad, por lo que se evidencia el perfil Rock Water en este sentido. Él se habla a sí mismo para regular sus emociones. Por lo tanto, trata de dar solución a este problema y, aunque no conversa con su mamá sobre estas cosas (porque, según él mismo refiere, evita ponerla más nerviosa), de manera que se aprecia también Red Chestnut, ya que la mayor parte de las preocupaciones de Ernesto contienen o se relacionan con las demás personas: su padre, su hermana, su madre.

**Caracterizaciones de los escolares que presentan alto riesgo de padecer la hipertensión arterial***Sujeto # 1: Yesi*

Escolar de 11 años de edad, sexo femenino, que convive con la madre, el padre y el abuelo paterno. Sus padres son preocupados por la escuela.

Yesi es una escolar con características de personalidad en formación tales como: un poco “geniosa”, comunicativa, activa, intranquila, muy sociable, extrovertida, de manera que se aprecia en ella la característica Vervain, muy en relación con lo cual sus padres expresan que es un poco “rebelde”, sobre todo después que presenta los cambios puberales propios de la etapa en que se encuentra, antes era más tranquila, pero desde hace casi dos años ha cambiado mucho, es más conversadora dentro del aula, aunque siempre ha sido muy responsable, sobre todo para sus estudios, por lo que no presenta dificultades en el ámbito (obtuvo 5 nominaciones positivas para el juego y 6 para el estudio en el test sociométrico).

Yesi confía sus problemas a su madre, siendo efectiva la comunicación entre ambas. Las relaciones afectivas en la familia son adecuadas, aunque se aprecia un poco de sobreprotección, siendo hija única. Este estilo educativo ha condicionado el desarrollo en la escolar de rasgos Vervain, realmente le gusta resaltar dentro de su grupo de iguales aunque no abiertamente. Presenta una madurez psicológica por encima de su edad cronológica. Le gusta relacionarse fundamentalmente con adolescentes mayores que ella, con jóvenes.

Tuvo dificultades para adaptarse al semi-internado, lloraba mucho, pero luego no presentó ninguna dificultad. También es un poco temerosa, hasta hace poco dormía con los padres, ya duerme sola, pero “siempre con una lámpara encendida” (entrevista a la madre), evidenciándose miedos vagos en la misma que conllevan a Aspen.

*Sujeto # 2: Juan*

Escolar de 10 años de edad, sexo masculino. Convive con la madre, el padrastro y la abuela materna.

Las relaciones en el contexto escolar son adecuadas, el padrastro no tiene hijos y presenta una relación afectiva muy estrecha con Juan, llegando incluso a ser permisivo en ocasiones. La relación con su papá también es buena, ya que éste viene a verlo a menudo y en ocasiones lo lleva para su casa a pasar el fin de semana. No obstante, Juan refiere como su mayor problema el hecho de que lo extraña a veces, sobre todo cuando necesita que lo apoye ante un problema (toma afectiva). Constantemente lamenta que su papá no viva con él, lo cual le produce tristeza, notándose la manifestación de Honeysuckle.

La madre refiere que Juan es muy tranquilo, ya que “no anda por el barrio como otros niños, se

pasa el tiempo viendo televisión, se parece mucho al padre”, por lo que prefiere las actividades pasivas. Juan es un escolar con un lenguaje y vocabulario por encima de su edad, muy expresivo y con una madurez psicológica también superior a la mayoría de sus coetáneos, reflexiona mucho sobre lo que le sucede a él o los demás.

Es un niño muy disciplinado, aplicado, obediente. Posee alta autoestima, lo cual se comprueba en todas las técnicas aplicadas, ya que Juan refiere sus cualidades positivas, reconociéndose como un niño bonito y muy inteligente, llegando a ser egocéntrico en ocasiones y con un poco de amaneramiento. No es rechazado por sus iguales, ya presenta buenas relaciones con éstos, aunque no muy abundantes. Sus resultados docentes son buenos, por lo que no se aprecian dificultades tampoco en el ámbito escolar.

A pesar de ser tan querido, es un escolar que demanda constantemente afecto de las personas que lo rodean, refiriendo que su madre no le presta la atención suficiente, que desea que lo quieran “más de lo que lo quieren”, poniéndose de manifiesto la característica Chicory.

Lo que sucede con este escolar es que presenta un gran resentimiento por la ausencia del padre de su hogar, evidenciándose el estado Willow, es decir, por la separación de sus padres, añorando constantemente el tiempo en que estaban juntos, lo cual agudiza las demandas de afecto que constantemente Alberto exige de sus familiares.

### *Sujeto # 3: María*

Escolar de 10 años de edad, sexo femenino, convive con su madre, padrastro y su abuela materna.

En el área familiar se aprecia gran despreocupación por las actividades escolares de María, por lo que ésta se siente desatendida y poco querida, presentando una autoestima notablemente baja, lo cual justifica la presencia de Larch en esta escolar. Frecuentemente habla de sus defectos, fundamentalmente “ser bruta”. En esta baja autoestima también ha incidido el ámbito escolar, fundamentalmente sus bajos resultados docentes (presenta un ritmo de aprendizaje lento), así como la inadecuada relación con los maestros.

Ha sido muy maltratada por sus maestros de forma general, psicológicamente (aunque a veces ha existido maltrato físico) debido a sus características de personalidad en formación y sus propias dificultades docentes. Se burlan de ella y no la “ayudan ni comprenden” (entrevista a la adolescente). María se encuentra actualmente repitiendo el cuarto grado, siendo una escolar que necesita grandes niveles de ayuda en su aprendizaje, caracterizándose por Chestnut Bud.

Esta escolar lleva muchos años sometida a estos maltratos, lo cual ha generado en ella gran desmotivación hacia el área escolar, evidenciándose una tendencia al perfil Hornbeam.

Unido a lo anterior, también se ha tornado una escolar agresiva, lo cual conlleva al desarrollo del

perfil Holly. Se considera “buena fajándose”, siendo una escolar inquieta e intranquila. Es rechazada además por sus coetáneos, quienes se burlan constantemente de ella por su imagen física y sus resultados en el estudio. Se encuentra totalmente desmotivada por la escuela, no le gusta ninguna asignatura por lo que la mayoría de las veces no quisiera asistir a la escuela, se distrae constantemente en el aula teniendo además problemas de disciplina. Refiere que su principal deseo es cambiar de escuela, ya que teme a sus maestros, fundamentalmente cuando se equivoca en el aula. Todo lo anterior hace que sienta ansiedad y temor en el aula, además de tristeza por sus malos resultados en las actividades que realiza.

Se siente muy sola, es susceptible y se enfada con facilidad, presenta muchos complejos y gran inseguridad, constantemente siente temor a equivocarse y está pendiente de lo que harán los demás cuando se equivoque, por lo que todo este maltrato y la ansiedad y temor que le han generado, evidencia la presencia de un estado Rock Rose en María, que la hace sentir una hipervigilancia y desconfianza significativas.

*Sujeto # 4: Ana*

Escolar que tiene 10 años de edad, de sexo femenino, que convive con su mamá y sus hermanos.

Ana no presenta dificultades en cuanto a su rendimiento docente, obtiene buenas notas, es disciplinada en la escuela y mantiene buenas relaciones con sus maestros. No obstante, constantemente refleja su preocupación y temor por desaprobación las pruebas, su madre es maestra en la misma y le exige sistemáticamente que obtenga buenos resultados docentes.

Sus mayores conflictos se encuentran en el área familiar. Los padres están divorciados y desde hace 4 años que el papá no la viene a ver; vive en La Habana, no la llama y Ana llora en ocasiones porque lo extraña y sabe que no se ocupa de ella ni de sus hermanos.

Es muy susceptible, llora por “cualquier cosa” (entrevista a la madre). Es una escolar muy obediente y su relación con la madre es muy estrecha, la ayuda en todas las labores de la casa. No obstante, la madre presenta una situación social y económica muy desfavorable, por lo que muchas veces se altera y maltrata a Ana.

Ana es además penosa, nerviosa y miedosa, presenta grandes dificultades para dormir debido fundamentalmente al miedo que presenta, tiene pesadillas e insomnio (“pienso que alguien me está mirando cuando las luces están apagadas” (entrevista a la adolescente). Se aprecia en los elementos anteriores la presencia de un patrón Centaury, debido a estas experiencias de maltrato y abandono, lo cual propicia a su vez la presencia de constantes miedos e inseguridades, en un nivel de desarrollo del patrón Aspen. Ella misma refiere que se preocupa por pequeñas cosas, además de ofenderse con facilidad. En los últimos meses está más alterada, ha presenciado muchas discusiones en la casa, entre

los hermanos y entre la madre y los hermanos, llegando incluso a la violencia física. Esto la hace sentir muy nerviosa, aunque en ocasiones trata de resolver los conflictos entre ellos conversando con cada uno, para que su mamá “no se sienta tan nerviosa ni llore tanto” (entrevista a la adolescente). En las propias clases a veces se distrae cuando piensa en los problemas de su casa y teme que algo que le suceda a alguno de sus hermanos o su madre, con “tantas discusiones”, evidenciándose la característica Red Chestnut. También refiere como tristezas que sus dos abuelos no se mejoran de salud, desea que su mamá salga bien en la operación y nunca quisiera que su mamá se muriera (entrevista a la adolescente).

Ana “quisiera ser un poquito más feliz”, ya que le preocupa la situación de su casa, desaprobando las pruebas y no ser aceptada por su grupo de iguales (completamiento de frases y entrevista a la adolescente). Piensa constantemente en todo esto, presentando preocupaciones de tipo White Chestnut, sobre la base del desaliento y el pesimismo que siente, evidenciándose el estado Gentian.

Ana presenta una autoestima muy baja, es insegura, lo cual se refleja fundamentalmente en el marco de sus relaciones con los iguales, refiriendo que necesita más amigos y que con frecuencia los demás se burlan de ella, por lo que prefiere jugar con niños más pequeños. Es por esto que plantea que se pone triste cuando las personas la rechazan (completamiento de frases). De esta forma y con todo lo anteriormente descrito, se aprecia un patrón también Larch en Ana.

Su mayor problema es “orinarse en la cama”, su mamá le pelea mucho por esto, la avergüenza constantemente y amenaza con decirlo en la escuela (“El peor defecto: que me orino en la cama”: completamiento de frases). Su mayor deseo es que no existan más discusiones ni “peleas” en su casa, que su papá la venga a ver y muchas veces refleja estas preocupaciones a través del llanto. Por lo tanto, toda la ansiedad e intranquilidad que le genera su situación familiar es indicadora de Walnut, por lo expuesta que se encuentra Ana ante estas influencias negativas.

#### *Sujeto # 5: Mirta*

Escolar de 11 años de edad, sexo femenino, que convive con su madre, su padrastro y su hermanastra.

Es una escolar que nació y vivió en Camagüey hasta los 9 años de edad, en que sus padres se divorciaron y se mudó hacia Santa Clara. Su papá continúa viviendo en Camagüey y desde los primeras técnicas Mirta refiere que extraña mucho en general todo lo que dejó en el lugar donde vivía en Camagüey: su escuela, sus amigos, su maestra, su otra casa y abuelos paternos y especialmente a su papá. Constantemente piensa en esos años en que vivió allá y lo que más desea es que su vida vuelva a ser como era antes, evidenciándose claramente un patrón Honeysuckle.

La madre refiere que siempre ha sido una niña muy “miedosa”, muy obediente, muy callada, tranquila y más bien un poco tímida e inhibida, con preferencia por los juegos pasivos o “tranquilos”. La

propia Mirta refiere en el IPJ: “soy miedosa”; “temo a mis padres”; además, en la entrevista refiere que teme también a sus maestros, tiene miedo constantemente a equivocarse, por lo que su mayor problema son las pruebas y sus estudios. De esta forma se aprecia un patrón Mimulus en la escolar, unido a Larch, como se verá más adelante.

Poseía un rendimiento académico bueno, así como relaciones interpersonales adecuadas, era una escolar alegre y se sentía muy bien. Desde hace un año y medio en que sufrió este cambio de hogar y de escuela, Mirta ha cambiado totalmente su comportamiento. Se manifiesta como una escolar triste, callada, sufrida, con expresión triste y gran toma afectiva cuando habla de sus problemas. Presenta también ansiedad, lo cual se refleja en todas las técnicas, mostrándose intranquila y con onicofagia.

Su rendimiento escolar ha bajado significativamente hasta ser referida por su maestra como “alumna con dificultades docentes”. Aunque mantiene buena disciplina en el aula, se distrae con facilidad y se encuentra totalmente desmotivada por la escuela, provocándole sus estudios y las pruebas gran ansiedad, miedo, nerviosismo, por el temor a desaprobado, reflejándolo así en el dibujo con tema sugerido. Se siente rechazada por su maestra, quien le genera también temor, planteando: “mis estudios me meten en problemas con la profe”, reafirmandose una vez más el patrón Mimulus.

Mirta es rechazada también por sus coetáneos (5 nominaciones negativas para el juego y 5 negativas para el estudio, en el test sociométrico), refiere que siempre le “están diciendo cosas”, la amenazan. No acaba de adaptarse a este nuevo grupo de coetáneos, totalmente diferente del grupo de Camagüey, siendo esta situación indicadora de Walnut.

Existen dificultades de comunicación entre Mirta y su madre, ya que esta última desconoce por completo la situación anteriormente descrita. El padrastro prácticamente no se comunica con la escolar, por lo que el apoyo social que recibe es prácticamente nulo. En el IPJ, Mirta refiere que desea que sus padres estén más tiempo en la casa, pero que no confían en ella, no se ocupan lo suficientemente de ella ni contestan a sus preguntas, y les teme.

El padre la llama esporádicamente y Mirta sólo lo ve una vez al año cuando viaja en las vacaciones unos días a Camagüey. De esta forma, Mirta refleja una autoestima notablemente baja y gran inseguridad, manifestando apatía y desinterés por las cosas, así como gran ansiedad y temor en relación con las pruebas y tristeza debido a su situación actual de soledad, incompreensión y falta de apoyo, afecto y comunicación.

*Sujeto # 6: Marta*

Escolar de 10 años de edad, sexo femenino, que convive con su madre, su padrastro y hermana de 6 años.

En cuanto al ámbito escolar, Marta es muy disciplinada, aplicada, con buenos resultados docentes y catalogada como posible talento en cuanto a sus habilidades para el ajedrez. Es líder dentro de su grupo de coetáneos, teniendo además adecuadas relaciones con los maestros. Como características de personalidad en formación, se destaca que es sociable, extrovertida, pero prefiere las actividades pasivas. En la familia también es muy aplicada, ayuda a repasar a su hermanita y es tranquila. Los elementos descritos hasta este momento indican la formación de un patrón Oak en este escolar.

Existen buenas relaciones en el hogar, pero lo que más afecta a la escolar es la ausencia de su papá (padres divorciados desde que la niña tenía tres años). Aunque éste viene a verla varias veces en el mes, Marta desea que sus padres vuelvan, porque así lo podría ver siempre; lo extraña y desea pasar más tiempo con él: “mi mayor ilusión es vivir con mi mamá y mi papá” (completamiento de frases). Por lo tanto, Marta refleja lo anterior con ideas y pensamientos constantes al respecto y, aisladamente, refiere que se pone triste cuando extraña a su papá, manifestando una tendencia al patrón Honeysuckle.

Marta presenta adecuada autoestima, aunque es un poco sugestionable y temerosa. A raíz de una enfermedad grave de la abuela, con quien mantiene relación afectiva muy estrecha, manifiesta constantes preocupaciones por la posibilidad de que su familia enferme y refleja constantemente en todas las técnicas aplicadas su deseo de que a su familia no le pase nada ni nadie muera. A veces piensa que le va a pasar algo malo, que se va a morir, por lo que se evidencia la existencia también de un patrón Red Chestnut.

Ahora, con el diagnóstico de la pre-hipertensión, se preocupa más aún por su salud y piensa que es un peligro no cuidarse en este sentido. Manifiesta preocuparse por pequeñas cosas (IPJ), ya que frecuentemente piensa en su salud, la de su familia, en su físico y los nombres que le dicen, con pensamientos que se asemejan a un patrón Crab Apple.

#### *Sujeto # 7: Carlos*

Escolar de 10 años de edad, sexo masculino, que convive con mamá y su padrastro. Carlos presenta tratamiento psicológico desde primer grado debido a las dificultades que se explican a continuación.

El ambiente familiar en que convive Carlos es significativamente disfuncional. Su padre se encuentra preso desde hace tres años, por lo que lo extraña, y su padrastro es alcohólico, existiendo constantes discusiones entre éste y la mamá de Carlos, llegando incluso a la violencia física, lo cual le genera al escolar gran ansiedad, temor y tristeza (Mi mayor tristeza: “que le metan a mi mamá”. Rombo Afectivo), manifestando que siempre llora cuando eso ocurre. De esta forma se manifiesta el perfil Red Chestnut.

Aunque quiere mucho a su mamá, le teme porque siempre le pega o le da golpes (entrevista al

escolar). Se constataron estilos educativos inadecuados de indiferencia, inconsistencia y rigidez.

Este escolar está sintiendo una profunda angustia, por el tiempo tan prolongado a que ha sido sometido a esta situación familiar tan inadecuada y que ha ido empeorado cada vez más, por lo que siente un temor intenso y generalizado hacia todo, especialmente provocado por los golpes que recibe en su casa constantemente, evidenciándose un patrón Rock Rose, el cual se explica en toda la descripción que se hace a continuación de las otras dificultades de Carlos.

La maestra refiere que es muy intranquilo y que presenta un pobre desarrollo de sus procesos cognitivos, no recibiendo ningún apoyo por parte de familia o la escuela en cuanto a sus deberes escolares. A pesar de que las dificultades de aprendizaje empeoran con su situación familiar, este escolar presenta un retardo en su desarrollo psíquico, por lo que se manifiesta el perfil Chestnut Bud.

Es un escolar rechazado por sus iguales (obtuvo 4 nominaciones negativas para el juego y 7 negativas para el estudio, en el test sociométrico), lo cual incide negativamente en su autoestima, refiriendo que él no le gusta a mucha gente, que constantemente se burlan de él y que desearía al menos tener un buen amigo (IPJ). Es también significativamente rechazado por sus profesores, de quienes recibe también constantes maltratos, todo lo cual hace evidente la presencia del patrón Larch.

Refiere como sus tres principales problemas: su “nerviosidad, porque me van a dar o castigar”, que dice mentiras (para que no lo castiguen ni le den), y que le teme a su padrastro y a su mamá (entrevista al escolar).

En estos momentos presenta un nivel de funcionamiento neurótico, con síntomas de ansiedad y depresión (tristeza, trastorno de sueño como insomnio, pesadillas, miedos, llanto, intranquilidad, distractibilidad, dificultades en el aprendizaje, irritabilidad, onicofagia, falta de energía, mareos, se encuentra totalmente desmotivado por los estudios), manifestándose el estado Mustard.

Como características de personalidad en formación se destacan: inseguro, muy baja autoestima, miedoso, genioso en ocasiones, pasivo, más bien tímido e inhibido. Es significativo cómo marca todas las cuestiones que en el IPJ se relacionan con la esfera personal, manifestando que se altera fácilmente, que se preocupa por pequeñas cosas (constantemente está preocupado, pensando en las situaciones y problemas que le afectan), es nervioso, a veces ha pensado que no vale la pena vivir, llegando entonces a manifestar un estado Sweet Chestnut. Se siente muy solo, triste y decaído, es susceptible y se ofende con facilidad, hace cosas de las que luego se arrepiente, siendo impulsivo, con temor constante a equivocarse y prefiere estar solo para que no le digan todas las cosas “malas” que siempre le dicen.

*Sujeto # 8: José*

Escolar de 11 años de edad, sexo masculino, que convive con su padre y su hermano de 9 años).

La madre de José falleció debido a una larga enfermedad cuando éste tenía 10 años aproximadamente, lo cual le afectó de modo significativamente, manifestándose Star of Bethlehem; siendo atendido por un psicólogo pues no aceptaba esta muerte. En estos momentos, José habla con naturalidad sobre este suceso, pero plantea que lo peor es “ser huérfano” (Completamiento de frases). La causa de esta idea es que el escolar se siente muy solo, con mucha falta de afecto y atención. Su padre es muy bueno con él (entrevista al adolescente), pero es carpintero y tiene que trabajar mucho, la mayor parte del tiempo está fuera de la casa, por lo que José siente en gran medida la ausencia física y emocional de su madre. Él mismo reconoce que ha quedado muy nervioso después de lo sucedido (IPJ y entrevista al adolescente) y que se distrae “mucho pensando en cosas lindas que no existen” (IPJ). Por lo tanto, se percibe la añoranza que siente, evidenciándose el patrón Honeysuckle.

Es un escolar muy inteligente, expresivo, con buen vocabulario y habilidades sociales de forma general. A pesar de ser aceptado dentro de su grupo de iguales (10 nominaciones positivas para el juego y 15 para el estudio), José refiere que tiene muchos amigos, pero ninguno con el que pueda conversar sobre sus preocupaciones y cuestiones más íntimas, por lo que necesita al menos un buen amigo (IPJ). No presenta tampoco dificultades en las relaciones con los maestros.

Con lo descrito hasta el momento, el patrón que caracteriza a José se corresponde con Agrimony, ya que intenta enfrentar sus situaciones difíciles con el optimismo, lo que lo lleva muchas veces a negarlas, a no conversarlas y reflejar entonces un falso estado de bienestar. El desarrollo de sus disposiciones temperamentales ha quedado truncado por la experiencia traumática sufrida (muerte de su madre), por lo que se manifiesta más “apagado” y añorante.

Por lo tanto, refiere que se aburre mucho, que se preocupa constantemente por todo lo anterior y, fundamentalmente, que desearía que su papá y él compartieran más. El hecho de no adaptarse a la pérdida de su madre y de vivir en un ambiente familiar poco favorable, es indicador de Walnut.

*Sujeto # 9: Carla*

Escolar de 11 años de edad, sexo femenino, que convive con su abuela materna (la madre vive al lado de su casa, con el padrastro y la hermanastra). La niña ha convivido desde su nacimiento con la abuela, quien incluso la cuidó en los primeros años de su vida, por lo que no asistió al círculo infantil.

En el hogar han existido siempre conflictos entre diferentes miembros de la casa, ya que todos viven cerca unos de otros. Las discusiones más violentas son entre los tíos que viven del otro lado de su casa, llegando incluso a la violencia física, situación ante la que Carla se pone muy nerviosa y realmente está en constante sobresalto esperando con ansiedad y miedo estas situaciones. Además, el abuelo materno es alcohólico y cuando bebe existen discusiones también violentas en ocasiones entre

éste y la abuela materna o con su hija (madre de Carla) y la escolar se “pone muy nerviosa” (entrevista a la abuela materna). Con los elementos descritos hasta el momento, se aprecia en Carla la presencia de un patrón Mimulus.

Es por todo esto que en el dibujo “Mi mayor problema...”, Carla dibuja la casa de sus tíos y a éstos peleando entre sí, pero de forma general refiere que todos los miembros de su familia discuten entre sí y eso la pone muy nerviosa y triste a la vez; “se altera mucho en ocasiones y se pone agresiva”.

De forma general, refiere que se preocupa por pequeñas cosas, a veces ha pensado que no vale la pena vivir, muchas veces se siente sola, triste y decaída, distráctil en el aula, con onicofagia y hasta con deseos de irse de su casa (IPJ), evidenciándose la presencia de un patrón White Chestnut.

Las características anteriormente descritas del hogar de Carla han influido en su personalidad en formación, de manera que es una escolar muy caprichosa, con baja tolerancia a la frustración, sumamente insegura pero dominante en las relaciones, geniosa en las relaciones, propiciado grandemente por el ambiente de agresividad en que vive. La propia abuela materna refiere que se pone brava constantemente con sus amiguitas, ya que “es muy caprichosa, siempre quiere ser la primera, cuando juegan más de dos ella se pone brava por cualquier cosa”.

En correspondencia con lo anterior y teniendo en cuenta el contexto educativo, Carla no es seleccionada por ninguno de sus coetáneos, según los resultados del test sociométrico. Hace aproximadamente un mes le hizo rechazo a la escuela debido a un conflicto con algunos compañeritos del aula, quienes le decían nombretes todo el tiempo, manifestándole a su abuela que no iba a acudir más a la escuela porque la “tenían cogida con ella” (entrevista a la abuela materna), por lo que tuvieron que hablar la maestra y la abuela con los escolares implicados y finalmente se logró que no le dijeran más cosas a Carla.

En estos momentos las notas de Carla son regulares, cuestión que sucede por primera vez, por lo que la escolar “se impresionó mucho, hasta desaprobó una prueba y le dolió la cabeza”, con todo lo cual se evidencia la baja tolerancia a la frustración, la inseguridad y baja autoestima de Carla. En el IPJ, refiere que necesita más amigos, que no le gusta a mucha gente, que se preocupa por pequeñas cosas y le cuesta concentrarse en clases, se siente sola y ha pensado a veces que no vale la pena vivir. Además, plantea que se siente sola y decaída muchas veces, es miedosa, susceptible y se ofende con facilidad, a menudo se arrepiente por cosas que hace, tiene temor a equivocarse y piensa que todo le sale mal (IPJ). Los elementos anteriores reflejan una angustia existencial en Carla, lo cual apunta al perfil Sweet Chestnut.

En otro sentido, se evidencia en Carla gran carencia afectiva por parte de ambos padres. La madre

vive con su actual esposo y su otra hija. Las relaciones entre Carla y su padrastro son muy negativas, ya que éste defiende siempre a su hija ante los conflictos entre ella y Carla. Muchas veces la madre debe interceder por Carla ante este tipo de situaciones que ocurre frecuentemente. Por su parte, el padre de Carla a veces pasa hasta un mes sin venir a verla y ella lo extraña mucho: “ella ve por los ojos de su padre, lo llama, le reclama y a veces se pasa hasta dos días con la matraquilla, sobre todo cuando él le dice que la viene a buscar y no lo hace”. En este sentido, la escolar plantea que a veces siente deseos de irse de su casa y que sus padres no se ocupan de ella (IPJ), por lo que se aprecian las vivencias negativas que presenta Carla en este contexto tan importante para su desarrollo, todo lo cual constituye un indicador de Walnut.

*Sujeto # 10: Mario*

Escolar de 11 años de edad, sexo masculino, que convive con su mamá y 3 hermanos.

Mario convive en un ambiente familiar significativamente disfuncional. Su padre falleció cuando él tenía 7 años, quedando la madre al frente de la casa, con una situación social muy desfavorable y grandes necesidades económicas. Mario nunca habla de su padre, pero se aprecia que es una situación que aún no ha sido superada, cada vez que le “mencionan al padre llora” (Entrevista a la madre). Refiere que su mayor problema es que es miedoso, sobre todo a la oscuridad porque “le sale un hombre”, a raíz de la muerte de su padre y esto le produce gran temor y nerviosismo, evidenciándose un miedo consistente con un patrón Aspen.

La madre se siente generalmente deprimida y Mario se siente constantemente preocupado por ella. Además, ha vivenciado discusiones y conflictos entre la madre y su cuñado, lo cual le genera también tensión, nerviosismo, miedo, con lo cual se evidencia el perfil Red Chestnut y la presencia de Walnut ante este ambiente familiar tan desfavorable, así como la no adaptación a la muerte del padre.

De forma general, se siente mal en su casa, muy solo y desea que su papá “viva” (Entrevista al adolescente), por lo que se evidencia en Mario un patrón Honeysuckle. Además, la muerte de su padre resultó ser traumática para el niño (un accidente), por lo que resulta necesario en este caso Star of Bethlehem y Rock Rose.

Todo lo anterior ha influido en que Mario sea muy inseguro (la propia madre plantea en la entrevista: lo heredó de mí, yo soy insegura hasta para caminar”), con baja autoestima, caprichoso, impulsivo, genioso, agresivo. La madre refiere, además, que presenta constantes preocupaciones, trastornos del sueño (insomnio), onicofagia, intranquilidad e hiperhidrosis. Mario plantea que no le gusta a mucha gente, que le es difícil concentrarse, que es nervioso, no puede dormir de noche, que no siente confianza ni seguridad en sí mismo, no se cree tan listo como otras personas y a menudo se siente solo y que no

lo quieren (IPJ). El mayor problema que refleja en el dibujo de tema sugerido, se relaciona con una característica personal que Mario plantea: “soy miedoso” (IPJ), ya que dibuja la noche, explicando que su mayor temor es salir de noche, a la oscuridad (Rombo Afectivo). Lo anterior justifica la presencia del patrón Mimulus en este escolar.

La madre refiere que repitió primer grado en la enseñanza especial, pero ya a partir de 2do grado cursó estudios “normales”, en la escuela actual. Desde la muerte del padre tuvo muchas dificultades en la escuela, pero ha mejorado notablemente (entrevista a la madre), aunque su aprendizaje es lento, por lo que es necesario Chestnut Bud en este escolar. También era muy agresivo, pero igual ha mejorado en este sentido. No obstante, aún presenta dificultades al respecto y también en relación con sus resultados docentes, siendo un escolar rechazado por sus iguales (2 nominaciones negativas para el juego y 2 negativas para el estudio, en el test sociométrico), de lo cual es consciente Mario, ya que refiere que no es popular entre sus amigos, no les agrada y necesita al menos un buen amigo (IPJ). Muchas veces se arrepiente de ser así, lo que justifica la presencia de Cherry Plum.

También presenta dificultades en la relación con los maestros (“no le agrado a mis profesores, son unos pesados”: (IPJ y entrevista al adolescente). Por lo tanto, el contexto escolar resulta igualmente negativo para el desarrollo y bienestar emocional de Mario, reafirmandose la necesidad Walnut.

# Análisis integrador de los resultados

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos anteriormente, se puede apreciar el predominio de determinadas caracterizaciones en ambos grupos de escolares estudiados, tal y como aparece en la siguiente tabla.

**Tabla # 1. Caracterizaciones emocionales de cada grupo de escolares estudiados.**

| Tipo de caracterización | Escolares con HTA |      | Escolares Pre Hipertensos |    |
|-------------------------|-------------------|------|---------------------------|----|
|                         | Cantidad          | %    | Cantidad                  | %  |
| Agrimony                | 2                 | 28.6 | 1                         | 10 |
| Aspen                   | 0                 | 0    | 3                         | 30 |
| Beech                   | 1                 | 14.3 | 0                         | 0  |
| Centaury                | 0                 | 0    | 1                         | 10 |
| Cherry Plum             | 0                 | 0    | 1                         | 10 |
| Chestnut Bud            | 0                 | 0    | 3                         | 30 |
| Chicory                 | 0                 | 0    | 1                         | 10 |
| Crab Apple              | 2                 | 28.6 | 1                         | 10 |
| Elm                     | 0                 | 0    | 0                         | 0  |
| Gentian                 | 1                 | 14.3 | 1                         | 10 |
| Holly                   | 2                 | 28.6 | 1                         | 10 |
| Impatiens               | 1                 | 14.3 | 0                         | 0  |
| Heather                 | 0                 | 0    | 1                         | 10 |
| Honeysuckle             | 2                 | 28.6 | 5                         | 50 |
| Hornbeam                | 0                 | 0    | 1                         | 10 |
| Larch                   | 1                 | 14.3 | 4                         | 40 |
| Mimulus                 | 4                 | 57.9 | 2                         | 20 |
| Mustard                 | 0                 | 0    | 1                         | 10 |
| Oak                     | 0                 | 0    | 1                         | 10 |
| Red chestnut            | 3                 | 42.8 | 4                         | 40 |
| Rock Rose               | 0                 | 0    | 3                         | 30 |
| Rock Water              | 2                 | 28.6 | 0                         | 0  |
| Star of Bethlehem       | 0                 | 0    | 2                         | 20 |
| Sweet Chestnut          | 0                 | 0    | 2                         | 20 |
| Verbain                 | 0                 | 0    | 1                         | 10 |
| Walnut                  | 2                 | 28.6 | 5                         | 50 |
| White Chestnut          | 3                 | 42.8 | 2                         | 20 |
| Wilow                   | 0                 | 0    | 1                         | 10 |

En los escolares con HTA se manifestó el perfil Mimulus en 4 de los 7 escolares, apreciándose tendencia a un perfil caracterizado por el nerviosismo, el miedo y la preocupación, lo cual condiciona en gran medida la presencia de ansiedad como emoción ante diversas situaciones en que estos adolescentes

se sienten evaluados o amenazados, así como preocupación y temor anticipado en determinadas situaciones.

La anterior constituyó uno de los elementos más significativos en el estudio realizado. De forma general, en ambos grupos predominaron las siguientes caracterizaciones:

Walnut, debido fundamentalmente a la gran cantidad de divorcios entre los padres ocurridos en las familias de estos adolescentes (aunque fue mayor el por ciento de divorcios en los prehipertensos). Los conflictos en la familia, esencialmente entre los padres, generan en los escolares emociones negativas que, en ocasiones, interfieren el desempeño de los mismos en las diferentes áreas y contextos de desarrollo en que se desenvuelven. Por lo tanto, son casos indicadores de este diagnóstico, por el estado de inadaptación a estas influencias externas. También algunos de ellos son identificables, debido a influencias externas adversas en la escuela, causadas por maestros, en ocasiones junto a las condiciones difíciles en la familia.

La anterior situación escolar se apreció en mayor medida en los escolares prehipertensos, debido mayormente a la mayor ocurrencia de problemas de aprendizaje, lo cual es otra de las diferencias entre ambos grupos analizados. En este caso, existió una mayor tendencia de la presencia de Chestnut Bud en dichos escolares, pero en ninguno de los hipertensos.

Walnut se observó en mayor medida en los prehipertensos, ya que también en dos casos de este grupo analizado ocurrió la muerte de uno de los padres, a diferencia de los hipertensos donde esta situación no se vio en ninguno de ellos. Este evento potencialmente psicopatógeno agravó las condiciones externas adversas. En este sentido, se apreció mayor tendencia en este grupo a la presencia de Rock Rose y Star of Bethlehem.

La unión de varias condiciones extremadamente negativas se apreció más en los prehipertensos, y esto justifica en cierta forma el predominio también mayor de Larch en ellos que en los hipertensos.

El divorcio entre los padres y la muerte de alguno de los padres condicionó la mayor presencia de Honeysuckle en el grupo de escolares prehipertensos, manifestándose en el 50 % de ellos el deseo reiterado de vivir en un pasado más feliz, en una familia sobre todo con la convivencia de los dos padres.

Las discusiones y los conflictos en la familia, que en ocasiones llegan a la violencia física, generan en el adolescente constante preocupación por sus padres y frecuentes pensamientos en torno a éstos, por lo que Red Chestnut se manifestó de manera muy similar en ambos grupos analizados.

Situación muy parecida ocurrió con White Chestnut, ya que de forma general son escolares que se preocupan frecuentemente por las dificultades que presentan en el ámbito escolar, familiar y de relaciones interpersonales.

La ansiedad en el grupo de hipertensos se apreció en mayor medida asociada a un perfil Impatiens como se explicó anteriormente. En el caso de los prehipertensos, la ansiedad se evidenció a un nivel más de estado que de rasgo, pero que a su vez está condicionando un perfil de personalidad caracterizado por el temor intenso ante todo, debido a situaciones externas muy adversas, de tipo Rock Rose.

La presencia de Impatiens también se apreció en mayor por ciento en el grupo de escolares hipertensos, siendo otras de las condiciones que genera en los escolares el miedo y la ansiedad ante diversas situaciones.

La tristeza como estado emocional también se encontró en ambos grupos de escolares, pero no con la frecuencia ni intensidad de la ansiedad y los miedos, apreciándose Mustard sólo en uno de los prehipertensos.

Teniendo en cuenta las causas de las emociones negativas encontradas en los hipertensos estudiados, los resultados son similares a los del grupo riesgo, ya que en ambos casi la mitad o más de la mitad de las familias ha tenido lugar el divorcio entre los padres, a lo que se asocian muchas o gran parte de las dificultades encontradas en este contexto. Los conflictos son otro elemento que se reitera en ambos grupos entre los miembros de la familia que frecuentemente ocasionan tristeza, ansiedad y miedo. Son comunes también los estilos educativos de sobreprotección como generadores de ansiedad, los de sobreprotección, inconsistencia, rigidez, castigos y regaños frecuentes. Igualmente las preocupaciones y pensamientos negativos se asocian a la despreocupación o indiferencia por parte de los padres u otros familiares.

Teniendo en cuenta los resultados anteriormente expresados, se puede apreciar en los adolescentes hipertensos y con alto riesgo de padecer la enfermedad, una vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, que tiene como base la presencia de dificultades importantes, en cuanto a su interacción con los principales contextos o esferas en que se desenvuelve, las cuales pueden generarle, fundamentalmente, emociones negativas y vivencias de malestar y preocupación.

Esta vulnerabilidad podría traer consigo el incremento del riesgo de padecer la hipertensión arterial y/o empeorar el pronóstico de la misma, en el caso de los ya diagnosticados.

Por lo tanto, si bien en los escolares hipertensos no se puede concluir aún que los aspectos psicológicos tienen un papel determinante en la aparición de la enfermedad, sí puede afirmarse que se convierten en factores de riesgo para el desarrollo y evolución de la misma, a partir de las emociones negativas estudiadas.

En cuanto al grupo de escolares riesgo, se aprecian en mayor medida las dificultades descritas con anterioridad, lo cual valida una vez más la utilidad de considerarlas como elementos importantes a tomar

en cuenta para valorar dicho riesgo integralmente.

El presente estudio enfatiza la necesidad de elaborar e implementar estrategias multidisciplinarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, así como realizar nuevos estudios que contribuyan a comprender el papel que tienen los aspectos psicológicos en este sentido.

# Conclusiones

Desde la perspectiva de las caracterizaciones emocionales de Bach, se puede arribar a las siguientes conclusiones en el presente estudio:

- En el grupo de escolares hipertensos se encontró un predominio de las siguientes caracterizaciones emocionales: Impatiens, Mimulus, Red Chestnut y White Chestnut en tres casos cada una, así como Crac Apple, Gentian, Holly, Honeysuckle, Rock Water y Walnut en dos casos cada una.
- En el grupo de escolares prehipertensos predominaron las siguientes caracterizaciones emocionales: Honeysuckle y Walnut, en cinco casos cada una; Red Chestnut y Larch en cuatro casos cada una, así como Aspen, Chestnut Bud y Rock Rose en tres casos cada una.
- Como aspectos comunes entre ambos grupos de escolares analizados, se aprecia la presencia de Walnut, Honeysuckle, Mimulus, Red Chestnut y White Chesnut.
- Como diferencias fundamentales entre ambos grupos se aprecia la mayor presencia de Impatiens en el grupo de escolares hipertensos, así como la mayor tendencia de Walnut, Honeysuckle y Larch en el grupo de escolares prehipertensos, debido fundamentalmente a la mayor cantidad de eventos potencialmente psicopatógenos ocurridos, tales como divorcio, fallecimiento de uno de los padres, mudanza y pérdida de un curso escolar. También, a diferencia del grupo de hipertensos, se evidenció el perfil Chestnut Bud, Rock Rose, Star of Bethlehem y Sweet Chestnut en el grupo de escolares prehipertensos.

# Referencias

- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.
- Ardura, J. (2000). Hábitos saludables en pediatría y repercusión en la edad adulta. Extraído el 12 Mayo, 2005 de [http://www.comtf.es/pediatrica/congreso\\_AEP\\_2000/Ponencias-htm/Julio\\_Ardura.htm](http://www.comtf.es/pediatrica/congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Julio_Ardura.htm).
- Cea, J. I., Brazal, J. J. y González-Pinto, A. (2001). Estrategias de afrontamiento e hipertensión arterial. REME, 4(7). Extraído el 18 Mayo, 2005 de <http://reme.uji.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html>.
- Clemente, R. M. (1996). Contexto de desarrollo psicológico y educación. Granada: Aljibe.
- Colunga, C. (2005). Algunos factores psicosociales en la hipertensión arterial. En, Hipertensión arterial en la clínica, Cap. 12.1. extraído el 10 Septiembre, 2005 de <http://virtual.cucs.udg.mx/recursos/capitulo12.1.pdf>.
- Domínguez, L., Ibarra L. y Fernández, L. (2003). Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas. La Habana: Félix Varela.
- Donas, S. (1998). Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes. Extraído el 12 Mayo, 2005 de <http://escuela.med.pub.cl/paginas/OPS/curso/lecciones/Leccion16/M4L16Caso.html>
- Duménigo, D., Saura, M. C., González, G., Ores, J. A. y Brito, E. (2004). Hipertensión arterial de 10 a 14 años. Bol. Pediatr., 44(189), 156-160. extraído el 12 Mayo, 2005 de <http://www.sccalp.org/boletin.htm>.
- Fernández-Abascal, E., Martín, D. y Domínguez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. Psicothema, 15(4), 615-630. Extraído el 10 Septiembre, 2005 de <http://www.psicothema.com/pdf/1115.pdf>
- García, A. (2003). Psicopatología Infantil. Su evaluación y diagnóstico. La Habana: Félix Varela.
- Kavey, R. E., Daniels, S. R., Lauer, R. M., Atkins, D. L., Hayman, L. L., Taubert, K. (2003). American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. Pediatr. Extraído el 12 Mayo, 2005 de [http://www.adcs.com.ar/Pub\\_Junio/Guias\\_de\\_preencion\\_primaria.asp](http://www.adcs.com.ar/Pub_Junio/Guias_de_preencion_primaria.asp)
- Lurbe, E. & Torró, I. (2002). Hechos e interrogantes en la hipertensión arterial del adolescente. Nefrología, XXII, Suplemento 2, 15-17. Extraído el 29 Mayo, 2005 de <http://www.grupoaulamedica.com/web/nefrologia/pdf/s202/pdf>.
- Lurbe, E., Torró, I. & Cremades, I. (2001). Hipertensión arterial en niños y adolescentes. Revisado el 16 Mayo, 2005 en <http://www.aeped.es/protocolos/nefro/13-hipertension-arterial.pdf>.

- Málaga, S. (2005). Adolescente con hipertensión arterial. Revisado el 10 Mayo, 2005 en <http://www.spapex.org/spapex/adolescencia02/caso1.pdf>.
- Martínez, J. et al. (2001). Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de una población rural. Extraído el 12 Septiembre, 2005 de <http://www.unne.edu.ar/crt/2001/3-Medices/M-024.pdf>.
- Mijares, I. (2005). Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en adolescentes de noveno grado. Diago, D. y Torriente, N., tutores. Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de especialista en Medicina General Integral. Extraído el 20 Septiembre, 2005 de <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEkFyFEylAglTKZDPQ.php>.
- Mellina, E., González, A., Moreno, J. M., Jiménez, R. y Peraza, G. (2001). Factores de riesgo asociados con la tensión arterial en adolescentes. Revista Cubana de Medicina General Integral, 17(5), 435-440.
- Molerio, O. (2004). Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial. Tesis presentada en opción al grado científico de Dr. en Ciencias psicológicas. Roca, M. A., tutor UCLV, Santa Clara.
- Palacios, J., Marchesi A. y Coll, C. (2002). Desarrollo psicológico y educación. I. Psicología Evolutiva. España: Alianza.
- Orozco, R. y Sánchez, Clemente. (1999). Flores de Bach. Diagnóstico diferencial entre esencias. Barcelona: Índigo.
- Rivas, S. y Molerio, O. (2008). Caracterización emocional de adolescentes de 16 y 17 años con hipertensión arterial sistémica utilizando las clasificaciones florales de Edward Bach. Revista de Sedibac, 48, 11-24.
- Rodríguez, B. (2009). El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria. Hereford: Twelve Healers Trust.
- Rodríguez, B. y Orozco, R. (2005). Inteligencia Emocional y Flores de Bach: Tipos de personalidad en Psicología Contemporánea. Barcelona: Índigo.

# Caracterización de adolescentes con enfermedad celíaca mediante el esquema diagnóstico de Edward Bach



**Adairis Balsa Alfonso**  
**Yoilen Barreira Rodríguez<sup>1</sup>**

Universidad de Cienfuegos

La correspondencia sobre este trabajo debe dirigirse a:  
<sup>1</sup> [ybarreira@ucf.edu.cu](mailto:ybarreira@ucf.edu.cu)



**GC Bach**

Grupo Cubano de Investigación del Sistema  
Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach

[www.gcbach.uclv.edu.cu](http://www.gcbach.uclv.edu.cu)

Portada

Índice

La presente investigación se realizó con el objetivo de caracterizar a un grupo de adolescentes con enfermedad celíaca desde el esquema diagnóstico-terapéutico de Edward Bach. La muestra quedó conformada por cinco adolescentes comprendidos entre los 11 y 15 años de edad. Dentro de las técnicas aplicadas se encuentra la entrevista semiestructurada (adolescentes y padres), los diez deseos y la Escala Tennessee de Autoconcepto. La caracterización realizada permite acercarnos al diagnóstico de Edward Bach, profundizando en el curador, ayudante y remedios de la segunda serie de cada uno de los adolescentes que conforman el grupo de estudio. En este sentido los resultados más significativos se obtuvieron en relación con el ayudante, predominando la presencia de Gorse y Olive.

**Palabras clave:** Adolescentes, Enfermedad celíaca, Esquema diagnóstico de Edward Bach

# Introducción

Desde la antigüedad el ser humano se ha visto constantemente expuesto a un gran número de enfermedades, las cuales aparecen muchas veces desde edades tempranas como la adolescencia. Entre ellas se encuentra la enfermedad celíaca, la cual es una enfermedad crónica caracterizada por una intolerancia permanente al gluten, proteína que forma parte de algunos cereales (trigo, cebada, centeno y avena). Esta intolerancia al gluten provoca una lesión de la mucosa del intestino delgado superior, condiciona una inadecuada absorción de los nutrientes, y llega además a ocasionar múltiples signos negativos como pérdida de peso, retraso en el crecimiento, distensión abdominal, episodios diarreicos agudos, alteraciones del carácter, entre otros. (Polanco, 1990)

La celiaquía puede aparecer a cualquier edad después de la introducción del gluten en la dieta. Frecuentemente aparece antes de los cinco años o en la tercera y cuarta décadas de la vida, siendo poco común su debut en la adolescencia. En nuestro país no suele abundar, aunque no se precisa con exactitud la prevalencia que tiene, a pesar del desarrollo de la tecnología médica cubana en este sentido.

La enfermedad celíaca tiene un origen genético y esto justifica que pueda haber más de un paciente en la misma familia (Aznar, 2000). Este autor también considera la presencia de factores desencadenantes, situaciones de cambio capaces de generar conflictos que influyen en la aparición de la enfermedad, como por ejemplo: cambios en la vida familiar, enfermedades graves, accidentes, infección viral, estrés y múltiples factores que desencadenan la respuesta inflamatoria.

La necesidad de mantener dieta exenta de gluten durante toda la vida trae consigo dificultades físicas, psicológicas y sociales, limitando la ingestión de alimentos como son: dulces, galletas, pan, confituras, embutidos, entre otros. Las limitaciones en el área de la alimentación que impone el tratamiento de la enfermedad celíaca repercuten en diversas esferas de la vida del paciente. Entre ellas se encuentran el grupo familiar y escolar, afectando en gran medida las relaciones con los coetáneos, así como la estructuración de formaciones motivacionales como la autoestima, la autovaloración, el autoconcepto y la identidad personal; a esta situación se suma la condición de cronicidad que presenta la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que la investigación fue realizada con adolescentes. Son múltiples los autores que se han dedicado al estudio de la adolescencia. Tenemos el caso de Kaplan y Sadock (1991), los cuales plantean que la adolescencia es aquella etapa de la vida que empieza en la pubertad y termina cuando la independencia de la persona ha alcanzado una congruencia psicológica razonable.

En esta etapa ocurre la aparición de una gran variedad de cambios físicos y psicológicos, llegando a plantearse la existencia de una crisis. Esta suele presentarse de forma diferente en cada individuo,

jugando un trascendental papel las características personológicas, experiencias sociales, eventos vitales, y las crisis normativas y paranormativas en la que cada adolescente se haya visto inmerso. Por tanto, cobra gran interés el realizar estudios sobre las particularidades de los adolescentes que padecen de enfermedad celíaca.

En este sentido, se considera necesario referirnos al sistema diagnóstico-terapéutico de Edward Bach. El método del doctor Bach consiste en la elaboración de 38 esencias florales, que poseen propiedades curativas y que fueron extraídas de flores silvestres del territorio de Gran Bretaña. Sin embargo, este autor nos legó más que sus 38 remedios, un esquema de pensamiento para interactuar con nuestros pacientes o con nosotros mismos, que nos permite entender las causas de nuestros malestares. Nos legó un esquema terapéutico que ha quedado eclipsado, pues muchas personas usan las esencias sin las ideas que le dieron vida. (Rodríguez, 2009)

Edward Bach plantea la existencia de curadores, ayudantes y segunda serie de remedios, los cuales ofrecen ciertas ventajas desde el punto de vista metodológico, ya que esta triple división va a ser determinante a la hora de estructurar la terapia (Rodríguez, 2009). Además, estos se atribuyen a cada sujeto partiendo de algunos elementos, entre ellos sus características personológicas, cualidades innatas, reacciones ante la vida, las experiencias sociales, etc. Adquiere gran interés que en este sistema se ven las enfermedades y trastornos vinculados a las características personales de cada individuo. De esta forma se considera que el Esquema de Bach adquiere gran utilidad y valor para realizar una caracterización de un grupo de adolescentes con diagnóstico de enfermedad celíaca.

A partir de las ideas expresadas, podemos plantear que la presente investigación tiene el siguiente problema científico: *¿Qué características presenta un grupo de adolescentes de 11 a 15 años con enfermedad celíaca según el esquema diagnóstico de Edward Bach?*

Para dar respuesta al mismo, se elabora el siguiente objetivo:

- Caracterizar un grupo de adolescentes de 11 a 15 años con enfermedad celíaca mediante el esquema diagnóstico de Edward Bach.

La investigación se realiza desde una perspectiva metodológica que hace uso del enfoque cualitativo, pues pretende la comprensión y descripción de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad particular de los adolescentes estudiados.

En la investigación se describen las características de los pacientes con enfermedad celíaca, quienes fueron seleccionados teniendo en cuenta el Esquema de Edward Bach. Además, este tipo de estudio busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986 citado en Madrigal, 2006).

Se hace uso del estudio de caso como estrategia de diseño de la investigación cualitativa, pues implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés. Dentro de la tipología de los estudios de caso, la investigación hace uso del diseño de casos múltiples. Se utilizan varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea explorar y describir. (Rodríguez, Gil y García, 2004)

## **Instrumentos de evaluación**

- Escala Tennessee de Autoconcepto,
- Técnica de los 10 Deseos
- Entrevista semiestructurada: a) *al adolescente* y b) *a los padres*.

# Resultados

Para realizar el análisis de los resultados se tuvieron en cuenta las técnicas aplicadas así como el enfoque metodológico y diseño de la investigación. Se analizó cada uno de los casos de forma integral, siguiendo el esquema de Bach.

## *Sujeto #1*

Se trata de un adolescente de sexo masculino, 11 años de edad. Se plantea que este sujeto presenta a Mimulus como curador, pues las técnicas aplicadas permitieron conocer que el sujeto estudiado presenta dificultades en las relaciones interpersonales, presentándose en el centro escolar y en la comunidad, un ejemplo de ello fue la técnica de los cinco deseos donde expresó “deseo tener muchos amigos”. Además, en la entrevista con los padres se conoció que dentro de sus características personológicas se encuentra que es introvertido, tímido, poco sociable. En este sentido, su mamá planteó que es un adolescente a quien le cuesta trabajo expresar sus sentimientos, decir lo que siente, además añadió: “él no dice casi nada pero yo sé que tiene preocupaciones y miedo de las consecuencias que puede traerle la enfermedad en el futuro”.

Se selecciona a Olive como el ayudante presente en el sujeto, pues se observa cierta dependencia del adolescente hacia las personas cercanas a él, principalmente hacia su familia, pues en la técnica de los cinco deseos planteó “deseo que mi familia me ayude siempre”, “estar juntos”, “que me ayuden en mi vida”, lo cual puede estar condicionado por la enfermedad que padece, así como por las limitaciones que esta produce. Además, en la entrevista realizada al sujeto se conoció otro elemento de gran relevancia, referido al hecho de presentar agotamiento y cansancio, tal es así que planteó: “no tengo deseos de hacer las cosas que hacen mis amiguitos porque yo me canso mucho”, de esta forma se observa que la realización de las actividades propias de la etapa de la adolescencia, se encuentra limitada ante el agotamiento y cansancio que el adolescente experimenta.

En la segunda serie de remedios, se encontró a Larch y Hornbeam. Se hace referencia a Larch por las afectaciones que el adolescente presenta en su autoestima y autoconcepto, pues se considera incapaz de alcanzar el éxito y manifiesta desagrado e inaceptación por sí mismo. Estos elementos se pudieron obtener en la técnica Escala Tennessee de autoconcepto, donde el adolescente expresó disconformidad hacia sus características personológicas, en especial hacia la forma en que se ve, pues no acepta su forma de ser, quiere cambiar su apariencia física, lo cual se corresponde con las características de la etapa en que se encuentra. Además, puede estar influenciado por las consecuencias y limitaciones que ha traído consigo la enfermedad, manifestándose en gran medida insatisfacción y alteraciones en la

autoaceptación.

También se incluye a Hornbeam porque el adolescente siente que carece de fuerzas suficientes para sobrellevar la carga de la vida, así expresó: de “necesito algo que me dé fuerzas para poder enfrentar mis problemas, a veces siento que son muchas cosas...”.

#### *Sujeto #2*

Adolescente de sexo femenino y 15 años de edad. Teniendo en cuenta los resultados de las técnicas aplicadas al sujeto, se pudo conocer la presencia de Gentian como el curador que caracteriza a esta adolescente. Lo anterior se sustenta en que posee características de personalidad tales como: pesimismo, desesperanza, desaliento, tristeza. Se plantea lo anterior porque la adolescente se siente muy mal por el padecimiento de la enfermedad, demostrándolo abiertamente, le molesta en gran medida todas las limitaciones que la misma le ha traído a su vida, por lo cual en la entrevista realizada expresó: “por la enfermedad no puedo estar becada, no puedo ir a las escuelas al campo, mis padres no me dejan salir con mis amiguitas”.

Al indagar sobre el estado actual de la adolescente, se pudo conocer que se siente deprimida, tanto que planteó “cuando pienso que estoy enferma me siento malísima, desearía estar sana, comer de todo, ser saludable, me siento muy mal”, “yo cumplo con la dieta pero aún así sé que no me voy a curar y eso me pone triste” “mi enfermedad no tiene cura, lo único es hacer la dieta para no empeorar”. Estas frases evidencian un gran pesimismo, producido precisamente por padecer la enfermedad. A pesar de que en estos momentos se siente bien físicamente, el hecho de pensar que es una enfermedad que le trae limitaciones para toda la vida y que no tiene cura, la desalienta y deprime.

Se selecciona a Gorse como el ayudante presente porque la adolescente sufre desesperanza, plantea que no se puede hacer nada por ella, un ejemplo de ello es la verbalización siguiente: “aunque haga la dieta no me voy a curar”, “mi enfermedad no tiene cura”. Se siente desesperada, ha perdido el ánimo de esforzarse para lograr una mejora, manifestando que los demás tampoco la pueden ayudar.

En la segunda serie se considera la presencia de Mustard, por la tristeza y desesperación que experimenta la adolescente. Demuestra que se siente mal y afligida por su enfermedad y las limitaciones que esta le produce. En este sentido expresó: “me dan muchas ganas de llorar”, “me siento muy mal”.

#### *Sujeto #3*

Es un adolescente de sexo masculino y 15 años de edad. El curador presente es Mimulus, pues en la entrevista aplicada el adolescente manifestó desconocimiento ante la enfermedad que presenta, lo cual le provoca mucho miedo, debido a las complicaciones que esta le pueda traer a su vida. Al indagar sobre las características personológicas del adolescente, se obtuvo que es tímido, introvertido, tranquilo,

voluntarioso, cariñoso. Además, tiene miedo de hablar en público y de ser interrogado por personas desconocidas, situación que cuando ocurre lo pone muy nervioso.

Por otra parte, el sujeto presenta notables afectaciones en las relaciones interpersonales, en tanto mantiene escasas relaciones con sus coetáneos y adultos, existiendo problemas en la comunicación y expresión de sentimientos y preocupaciones, por esto en la escala Tennessee le otorgó la máxima calificación a las siguientes frases: “es difícil para mí relacionarme con otras personas”, “no me siento feliz cuando estoy con otras personas”.

Se plantea la presencia de Gorse como ayudante porque el adolescente en estudio experimenta desesperanza y desesperación ante su enfermedad, se siente muy mal, manifiesta que no se puede hacer nada por su situación. En este sentido expresó: “de todas formas mi enfermedad no tiene cura, hasta el médico lo dijo”, “yo hago la dieta para no ponerme mal pero eso no me va a quitar la enfermedad”.

El desconocimiento que el adolescente posee sobre su enfermedad le provoca miedo, pues teme grandes complicaciones por la misma, lo cual justifica en cierta medida que no realice grandes esfuerzos en aras de su mejoría que manifieste cierta resignación, aun cuando considera que su caso no tiene solución y se siente desesperado.

En relación con la segunda serie de remedios, se seleccionó a Larch, pues se observan dificultades en la autoestima del sujeto, en tanto que manifiesta desagrado e inaceptación ante su persona, principalmente por sus características físicas, percibiéndose extremadamente delgado, de pequeña estatura y poco atractivo. Expresó: “si pudiera cambiar algo de mí cambiaría mi tamaño, en mi aula todos son un poco más grandes que yo, me gustaría ser más alto, pero con esta enfermedad no puedo comer casi nada”; en este sentido se manifiestan dificultades en el autoconcepto que tiene de sí mismo, elementos obtenidos en la escala Tennessee de autoconcepto.

Sobre las relaciones interpersonales, se conoció que existen afectaciones en las mismas, dadas en cierta medida por sus características psicológicas y físicas, por las afectaciones en su autoestima y autoconcepto, tanto que en la entrevista realizada a su mamá ésta planteó: “sus amistades son muchachos menores que él y no son muchos, no le gusta salir, ni compartir con los de su edad, yo creo que le da pena porque es el más chiquito y flaquito”. Además, es la escala Tennessee le dio la máxima puntuación a las siguientes frases: “no soy la persona que me gustaría ser”, “quisiera cambiar algunas partes de mi cuerpo”.

#### *Sujeto #4*

Adolescente de sexo femenino y 12 años de edad. Agrimony fue el curador que la caracterizó, pues en la entrevista realizada al sujeto y a su mamá, permitió conocer que la adolescente posee características

personológicas, tales como, cariñosa, extrovertida, sociable y voluntariosa. A pesar de esto, en la técnica de los cinco deseos se observó la presencia de preocupaciones relacionadas con la enfermedad, y en particular hacia el tratamiento que mantiene con la dieta libre, pues expresó: “deseo que la biopsia que me haga el médico demuestre que estoy bien”, “deseo estar bien, no estar enferma”. Además, en la entrevista se observó a la adolescente intranquila y ansiosa, con gran aflicción por las preocupaciones y miedos que posee ante su enfermedad; un ejemplo de ello fue cuando planteó: “me preocupa que en un futuro no pueda tener hijos”.

Es importante precisar que el hecho de encontrarse con el tratamiento de dieta libre, le produce ansiedad ante los resultados que ofrezca el médico una vez finalizado el mismo, pues teme que no sean alentadores. A pesar de los problemas y preocupaciones que experimenta ante su enfermedad, se comporta como si nada ocurriera, pues oculta sus inquietudes detrás de su buen humor y simpatía; no expresa las preocupaciones ni siquiera a sus amistades. En este sentido, se puede plantear que mantiene adecuadas relaciones interpersonales, tanto con personas adultas como con coetáneos de ambos sexos, lo cual está condicionado por las características de su personalidad.

En relación con el ayudante es importante destacar que según las características de la adolescente, resulta difícil determinar el ayudante que está presente, pues uno de los rasgos capitales de este tipo de persona es la tendencia a ocultar conflictos, enmascararlos u ocultarlos tras apariencia de superficialidad y buen humor. Por tanto, de existir una tendencia depresiva, tipo Gorse u Olive, estaría muy oculta por el curador (Agrimony). Sin embargo, se considera la posibilidad de existir depresiones enmascaradas o subclínicas consistentes con estas caracterizaciones.

Larch fue el remedio de la segunda serie, el cual fue seleccionado según las características de la adolescente. La escala de autoconcepto mostró la presencia de afectaciones en la autoestima, en relación con las consecuencias que trae la enfermedad celíaca ante la imagen corporal, en tanto refiere desagrado por sus características físicas, especialmente ante su delgadez, un ejemplo de ello se pudo obtener en la escala Tennessee de autoconcepto cuando le otorgó la puntuación máxima a las siguientes frases: «me gusta como me veo», «soy tan bueno como debería ser». Elementos que se pudieron corroborar en la entrevista realizada, pues planteó: «estoy muy flaca», «deseo engordar». A partir de las características de Agrimony, se piensa en la posibilidad de que pudiera existir la presencia de Sweet Chestnut, el cual se refiere a la angustia que parece insoportable y cuando se siente que no se puede más; elementos que resultan difíciles de constatar por el enmascaramiento que producen las cualidades innatas que posee la paciente.

*Sujeto #5*

Se trata de un adolescente de sexo femenino y 12 años de edad. El curador que la identifica es Centauro. Se pudo conocer la presencia de este curador dados los elementos obtenidos a partir de las técnicas aplicadas, los cuales permitieron saber que se trata de una adolescente con características de personalidad dependiente, obediente, tranquila, tímida, bondadosa; que además vive con su mamá, siendo la principal figura de apoyo que tiene, razón por lo cual existe una gran dependencia de la adolescente hacia la misma. En este sentido expresa: “yo vivo con mi mamá, ella me ayuda en todo”, “... si no fuera por ella yo no sé que haría...”, “en realidad necesito mucho de mi mamá...”. Al respecto su mamá expresa: “es muy dependiente, espera a que yo lo haga todo [...] cuando en realidad tiene edad para que se independice y se haga al menos algunas cosas”, “con frecuencia está cansada, sin ánimos de nada, aunque esto tiene que ver también con la enfermedad [...], a pesar de eso ella es muy buena y le gusta ayudar a los demás”.

Se plantea la existencia de Olive como ayudante, porque muestra agotamiento, falta de energía y cansancio para realizar las actividades, lo cual se asocia precisamente a la enfermedad que padece y a las preocupaciones que presenta la adolescente relacionadas esencialmente con los síntomas clínicos generados por la patología; en este sentido expresó: “yo no sé si es la enfermedad o qué, pero muchas veces me siento cansada, sin ánimos, como agotada”. Además, como se planteó anteriormente es una persona que depende mucho de la ayuda de los otros, fundamentalmente de su mamá, por ser la persona más cercana a ella.

Se considera la presencia de Larch y Hornbeam como remedios de la segunda serie por los estados mentales que describen y surgen como respuestas a situaciones concretas de la vida de la adolescente. En este sentido la Escala Tennessee mostró que presenta afectaciones en la autoestima y el autoconcepto, relacionados principalmente con su imagen corporal, dadas las características físicas que posee, como resultado de la enfermedad celíaca y de la etapa por la que transita. Al respecto expresó: “quisiera poder cambiar alguna parte de mi cuerpo”, “no soy la persona que me gustaría ser”, dándole la mayor puntuación, lo que demuestra en cierta medida desagrado consigo misma.

Se considera, además, que tiene características de Hornbeam, precisamente porque la adolescente siente que carece de fuerzas suficientes para sobrellevar la carga de la vida, las actividades del día a día; esto se puede ver cuando expresa: “A veces me falta impulso para hacer las cosas”, “siento que no tengo fuerza suficiente...”

## Caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach

A partir del análisis integrador de cada uno de los casos en estudio, se pretende realizar una caracterización diagnóstica teniendo en cuenta el Esquema de Edward Bach. Se puede plantear que en relación con los curadores de los adolescentes que conforman el grupo de estudio, no se encontraron similitudes significativas, pues existen diferentes cualidades innatas que identifican a cada paciente, en este sentido vemos que hay adolescentes con características de Centaury, Agrimony, Gentian y Mimulus. Sin embargo, existen dos Mimulus que tienen semejanzas, referidas principalmente a la introversión, timidez, dificultades en las relaciones interpersonales, así como a los miedos que experimentan.

Como sabemos, trabajar las cualidades innatas no es suficiente, ya que en la vida las personas se ven expuestas a experiencias socializadoras como la escuela, los juegos, relaciones con los coetáneos y familiares que suelen reforzar o debilitar las disposiciones con las que se nacen, modulando el patrón de expresión de los curadores. Es precisamente en este momento, en que hablaríamos de los ayudantes; lo cual resultó ser un elemento significativo en el estudio realizado con los adolescentes celíacos. Se plantea lo anterior, porque se encontró la presencia de pacientes con Gorse, pues se resignaron a su situación de enfermos, creen que no se puede hacer nada por ellos, perdiendo todas las esperanzas, por tanto no hacen ningún esfuerzo. También se hallaron pacientes en los que se utiliza como ayudante Olive, partiendo del cansancio y agotamiento que experimentan, tras las preocupaciones que poseen respecto a la enfermedad y sus consecuencias, y de que plantean, además, que no disponen de fuerzas para seguir adelante.

Estos ayudantes que se encontraron permitieron conocer que el grupo de estudio tiene ciertas similitudes en este sentido, lo que se puede explicar partiendo de la enfermedad que padecen, de las experiencias socializadoras, la manera de enfrentarse a la vida, las cuales no se manifiestan como en las personas esencialmente sanas, pues la celiaquía es una enfermedad crónica, que trae nuevos ajustes psicológicos, dados principalmente por las limitaciones y las consecuencias que estas traen aparejadas.

El Esquema de Bach nos propone la necesidad de tener en cuenta la segunda serie de remedios, los cuales van a describir las reacciones emocionales y estados mentales que surgen como respuesta a los traumas de la vida que han enfrentado los adolescentes del grupo de estudio. En este sentido, se obtuvo la presencia de Larch en casi todos los pacientes, lo cual se corresponde con lo planteado en la literatura, referido a que la adolescencia se caracteriza por presentar problemas de identidad personal, autoestima, autovaloración.

No obstante, consideramos que la enfermedad celíaca ejerce una influencia negativa en la formación de la autoestima y el autoconcepto, dado fundamentalmente por las consecuencias que provoca en la

imagen corporal, así como en las limitaciones que tienen estos adolescentes y que en cierta medida los hace diferentes. Estos elementos quedan como apreciaciones difíciles de asegurar en estos momentos, porque no contamos con un grupo de adolescentes esencialmente sanos que permita establecer una comparación entre los mismos, así como indagar en las causas de las afectaciones en la autoestima.

Además de este remedio, también se encontró la presencia de Hornbeam y Mustard, dada la carencia de fuerzas para enfrentar las dificultades de la vida y la presencia de tristeza o desesperación.

# Conclusiones

La caracterización que se realizó a un grupo de adolescentes de 11 a 15 años con enfermedad celíaca, a partir del esquema diagnóstico de Edward Bach, aportó elementos de gran importancia según las características de este grupo de edad, haciendo énfasis en el curador, el ayudante y la segunda serie de remedios que describe a estos adolescentes.

A partir de las técnicas aplicadas, se pudo obtener el curador o las cualidades innatas de los adolescentes que conforman el grupo de estudio, las cuales se refirieron principalmente a Mimulus, Gentian, Centaury y Agrimony.

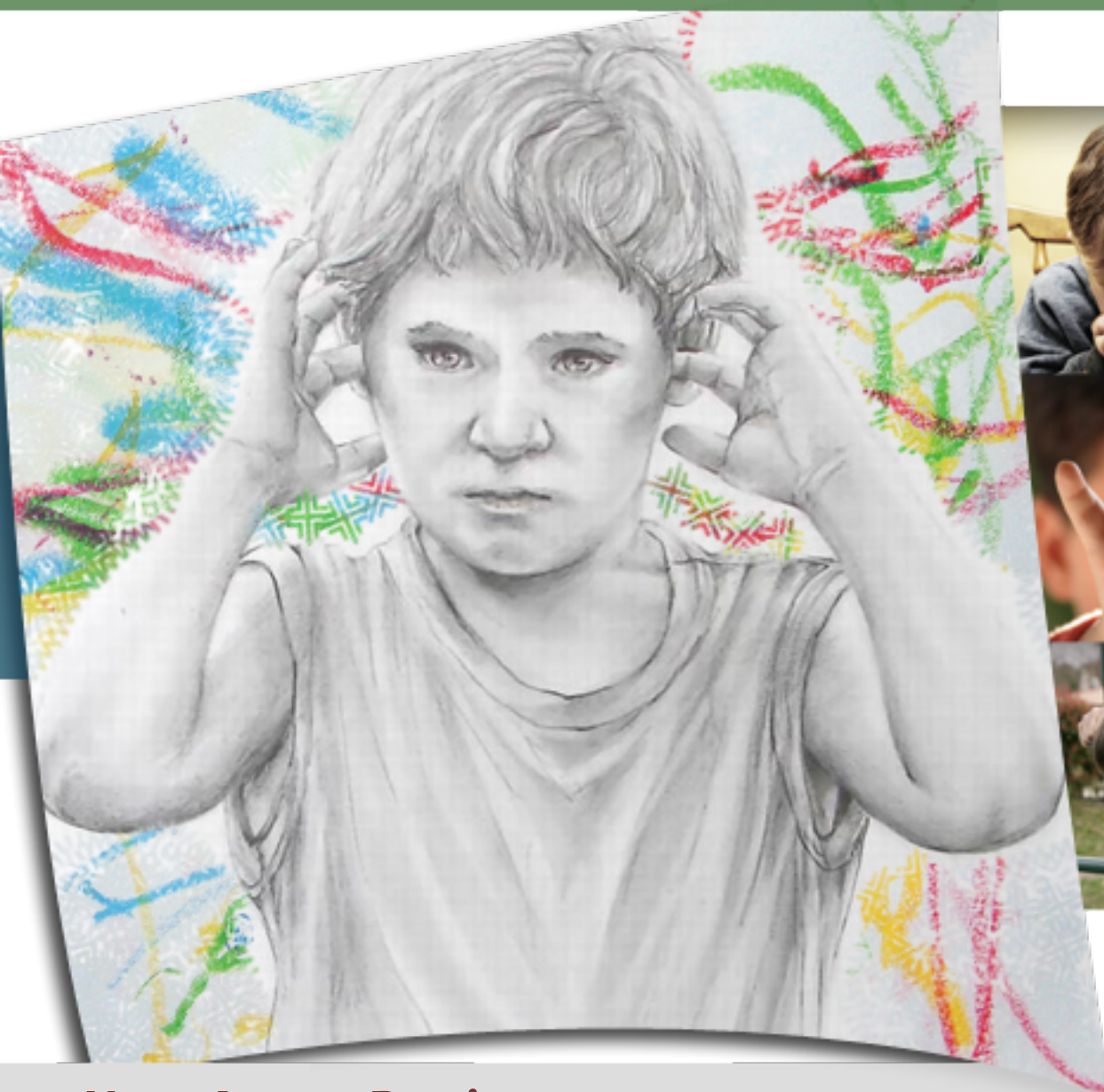
Las mayores similitudes encontradas en el estudio según los objetivos del mismo se refirieron al ayudante de estos adolescentes, existiendo un gran predominio de Gorse y Olive en los adolescentes que conformaron la muestra.

Los estudios realizados para indagar en los remedios de la segunda serie resultaron valiosos, en tanto que mostraron la presencia de Larch en casi todos los casos estudiados, así como a Hornbeam y Mustard principalmente.

# Referencias

- Aznar, M. (2000). El trabajo interdisciplinario en el tratamiento de la enfermedad celíaca en niños. El papel del psicólogo. Revista Pediátrica, 20 (7), 25-30.
- Madrigal, M. (2005). Caracterización del autoconcepto en adolescentes celíacos. Tesis de Licenciatura. No publicada, Santa Clara, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Polanco, I. (1990). Monografía Enfermedad Celiaca. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo.
- Rodríguez, B. (2009). El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria. Hereford: Twelve Healers Trust.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (2004). Metodología de la investigación cualitativa. La Habana: Félix Varela.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1991). Compendio de Psiquiatría (2.ed.). Ciudad de La Habana: Ediciones Revolucionarias.

# Caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach como complemento del estudio psicológico en menores portadores de trastorno afectivo-conductual



**Yeny Acosta Barrios**  
**Ailín Hernández González**

Centro de Evaluación, Análisis y Orientación de Menores de Ciego de Ávila



**GC Bach**

Grupo Cubano de Investigación del Sistema  
Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach

[www.gcbach.uclv.edu.cu](http://www.gcbach.uclv.edu.cu)

Portada   Índice

La presente investigación se dirigió a valorar la importancia de las caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach, como complemento del estudio psicológico en menores con trastorno de conducta. La muestra seleccionada estuvo integrada por cinco adolescentes varones, con edades comprendidas entre 12 y 16 años, quienes se encontraban internos en la Escuela de Formación Integral de la provincia de Ciego de Ávila. La investigación se insertó en un diseño de estudio de caso múltiple donde se emplearon técnicas directas (Observación Participante, Entrevistas en Profundidad y Dinámicas Grupales) e indirectas (Análisis de Documentos Oficiales, Cinco deseos, Machover, Rotter e Inventario de Problemas juveniles). La estructura Curador-Ayudante-Segunda Serie, permitió alcanzar una mayor comprensión de las características personológicas de estos menores.

**Palabras clave:** Trastorno de Conducta, Menores, Sistema Diagnóstico de Edward Bach

# Introducción

La adolescencia constituye una etapa difícil en el proceso humano, donde ocurren cambios significativos desde el punto de vista biológico, físico y psicológico, ante los cuales los adolescentes se sienten confundidos e incapaces en su mayoría de enfrentarlos solos. Siguiendo las ideas de Moreno (1998) podemos señalar que el apoyo de las personas que los rodean, especialmente del núcleo familiar en el que se desenvuelven, es esencial para la conformación o configuración de los contenidos esenciales de su personalidad.

En esta etapa es precisamente donde se pueden desarrollar y estructurar una serie de trastornos que son recogidos por el CIE-10 (1992) y el DSM-IV (1999) como trastornos de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, dentro de esta categoría se encuentra el Trastorno disocial o trastorno de conducta, caracterizándose por un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

Siguiendo estas ideas, valoramos como principal causa de los trastornos de conducta en adolescentes la presencia de familias disfuncionales, en las que en la mayoría se utilizan inadecuados estilos educativos y la comunicación no es adecuada. También manifestaciones de agresividad y la excesiva independencia caracterizan sus relaciones interpersonales, contribuyendo así al deterioro moral de los menores.

En nuestro país, toda problemática relacionada con la niñez y la adolescencia es de interés social, por lo que podemos destacar de gran importancia la creación de centros especializados con áreas dedicadas específicamente al tratamiento de esos adolescentes con trastornos de conducta, además de la capacitación del personal para trabajar con ellos.

El Ministerio del Interior (MININT) es uno de los órganos más implicados en esta labor de prevención, detección temprana y tratamiento de menores con este tipo de comportamiento. En el desarrollo de la especialidad de Menores es necesario considerar las situaciones sociales por las que transitan estos adolescentes, fundamentalmente en el área familiar, las cuales condicionan la aparición del trastorno de conducta. El tratamiento de dichos trastornos de conducta implica una evaluación multimodal de estos menores, que abarca las esferas jurídica, pedagógica y psicológica.

La necesidad de potenciar aquellos aspectos positivos dentro de la estructura de su personalidad aún en formación, lleva a la búsqueda de estrategias que permitan la integración de esquemas de diagnóstico personológicos flexibles, que a la vez permitan la descripción de un esquema sin renunciar a la individualidad de cada uno de los menores, con su correspondiente salida a modelos de intervención

para lograr la erradicación de las conductas disociales. Los esquemas Bach permiten hacer más sutil el diagnóstico y ofrecer una mejor comprensión del menor, desde un modelo metodológico para actuar desde la intervención psicológica, dentro de la cual las Esencias Florales de Bach se insertan como catalizadoras. En este sentido, la utilización de los constructos conjeturados por Bach, desde la secuencia Curador-Ayudante-Segunda Serie (CA2) se propone como recurso metodológico para llevar a cabo dicha integración. (Rodríguez, 2009)

Dados los limitados resultados e investigaciones relacionadas con los Trastornos de Conducta y la implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach en estos pacientes, en la presente investigación se plantea el siguiente problema: *¿Qué importancia posee para el trabajo educativo insertar las caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach como complemento del estudio psicológico en menores con trastorno de conducta?*

**Objetivo General:**

- Valorar la importancia que posee para el trabajo educativo insertar las caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach como complemento del psicodiagnóstico en los menores con trastorno de conducta de la Escuela de Formación Integral (EFI) de Ciego de Ávila.

**Objetivos Específicos:**

1. Describir las características de personalidad en formación de los menores estudiados.
2. Realizar el diagnóstico de los esquemas Bach atendiendo a la secuencia CA2.

# Consideraciones Teórico-Metodológicas

*Fases de la investigación:*

## **1. Fase Preparatoria**

En la fase preparatoria se conocieron las características del escenario en el cual se enmarcó la investigación, siendo este el Ministerio del Interior, específicamente el órgano de Menores cuya misión abarca el trabajo profiláctico e interventivo con aquellos menores con desviación de conducta que incurrir en delitos de mayor o menor envergadura, o poseen amplia deformación social, motivo por el cual son de interés para el Ministerio del Interior, y la Escuela de Formación Integral (EFI), el centro de intervención, que tiene como objetivo educar a estos menores para una posterior reinserción a la sociedad. Es en este escenario donde en septiembre de 2009 se efectuó la entrada al campo, utilizando en esta fase la técnica de vagabundeo, la elaboración de mapas sociales, espaciales y temporales y el análisis de documentos oficiales que permitieron obtener un conocimiento general del funcionamiento del centro, tales como Decreto ley 64 (el cual regula el sistema para la atención a las personas menores de 16 años, que presentan trastorno de conducta y manifestaciones antisociales), Normas del Trabajo Educativo, Expedientes Legales, Expedientes Escolares e Historia Social, complementando de esta manera la fase preparatoria, la cual posibilita la preparación del campo para el inicio de la investigación a partir del paradigma asumido.

### **1.1 Paradigma de Investigación asumido**

Teniendo en cuenta el alcance y los objetivos del presente estudio donde se pretende valorar la importancia que posee para el trabajo educativo insertar las caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach como complemento del estudio psicológico en menores con trastorno de conducta, fue utilizada la metodología cualitativa, lo cual permitió desarrollar conceptos y comprensiones a partir de la realidad única de los sujetos a estudiar, ya que el término de investigación cualitativa no resulta solamente útil para recoger los datos y evaluar modelos, sino para vivenciar datos reales de los sujetos objeto de estudio, además su propia flexibilidad ofrece mayores opciones de profundizar en esta realidad.

De forma conclusiva fue escogida la metodología cualitativa, por su gran valor, permitiendo una aproximación e interpretación naturalista a la personalidad de los menores internos en la Escuela de Formación Integral en la provincia de Ciego de Ávila para “comprender cuál es su naturaleza más que explicarlo” (Íñiguez y Rueda, 1999, p. 10). O sea, permitió indagar en el mundo interno de los sujetos, conocer sus interpretaciones del fenómeno, expectativas, percepciones y significados. Por tales razones fue muy útil y factible en la realización de esta investigación.

## 1.2 El estudio de caso como diseño de investigación

Siguiendo esta metodología se seleccionó el estudio de caso como método cualitativo acorde con la naturaleza del objeto de estudio según los objetivos propuestos para la investigación, ya que constituye la vía más aconsejable para responder a los propósitos de este estudio, que exigen una información comprensiva, sistemática y en profundidad de la dinámica interna de cada uno de los sujetos a evaluar.

Como forma de investigación, el estudio de casos se define por el interés en el caso individual. En este sentido, Stenhouse (1990) considera el estudio de caso como método que implica la recogida y registro de datos sobre un caso o casos, y la preparación de un informe o una presentación del caso.

## 1.3 Selección de los sujetos para la investigación

Para la realización de la presente investigación se tuvo en cuenta que el proceso de selección de personas desde una perspectiva cualitativa no se basa en el supuesto de que todos los miembros de una población dada tienen el mismo valor como fuentes de información.

En correspondencia con el objetivo de la investigación se seleccionaron los cinco menores que se encontraban internos en el centro, quienes constituyeron la población de estudio y en su totalidad ofrecieron el consentimiento informado para participar, considerándolos teniendo en cuenta el paradigma de investigación asumido como informantes, y la clasificación siguiente, según García, E., Gil, J. y Rodríguez, G. (2004).

- Informantes Expertos.
- Informantes Clave.
- Informantes.

Por las características de esta investigación y el contexto en el que se enmarcó la misma, donde existe un reducido número de personal se trabajó solamente con informantes clave e informantes, estos últimos declarados anteriormente como población de estudio. Al explorar las características de los miembros de la organización no se encontraron sujetos que cumplieran con los requisitos para informantes expertos.

## 1.4 Selección de los Procederes Metodológicos

### Métodos de recogida de la información

Teniendo en cuenta los objetivos y el alcance de la investigación se utilizaron las técnicas siguientes de recogida de datos, según García, E., Gil, J. y Rodríguez, G. (2004):

Técnicas directas e interactivas

- Observación Participante.
- Entrevistas en Profundidad.

- Entrevista Diagnóstica de Edgar.
- Dinámicas de Grupo.
- Técnicas indirectas o no interactivas
- Análisis de documentos oficiales.
- Cinco deseos.
- Machover.
- Rotter.
- Inventario de Problemas Juveniles (IPJ).

En las técnicas directas se incluyen las principales técnicas de recogida de datos de la metodología cualitativa. Suponen la interacción social entre el investigador y los grupos sociales. Las mismas no respondieron al diseño rígido de investigación en el cual se tienen delimitadas y planteadas las cuestiones que se van a responder. Las técnicas indirectas cumplieron diferentes cometidos en la investigación: apoyaron otros métodos más directos de recogida de datos, validaron la información obtenida.

### **Métodos de procesamiento de la información**

Dada la validez y trascendencia que poseen los datos manejados en la investigación resulta imprescindible destacar que la naturaleza de los mismos, así como su procesamiento, están matizados por la tipología de las técnicas o instrumentos utilizados para recogerlos, así como por el paradigma cualitativo. Teniendo en cuenta estos aspectos se distinguen distintos niveles de análisis que, aunque mantienen cierta independencia, se edificaron unos sobre otros para dar solidez y consistencia a los resultados y conclusiones que se derivan de este proceso de evaluación, realizando por separado un análisis de datos cuantitativos que fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, centrado en el análisis de frecuencias absolutas y porcentajes, y el análisis de datos cualitativos donde se trabajó fundamentalmente el análisis de contenido, basado en la codificación, considerando a las categorías como variables.

Para el análisis de cada caso se recopilaban todos los datos referidos a cada sujeto procesándolos mediante los métodos antes descritos. Por consiguiente el proceso de análisis utilizado para los estudios de caso ha sido la triangulación, lo cual ha permitido integrar y contrastar toda la información disponible para construir una visión global, exhaustiva y detallada de cada caso, permitiendo además una mayor credibilidad de la investigación, empleando la triangulación de datos, de sujetos, de fuentes y de métodos.

### **Fase de Trabajo de Campo**

En esta fase fueron aplicadas a los informantes las técnicas mencionadas anteriormente, y una vez concluido el trabajo con ellos, se organizó una Dinámica Grupal con los informantes clave, donde se

analizaron las principales características de personalidad de cada uno, permitiendo además triangular los resultados.

### Fase Analítica

Mediante esta se procede a realizar un análisis conclusivo de las etapas anteriores, logrando una visión integradora y descriptiva de las diferentes caracterizaciones desde el esquema CA2.

### Análisis de los Casos

#### *Caso 1: IPC, 15 años*

Adolescente que ingresa a nuestro centro presentando un amplio deterioro social, ha sido comisor de hechos que la ley tipifica como delito para mayores de edad (hurto) y fechorías en la comunidad, deambula dentro y fuera del municipio, trasnocha y presenta fugas reiteradas del hogar y centro de estudio.

El análisis de cada una de las técnicas aplicadas a IPC permitió realizar una caracterización de su personalidad a partir del Sistema Diagnóstico terapéutico de Edward Bach, siguiendo la secuencia CA2.

Al analizar las características temperamentales del menor, el expediente legal y la historia social del mismo mostraron que, desde edades tempranas ha presentado dificultades en las relaciones interpersonales, caracterizándose por ser manipulable e influenciable, lo que fue enriquecido en entrevista con la madre como informante clave, quien señaló: “él se deja influir con facilidad”, “él hace siempre lo que le dicen los demás, porque no tiene criterio propio”, “no piensa por sí mismo, nunca lo ha hecho”. Además, el menor al completar el Rotter expresó “siempre me guío por otros consejos y a veces no son los mejores”. Estas verbalizaciones corroboraron que IPC es un adolescente que se deja influir con facilidad. Los resultados del Machover reflejaron sentimientos de inferioridad, denotando que esta carencia de estima personal influye en que las opiniones de los líderes del grupo tengan importancia para el menor, lo cual justifica la elección de Cerato como curador. Todo ello que queda avalado en su historia vital por ser un menor muy disperso, con altos niveles de intranquilidad, manipulable e influenciable.

A decir de Ricardo Orozco (2010), “lo que se percibe desde el exterior en CER es a alguien muy inseguro, ingenuo, inmaduro, incluso infantil, en busca de permanente consejo y refuerzo de los demás, dispuesto a recurrir a determinadas ‘autoridades en la materia’ que en numerosas ocasiones son personas con un carácter más fuerte que él” (p. 80).

De igual manera en la entrevista en profundidad el menor relata en reiteradas ocasiones, al ahondar sobre las causas de su conducta desajustada, que generalmente los delitos que comete es por complacer a su familia o por quedar bien con sus amigos, explicando “a mí me dicen que robe una gallina y lo hago para que se pueda comer en mi casa”, “lo hice para que me dejaran tranquilo”, “me dijeron que eso no

era malo y que me ayudaría”. Además a través de la observación se pudo constatar que realmente el menor actúa por complacer a sus coetáneos; en las observaciones selectivas realizadas se percibió que su comportamiento varía en función de las conductas que sean asumidas por el grupo y los líderes de este, sin evidenciarse una concientización en torno a esto, ni una movilización real de su comportamiento a partir de sus intereses y necesidades. Estos elementos son enriquecidos por la profesora del menor quien señaló “si él estuviera solo no hubiera problema porque no tiene quien lo guíe”, argumentando uno de los informantes clave en relación con esto, “cuando no hay ningún otro mala cabeza, él es un modelo de persona, pero él no sabe cuán valioso es y actúa por lo que hagan los demás”. Todos los elementos anteriormente señalados, avalan la correspondencia de Cerato.

En el análisis de los documentos oficiales se conoció que el menor se ha desarrollado desde edades tempranas en el marco de una familia disfuncional. Predomina en el hogar un estilo educativo permisivo y liberal que ha influido en que existan en el adolescente necesidades de orientación sobre normas sociales y la presencia de reglas que regulen y guíen su actuar. Coexisten además en él necesidades de afecto, fundamentalmente por parte de la figura paterna, lo cual se reflejó en el Machover, y el Rotter argumentando durante la entrevista en profundidad “yo no tengo muchas relaciones con mi papá, él nunca me ha atendido”. Se conoció mediante la historia social que realmente el padre no cubre las necesidades afectivas del adolescente, es alcohólico y nunca han existido vínculos con IPC. Esta situación propició la presencia de métodos de control de comportamientos indulgentes, donde predomina la permisividad y el liberalismo lo que ha provocado que en el menor se desarrolle una falta de empatía y conductas desajustadas, por no contar con reglas y normas, ni patrones de comportamiento que constituyan ideales para el sujeto.

Además se observaron en el Rotter y en los Cinco Deseos una reducida esfera de intereses, lo que el menor justifica cuando expone “yo quiero hacer muchas cosas pero no hago ninguna al final”, “no sé que hacer con mi vida”, “siempre me cuesta trabajo escoger qué hacer”.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, se observó cómo estas experiencias resistentes y penetrantes han influido en que IPC responda a un patrón Wild Oat como ayudante, radicando su dificultad en determinar cuáles son realmente sus intereses, sus vocaciones, su camino a seguir, independientemente de la etapa de vida en que se encuentra, donde la búsqueda de aprobación social y la diversidad de criterios determinan una desorientación que es característica de la adolescencia, pues no olvidemos la base Cerato, que quedó definida anteriormente, y que el menor se caracteriza por ser una persona con un pobre desarrollo de la autovaloración y el autoconocimiento que lo presentan como un sujeto altamente manipulable, a quien las experiencias traumáticas han propiciado una desorientación en la

determinación de su conducta y en la toma de decisiones, que pone de manifiesto en las fugas reiteradas que presenta que no son planificadas, sino que surgen como una respuesta impulsiva ante situaciones de cierre, sin una premeditación del cómo y el fin de las mismas, con una tendencia a salir y deambular sin definir un objetivo al cual dirigirse; que pueden interpretarse como un símil de sus pensamientos y valoraciones, que se corresponden con el patrón al que responde. Unido a ello, se observa que existen situaciones traumáticas que han influido negativamente en el menor como el ingreso a la EFI lo que propició la relación con otros menores de conducta desajustada, con los cuales mantiene una relación constante y constituyen actualmente su marco de comparación, siendo influenciado a las opiniones y sugerencias de estos, incrementándose el número de salidas sin permiso llegando a cometer algunas en compañía de otros menores quienes las planifican.

A través de la observación se pudo percibir que el menor regula su comportamiento en función de las conductas de sus compañeros, con quienes constantemente se compara, lo que se comprobó a través de la triangulación de fuentes, con los informantes claves, que exponen “el se compara mucho, y se cree menos que el resto”, “actúa por ser igual que los demás porque en realidad se quiere y aprecia muy poco”. Esto evidencia que realmente el menor presenta muy baja autoestima constituyendo como segunda serie el patrón Larch, esencia que actúa sobre aquellos que no se consideran tan buenos como los que lo rodean, que esperan el fracaso, y por eso nunca se arriesgan ni hacen esfuerzo para lograr lo que quieren. Esto se refleja además a través del Machover en donde se evidencian sentimientos de inferioridad, así como en el Rotter donde señala al referirse a sus compañeros “son muy buenos” mientras que al hablar de sí mismo plantea “yo no soy muy bueno en casi nada”.

A esto se suma el hecho de que el menor es rechazado en la comunidad por su conducta, lo cual influye negativamente en su autoestima, expresando la madre durante la entrevista “en el barrio nadie lo quiere y eso él lo siente y se compara con los demás muchachos y claro él no es igual”. Referente a esto el menor plantea “yo no me llevo con la gente del barrio ellos no son como yo”.

A partir del análisis e integración de todos los elementos evaluados, se pudo completar el diagnóstico multiaxial del menor, quedando conformado de la manera siguiente:

**Eje I:** Trastorno Afectivo-Conductual

**Eje II:** Cerato/Wild Oat/ Larch

Z03.2 No hay diagnóstico. Características de personalidad antisocial en formación.

**Eje III:** No se evidencian aspectos significativos.

**Eje IV:** Padre ausente, alcohólico.

Rechazo en la comunidad.

Relaciones interpersonales con personas de conducta disocial.

**Eje V:** EEAG= 50.

Este diagnóstico permitió una mayor comprensión del menor y las conductas por las que fue evaluado, así como las causas y condiciones de la estructuración del trastorno que presenta. Posibilitó establecer los objetivos terapéuticos a seguir con el adolescente, a partir de la necesidad de fomentar su sentido de vida y autonomía, teniendo en cuenta la secuencia CA2, además de potenciar autovaloración y autoestima, estimular sus virtudes y potencialidades a partir del trabajo con la familia, el menor y el entorno, actuar desde las características estables de su personalidad hasta la modificación de las vivencias negativas sobre los acontecimientos vitales de su vida que influyen en su comportamiento actual.

#### *Caso 2 YML, 15 años*

YML fue evaluado por haber cometido hechos que la ley tipifica como delito para mayores de edad (hurto), se muestra irrespetuoso y negativista con las autoridades, respondiendo con agresividad a las problemáticas que se le presentan, realiza reiteradas indisciplinas en el centro de estudio y en la comunidad, trasnocha y no tiene control familiar.

Se pudo determinar que el mismo responde a un patrón Chicory como curador, avalado fundamentalmente por su historia vital como un menor intranquilo y egoísta desde edades tempranas, que se ha caracterizado por ser posesivo con los que lo rodean, lo cual se fundamenta en lo expuesto por la madre cuando expone “él vive muy apegado a mí y es muy exigente conmigo”. Presentó desde pequeño dificultades de adaptación e intranquilidad en el aula, así como en las relaciones con sus compañeros, siendo muy demandante en las mismas, lo cual se conoció a través de los documentos oficiales revisados.

Sin embargo, en este caso se observó un predominio del patrón correspondiente a Heather, como ayudante, pues en el trabajo grupal realizado con los informantes clave se pudo precisar que realmente es un menor demandante de atención, egocéntrico, calculador. Al respecto se señala: “él es muy payaso y excéntrico, lo hace todo para llamar la atención y que le hagan caso”, “molesta y fastidia siempre por trivialidades exigiendo atención constante ya sea por un dolor, por una protesta, el caso es que siempre hay que estar pendiente de él”. A través del expediente y la historia social se conoce que estas características constituyen un patrón estable en su personalidad, presente desde edades tempranas. Todos estos elementos fueron corroborados a través de las observaciones realizadas.

En entrevista realizada a la madre, en los documentos oficiales revisados, así como en el grupo nominal se conoció que el menor se ha desarrollado en el marco de una familia disfuncional

e incompleta, con ausencia de la figura paterna, al cual hace dos años no ve, sintiendo la falta del mismo, con necesidades afectivas en este sentido. Estas características del medio influyen en que en el menor no se cubran las necesidades elementales de vida, se han empleado métodos educativos de manera inestable e ineficientes como la imposición, con una carga importante de agresividad física y verbal que ha generado en el menor una actitud sumisa fundamentalmente en su medio familiar y una latente agresividad que lleva a las relaciones en la escuela. Todo lo cual ha sentado las bases para el establecimiento del “patrón errático” de conducta observado.

Las relaciones con el padrastro no han sido buenas, existen en el hogar patrones de conducta inadecuados, siendo la madre la portadora de los mismos, con alteraciones psicopatológicas que hacen que prevalezca en el medio familiar una atmósfera insatisfactoria que afecta la relación madre-hijo, generándose en el menor marcadas necesidades afectivas, e instaurándose una idea obsesiva hacia esa figura. Esto se refleja en el Rotter cuando expone “mi madre es lo más grande en mi vida”, y en el Machover donde hay indicadores de sentimientos de dependencia hacia esta figura. Toda esta situación caracterizada por el autoritarismo, la ignorancia de los intereses y opiniones del menor, han influido en que se instauren en YML comportamientos demandantes y autocentrados.

En cuanto a la segunda serie, los informantes clave plantean “él siempre protesta por todo, sus problemas es lo único que importa”, “es muy egocéntrico y siempre está pendiente de sí mismos”, “él inyecta a los demás con su inconformidad y sus preocupaciones”, lo cual sienta las bases para el establecimiento de un patrón Willow o de resentimiento crónico. Este patrón, que caracteriza el comportamiento actual del menor, ha surgido como respuesta a los traumas de su vida, específicamente la situación familiar inadecuada, la incorporación a la escuela de conducta y posteriormente a la EFI, y el vínculo con jóvenes de conducta desajustada similar a la suya. Expresiones que avalan este criterio se encontraron en las entrevistas realizadas donde el menor expone “yo no me merezco estar en esta escuela”, “las cosas que han pasado no debieron suceder”. No debemos olvidar que estamos hablando de un sujeto con características Chicory-Heather, para quien el entorno no brinda patrones que le ofrezcan seguridad y un lugar donde saciar su sed de amor, desarrollando estrategias de manipulación que al no ser exitosas se extiendan caracterológicamente a Willow, convirtiéndolo en un negativista. (Rodríguez, 2009)

Este resentimiento lo traspola en sus relaciones interpersonales con el resto de los coetáneos del centro y con los oficiales del mismo, mostrando comportamientos negativistas y oposicionistas ante cualquier actividad que se proponga o se oriente, ya sea en la escuela o en la comunidad, manifestaciones típicas del resentimiento. Todo lo antes expuesto se pudo constatar en las observaciones realizadas y en

el trabajo con los informantes clave. Por tanto el diagnóstico multiaxial queda conformado de la manera siguiente:

**Eje I:** Trastorno Afectivo-Conductual

**Eje II:** Chicory/Heather/Willow

Z03.2 No hay diagnóstico. Características de personalidad en formación: negativista

**Eje III:** No se evidencian aspectos significativos.

**Eje IV:** Situación familiar inadecuada.

Patrones de influencia negativa.

Mal manejo educativo.

Relaciones interpersonales con personas de conducta disocial.

**Eje V:** EEAG= 40.

En el caso de este menor resultó muy esclarecedor para el equipo de trabajo la determinación de CAS pues permitió comprender el comportamiento del mismo, y el porqué de las conductas negativas que ha asumido. Esto favoreció una estrategia de intervención dirigida a sus verdaderas necesidades pues anteriormente se buscaba solo trabajar dichas conductas sin entender la base de las mismas, enfocándose en el defecto ya instaurado, dejando a un lado el trabajo con las vivencias del menor a partir de las experiencias resistentes y penetrantes que determinan su conducta, sin particularizar en el resentimiento y las características personológicas de búsqueda de atención que surgen como respuesta a las carencias afectivas que presenta. Se logró individualizar aún más la conducta terapéutica a seguir con el menor y la importancia de trabajar sobre las potencialidades que presenta fomentando la virtud sobre el defecto.

#### *Caso 3: ORL, 12 años*

El menor presenta un deterioro conductual en las diferentes áreas en que interactúa, se ausenta del hogar y la escuela, ha cometido fechorías y hechos delictivos para mayores de edad, muestra conductas exhibicionistas y de masturbación en espacios sociales, procede de un medio disfuncional donde es irrespetuoso con sus familiares. Se aprecia un estado de ánimo acorde con esta situación al presentar un malestar subjetivo y un deterioro en la esfera de relaciones sociales. Todo esto ha incidido en que se agraven las dificultades con coetáneos y adultos.

Teniendo en cuenta su historia social y las características temperamentales se observa que es un menor retraído, tímido. En entrevista con la madre, esta señala que “él es un niño miedoso, siempre le ha tenido miedo a todo, a los fantasmas”. Predomina en el menor un estado ansioso, presenta dificultades en el sueño, insomnios, pesadillas frecuentes con monstruos, datos que se conocen en el análisis de la evaluación psicológica. Lo antes expuesto evidencia características de Mimulus como curador.

En la entrevista en profundidad el menor señala indistintamente “hay un vecino mío que me cae atrás y yo le tengo miedo”, “le tengo miedo a la noche”. A través de la observación se percibió que es un menor retraído, que es objeto de chantaje por parte del resto de sus compañeros, quienes se burlan de él constantemente y no lo incluyen en su grupo de relaciones, a lo cual el menor no ofrece resistencia y responde pasivamente con un patrón evitador del comportamiento, lo cual se corresponde efectivamente con Mimulus, que se caracteriza por la pérdida de la capacidad de defensa de la propia individualidad.

Teniendo en cuenta esta base como curador de la personalidad de ORL se apreció además que el menor creció en el marco de una familia disfuncional, con el empleo de métodos educativos ineficaces como el liberalismo y la convivencia pacífica (Ares, 1990), con poco control de sus actividades, lo que ha generado que no existan normas y patrones que guíen su actuar. Su papá es alcohólico, poco afectivo, el menor lo rechaza porque lo golpea. La comunicación entre ambos padres a raíz del divorcio es mala, situación que es percibida por ORL, aflorando en las técnicas una marcada carencia afectiva (Rotter, Machover y Cinco deseos).

Estas experiencias resistentes y penetrantes han influido en que ORL responda a un patrón Wild Oat como ayudante, instaurándose la dificultad en determinar cuáles son realmente sus intereses, sus vocaciones, su camino a seguir como rasgo de su personalidad, independientemente de la etapa evolutiva en que se encuentra, pues es un menor que desde antes de la adolescencia muestra comportamientos inseguros e inestables, dada la situación familiar inadecuada que presenta y las marcadas necesidades afectivas y de orientación a las cuales no sabe si podrá dar respuesta. En ninguna etapa de vida existió un patrón de autoridad y guía que lo educara en la búsqueda de soluciones ante las problemáticas que se le presentan. Así, se formó en un medio inestable que promueve la inseguridad e incertidumbre en cuanto a su futuro, sin que se estimulara un adecuado autoconocimiento que posibilite la estructuración de objetivos reales en su vida y en correspondencia con sus habilidades e intereses, trasladando esta desorientación a la esfera sexual, en la cual asume comportamientos exhibicionistas. Ante estas circunstancias y la ambivalencia que observa en su futuro adopta la fantasía como mecanismo de defensa, mostrándose imaginativo y fantasioso en sus relatos y las técnicas aplicadas. Esto se constata con los informantes clave quienes señalan: “es muy mentiroso”, “las situaciones y conflictos de su vida ante los cuales no sabe cómo actuar los soluciona con la mentira y la imaginación”. Wild Oat como ayudante se evidencia claramente en la siguiente expresión: “yo no sé qué va a pasar con mi vida”. Aunque es necesario destacar que resultó difícil de determinar, dado el mecanismo de defensa adoptado por el menor, pero en las técnicas proyectivas se pudieron apreciar fundamentalmente estas características; así en el Machover se observa que dibuja un niño, valorándose una proyección de sí mismo en esta figura sobre la cual narra

“es un niño que se porta mal porque en su casa son malos con él, no le gusta nada, ni se interesa por nada, él juega a que es feliz, pero en realidad no sabe qué hacer, porque nunca ha sabido”.

Esto refleja claramente la presencia de Wild Oat como ayudante matizado por las características de Mimulus como curador; es un menor que necesita de un medio donde se satisfagan sus necesidades de protección y seguridad. Al no encontrar este entorno facilitador, el menor se encuentra desorientado y confundido para con su futuro y en la formación de motivos e intereses que guíen su actuar.

En el paciente coexisten además sentimientos de inferioridad e incapacidad que provocan dificultades para conciliar el sueño y que afectan su desempeño. Esto se agudiza con la entrada al centro y la relación con otros menores de conducta desajustada, quienes lo rechazan. Dicha situación provoca que se materialice Larch como segunda serie. De esta manera queda entonces conformado el diagnóstico multiaxial de ORL:

Adolescente, 12 años

**Eje I:** Trastorno Afectivo-Conductual

**Eje II:** Mimulus/Wild Oat/Larch

Z03.2 No hay diagnóstico. Características de personalidad en formación evitadora.

**Eje III:** No se evidencian aspectos significativos.

**Eje IV:** Situación familiar inadecuada.

Rechazo de los coetáneos.

Escaso vínculo afectivo con la figura paterna.

**Eje V:** EEAG= 51.

La estrategia de intervención planificada con este menor se realizó a partir de la secuencia CAS, particularizando en las características de Mimulus como base de su personalidad y ofreciendo al menor herramientas para devolver su confianza y la capacidad de enfrentar las dificultades de la vida diaria, a partir de sus potencialidades, buscando eliminar la fabulación como mecanismo de defensa y los miedos vagos que están presentes en el menor.

Además, teniendo en cuenta que el exhibicionismo es una práctica compulsiva y que generalmente aparece en personas tímidas, pasivas y sexualmente inhibidas (Rodríguez y Orozco, 2005), el diagnóstico realizado posibilitó comprender este trastorno en el menor correspondiéndose sus características con este patrón. En función de esto los objetivos terapéuticos estuvieron dirigidos a orientar al paciente, trabajando sobre las potencialidades del adolescente, su familia y el entorno, lo que posibilitó un estado anímico favorable y obtener un control superior de sus impulsos y una elevación de la autoestima y la autonomía.

*Caso 4, REC, 15 años*

El menor ingresa al centro por transgredir las normas sociales reiteradamente. Además es comisor de un hecho que la ley tipifica como delito para mayores de edad, con una carga importante de agresividad en los comportamientos que presenta, se muestra rebelde ante las autoridades y con sus coetáneos, gusta de imponer su voluntad y asume comportamientos de riesgo ante situaciones de riesgo, empleando la fuerza, participa en riñas y peleas en el centro de estudio y comunidad.

Al explorar las características de personalidad de REC se observó que desde edades tempranas se ha caracterizado por ser un menor “difícil de tratar”, como expone su madre en la entrevista realizada. Se aprecia en la historia vital que es un menor activo, que impone su voluntad a los demás, características que se corresponden con Vervain como curador. En entrevista con la madre se aprecia que desde pequeño “tuvo un carácter fuerte, las cosas siempre había que hacerlas como él quería”. La observación permitió también corroborar la presencia de este patrón, donde se evidenció que es un menor impositivo, que gusta de hacer su voluntad, se comporta intolerante ante las propuestas, es dominante.

Al explorar la situación social de desarrollo en la cual se ha desenvuelto se observa que el menor ha crecido en familias con patrones similares, conviviendo indistintamente con su abuela, su mamá y su padre, las cuales han sido disfuncionales, empleándose indistintamente métodos educativos ineficaces, como el liberalismo, con imposición por parte de su padre y la sobreprotección por parte de su representante legal, la madre, todo lo cual ha generado un nivel de independencia por encima de su edad y desarrollo. En las técnicas empleadas afloró un rechazo a la conducta del representante legal padre, siendo el mismo poco afectuoso e intentando el control mediante la agresividad, la cual es trasladada por el menor a las relaciones sociales. Esta generó que fuera evaluado por el CDO a edades tempranas y ubicado en una escuela especializada en este tipo de trastorno. Se aprecia un seguimiento de su conducta en el período en que permaneció en la Escuela de Conducta sin cambios significativos.

Como ayudante se ha elegido Vine, pues es un adolescente agresivo, con baja tolerancia a la frustración cuando las cosas no se realizan según su voluntad. Estas características hacen que ejerza el liderazgo mediante la agresividad, respondiendo de manera violenta ante los intentos de controlar y dirigir sus actividades.

En la segunda serie se pone de manifiesto un patrón Beech. Estas características tienen de base la autovaloración que hace de sí, donde afloran sentimientos de inferioridad, valora solo características positivas y negativas de manera aislada, quedando en el plano valorativo siempre con ayuda de los técnicos, no se da un desarrollo pleno de la autoconciencia, pues la función reguladora de la actividad aún no está consolidada. Esto justifica la necesidad de imponer su voluntad y actuar como líder negativo

dentro del grupo, utilizando la agresividad para contrarrestar estos sentimientos.

Adolescente, 15 años

**Eje I:** Trastorno Afectivo-Conductual

**Eje II:** Vervain/ Vine/Beech

Z03.2 No hay diagnóstico.

**Eje III:** No se evidencian aspectos significativos.

**Eje IV:** Situación familiar inadecuada.

Relaciones con jóvenes de pésima conducta social.

Madre con alteraciones psíquicas.

**Eje V:** EEAG= 55.

Al establecer el diagnóstico de CAS se pudo comprender con mayor claridad la agresividad que manifiesta el menor, y que se evidencia claramente en el Centro, por lo que se avaló la estrategia de intervención a partir de este análisis buscando fomentar estrategias no solo de autocontrol de la ira como se trabajaba hasta el momento, sino a partir de potenciar sus capacidades y fortalezas, reestructurándolas hacia un contenido positivo, desarrollando una mayor tolerancia ante lo que no es aceptado por él y un manejo más adecuado de sus frustraciones, y así contrarrestar su liderazgo en el grupo.

*Caso 5 DHT, 15 años.*

Adolescente que ingresa al centro por ser portador de un trastorno afectivo-conductual. Presenta una marcada resistencia a la autoridad, llegando a agredir a familiares y otros adultos como la policía, se muestra rebelde e intenta imponer su voluntad en todo momento, atentando contra su vida para obtener su propósito.

El estilo de personalidad de este menor se corresponde en gran medida con las características atribuidas a Vervain como curador en función de su situación social de desarrollo. Es descrito como un adolescente que desde pequeño fue insensible al miedo y a la culpa. Para probar su valor se expone directamente al peligro o al castigo. Esto se evidencia en entrevista con su madre cuando expone que obtiene un gran placer compitiendo y humillando a los otros, es muy discutiendo, áspero, fuerte y le gusta dominar.

Es un menor que intenta resquebrajar el medio familiar llegando a tener fuertes riñas con sus padres, fundamentando su inadaptación en esta esfera por la distorsión entre las condiciones de vida y las aspiraciones económicas del menor. Estas demandas y exigencias se han instaurado en el adolescente desde edades tempranas, no existiendo límites y reglas que regularan sus impulsos, buscando constantemente los progenitores alternativas de solución que permitieran satisfacer sus deseos

de manera inmediata, cooperando ambos para satisfacerlas en la medida de sus posibilidades, a pesar de sus bajos ingresos, lo cual resulta actualmente imposible, y crea un umbral bajo de frustraciones. Como consecuencia de esto se instaura un marcado rechazo hacia su familia y una pobre identificación con ella; esto se intensifica con un mal manejo familiar a las características del menor, pues en los primeros años de vida la agresividad primó como método educativo.

Estas condiciones determinaron un comportamiento disfuncional del menor en el hogar donde se muestra constantemente agresivo, hostil, terco, egoísta y dominante, llegando a agredir física y verbalmente a sus padres y hermanos, utilizando incluso armas blancas y otros utensilios para sus altercados, con un escaso control emocional y de los impulsos ante situaciones de conflicto, lo que lo conduce a actuar con escasa responsabilidad, respondiendo de forma brusca, violenta y desorganizada, sin reflexionar sobre límites ni consecuencias. Como elementos de interés destacamos que es un adolescente con poca coordinación entre el impulso y el control, un comportamiento generalmente insensible a los sentimientos de los demás miembros de la familia, predominando un temperamento irritable, así como deficiencias en la capacidad para empatizar con las necesidades de los mismos, el umbral de frustración es bajo, con poco nivel de tolerancia, lo que repercute en la respuesta emocional ante situaciones de conflicto, no asumiendo responsabilidad en sus actos, pues no muestra culpa o remordimiento por las consecuencias de su violencia y su destructividad en el medio familiar.

Estas condiciones determinan que sea un adolescente con ansias de poder, y baja tolerancia a la frustración. Estos elementos contribuyen de manera decisiva a la elección de Vine como ayudante. Las personas en este patrón consideran que la única oportunidad que tienen de sobrevivir en un mundo de fieras es mediante la dominación y el control. En resumidas cuentas ambicionan el poder en todas sus presentaciones. Su temperamento es hostil, excitable e irritable.

Sus ataques tienen un carácter verbal y físicamente dominante, se asemejan a grandes explosiones que responden más a liberaciones emocionales que a respuestas sociales. Antes de que pueda ser identificada y controlada la intensa naturaleza de esta explosión, se produce una rápida escalada de furia: “Son rabietas que pueden acabar en ataques físicos, pues como son individuos con pocas habilidades verbales, se sienten incapaces de responder a ellas de un modo adecuado”. Esta variante nos señala sin lugar a duda una extensión a conductas propias de Cherry Plum, como segunda serie, pues estas explosiones vienen más de la mente que del corazón, condicionando un elevado descontrol conductual en el menor. Aunque pudiéramos hipotetizar que es un descontrol “aprendido” y ejecutado para liberar los intensos impulsos agresivos que difícilmente puede contener. No se manifiesta arrepentimiento ni culpa una vez ejecutado el ataque.

Adolescente, 15 años

**Eje I:** Trastorno Afectivo-Conductual

**Eje II:** Vervain/Vine/Cherry Plum

Z03.2 No hay diagnóstico.

**Eje III:** RDP

**Eje IV:** Métodos educativos inadecuados.

**Eje V:** EEAG= 58.

En este adolescente resultó muy interesante y esclarecedor el diagnóstico realizado pues es un menor que necesita aprender a amar y a empatizar con las necesidades de los demás para poder lograr un control de sus impulsos y regular sus demandas en función de las posibilidades reales, logrando mayor tolerancia. En correspondencia con esto se traza la estrategia de intervención, en la cual juega un papel importante la orientación a la familia en cuanto al manejo del adolescente.

De manera general a través de los casos analizados se aprecia cómo las caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach brindan los elementos necesarios para realizar una completa caracterización de un paciente con trastorno de conducta posibilitando un diagnóstico certero y una comprensión de las conductas que presentan estos menores, a partir de las vivencias y características estables de su personalidad que condicionan la instauración de mecanismos de afrontamiento a los conflictos que se le presentan, los cuales no se corresponden con las normas sociales y determinan su conducta desajustada, logrando comprender la dinámica interna de la personalidad de estos menores que condiciona la expresión de la patología que presentan, valorando más allá de las conductas visibles y por las cuales ingresaron al centro al definir su raíz.

Establecer este diagnóstico permite confeccionar una estrategia terapéutica más particularizada según la individualidad de cada uno de los casos, siendo un esquema flexible que especifica las necesidades de estos menores sobre las cuales dirigir la terapia, y trabajar sobre sus potencialidades para desarrollar las virtudes que cada uno necesita, actuando no solo desde las conductas visibles sino a partir de aquellas condiciones internas que dieron origen al trastorno, completando de esta forma la estrategia llevada a cabo por el centro con la familia, el menor y el entorno.

A partir del estudio realizado se lograron diagnosticar las características de personalidad en formación de los menores objetos de investigación, evidenciándose como elemento común la presencia de Trastorno afectivo-conductual. Como características de personalidad comunes en los adolescentes estudiados encontramos: irritabilidad, intranquilidad, hiperactividad, inseguridad, distractibilidad de la atención, dificultades en la capacidad de aprendizaje. El análisis de la personalidad desde el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach permitió establecer el curador, ayudante y segunda serie de cada uno de los menores estudiados, ofreciendo la posibilidad de sistematizar la relación entre personalidad, psicopatología y constructos descritos por Bach en el área de acción de sus esencias florales. La definición de CA2 brindó elementos para alcanzar un mejor diagnóstico, así como una mayor comprensión de las características personológicas de estos menores.

# Referencias

- American Psychology Association (1999): DSM-IV. Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson.
- Arés, P. (1990): Mi Familia es así. La Habana: Edit. Ciencias Sociales.
- CIE-10. (1992): Trastornos mentales del comportamiento. OMS: Meditor
- García, E.; Gil, J. y G. Rodríguez (2004): Metodología de la Investigación Cualitativa. La Habana: Félix Varela.
- Íñiguez y Rueda (1999): “Investigación y Evaluación Cualitativa. Bases Teóricas y Conceptuales”. Revista de Atención Primaria, 23(8): 10-18.
- Moreno, A. (1998): Sistema terapéutico en la relación padre e hijo: una alternativa en la modificación de la conducta del adolescente disocial. Trabajo de Diploma, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Santa Clara.
- Orozco, R. (2010): Flores de Bach 38 caracterizaciones dinámicas. Barcelona: El Grano de Mostaza.
- Rodríguez, B. (2009): El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria. Hereford: Twelve Healers Trust.
- Rodríguez, O. (2005): Salud mental infanto-juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Stenhouse, L (1990): “Conducción, análisis y presentación del estudio de casos en la investigación educacional y evaluación”. En J. B. Martínez. Hacia un enfoque interpretativo de la enseñanza. pp. 69-85. Granada: Universidad de Granada.

# ESTUDIO de CASOS



# Remedios Florales de Bach para niños con Parálisis Cerebral Infantil



**Liamne Morgade Ramos**

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas



**GC Bach**

Grupo Cubano de Investigación del Sistema  
Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach

[www.gcbach.uclv.edu.cu](http://www.gcbach.uclv.edu.cu)

Portada

Índice

La presente investigación se realizó con el objetivo de evaluar los beneficios que reportan las esencias florales de Bach a la estimulación del desarrollo de niños con deficiencias psicomotrices en un Centro de Restauración Neurológica para niños del municipio de Aguada de Pasajeros, provincia de Cienfuegos. Se llevó a cabo a través de un enfoque cualitativo utilizándose el estudio de casos múltiples. La muestra estuvo conformada por seis niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil, en edades entre dos y catorce años, cuatro del sexo femenino y dos del masculino. Los principales resultados denotaron los beneficios diversos y positivos de las esencias florales de Bach en el desarrollo de la psicomotricidad de los niños del estudio, especialmente en procesos como la atención, la memoria, el lenguaje y la motricidad.

**Palabras clave:** Parálisis Cerebral Infantil, Remedios Florales de Bach

La concepción de la discapacidad en niños de manera general es un poco controvertida, pues a pesar de haber ido evolucionando con el tiempo la visión global de los trastornos infantiles que implican algún tipo de defecto físico o mental, todavía se hace difícil de entender por gran parte del mundo lo complicado de este fenómeno y las posibilidades de desarrollo de los mismos a través de una tenaz y paciente estimulación.

El ejemplo de la lucha por estos principios de ayuda y comprensión hacia ellos se observa en los esfuerzos primeramente por encontrar la forma, desde una visión científica, de prevenir dichas enfermedades; y por tratar además de garantizar una mejor calidad de vida desde los programas de rehabilitación y estimulación temprana que se conciben con varios propósitos terapéuticos.

Como muestra de estos trastornos que afectan en gran medida la vida de cualquier ser humano tenemos a la Parálisis Cerebral Infantil (PCI), un trastorno que si bien tiene causas diferentes, la similitud de quienes la padecen se centra en las dificultades de índole psicomotriz que provoca. De manera general da lugar a una serie de problemáticas en torno al sujeto, que van desde lo físico hasta lo psicológico, y que por consecuente hacen del mismo un ser desde cierto punto de vista discapacitado.

Esta patología se considera como uno de los trastornos neurológicos más frecuentes en niños, con una incidencia aproximada en los países industrializados de 2 casos por cada 1 000 niños nacidos vivos. En los últimos años se registra un ligero aumento de la incidencia, debido probablemente a una mayor supervivencia de recién nacidos con bajo peso al nacer. (Puyuelo, 2001)

La existencia de esta y otras patologías que no tienen reversibilidad hacen que exista en el mundo, y especialmente en nuestro país, una gran cantidad de niños con necesidades de estimulación para su desarrollo. La elevada frecuencia y los trastornos añadidos a estos hacen necesaria la colaboración de numerosas ramas científicas en su estudio, así como toda una serie de enfoques de cara a la rehabilitación y determinados aspectos específicos en el ámbito educativo. Como ejemplo de estas instituciones en Cuba tenemos a los Centros de Restauración Neurológica para Niños, donde se conciben diferentes estrategias para la rehabilitación del paciente con dificultades psicomotrices.

Teniendo en cuenta que estas actividades para la estimulación del desarrollo neuromadurativo se pueden ampliar en gran medida con otras modalidades como la terapia floral, y conociendo que su utilización ha tenido buenos resultados en la estimulación de determinados procesos cognitivos en niños con dificultades en el aprendizaje (Cuba y Vega, 2006 citado por Rodríguez, 2009), también en el retardo del desarrollo psíquico (Herrera, 1999 citado por Rodríguez, 2009); en el retraso mental leve (Rodríguez,

2001), y en una niña con parálisis cerebral infantil (Vázquez, Armas y González, 2006), se decide emplear en uno de estos centros ya referenciados anteriormente, las esencias florales en niños con PCI, dada la importancia que reviste para la ciencia desde el punto de vista teórico lograr un acercamiento a la realidad que presentan dichas enfermedades desde las Flores de Bach y considerando los cambios positivos que las mismas pueden llevar a cabo teniendo en cuenta sus ventajas y potencialidades en la práctica terapéutica de manera general ya demostrada en otros campos de investigación.

La presente investigación se destaca además por lo novedoso de su realización, ya que existen muy pocos estudios con dichas características en este ámbito específicamente, por tanto para materializarla se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué beneficios reportan las esencias florales a la estimulación del desarrollo de un grupo de niños con deficiencias psicomotrices del Centro de Restauración Neurológica de Aguada de Pasajeros perteneciente a la provincia de Cienfuegos?

El objetivo general de la misma lo constituyó:

- Describir los beneficios que reportan las esencias florales de Bach, en la estimulación de algunos niños con deficiencias psicomotrices que asisten al Centro de Restauración Neurológica de Aguada de Pasajeros, provincia de Cienfuegos.

Y los objetivos específicos fueron:

- Identificar las principales dificultades psicomotrices de los niños que componen la muestra antes del tratamiento con las esencias florales.
- Implementar el tratamiento de las esencias florales en cada uno de los casos.
- Determinar las áreas de mayores resultados una vez implementado el tratamiento con esencias florales de Bach en los niños estudiados.

La investigación se realizó a través de un enfoque cualitativo, el cual se distingue esencialmente por orientarse a describir e interpretar los fenómenos, y es adecuado para los investigadores que se interesan por el estudio de los significados de las acciones humanas desde la perspectiva de los propios agentes sociales.

Se utilizó como estrategia el estudio de caso, considerado como “método que implica la recogida y registro de datos sobre un caso o casos, y la preparación de un informe o una presentación del caso” (Stenhouse, 1990 citado por Rodríguez, Gil y García, 2004, p. 92). Específicamente se trabajó desde el diseño de casos múltiples donde “se utilizan varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea explorar, describir, explicar, evaluar o modificar”. (Rodríguez, Gil y García, 2004, p. 96)

La muestra la integraron pacientes del Centro de Restauración Neurológica para Niños del municipio de Aguada de Pasajeros, perteneciente a la provincia de Cienfuegos. Quedó conformada por seis niños de edades entre 2 y 14 años de edad, cuatro del sexo femenino y dos del masculino, con un diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil en todos los casos. Los sujetos estudiados fueron incluidos en la investigación teniendo en cuenta criterios como: encontrarse en un ciclo de tratamiento en dicho centro y haber estado en ciclos anteriores para poder comparar las primeras evoluciones con la presente luego del tratamiento con las esencias florales de Bach. Se excluyeron a los menores con epilepsia debido a la propia naturaleza de este padecimiento.

De manera general se llevó a cabo a través de tres fases o períodos fundamentales que se complementaron unos a otros. Las etapas que se contemplan son:

La fase de diagnóstico básicamente estuvo orientada a la búsqueda de información acerca de las características psicológicas y motrices de los niños antes de la intervención con la terapia floral. Las técnicas en esta etapa fueron: Entrevista semiestructurada, Análisis de la historia clínica, Escala para medir el desarrollo psicomotor en la primera infancia (Brunet-Lezine), Aprendizaje de 10 palabras (Test de memoria), y la Observación no participante.

En la fase de aplicación se le suministraron las esencias florales a los sujetos, empleándose una fórmula única: Chestnut bud, Clematis, Scleranthus, y Walnut. La dosificación fue seis veces al día, cuatro gotas sublinguales durante un período de 21 días.

Por último la *fase de evaluación*, la cual estuvo presente en todo el proceso en la evaluación diaria de los casos.

## Análisis individual de los casos

### *Caso No 1*

Sujeto que llamaremos Holga, de 8 años de edad, del sexo femenino, nacida el 19 de julio de 2001. En el momento del nacimiento de la niña, la madre tenía 32 años. Es la segunda de dos hermanos, natural de Santo Domingo, provincia de Villa Clara.

Como datos significativos tenemos que el embarazo fue normal hasta los cinco meses en que la madre inicia una hipertensión gestacional siendo hospitalizada y comienza tratamiento con metildopa; se realizó además la inducción de la madurez pulmonar con bednazol y cesárea a las 32,5 semanas. Nace con llanto rápido sin cianosis, con un peso de 1 300 g, talla 44 cm, CC 28 cm, apgar 8-9, es trasladada a sala de neonatología e incubada con cámara de oxígeno. A los tres días presenta un íctero fisiológico agravado que resuelve con fototerapia, anemia al mes y medio de nacida por lo cual fue transfundida. Egresó al mes y 25 días. A los seis meses de edad es remitida a fisiatría diagnosticándosele una parálisis cerebral, tipo Triparesia espástica.

Diagnóstico: Lesión Estática del Sistema Nervioso Central de etiología prenatal por trastorno en la Etapa Proliferativa de la Corteza tipo Displasia Septo-Óptica.

En cuanto a su desarrollo madurativo se aprecia que siguió la luz con la vista a los 3 meses, realizó el gorjeo a los 5 meses, sus primeras palabras las dijo al año de edad (mamá, papá), logró el control cefálico a los 2 años, realizando los rolidos a los 2 ½ años, el arrastre a los 3, no realizó el gateo a su tiempo y aún no realiza la marcha, la sedestación fue a los 4 años y no logra la bipedestación; indicándonos un nivel de atraso significativo en cuanto a las adquisiciones que se evidencian en el desarrollo de un niño normal.

A través de las entrevistas a los profesionales del Centro de Restauración Neurológica del municipio de Aguada de Pasajeros, los familiares, y por pruebas anteriores, se puede decir que Holga ha tenido una evolución relativamente lenta.

Se caracteriza principalmente por ser una niña alegre, sociable, demostrándolo con sonrisas y señas a las personas que la rodean, al principio de la rehabilitación se mostraba poco colaboradora. Tiene baja tolerancia a las frustraciones y se observa un estilo educativo sobreprotector con respecto a la figura materna.

Desde los primeros ciclos de tratamiento se muestra, desde el punto de vista motriz, una hipertonía generalizada (espástica), fuerza muscular disminuida siendo más evidente en el miembro superior

derecho. Realiza la pinza con ambas manos pero con poca calidad, notándose dificultades en la flexión y extensión de los dedos. Existe además una tendencia a mantener la mano derecha en puño cerrado ocluyendo el pulgar en ocasiones.

Con respecto a la motricidad fina y praxis no logra armar rompecabezas y figuras con cubos, no copia figuras geométricas ni hace dibujos.

En todas las evaluaciones anteriores se pudo apreciar la evidencia de un retardo en el desarrollo psicomotor, en un rango de compromiso moderado, muy próximo a niveles graves con afectaciones en la totalidad de las áreas del neurodesarrollo; con mayores dificultades en el área del control postural y la motricidad.

Con los ciclos de tratamiento anteriores se logró que se incorporara en sedestación de forma activa por el lado derecho, que se mantuviera en esta posición sin apoyo y con una mejor postura. Y que lo realizara con un mejor apoyo del miembro afectado (MSD). También se consiguió que realizara el gateo alterno adelante con ayuda, con una mejoría en la coordinación de los miembros inferiores al realizar la acción y mejor alternación, obteniendo además un mayor equilibrio en la sedestación, manteniendo las caderas extendidas 10 segundos o más y parándose con apoyo en un mueble de forma más activa.

Otros avances en la motricidad fina se observaron en las acciones de recortar garabatos con la tijera, dibujo de la figura humana y realización de trazos horizontales con dificultad y copia del círculo.

En cuanto al validismo se aprecia primeramente que no puede ir sola al baño, no usa correctamente la cuchara, ni se viste y desviste por sí sola, lava sus dientes con ayuda, no expresa sus necesidades verbalmente sino por señas. Presenta control de esfínteres. En la esfera de la alimentación, la misma ingiere todo tipo de comidas. No muestra dificultades en la deglución ni en la masticación de los alimentos aunque en ocasiones muestra preferencia por algunos alimentos específicos.

Como logro de la fisioterapia se alimenta de forma independiente, utilizando correctamente los cubiertos.

En la esfera atencional siempre ha mostrado fluctuaciones en el proceso, se distrae ante algunos estímulos que llaman su atención, no siendo capaz de inhibirlos. Cuando comienza una acción generalmente no la culmina y pasa a realizar otra.

Con respecto a su memoria se exploró en la modalidad verbal auditiva, mostrándose un spam de retención inmediata de 4 elementos, la capacidad de aprendizaje mostrada por la paciente fue creciente durante el período de fijación de la huella logrando un rendimiento promedio de 9 elementos, con manifestación de perseveraciones discretas a nivel cualitativo del proceso. Logró una emisión mediata de 9 elementos, y acceder al resto de la huella mediante el proceso de reconocimiento, por lo que existe

relativa estabilidad de la huella aprendida.

El lenguaje es disártrico, impresionando espasticidad en las cuerdas vocales. Muestra un rendimiento en tareas de fluidez verbal semántica de seis vocales. Por lo general cuando nomina o se refiere a algo se le escucha la última sílaba. En cuanto al lenguaje expresivo repite casi todas las palabras en su lenguaje y en cuanto al impresivo, relaciona objeto-palabra y comprende todo lo que se le dice y cumple órdenes sencillas, de acuerdo con sus posibilidades. Reconoce las vocales y las consonantes, aunque presenta dificultades al integrar la palabra. Las afectaciones en el área condicionan dificultades en la realización del trazo.

En el período de febrero comenzó un nuevo ciclo de tratamiento, y con ello comenzó a recibir durante 21 días una fórmula de esencias florales. Las mismas fueron suministradas por la madre, excepto durante el día que lo hacía la enfermera del centro.

Se pudieron observar varios cambios con el empleo de esta modalidad de terapia (agregada), los cuales ocurrieron de forma paulatina durante este período. Los logros fueron discutidos por los especialistas que estaban a su cuidado y tratamiento desde el inicio del proceso.

En cuanto a la atención se pudo constatar que la paciente logró una mayor cooperación en las actividades gracias a una mejor focalización de dicho proceso, manteniéndola por mayores espacios de tiempo y siendo esta más estable, resultado que no se había llegado a alcanzar en ninguno de los ciclos anteriores.

Aunque con respecto a la motricidad continuaron las dificultades para la marcha, se evidenció una disminución de hipertonia en miembros superiores, especialmente en el derecho que es el de mayores dificultades, incorporando el mismo a mayor cantidad de actividades, mostrando mejor amplitud y movilidad articular en este (muñeca), logro que no se había podido alcanzar hasta el momento. Además, se demostró un avance en la flexión y extensión de los dedos, no presentándose oclusión del pulgar.

Según refiere el fisioterapeuta, adquirió una mejor reacción de equilibrio en distintas posiciones, ganó mayor fuerza y mejor postura en posición sentada, colocándose de pie con mayor facilidad, alcanzando mejor coordinación en marcha con aditamentos en corrección de marcha en tijeras.

Mejoró el agarre del lápiz y esto dio al traste con que mejorara la calidad del trazado en las figuras geométricas. Formó torres de más de 10 cubos, y puentes de 3 a 5 cubos.

En cuanto al validismo como alcance significativo, logró cepillarse los dientes sin ayuda, se colocó prendas sencillas, dejando además de expresar sus necesidades por señas, por ejemplo para pedir agua lo realiza mediante la palabra.

Con respecto al lenguaje logró aumentar su vocabulario, consiguiendo comunicarse de una manera

más efectiva con niños y adultos; así como una discreta evolución en las dificultades del lenguaje expresivo en el aspecto lógico gramatical (omisión, sustitución, distorsión de fonemas), lo que hace que su lenguaje fuese más inteligible. Se apreció también una mejor movilidad de la musculatura orolingüofacial, realizando de forma activa los ejercicios prácticos de lengua según lo referido por la logopeda.

La opinión general de los profesionales se centró en el significativo progreso que obtuvo en el lenguaje pues se hizo notable su desarrollo en este período, con respecto a sus anteriores visitas al centro.

De manera general el aprendizaje resultó mayormente beneficiado también, destacándose en la distinción de los colores y en el conteo numérico, así como en las demás actividades que realizan tanto la logopeda como la defectóloga, las cuales refieren cambios favorables en la actitud ante el estudio y la comprensión de los diferentes fenómenos que son motivo de sus clases.

#### *Caso No 2*

Sujeto a la que llamaremos Dalia, del sexo femenino de cinco años de edad, nacida el 15 de octubre de 2004, natural de Aguada de Pasajeros, la madre gestó a los 24 años de edad, fue la primera al nacer de un embarazo gemelar, el cual transcurrió con amenaza de aborto en el primer trimestre y sepsis vaginal, ingresa a las 24 semanas y a las 32 ocurre una ruptura prematura de membrana (RPM), ya se había inducido la madurez pulmonar, inician las contracciones y tras 10 horas de trabajo de parto ocurre un parto eutócico, institucional, obteniéndose un primer recién nacido con llanto fuerte y pasados 2 minutos se obtiene un segundo recién nacido con llanto fuerte también. El peso del primer gemelar fue de 1 740 g, talla 45 cm, circunferencia cefálica (CC) 28.4 cm, circunferencia torácica (CT) 27 cm, apgar 8-9. Fueron trasladadas a sala de neonatología donde se hizo necesario la utilización de oxígeno por máscara permaneciendo en esta unidad durante un mes y medio, en este período presentó íctero fisiológico agravado que resuelve con fototerapia, y también sepsis respiratoria. Fueron egresadas al mes y medio con un peso de 5,8 libras. A los dos meses de nacida presentó una bronco-aspiración y a los seis meses tuvo fiebre y diarreas bacterianas.

Diagnóstico: Lesión estática del Sistema Nervioso Central de etiología prenatal (Trastorno de la migración neuroblástica tipo heterotopias periventriculares). Se comporta como Parálisis Cerebral tipo hemiparesia izquierda espástica.

Mediante entrevista al familiar se pudo precisar que el desarrollo psicomotor inicial fue de cierto modo deficiente, se apreció sonrisa social a los 3 ½ meses, gorjeo a los 4 meses, control cefálico a los 8 meses, ruidos a los 9 meses más frecuente a la derecha que a la izquierda, no realización de los 4 puntos ni del gateo, a la edad de dos años no realizaba aún la sedestación, la bipedestación ni la marcha, esta la

logró posteriormente de manera independiente pero con hemiparesia espástica izquierda y claudicación de dichas extremidades, también se describen deformidad por rotación interna de la pierna, estrabismo divergente y episodios de hipotermia que se acompañan de perturbación de la conciencia con duración de hasta 30 minutos. Las primeras palabras las pronunció a los 10 meses (tata, papá).

Dalia es una niña de buena apariencia personal e higiene, un poco tímida por lo que en los primeros momentos de las evaluaciones se muestra inhibida, pero mediante, lográndose un rapport que permitió posteriormente un ritmo de trabajo adecuado. En entrevista a la madre se pudo distinguir que en el plano afectivo es cariñosa, convive en un ambiente familiar adecuado, donde cuenta con comprensión y se le estimula para lograr avances. Se relaciona adecuadamente con su hermana gemela, manteniendo vínculos fuertes con esta. Actualmente se encuentra en el círculo infantil cursando el preescolar.

En relación con el área motriz se tiene que Dalia no realizaba la marcha; esta se logró en los primeros tratamientos que recibió en fisioterapia, además se consiguió que realizara la incorporación a la posición bípeda desde la posición semiarrodillada con apoyo de miembros superiores con una mayor calidad. Esta paciente no presenta limitaciones articulares, el tono muscular está conservado, se aprecia una disminución de la fuerza en el miembro superior izquierdo, no realizando la extensión del codo en este miembro de forma activa. Su principal dificultad en esta área radica en la rotación de la pierna derecha durante la marcha. Y con respecto a la motricidad fina muestra discretas dificultades a la hora de realizar las tareas de tipo manipulativas sobre todo en el control muscular para la ejecución de trazos y figuras geométricas, existiendo pobre calidad en el trazo de líneas verticales y horizontales.

En la esfera de la praxis se puede señalar que puede construir torres de más de ocho cubos, puentes de tres y cinco cubos, pero no logra hacer la barrera de cinco cubos, demostrando torpeza a la hora de ejecutar dicha tarea, al igual que armando el rompecabezas de cuatro piezas.

El validismo no se había alcanzado por completo en sus inicios, necesitaba de ayuda para vestirse y desvestirse, no pudiendo ponerse prendas sencillas, de igual modo para la toma de los alimentos se hacía necesaria la presencia de algún adulto aunque luego aprendió a hacerlo independientemente, pero aún no sabe utilizar el tenedor. Presenta enuresis nocturna y en ocasiones fecal.

Con respecto a la atención se precisa por las entrevistas, anteriores pruebas y observaciones que es muy inestable, no ha terminado de realizar una actividad y comienza otra dejando inconclusa la anterior; esta alteración provoca que se haga más difícil el trabajo educativo tanto en la escuela como en el hogar. Esto la ha caracterizado desde pequeña, aunque se concentra en actividades que le agraden como por ejemplo ver la televisión o jugar con su hermana o demás coetáneos.

El lenguaje tanto expresivo como impreso se encuentran conservados, lo cual se demuestra en

la emisión de frases, aunque existe una tendencia a hablar en voz baja por la propia timidez a la que se hacía referencia anteriormente. También se demuestra en la escala para medir el desarrollo psicomotor la enumeración de elementos en una figura y la descripción de una acción mostrada en una lámina. Desde el punto de vista impresivo muestra la comprensión de órdenes simples y combinadas al cumplir las diferentes tareas que se le orientan durante las evaluaciones, teniendo como único inconveniente la inestabilidad atencional.

De la memoria se pudo apreciar que en las primeras repeticiones de la propia prueba de aprendizaje de las 10 palabras la mayor cantidad de palabras retenidas fue entre 5 y 6, concluyendo que por las dificultades atencionales no se registró una mayor cantidad, al haberse visto afectada la memoria a corto plazo por esta inestabilidad de la atención; por ende la memoria a largo plazo también se mostró deficiente logrando recordar luego de una hora aproximadamente sólo cuatro palabras.

Tras haber sido evaluada en el ciclo que inició en el mes de febrero, comenzó a tomar las esencias florales por un período de 21 días, y teniendo como base los ciclos de tratamientos anteriores con sus respectivas evaluaciones, se puede decir que se apreciaron cambios cualitativamente superiores a los que se definan hasta el momento.

El primero y más significativo de estos cambios se centró principalmente en la atención. Este avance se comenzó a dar de manera paulatina, tanto en el hogar como en las actividades terapéuticas, siendo elogiado por los diferentes profesionales que realizan trabajo educativo con ella. Se puede describir como un desarrollo progresivo de la concentración y estabilidad de la atención que desde el inicio del tratamiento comenzó a hacerse notorio evidenciándose a través de observaciones y de las propias pruebas realizadas transcurridos 21 días de la terapia floral.

Asociado a este importante logro se vieron beneficiados otros procesos cognitivos como por ejemplo la memoria, la cual en la prueba de aprendizaje de las 10 palabras realizada por segunda vez al final del ciclo, se pudo precisar un spam de retención de palabras mayor que en la primera ocasión de aplicada la prueba, aproximadamente entre 8 y 9, demostrándose por consiguiente una mejor memoria a largo plazo pues el recuerdo de 7 palabras luego de 55 minutos demostró estabilidad de la huella aprendida.

Como otro importante avance con respecto a la motricidad fina encontramos el perfeccionamiento en el trazo de figuras geométricas, expuesto desde las opiniones de sus terapeutas y comprobado en las actividades realizadas en la prueba Brunet-Lezine, además de la construcción de barreras con cinco cubos.

En la motricidad gruesa se mantuvieron las mismas dificultades con la rotación de la pierna

derecha durante la marcha, pero en los ejercicios fisioterapéuticos se mostró una mejor calidad a la hora de ejecutarlos, con una mejor movilidad de dicha pierna.

También comenzó a adquirir nuevas habilidades para vestirse y para alimentarse, especialmente con tenedor.

Con respecto al lenguaje no se evidenciaron resultados significativos.

En Dalia se puede decir que los logros alcanzados tienen gran importancia para su progreso de manera general, ya que la existencia de una mayor estabilidad en la atención era necesaria para el cumplimiento de varios objetivos educativos y para el mejor desarrollo de los demás procesos cognitivos.

### *Caso No 3*

Sujeto a la que llamaremos Dunia del sexo femenino de cinco años de edad, nacida el 15 de octubre de 2004, fue la segunda al nacer del embarazo gemelar descrito en el caso anterior, fue un recién nacido con llanto fuerte, con un peso de 1 720 g. talla 45 cm, CC 28.4 cm, CT 27 cm, apgar 8-9. Diagnóstico: Lesión estática del Sistema Nervioso Central de etiología prenatal (Trastorno de la migración neuroblástica tipo heterotopias periventriculares). Se comporta como Parálisis Cerebral tipo hemiparesia derecha espástica.

En relación con el desarrollo psicomotor se puede apreciar que fue aparentemente normal, con gorjeo a los 4 meses, control cefálico a los 5, rolidos a los 8 meses, logra los 4 puntos, el gateo, la sedestación antes del año y a los 17 meses bipedestación y la marcha. Primeras palabras a los 10 meses (tata, papá). Actualmente presenta claudicación de las extremidades derechas durante la marcha, con incremento del tono muscular a ese nivel.

De manera general se puede describir como una niña sociable, de buen aspecto personal e higiene, con buenos modales y desinhibida, a diferencia de su hermana Dalia, la cual es un poco tímida. Es muy alegre y se expresa con mayor fluidez, haciendo uso de un vocabulario acorde a su edad. También cursa estudios preescolares en un círculo infantil.

Con respecto a la motricidad gruesa y fina a través de entrevistas y anteriores pruebas se demuestra que existen dificultades en la marcha, la cual al principio realizaba con apoyo, existiendo hemiparesia izquierda con rotación interna del pie izquierdo, esto es una de sus mayores dificultades. Realiza la sedestación y el gateo.

En las habilidades manipulativas moviliza las extremidades superiores pero utiliza más el miembro superior derecho que el miembro superior izquierdo. Realiza el agarre objetal, desde el punto de vista práctico construye puentes y torres con cubos y además hace copia de las figuras geométricas, trazos verticales, horizontales y construye rompecabezas de cuatro piezas.

Con respecto al proceso atencional se evidencia una inestabilidad, así como intranquilidad que entorpece las actividades educativas o en el hogar.

En cuanto a la memoria, también influenciada por las características ya descritas de la atención mostró en la prueba de aprendizaje de 10 palabras una retención de aproximadamente entre 4 y 7 palabras en cada una de las repeticiones iniciales, siendo de 4 en la última ocasión luego de transcurridos 50 minutos. De este modo demostraba las dificultades para fijar la huella por la relación existente entre ambos procesos, por lo cual las deficiencias de atención se ven reflejadas en la capacidad para el uso de la memoria inmediata y por ende la mediata.

Dunia presenta habilidades adquiridas para la realización de actividades como vestirse y desvestirse, para ingerir alimentos; se aprecia además por entrevista a la madre que presenta adecuado control de esfínteres, la mayoría de las actividades de aseo las realiza independientemente, exceptuando el baño para el cual necesita de la ayuda de un adulto. De manera general presenta validismo adquirido.

Su lenguaje se caracteriza por ser bastante fluido, realizando la emisión de oraciones con varias palabras que denota un vocabulario acorde a la etapa de desarrollo por la cual está atravesando. Describe acciones y señala objetos de las figuras presentadas, por lo que se evidencia un lenguaje expresivo conservado. Con respecto al impresivo comprende órdenes tanto sencillas como complejas.

Al igual que su hermana, en un período de 21 días durante el mes de febrero estuvo bajo tratamiento con las esencias florales de Bach. Específicamente en este ciclo los cambios fueron muy pocos, y los logros se centraron principalmente en la esfera atencional, muy similar a lo ocurrido con su hermana gemela. Debido a esto la madre de ambas expresa estar muy contenta ya que esto favoreció en gran medida el trabajo terapéutico, la conducta en el hogar y demás actividades.

En este caso los cambios comenzaron por ser pequeños, pero con el paso de los días se precisó mayor estabilidad de la atención y mayor concentración en las actividades, según referencias de los profesionales que trabajan con Dunia esta actitud permitió una mejor cooperación para los ejercicios de fisioterapia, lográndose además en esta área una mejoría notable en la realización de la marcha, dificultad que es considerada una de las principales por las cuales necesita rehabilitación motriz.

#### *Caso No 4*

Sujeto al que llamaremos Alejandro del sexo masculino de 2 años de edad, nacido el 22 de agosto de 2007, natural de Trinidad en la provincia de Sancti Spiritus. Es el primero de dos hijos. El embarazo transcurre con amenaza de aborto en el primer trimestre donde le es indicado reposo a la mamá. También se realiza amniocentesis por edad materna (37 años).

En el último trimestre es ingresada por hipertensión arterial. El parto ocurre a las 38,1 semanas

por diagnosticarse sufrimiento fetal y realizan cesárea de urgencia. Nace deprimido, meconio intenso, dificultad respiratoria con reanimación dos veces. Es acoplado a ventilación artificial durante dos días. Luego permanece con oxigenoterapia y en cunero por trece días. Su peso fue de 2 300 gramos. Al sexto día hace sepsis generalizada con tratamiento antimicrobiano. No convulsionó.

Diagnóstico: Lesión estática del Sistema Nervioso Central de causa pre y perinatal que se expresa como retardo del desarrollo psicomotor.

Evolutivamente se puede apreciar un retardo del neurodesarrollo dado por un sostén cefálico a los cuatro meses, ruidos a los 8 meses y no realiza ni la sedestación ni la bipedestación. Con respecto al lenguaje su mamá plantea que dice palabras aisladas pero de forma inconstante.

Como características principales podemos decir que es un niño muy dependiente de su mamá, principalmente porque no camina, además porque la reclama constantemente cuando no está. En las sesiones terapéuticas se muestra intranquilo y a veces llora, por lo cual resulta difícil realizar los ejercicios de fisioterapia correctamente. También se debe destacar que hay presencia de sialorrea en abundancia, especialmente cuando realiza alguna actividad que requiera de su esfuerzo, además presenta reflejo nauseoso exacerbado. Posee buena apariencia personal y una adecuada higiene.

Se pudo apreciar que se mantiene en el suelo jugando con los demás niños, demostrando afectos. Según sus familiares le agrada ver el televisor, especialmente los programas de música infantil, le gusta además ver la pelota, ver a los niños que practican este deporte ya que cerca de su casa existe un pequeño estadio. Con los adultos también se muestra cariñoso, especialmente con sus padres.

Con respecto al validismo se puede describir que condicionado por no haber adquirido aún la marcha, se encuentra dependiendo del adulto; generalmente no toma el alimento por sí mismo, pero sabe llevarse la cuchara a la boca. Todavía no presenta control de esfínteres. No se viste y desviste independientemente ni tampoco sabe colocarse prendas sencillas.

Con respecto al lenguaje se evidencian afectaciones pues sólo dice unas pocas palabras (mamá, papá, tata, etc.). Para obtener lo que desea lo hace levantando las manos y mirando el objeto, específicamente a través de gestos. En cuanto al lenguaje impresivo podemos decir que se encuentra conservado ya que relaciona palabra con imagen cuando estas le son familiares, intentando pronunciar la palabra, aunque no llega a decirla. Según su logopeda no imita sonidos onomatopéyicos, no utiliza conceptos generalizadores, no identifica medios de transporte ni animales, y no asocia atendiendo a la forma, color y tamaño.

Condicionado por estas dificultades en el lenguaje no se pudo aplicar la prueba de aprendizaje de las 10 palabras siendo inexploradas entonces lo que respecta a la memoria tanto inmediata como mediata.

Con respecto al área motriz se aprecian dificultades ya mencionadas anteriormente las cuales radican en la no sedestación, bipedestación y realización de la marcha. Sí logra hacer los rolidos sin dificultad, tiene sostén cefálico, lleva las manos a la línea media, sostiene objetos pero no realiza la pinza. Su fuerza muscular está disminuida en las cuatro extremidades y en cuanto al tono muscular se aprecia espasticidad en los miembros inferiores.

No pudo realizar la mayoría de los ejercicios prácticos de la escala para medir el desarrollo psicomotor en la primera infancia, mostrando bajo rendimiento en la mayoría de las áreas de evaluación, primordialmente en el lenguaje y la motricidad.

En el transcurso del mes de febrero estuvo bajo el tratamiento con esencias florales por un período de 21 días.

De este tratamiento se obtuvieron algunos resultados. Como prueba de lo anterior tenemos la disminución considerable de la sialorrea, para la cual no existe ningún medicamento, por lo que se atribuye la mejoría al uso de las esencias florales. Además en anteriores ciclos no se había alcanzado este cambio. Se puede describir que días después de comenzar a recibir el tratamiento, la sialorrea fue haciéndose menos visible y se describe que comenzó a desaparecer en el hogar y luego en las actividades terapéuticas; aunque no se eliminó, la mejoría fue notoria.

En cuanto al lenguaje se observó la aparición de nuevas palabras como tía, bebé, casa, etc. Además su logopeda refirió haberlo escuchado hacer el sonido de un tren y de un perro mientras jugaba con otros niños que también estaban en ese ciclo de tratamiento. Se pudo apreciar una mayor cooperación en las actividades de fisioterapia, logopedia y defectología; su conducta fue más tranquila, y no se presenció llanto en la mayoría de los días en que duró el tratamiento.

Su rendimiento que se le repitió al final del ciclo se mantuvo más o menos en el mismo rango, pero se apreciaron menos dificultades a la hora de realizar algunas actividades como por ejemplo: construir una torre con tres cubos, pasar las páginas de un libro, meter un cubo en una taza y sacarlo luego de una demostración, lo cual constituyó avances sobre actividades y movimientos que aún no había llegado a realizar teniendo una adecuada estimulación.

#### *Caso No 5*

Sujeto Carlos sexo masculino, de 9 años de edad, nacido el 20 de octubre de 2000. Natural de Aguada de Pasajeros. La madre en este caso por su edad (39) es considerada como una madre añosa; fue el último de tres hijos. El embarazo transcurrió, parto de 40 semanas, institucional, pero durante el trabajo de parto se trabó en el canal del parto y fue necesario aplicar fórceps, tuvo una hipoxia severa al nacer, apgar 2-5-7 puntos con un peso de 8 libras, con cianosis por lo que requirió ventilación mecánica

durante 8 horas, además tuvo una hemorragia de las suprarrenales al quinto día de nacido, a los 5 primeros días presentó convulsiones. Se le da el alta a los 15 días.

Diagnóstico: Parálisis Cerebral Infantil Mixta, tipo: monoparesia crural derecha (secuela de hipoxia perinatal). (Espástica y Distónica)

Con respecto al desarrollo psicomotor se aprecia un retardo en todas las áreas del neurodesarrollo. Sostuvo la cabeza a los 4 meses, realizó los ruidos a los 8 meses, no realiza la sedestación ni la marcha. Las primeras palabras las dijo al primer año de edad; presenta trastornos motores gruesos, finos, y en el lenguaje.

Se caracteriza principalmente por ser un niño muy apegado a sus padres; en consulta se muestra risueño pero a la vez un poco inhibido, sus padres refieren que tiene lazos muy fuertes con el hermano que convive en la casa, lo busca constantemente para que juegue con él, le gustan mucho los animales y que conversen con él; a estas conversaciones responde con señas y algunas palabras aisladas.

Se constata una adecuada atención por parte de sus familiares, los cuales lo mantienen con adecuada higiene y apariencia personal. Lo sacan a pasear a menudo y esta es una actividad que también le agrada. Tiene una maestra que lo atiende de manera individual en su casa.

Durante las sesiones se muestra muy colaborador. Interesado en realizar todas las tareas, aunque se niega ante aquellas que sabe que no puede realizar por temor a que no le salgan bien, le gusta que lo elogien y estimulen. El padre refiere que en la casa se muestra caprichoso e irritable sobre todo cuando no es complacido.

Con respecto al validismo se aprecia que es completamente dependiente del adulto, dadas las serias dificultades que posee en todas las esferas de actuación. Se debe destacar la presencia de sialorrea, cuestión que se exacerba cuando realiza alguna actividad que requiere un esfuerzo de su parte.

Primeramente en el área motriz hay que destacar que Carlos es un niño con tendencia a tener la mano en puños cerrados, izquierda más que derecha. No realiza los cuatro puntos, la sedestación ni la marcha. En cuanto a la bipedestación, con apoyo aparece un patrón flexor de las 4 extremidades a predominio de las inferiores, con tendencia a la rotación interna de ambos pies, además de movimientos involuntarios de las 4 extremidades que empeoran con la acción, reclutando músculos a distancia, izquierdo más que derecho, posturas distónicas de las extremidades superiores, siendo también el miembro izquierdo más que el derecho. En el tono muscular se presenta hipertonía generalizada con movimiento involuntario de las extremidades superiores, con predominio del izquierdo sobre el derecho.

De la realización en anteriores ciclos de la escala para medir el desarrollo psicomotor (Brunet-Lezine) se aprecian rendimientos bajos en las áreas para medir el control postural y la motricidad y la

de coordinación óculo motriz y conducta de adaptación a los objetos, acordes a un funcionamiento de retardo profundo y en el rango de muy grave; todo por la presencia de espasticidad y movimientos distónicos de sus extremidades superiores que son prácticamente nulas para la manipulación de los objetos, relacionado además con el hecho de no lograr la sedestación ni mantenerse erguido, además de la imposibilidad de utilizar sus miembros.

La atención es bastante conservada, lo que se demuestra en cada sesión terapéutica y en los encuentros donde fue evaluado. Además, sus familiares y terapeutas expresan que es un niño que se concentra en las actividades en las cuales se encuentra inmerso, a pesar de que no puede alcanzar en ocasiones su propósito por las dificultades que posee.

En la realización de pruebas de memoria se observó que con niveles de ayuda debido a sus dificultades para el lenguaje, se logró una retención en la memoria a corto plazo de aproximadamente 5 y 6 palabras; similar a la memoria mediata con 5 palabras como representación de la huella fijada. Por referencias de la figura paterna también se demostró las capacidades conservadas de este proceso, pues él expresa que en el hogar recuerda informaciones de cualquier índole que se le pregunten, ya sean inmediatas como a largo plazo.

Con respecto al lenguaje se aprecia la presencia de disartria, constatándose afectaciones fonológicas y lógico-gramaticales en el desarrollo del mismo, expresando pocas palabras, con oraciones y sustituciones de fonemas. En algunos casos compone frases de 2 palabras. El lenguaje impresivo se observa con mayor desarrollo evidenciándose en el cumplimiento de órdenes y en la relación de la palabra con la imagen.

Carlos también recibió en el transcurso del mes de febrero las esencias florales pero sólo por un período de 16 días, pues además de las características ya descritas presenta hernia hiatal y durante los últimos días en los que debía seguir tomando el tratamiento comenzó con crisis de náuseas; no obstante, a pesar de no haber completado los 21 días que se requerían en esta ocasión, se lograron cambios notables.

Primeramente se debe destacar la disminución de la sialorrea, lo cual desde los primeros días se fue haciendo visible, tanto por los profesionales del centro como por los propios familiares, constituyendo un avance dadas las necesidades sentidas en torno a esta dificultad.

En el área motriz se describen logros que se aprecian como significativos dado por el tiempo que se estuvo trabajando por alcanzarlos y hasta el momento no se había podido. Específicamente se logra la constancia en el control cefálico y un ligero aumento de la fuerza del tronco y la pelvis.

Se nota además una mayor incorporación del miembro superior izquierdo a las actividades, así

como una amplitud articular en los cuatro miembros. Se mantiene además un 90 % del tiempo con las manos de ambos miembros abiertos.

En los ejercicios que requieren de llevar las manos a la línea media ya no se observan tantos movimientos distónicos en el miembro superior izquierdo como solía suceder anteriormente, existiendo por demás un aumento de la fuerza y el tono en dicho miembro. En cuanto al validismo se aprecian avances, aunque de pequeña índole. En este caso logra llevarse el alimento a la boca con su mano derecha y los ejercicios de masticación los realiza con mayor precisión logrando mover los alimentos en distintas direcciones dentro de la boca de derecha a izquierda y viceversa.

En cuanto a su lenguaje la logopeda que realiza trabajo educativo refiere que alcanzó realizar los ejercicios de respiración correctamente inspirando por la nariz y expirando por la boca, logrando el soplo con mayor fuerza y ubicando los labios en posición correcta. También se notó más la presencia del lenguaje expresivo, disminuyendo las mímicas y señas que siempre realiza.

Por todo esto se puede apreciar que la administración de la fórmula contribuyó a mejorar la calidad de vida del paciente.

#### *Caso No 6*

Sujeto Katia del sexo femenino, de 14 años de edad, nacida el 7 de junio de 1995. Natural del municipio Aguada de Pasajeros, perteneciente a la provincia de Cienfuegos. La madre contaba con 24 años cuando dio a luz, fue la primera de cuatro hijos. El embarazo cursó sin alteraciones, parto eutócico a las 38,5 semanas, obteniéndose un recién nacido con llanto fuerte al nacer, el cual pesó 8,15 libras, apgar no se recuerda. La misma fue egresada del hospital a los 3 días.

El desarrollo psicomotor fue normal hasta los 18 meses de edad que tuvo una meningo encefalitis bacteriana, debido a la cual estuvo ingresada en terapia intensiva 17 días; durante el primer día del ingreso presentó una convulsión tónico-clónico generalizada y un paro cardiorrespiratorio, necesitando ventilación mecánica por 17 días. A los 19 meses se le diagnostica un hematoma subdural derecho, llevando tratamiento quirúrgico. Después de todas estas complicaciones la niña comenzó a presentar crisis de ausencia, siendo hasta 17 en el día, con una duración de segundos, la última de estas crisis fue hace un mes. Lleva tratamiento actual con valproato de sodio 500 mg, tres tabletas diarias.

Diagnóstico: Encefalopatía de causa infecciosa (hemiparesia derecha, trastorno del lenguaje y el aprendizaje).

Como características generales se distingue por ser una paciente muy cariñosa y sonriente, le gusta jugar todavía a pesar de que ya tiene casi 15 años, indicándonos un retraso significativo en su desarrollo de manera general. Se aprecia buena apariencia personal e higiene. Según referencias de su mamá se

entretiene mucho viendo el televisor y le agrada que la elogien cuando realiza actividades de cualquier índole. Es muy sociable, saluda a todos con besos y abrazos. Cuando juega con otros niños se nota alegre y expresa su afecto a estos de distintas formas. No es intranquila y obedece las órdenes que se le dan tanto en el hogar como en la escuela especial a la que asiste.

Teniendo en cuenta su edad real se puede decir que existen grandes dificultades en las diferentes áreas, demostrándose una edad de desarrollo muy por debajo de la que debería tener siendo consecuentes con sus 14 años.

Primeramente hay que describir con respecto al validismo que es aún muy dependiente del adulto en muchos aspectos, como por ejemplo para vestirse y desvestirse, para colocarse algunas prendas, para comer algunos alimentos como las carnes pues no sabe usar el cuchillo, y para el uso del tenedor con el cual todavía le cuesta trabajo comer. En este caso se aprecia un adecuado control de esfínteres.

Con respecto al área de la motricidad se evidencia la realización de la sedestación, la bipedestación, los rolidos, el agarre objetal y la marcha con tendencia al arrastre discreto del pie derecho. En relación con la fuerza muscular se aprecia una discreta hemiparesia derecha y en cuanto al tono muscular existe espasticidad en hemicuerpo derecho con predominio en el pie derecho. Con respecto a la motricidad fina se observa su imposibilidad para los ejercicios práxicos como construir torres y barreras con cubos, etc. Además tampoco puede realizar la copia de figuras geométricas ni la escritura.

En cuanto al lenguaje se precisa un vocabulario de entre 25 y 50 palabras, pronunciando oraciones cortas compuestas por tan solo dos palabras. Utiliza mayormente señas y expresiones faciales para comunicarse con sus familiares y demás conocidos. Para su edad se considera con un retardo significativo en esta área. Unido a esto se aprecian dificultades para el aprendizaje de manera general, lo cual se hace visible en no conocer los colores ni realizar conteo numérico mecánico, así como otros objetivos de aprendizaje que todavía no ha vencido debido a los problemas ya mencionados.

Dadas estas condiciones no se pudo realizar la prueba de aprendizaje de las 10 palabras ya que no sabía pronunciar algunas de las que contiene dicho examen, por lo que se exploró la memoria de modo general según referencias del familiar que lo acompañaba, en este caso su mamá. Sobre esto nos expresó que en la casa ella tiene que repetirle las cosas muchas veces para que no se le olviden y en la escuela sus maestros atraviesan incontables dificultades en este sentido, pues para que retenga un contenido que se desea sea aprendido deben utilizar variadas estrategias para la fijación del conocimiento, siendo de este modo un tanto deficiente la memoria tanto a corto como a largo plazo.

De manera general presenta alteraciones en casi todos los aspectos del neurodesarrollo, para su evaluación general se precisó de observaciones y entrevista a los familiares pues debido a sus

características globales ya expuestas anteriormente no se podía aplicar ningún tipo de pruebas.

En un período de 21 días en el mes de febrero recibió un tratamiento con esencias florales a la par que realizaba un ciclo terapéutico en el centro de restauración neurológica. En ella los cambios no fueron tan notables aunque se puede comentar que sí se potenció una mejor calidad de vida y pequeños pasos de avance en su desarrollo.

En este tiempo Katia comenzó a realizar por sí sola actividades que no había podido lograr anteriormente con respecto al validismo, como por ejemplo subirse los zippers, atarse, aunque con dificultades, los cordones de los zapatos.

Sus fisioterapeutas refieren también una menor espasticidad en los miembros inferiores especialmente en el pie derecho, realizándose con mayor calidad los ejercicios correspondientes a esta área.

Con respecto al lenguaje y aprendizaje se mostró más colaboradora y aprendió a pronunciar nuevas palabras aumentando de esta forma su vocabulario con alrededor de 7 palabras, además realizó en tres ocasiones oraciones con más de dos palabras: mamá dame café, tata quiero ver televisor, etc... También imitó sonidos y realizó correctamente los ejercicios prácticos de la lengua según la logopeda que realiza labores educativas con ella, quien expresó que llevaba mucho tiempo sin alcanzar nuevos adelantos con la paciente desde que comenzó su rehabilitación en el centro.

# Análisis Integrador de los Resultados

De modo general se constató que la implementación de la terapia floral en el mes de febrero durante un período de 21 días en el Centro de Restauración Neurológica para niños del municipio de Aguada de Pasajeros, perteneciente a la provincia de Cienfuegos, contribuyó al restablecimiento integral que incluye las funciones psicomotrices de los menores tratados; cuestión que se evidenció en los resultados de las pruebas aplicadas, corroborados en las entrevistas a familiares y terapeutas que realizan labores de rehabilitación.

Para la exploración de los sujetos protagonistas de la investigación se utilizaron entrevistas semiestructuradas a familiares y profesionales que trabajan en el centro, revisión de las historias clínicas de los pacientes, pruebas para evaluar procesos como la memoria (Aprendizaje de las 10 palabras), la escala para medir el desarrollo psicomotor en la primera infancia (Brunet-Lezine).

A través de toda la labor investigativa, antes de comenzar con el tratamiento floral se pudieron constatar todas las particularidades presentes en cada caso, obteniéndose mayoritariamente una gran variedad de dificultades en la motricidad, tanto fina como gruesa; así como predominio de espasticidad muscular, hipotonía, hipertonía, disminución de la fuerza muscular, hemiparesia, etc. Además, se pudieron apreciar problemas práxicos dados por estas afectaciones que entorpecen su manipulación de los objetos, siendo de gran importancia la imposibilidad de realizar la marcha, sedestación y bipedestación en varios de ellos.

Otra de las áreas afectadas en los sujetos comprometidos resultó ser la atención, acompañada además de intranquilidad. Se constató que las principales dificultades radican en la estabilidad. Con respecto a estas dificultades se pudo evidenciar también su repercusión en procesos como la memoria y el aprendizaje.

El lenguaje expresivo se manifestó afectado en un por ciento elevado entre los niños investigados, apreciándose estar mejor conservado el impresivo que el expresivo. Se encontraron también disartrias y dificultades en la musculatura orolingüofacial. Como característica de estas alteraciones se aprecia un vocabulario pobre, evidenciado en las dificultades en la pronunciación, por lo cual se apoyan principalmente en expresiones faciales, gestos y mímica.

También se evidenciaron dificultades en el validismo, pues por lo general son niños que necesitan de la ayuda constante del adulto ya que sus dificultades para caminar, hablar y manipular objetos son un impedimento para realizar actividades por ellos mismos, haciéndose dependientes de sus familiares y demás personas que los rodean.

En cuanto a características de personalidad se pudo apreciar una diversidad, la cual estuvo asociada a afectos positivos, ya que en su mayoría son niños que a pesar de sus barreras logran comunicar cariño, alegría y sentimientos de agrado.

El uso de la terapia floral permitió una evolución paulatina de los sujetos. Se verificaron logros significativos los cuales se muestran en la comparación con el trabajo y las evoluciones anteriores, así como en los tratamientos.

Los cambios principales estuvieron dados en su mayoría en lo que respecta a la atención, la cual comenzó a comportarse de manera más estable y propició el desarrollo de procesos como la memoria y el aprendizaje.

En este sentido los test de memoria mostraron resultados superiores que en las primeras realizaciones, indicando una mayor concentración para fijar el material ofrecido. Además, se evidenció una disminución de las conductas desordenadas o intranquilas, tanto en sesiones terapéuticas como en el hogar.

Con respecto a la motricidad se reflejaron logros en la movilidad de miembros con dificultades, incorporando éstos en mayor cantidad de actividades; también disminuyó la hipertonía y aumentó la fuerza muscular, lo que hizo posible un mejor desarrollo en la manipulación de objetos y en el trazado de figuras geométricas. Se manifestó la adquisición de nuevas habilidades para la marcha y en los ejercicios fisioterapéuticos y prácticos que se emplean en la rehabilitación.

En relación con el validismo, se pueden describir cambios satisfactorios apreciándose la realización de actividades de carácter independiente: desde coger de forma adecuada la cuchara hasta otras más complicadas como colocarse una prenda de vestir. Además, es de destacar la disminución de la sialorrea en los niños que la presentaban antes del tratamiento floral.

Esta investigación se presenta como punto de partida, en la cual el empleo del tratamiento con esencias florales en estos niños constituye un complemento y se resalta el avance en su desarrollo, ratificado por sus familiares. Ante esto consideramos que prolongar su uso permitiría mayores resultados sobre las bases aquí descritas.

- Bowley y Gardner (2007). El niño disminuido. La Habana: Ciencias Médicas.
- Brunet, O. y Lezine, I. (1978). El desarrollo psicológico de la primera infancia. Manual para el seguimiento del desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los seis años.
- García, J. y Berruezo, P. (1994). Psicomotricidad y Educación Infantil. Madrid: CEPE.
- .García, M.; De la Puente, E. y Arias, G. (2006) Psicología Especial. La Habana: Félix Varela.
- Herrera, L.; Moreno, M.; Morenza, L. y Jean, J. (2002). Estudio del pensamiento en niños de siete a nueve años con retardo en el desarrollo psíquico. Revista Cubana de Psicología. Edición digital 19 (2).
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Menéndez, M. (2010). Discapacidad y erotismo. Amar también es su derecho. Periódico Juventud Rebelde. Sección Sexo sentido.
- Puyuelo, M. (2001). Audición y lenguaje en diferentes cuadros infantiles. Aspectos comunicativos y neuropsicológicos. Revista de Neurología. 32 (10), 975-980.
- Rodríguez, B. (2001). Terapia Floral y estimulación psicosensorial en el niño con deficiencia psíquica. Barcelona: Índigo.
- \_\_\_\_\_. (2009). El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach. Apuntes para una sistematización necesaria. Hereford Twelve Healers Trust.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (2004). Metodología de la Investigación Cualitativa. La Habana: Félix Varela.
- Vázquez, N.; Armas, Y. y González, M. (2006). Niña con Parálisis Cerebral Infantil. Sedibac. 44, 35-37.

# Implementación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, en escolares con trastorno de adaptación



**Dayron A. del Pino Rodríguez**

Centro Comunitario de Salud Mental de Cifuentes.

La correspondencia sobre este trabajo debe dirigirse a:  
[silvialeoncuba@avctrust.com](mailto:silvialeoncuba@avctrust.com)

El estudio Implementación del *Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach*, en escolares con trastorno de adaptación, se dirigió a evaluar desde una metodología cualitativa los beneficios de dicho tratamiento. La investigación se insertó en un diseño de estudio de casos múltiples, donde se empleó como principal forma diagnóstico-interventiva el Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach (SDTB), el cual fue utilizado para trabajar sobre estados emocionales provocados por situaciones de cambios que exigen una adaptación del menor. La muestra quedó conformada por seis niños remitidos por el servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Centro Comunitario de Salud Mental de Cifuentes. Como resultado de la misma se apreció una evolución positiva de los seis casos estudiados, apreciándose la utilidad del uso de las esencias florales como catalizadores del proceso terapéutico.

**Palabras clave:** SDTB, Trastorno de adaptación, Situaciones de cambio, Psicoterapia

La adaptación del individuo a las nuevas condiciones consiste en establecer las correlaciones más adecuadas, biológicas y sociales entre el organismo y el medio exterior. Es una capacidad de predeterminar y prepararse para los cambios del medio circundante, que posibilita, rápidamente y sin alteración, ajustarse a las nuevas condiciones, e influir sobre ellas en correspondencia con las necesidades.

Una reacción emocional, una situación identificable que provoque estrés o un cambio en la vida que de alguna forma constituye una respuesta no saludable ante determinada situación de cambio, es lo que precisamente se le denomina *Trastorno de Adaptación*.

El predominio de este trastorno se hace mayor en niños y adolescentes, por las características típicas de la etapa evolutiva y el pobre desarrollo de mecanismos y recursos adaptativos.

Elementos ofrecidos por la American Psychiatric Association en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-IV-TR], establecen características esenciales de este trastorno que permiten una mayor conceptualización estableciendo los siguientes criterios diagnósticos:

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del modo siguiente:

- malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante,
- deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Algunos estudiosos del tema y profesionales de la salud, consideran que de forma general en Cuba existen altos índices de pacientes registrados con Trastorno de Adaptación, haciéndose mayor el número en el caso de los niños; con repercusión en la afectividad y los estados emocionales (irritabilidad, tristeza, llanto, agresividad, angustia, ansiedad), lo que se manifiesta en la pérdida de interés y la disminución de la capacidad de aprendizaje. Aparecen preocupaciones exageradas. Se acompaña de expresiones somáticas provocando estos síntomas un malestar significativo y una alteración específica de la actividad académica y social.

Experiencias recientes (Rodríguez, 2001 y 2005; Carballo, 2002; Hernández, 2002; Herrera y

González, 2002; Fernández, 2005; Rodríguez, Alfonso y Castillo, 2005), han incluido la terapia floral como forma de tratamiento para diferentes problemas que pueden presentar los menores, con resultados muy favorables.

En el presente estudio se asume la terapia floral como parte del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, el cual no se limita únicamente a la prescripción de esencias florales, sino que se indican según su acción desde los objetivos terapéuticos trazados y como modalidad táctica a emplear (Rodríguez, 2009), atendiendo a las particularidades de cada paciente en tres líneas fundamentales de trabajo: reestructurar la autoimagen, el sentido vital, así como la responsabilidad personal, y no centrándose en el defecto sino en la virtud. En este proceso terapéutico, las esencias actúan como catalizadores del proceso.

Con la implementación de la presente investigación se pretende enriquecer los resultados en el tratamiento del Trastorno de Adaptación. Precisamente la importancia teórico-práctica de la misma radica en que la aplicación de este Sistema permite que menores diagnosticados, complementen su tratamiento con una propuesta basada esencialmente en el uso de remedios naturales.

Por todo lo anteriormente expresado es que se propone como problema científico y objetivos del trabajo respectivamente:

*¿Qué beneficios aporta el empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de escolares de 6-9 años con trastorno de adaptación?*

#### **Objetivo General:**

- Evaluar los beneficios del SDTB en el tratamiento de escolares de 6-9 años con trastorno de adaptación.

#### **Objetivos Específicos:**

- Exponer la evolución de los seis casos remitidos.
- Valorar la efectividad del SDTB en el tratamiento del trastorno de adaptación en los escolares estudiados.
- Identificar las esencias florales más utilizadas en el tratamiento del trastorno de adaptación en los casos estudiados.
- Valorar los beneficios de trabajar sobre la identificación y el afrontamiento con el agente estresante, estableciendo un sistema de apoyo para lograr la mayor adaptación posible.

## *El estudio de caso como diseño de investigación*

En la presente investigación se emplea una metodología cualitativa. Tomando como base la multiplicidad de criterios que se consideran al presentar los estudios de caso, se escogió para esta investigación la calificación propuesta por Bogdan y Biklen (citado en García, Gil y Rodríguez, 1999), donde se distinguen las características del estudio de casos múltiples.

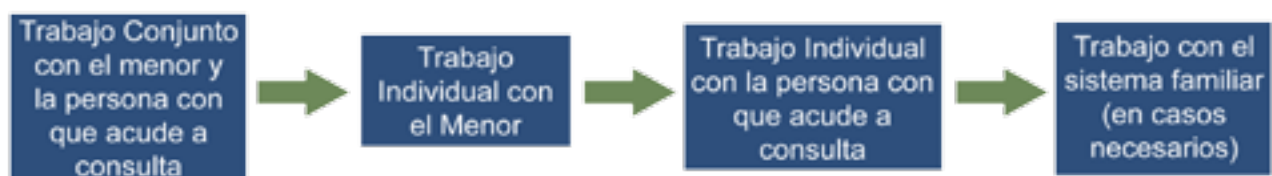
# Propuesta de tratamiento desde el SDTB

En el presente estudio el SDTB fue utilizado para trabajar estados emocionales negativos provocados por situaciones de cambios que exigen una adaptación. Para la prescripción de los remedios florales se siguieron una serie de reglas dentro de las que podemos destacar:

1. Causas de los síntomas relatados: indagar bajo qué circunstancias aparecen estos.
2. No dar demasiados remedios: hay autores que plantean que lo ideal es no pasar de seis y que nunca se debe llegar a diez.
3. Una vez concluida la entrevista deben ser jerarquizadas las emociones en desequilibrio que hayan sido definidas como objetivos terapéuticos.
4. Las esencias deben indicarse para los estados emocionales, según las características de la edad (en la que se encuentra la personalidad en formación). Además, los remedios florales actúan por capas, desde la superficie a la profundidad.

Debido a que los remedios florales no actúan de acuerdo con su contenido activo, sino por el patrón de información que estos le transmiten al organismo, su acción no va a relacionarse en proporción directa con la cantidad que se tome, sino a la frecuencia en que se ingiera. Por ello la dosis propuesta para el estudio siempre fue la misma: 4 gotas bajo la lengua. La frecuencia de las dosis también se mantuvo en todas las indicaciones: 6 tomas diarias.

Debido a la importancia que tiene para el menor el Sistema Familiar, se estableció un método de trabajo en el que las consultas presentaron el esquema siguiente:



En el tiempo dedicado al sistema familiar se promovió la reflexión y la participación de la familia en el proceso, estableciéndose metas que quedarán como acuerdos en cada una de las sesiones.

Todo esto siguiendo las propuestas realizadas por E. Bach en *Cúrense ustedes mismos* (1932), donde habla de la importancia de dedicarle un espacio a establecer conversaciones terapéuticas con el padre o tutor del menor.

Todos los Casos fueron diagnosticados y remitidos por el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Centro Comunitario de Salud Mental de Cifuentes.

## Caso # 1.

Paciente masculino, de 6 años de edad, a quien llamaremos Carlitos.

**Inicio de las consultas:** 8 de septiembre de 2008.

**Motivo de Consulta:** Menor que presenta “rabietas” incontenibles cada vez que debe acudir a la escuela. Al indagar sobre este se conoce que desde que comenzó el primer grado no quiere permanecer en el aula, rechaza las actividades que no se vinculan directamente con el juego y no quiere participar e integrarse con los demás niños del grupo. Al quedarse solo en el aula emprende rabietas fuertes e incontenibles. La madre manifiesta que lo nota muy “alterado” sobre todo desde que el padre abandonó el país hace aproximadamente 4 meses, pero que el cuadro agravó después de las vacaciones al tener que reincorporarse a la escuela para cursar el primer grado.

En cuanto a la esfera familiar se evidencia la identificación del niño con su abuelo paterno, el cual mantiene un estilo educativo permisivo con Carlitos.

Una vez recopilada dicha información se establecen de la siguiente forma los Ejes del diagnóstico multiaxial:

- Eje I: Trastorno adaptativo, con ansiedad (especificar agudo)
- Eje II: No hay diagnóstico, se aprecia acentuación de rasgos del carácter: dominante, impulsivo e irritable.
- Eje III: Ninguno
- Eje IV: Salida del padre del país y comienzo del primer grado escolar.
- Eje V: Evaluación 60 puntos en la “Escala de Evaluación de la Actividad Global”.

Considerando los elementos expuestos, las características del cuadro clínico y la evolución de la sintomatología, se establece como **objetivo terapéutico:** *Trabajar la inadaptación del menor y disminuir las manifestaciones ansiógenas en el ámbito escolar.*

Como modalidad táctica se prescribe la siguiente fórmula (orientada con una frecuencia de seis tomas diarias):

- Mimulus: por las conductas de evitación y el retraimiento en el entorno escolar, así como la pobre socialización en este contexto. Además, para trabajar el miedo anticipatorio que produce esta conducta evitadora y las manifestaciones ansiógenas correspondientes.
- Star of Bethlehem: por todas las situaciones traumáticas por las que ha transitado el menor, las cuales han dado al traste con la inadaptación.

- Walnut: potenciar la adaptación a todos los cambios que Carlitos ha tenido que enfrentar.
- Willow: ante el resentimiento y el negativismo a quedarse solo en la escuela.
- Mustard: para mejorar en el niño su estado de ánimo (que no llega a ser depresivo) pero sí evidencia malestar por las actuales circunstancias.

También se realiza una orientación familiar en aras de enfatizar las consecuencias sobre el estilo educativo inconsistente presente en el hogar.

**Sesión 2:** 22 de septiembre de 2008.

Al llegar encontramos a Carlitos más entusiasta y alegre. La madre refiere que en la escuela está menos retraído, se integra en juegos colectivos, pero mantiene el rechazo a la formación matutina y la obliga a permanecer durante todo este tiempo a su lado.

En este encuentro se constata el padre y el abuelo materno como figuras significativas.

En este caso como modalidad táctica se incluye el análisis del cuento infantil Pinocho para resaltar los beneficios que traen aparejado ser obediente y asistir a la escuela. Se decide mantener la fórmula, se ratifica a la madre la importancia de lograr un consenso en las decisiones sobre el menor y se pide autorización para realizar un encuentro con todos los miembros del núcleo familiar, que queda fijado para el día 6 de octubre de 2008 a la 1:30 pm.

**Sesión 3:** 6 de octubre de 2008, 9:00 am

Aquí se ratifican avances en la escuela, pero persiste el “capricho” de que la madre lo acompañe durante el matutino. Además, este patrón de imponer criterios se ha trasladado al hogar. En el trabajo individual con Carlitos se conoce que esta conducta persiste como patrón de imitación, pues otros niños hacen lo mismo. Se le recomienda a la madre, delante del menor, que debe comenzar a dejarlo solo en la formación. Ante esta situación se decide modificar la prescripción de las esencias, manteniendo Star of Bethlehem, Walnut y Willow, e incorporar:

- Vervain: por la imposición, siempre con el objetivo de que los demás hagan su voluntad.
- Rock Water: por la rigidez para “ceder” en sus deseos y voluntades.

En el encuentro mantenido con el sistema familiar (en el horario vespertino) se trabajó la importancia de hacer desaparecer la inconsistencia en el hogar, como estilo educativo, sobre todo resaltándole al abuelo los perjuicios de la constante permisividad.

**Sesión 4:** 20 de octubre de 2008.

En esta Sesión se conoce que el niño se queda solo en la formación matutina y que no ha tenido más “rabietas”, lo que demuestra una remisión casi total de la sintomatología.

En correspondencia con esto se recomienda a la madre mantener la fórmula (disminuyendo a

cuatro tomas diarias), así como evitar la inconsistencia en el hogar.

**Sesión 5:** 17 de noviembre de 2008. En la misma se constata una remisión total de la sintomatología, por lo que se accede a la petición de la madre a suspender la toma de la fórmula.

### Caso # 2

Paciente femenino, de 6 años de edad, a quien llamaremos María.

**Inicio de las consultas:** 8 de septiembre de 2008.

**Motivo de Consulta:** Acude a consulta porque está muy intranquila en el aula, no atiende y no responde a las orientaciones ni a las órdenes de la maestra.

La niña viene acompañada de la mamá la cual refiere “está muy distraída, muy intranquila, no cumple las órdenes que se le dan, llora mucho (incluso dormida), no atiende a la maestra en la escuela. Esta situación comenzó tras el divorcio de los padres, cuando vio agredir físicamente a su mamá y luego la reconciliación de sus padres. Además, agudiza el cuadro la entrada de la menor al primer grado. No existen dificultades en las relaciones con la maestra, ni con los compañeritos del aula (sobre todo a la hora de jugar).

Una vez recopilada dicha información se establecen de la siguiente forma los Ejes del diagnóstico multiaxial:

- Eje I: Trastorno de adaptación.
- Eje II: No hay diagnóstico, se aprecia acentuación de rasgos del carácter: extrovertida y expresiva.
- Eje III: Ninguno
- Eje IV: Divorcio (violento) de los padres, reconciliación de los mismos, entrada al primer grado
- Eje V: Evaluación 51 puntos en la “Escala de Evaluación de la Actividad Global”.

*Estas cuestiones llevaron a plantear como principal objetivo terapéutico: disminuir la sobreintranquilidad presente en la niña estimulando su adaptación al contexto escolar.*

Por todo esto se sigue como modalidad táctica (con seis frecuencias al día) la prescripción de la fórmula siguiente:

- Impatiens: para disminuir la intranquilidad que ella manifiesta en el aula.
- Cerato: para estimular la concentración de la atención.
- Star of Bethlehem: ante las disímiles situaciones que han producido traumas evidentes.
- Walnut: para potenciar su adaptación a todos los cambios que tiene que enfrentar, sobre todo la

inestabilidad presente en su hogar.

- Chesnut But: no solo para estimular su aprendizaje escolar, sino para facilitar la comprensión de la niña ante los diferentes eventos disfuncionales en el hogar.

También se trabaja con la madre la imperiosa necesidad de que la niña cuente con cierta estabilidad dentro de la casa y de evitar discusiones con el padre delante de María.

**Sesión 2:** 15 de octubre de 2008.

En esta Sesión se pudo conocer que hace cuatro días la niña fue sometida a un nuevo cambio. Por cuestiones de enfermedad es sustituida la maestra.

Aun así, durante el horario comprendido entre las 8 y las 10 de la mañana, la niña logra concentrarse y vincularse a las actividades; aunque a medida que la mañana avanza se va “cansando”, por lo que vuelve a distraerse.

Se orienta a la madre vincular la actividad de estudio (en la casa) a actividades de juego, con el fin de que la niña aumente la motivación hacia la misma y comenzar a crear hábitos de estudio en la menor —hasta el momento, nulos—, comenzado por 15 minutos diarios e ir incrementándolos hasta llegar a media hora. Además se insiste en la necesidad de evitar discusiones entre los padres delante de la niña.

Por último se decide emplear una nueva fórmula floral en la que además de las esencias trabajadas en la anterior (Impatiens/Cerato/Star of Bethlehem/Walnut/Chesnut But); se decide incorporar Aspen para incidir sobre las dificultades manifestadas durante el tiempo onírico.

**Sesión 3:** 29 de octubre de 2008.

Se conoce que la niña ya tiene vencidos —con un nivel mínimo— los contenidos del actual período escolar.

La madre refiere que está durmiendo más tranquila, que no llora en las noches, solo cuando se excita mucho antes de dormir y que todos los días se sientan juntas durante 20 minutos para realizar las tareas y practicar cuestiones escolares.

Una vez terminado el encuentro se recomienda seguir el tratamiento con las esencias prescritas en la frecuencia indicada.

**Sesión 4:** 12 de noviembre de 2008

En la misma se constata una remisión total de los síntomas por lo que se orienta mantener la fórmula con una frecuencia de cuatro veces al día durante un mes y regresar para comprobar la evolución del caso.

## Caso # 3

Paciente masculino, de 9 años de edad, a quien llamaremos Darío.

**Motivo de Consulta:** Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones por sí mismo.

Este acude a consulta acompañado por la madre la cual refiere que el niño es muy inseguro, y siempre necesita de la opinión de los demás. Además, cuando no le hacen caso trata de llamar la atención a través de manifestaciones somáticas como dolores de estómago, cefalea, entre otros.

La sintomatología aparece tras la ida del padre, hace aproximadamente tres meses, al extranjero, y se agudiza con la entrada del hermano mayor, el cual pasaba gran parte del tiempo con Darío, en una escuela de enseñanza preuniversitaria becada.

Hace tres años, tras el divorcio, el padre volvió a casarse y desde entonces han existido rivalidades entre el niño, la madrastra y la hija de esta, por lo que el niño está muy resentido.

Una vez recopilada dicha información se establecen de la siguiente forma los Ejes del diagnóstico multiaxial:

- Eje I: Trastorno de adaptación.
- Eje II: No hay diagnóstico, se aprecia acentuación de rasgos de: inseguridad, falta de decisiones propias de la edad.
- Eje III: Cefalea y problemas gastrointestinales (aparentes síntomas de conversión).
- Eje IV: Divorcio de los padres, viaje del padre al extranjero e ida del hermano a un preuniversitario (becado).
- Eje V: evaluación 61 puntos en la “Escala de Evaluación de la Actividad Global”.

Por lo antes expuesto se decide trabajar como **objetivo terapéutico** *estimular adaptación del menor a todos los cambios que ha tenido que enfrentarse y propiciar que “se libere” de la dependencia constante de sus seres queridos.*

Se decide orientar (con seis frecuencias diarias), la fórmula siguiente:

- Centaury: para estimular y potenciar la toma de decisiones así como la independencia.
- Red Chesnut: por la influencia que tiene en el cuadro clínico la ausencia de sus seres queridos (padre y hermano).
- Star of Bethlehem: por todo el trauma que ha causado la ausencia temporal o permanente de las figuras más significativas para él.
- Walnut: para lograr la adaptabilidad del menor a todos los cambios.
- Willow: ante resentimiento por la nueva familia del padre y por la ausencia de personas importantes para él.

En el trabajo con la madre se conoce que, como método educativo, prevalece la sobreprotección sobre Darío. Por lo que se incluye la orientación a la madre para explicar la importancia que tiene que el menor realice algunas actividades, por sí solo, que no dejan de estar acordes a su edad.

**Sesión 2:** 13 de octubre de 2008

En este encuentro se conoce que la abuela paterna, después de que su hijo se fue del país mantiene una demanda incesante de la compañía de Darío, estructurada sobre una base Chicory en la que se destacan frases dirigidas al nieto como: “ahora me tienes que querer mucho porque tu papá está lejos y no tengo cerca a más nadie que me quiera”.

Por esto como modalidad táctica se incluye realizar una Sesión de trabajo conjunta en la que estén presentes la madre y la abuela.

Dentro de los avances terapéuticos se aprecia una disminución de la dependencia existente en el menor, así la madre argumenta que: “no está pidiendo las cosas con tanta inseguridad como antes, incluso quiso ir solo por primera vez a la iglesia”. Por estas cuestiones se recomienda mantener el tratamiento con las esencias antes recomendadas.

**Sesión 3:** 20 de octubre de 2008.

En el encuentro con la madre y la abuela se recomendó a esta última disminuir las exigencias de afecto que con tanta demanda emite sobre el niño. Además, se resalta la importancia de lograr un acuerdo en las decisiones, los permisos y sobre todo en lo beneficioso que resulta no sobreproteger en demasía a Darío.

**Sesión 4:** 27 de octubre de 2008.

En el encuentro se comprueba un cambio en el estilo educativo de la madre hacia Darío.

También han disminuido en el niño las manifestaciones somáticas que exteriorizaba para llamar la atención, pues no se ha quejado más de dolores corporales.

Una vez constatados los avances se recomienda seguir con el tratamiento floral durante un mes (con cuatro frecuencias al día) y regresar en esta fecha para constatar la evolución.

*Caso # 4*

Paciente masculino, de 8 años de edad, a quien llamaremos Mario.

**Inicio de las consultas:** 8 de octubre de 2008.

**Motivo de Consulta:** Menor que está muy violento y quiere imponer su criterio en la escuela y en la casa.

Como aspecto importante se destaca que esta familia vive en una zona rural y de difícil acceso,

donde las relaciones interpersonales son limitadas.

Mario viene acompañado de la madre ya que después que el padre sufrió un accidente vascular encefálico (que le provocó quedar prácticamente paraplégico), el niño se ha comenzado a manifestar de forma violenta en todos los contextos en los que se relaciona, ella refiere que está “muy arisco e incontrolable”.

El niño mantiene la cabeza gacha y resalta como figura más significativa para él al papá.

También se conoce que la madre puede dedicarle menos tiempo a Mario pues debe viajar cerca de 8 km todos los días para llevar a su esposo a recibir tratamiento rehabilitatorio.

Se percibe en la consulta la inadaptación del menor, así como el resentimiento latente que él manifiesta ante las situaciones estresantes que está vivenciando y no poder adaptarse a tantos cambios en su dinámica de vida, conociéndose además la presencia de temores específicos sobre todo a la oscuridad, a estar solo en una habitación, entre otros elementos místicos.

Una vez recopilada dicha información se establecen de la siguiente forma los Ejes del diagnóstico multiaxial:

- Eje I: Trastorno de adaptación.
- Eje II: No hay diagnóstico, se aprecia acentuación de rasgos: temeroso e impositivo.
- Eje III: Ninguno.
- Eje IV: Accidente vascular encefálico del padre (con secuelas), falta de la atención acostumbrada por parte de la madre.
- Eje V: Evaluación 60 puntos en la “Escala de Evaluación de la Actividad Global”.

Por esto se define como **objetivo terapéutico** *disminuir las conductas agresivas provocadas por la inadaptación ante las nuevas situaciones que debe enfrentar el niño.*

Por eso se recomienda (con seis frecuencias diarias) la prescripción de la fórmula siguiente:

- Vervain: como controlador de los rasgos de imposición (no llega a ser Vine).
- Aspen: por el temor a elementos místicos.
- Star of Bethlehem: por todas las situaciones que ha vivido y han provocado un trauma evidente en el niño.
- Walnut: para facilitar su adaptación a todos los cambios que ha tenido que enfrentar.
- Willow: por el resentimiento producto de la falta de atención y la “ausencia” de la figura paterna.

Se recomienda de manera especial a la madre explicar, paulatinamente y de forma sencilla, lo que le ha sucedido al padre, que es un proceso largo en el cual es muy importante que él participe, para así

lograr que este no perciba a su papá como un objeto sin vida. Además, que dentro de las posibilidades dedique algún tiempo a conversar con Mario.

**Sesión 2:** 29 de octubre de 2008.

Aquí se conoce que el niño está mucho mejor tanto en la casa como en la escuela, que ha aceptado interactuar con el padre (traslada el sillón de ruedas de un lado a otro de la casa, habla algunas palabras con él, le pasa la mano por la cabeza, entre otras cosas).

Se recomienda mantener el cumplimiento de las orientaciones y el tratamiento floral.

**Sesión 3:** 19 de noviembre de 2008.

A este encuentro solo asiste la madre pues informa que el niño ha remitido casi en su totalidad los síntomas. Ante esto se recomienda mantener la fórmula prescrita, reducir a cuatro tomas diarias y regresar dentro de un mes para constatar la evolución.

#### *Caso # 5*

Paciente masculino, de 7 años de edad, a quien llamaremos Pedro.

**Inicio de las consultas:** 6 de octubre de 2008.

**Motivo de Consulta:** se muestra muy intranquilo y agresivo en la casa.

Al explorar la situación familiar actual del menor se conoce que es hijo de padres divorciados y vive con la madre, la abuela materna y el padrastro.

El niño viene acompañado de su mamá la cual refiere que tras el nacimiento del hermano menor no puede dedicarle el tiempo que antes tenía solo para Pedro, además en los últimos meses el padre, que es militar, ha venido a verlo menos de lo acostumbrado y que lo ha escuchado expresar en más de una ocasión: “mamá, ¿por qué los papás de mis amiguitos juegan más con ellos?”. Por otro lado las relaciones con el padrastro son buenas y aunque este le dedica tiempo, ella ha notado que el niño aún reclama mucho a su papá. También la madre expresa que no existe una rivalidad manifiesta con el hermano menor, pues no lo rechaza, le gusta pasarle la mano, está pendiente de los horarios de las tomas de leche, entre otras cuestiones.

Una vez recopilada dicha información se establecen de la siguiente forma los Ejes del diagnóstico multiaxial:

- Eje I: Trastorno de adaptación.
- Eje II: No hay diagnóstico, se aprecia acentuación de rasgos: es celoso (con todo lo que lo aleja de la madre) y dominante (le gusta hacer prevalecer su voluntad).
- Eje III: Ninguno.

- Eje IV: Ausencia de la figura paterna tras el divorcio (padre militar), nacimiento de un hermano menor.
- Eje V: Evaluación 71 puntos en la “Escala de Evaluación de la Actividad Global”.

Una vez obtenida esta información se define como **objetivo terapéutico** *disminuir las conductas agresivas producidas por la inadaptación del menor*.

Por estas cuestiones dentro de la modalidad terapéutica se prescribe (con seis frecuencias diarias) la fórmula siguiente:

- Vervain: por los rasgos de imposición que manifiesta para hacer prevalecer su voluntad.
- Star of Bethlehem: ante el malestar producido por los diferentes eventos descritos.
- Holly: por los celos, que aunque no se manifiestan como rivalidad, están presentes en Pedro; así como para aminorar las manifestaciones de agresividad.
- Walnut: para potenciar en él la adaptabilidad al cambio.
- Willow: ante el resentimiento producto a la ausencia del padre y el nacimiento de un hermano que le “roba” tiempo con la madre.

También se recomienda a la madre dedicar ciertos espacios a su hijo mayor: incorporarlo a las labores de cuidado del bebé, conversar con él mientras amamanta al recién nacido, entre otras. Por otro lado se recomienda establecer comunicación telefónica con el padre del niño y explicarle la necesidad de crear espacios para su hijo.

#### **Sesión 2:** 20 de octubre de 2008.

En este encuentro la madre comentó que Pedro había cargado a su hermanito y que estaba más tranquilo. Que se había comunicado con el padre del menor y que este había venido a verlo, hecho que fue muy gratificante para el niño.

En el trabajo individual con el menor se abordó el tema de la importancia de contar con una familia amplia donde todos se quieran y compartan las actividades y responsabilidades.

En este encuentro se recomienda a la madre mantener el tratamiento floral y seguir las orientaciones brindadas para el sistema familiar.

#### **Sesión 3:** 3 de noviembre de 2008.

En este encuentro se constata que el niño ha seguido evolucionando de manera positiva, pero no quiere dormir solo porque dice que tiene miedo, y que además a veces se orina en la cama. Estos síntomas no habían sido mencionados con anterioridad a pesar de que se encontraban matizando el cuadro clínico del menor.

Por estas cuestiones se redimensiona el objetivo terapéutico que en este momento se encamina a

lograr en el niño el control vesical y disminuir los temores a la hora de dormir.

En correspondencia con esto se recomienda una nueva fórmula, en la cual se mantiene Vervain y se agregan:

- Aspen: para los miedos místicos, además por su efectividad en dificultades oníricas.
- Red Chesnut: por la necesidad manifiesta de contar siempre con compañía.
- Cherry Plum: como esencia que se encarga de establecer el control.

Se recomienda a la madre disminuir en la medida de lo posible la ingestión de líquidos antes de dormir.

#### **Sesión 4:** 17 de noviembre de 2008

En este encuentro se constata una remisión prácticamente total de los síntomas por lo que se recomienda disminuir la ingestión de la fórmula a cuatro frecuencias diarias y se orienta regresar dentro de un mes para comprobar la evolución del caso.

#### *Caso # 6*

Paciente masculino, de 9 años de edad, a quien llamaremos Julio.

**Inicio de las consultas:** 21 de octubre de 2009.

**Motivo de Consulta:** está presentando cefalea y dolores de estómago, alegando que así no puede ir a la escuela.

Este niño ha vivido sus primeros años escolares en una escolita rural, en la cual la matrícula no sobrepasaba un total de cinco niños, quienes cursaban entre el primer y el tercer grados.

Acude acompañado de la madre quien refiere que una vez que tuvo que viajar a la cabecera municipal para incorporarse a un seminternado, en el cual la matrícula excede a los doscientos estudiantes, comenzó a manifestar que no quería ir a la escuela porque le dolía la cabeza y el estómago.

Esta situación se viene presentando desde principios de septiembre hasta la fecha.

Una vez recopilada la información inicial se establecen de la siguiente forma los Ejes del diagnóstico multiaxial:

- Eje I: Trastorno de adaptación.
- Eje II: No hay diagnóstico, se aprecia acentuación de rasgos: vemos a un niño en el que predomina la timidez, le cuesta trabajo comunicarse y por momentos llora.
- Eje III: Cefalea y dolores estomacales (todos aparecen después del cambio de escuela).
- Eje IV: Cambio en el ambiente escolar, fue trasladado de una escuela en la que estudiaban solo cinco niños, a un centro seminterno con más de doscientos estudiantes de matrícula

- Eje V: Evaluación 69 puntos en la “Escala de Evaluación de la Actividad Global”.

Una vez realizado este diagnóstico se establece como **objetivo terapéutico**: *Propiciar la adaptación del menor al nuevo ambiente escolar y disminuir los síntomas aparecidos junto al cambio (cefalea y dolores de estómago)*. Por estas cuestiones dentro de la modalidad terapéutica se prescribe (con seis frecuencias diarias) la fórmula siguiente:

- Mimulus: Ante el miedo y las manifestaciones ansiógenas que puede provocar el enfrentarse a nuevas situaciones.
- Agrimony: Por la tortura que para él significa tener que ir a la escuela.
- Wild Oat: Como guía, que le ayude a reorientar su comportamiento en la necesidad de estudiar por su propio beneficio.
- Red Chesnut: Para estimular el “despegue” del menor a sus antiguas condiciones de estudio.
- Wild Rose: Para potenciar la motivación por el estudio.
- Elm: Para sofocar su sentimiento de que las nuevas exigencias y situaciones sobrepasan sus posibilidades de relacionarse con los demás.

En esta Sesión además se trabaja con el menor la importancia del estudio, se resaltan sus posibilidades y cualidades cognitivas (las cuales por su rendimiento académico se pueden catalogar de normal promedio). En el trabajo con la madre se le orienta que el niño sea chequeado por oftalmología y se le realice un chequeo médico, para descartar posibles causas orgánicas de las molestias manifestadas por él.

**Sesión 2:** 29 de octubre de 2009.

A este encuentro solo asiste la madre, la cual refiere que no pudo traer al menor porque tenía actividades a las cuales él consideró que no debía faltar en la escuela, cuestión que fue aprobada pues evidenciaba un primer paso en la mejoría del niño. La misma comentó que el chequeo médico había dado negativo pero que el niño sí debía usar espejuelos, cuestión que justificó la cefalea. Por lo demás el niño estaba mejorando y los rechazos a asistir a la escuela habían disminuido. En esta ocasión se recomienda continuar con el tratamiento anteriormente orientado.

**Sesión 3:** 12 de noviembre de 2009.

En esta Sesión se observa un niño sonriente, aunque conserva la timidez. La madre refiere que no ha presentado más dificultades y por ende todo marcha bien. Se está adaptando al uso de los espejuelos.

Ante esta información se decide dar el alta temporal, recomendando mantener la fórmula por un mes (reduciendo la toma a cuatro frecuencias diarias), y después de este tiempo se le recomienda regresar para evaluar la evolución del caso.

- En los seis casos estudiados se evidenciaron mejorías en la sintomatología a partir de la primera reconsulta.
- El sistema propuesto para trabajar casos de inadaptación resultó viable y relativamente rápido, ya que logra en aproximadamente tres Sesiones de trabajo la remisión del cuadro clínico de los pacientes estudiados, información que se constata en la evolución positiva de los casos presentados.
- El trabajo desde los estados emocionales y la frecuencia utilizada en el consumo de las esencias florales (6 tomas al día) fue efectivo en los seis casos estudiados.
- Las esencias florales más utilizadas fueron Star of Bethlehem y Walnut (con más de un 87,5 % de utilización), lo que demuestra cómo los procesos inadaptativos de los casos estudiados entremezclan situaciones traumáticas e imposibilidad de adaptación al cambio.
- En los escolares estudiados se destacó la utilización de Willow y Vervain como esencias utilizadas ante el resentimiento, al no poder manejar los cambios que se producen en sus vidas y la presencia de métodos impositivos.
- El trabajo con la familia como sistema de apoyo para afrontar el agente estresor, garantizó crear niveles de conocimiento de cómo tratar situaciones de este tipo, lo perjudicial de mantener estilos educativos inadecuados, y la necesidad de prestar especial atención al menor ante eventos normativos (nacimiento de un hermano) o eventos no normativos (muerte, accidentes, divorcios, entre otros).

- Arés, P. (2003). La familia, fundamentos básicos para su estudio e intervención. En R. Castellano. Psicología. Selección de Lecturas. (pp. 99-105). La Habana: Félix Varela.
- \_\_\_\_\_. (2002). Psicología de Familia: una aproximación a su estudio. La Habana: Félix Varela.
- Carballo, M.E. (2002). “Trastorno del sueño y adaptación en niños menores de un año”. Sedibac, 30, 16-17.
- Domínguez, L. (2006) Psicología del Desarrollo. Problemas, Principios y Categorías. Ciudad Reynosa, Tamaulipas, México: Editorial Interamericana de Asesoría y Servicios S.A. del C.V.
- Fernández, T. (2005) “Tratamiento floral conjunto-simultáneo a madres e hijos”, extraído el 20 de diciembre de 2008 en [www.sedibac.org/temas](http://www.sedibac.org/temas)
- García A. (2003) Psicopatología Infantil Su evaluación y Diagnóstico. La Habana: Félix Varela.
- González, J. (2005) Trastornos adaptativos y de estrés. Extraído el 28 de abril, 2007 desde <http://my.inova.com/articulos>.
- Guerra, V., Portero, D. y Molerio, O. (1996). Algunas particularidades del funcionamiento familiar en niños con trastornos neuróticos. Informe de Investigación del Departamento de Psicología. Universidad Central de Las Villas.
- Hernández, H. (2002). “Un niño difícil”, Sedibac, 32: 26-27.
- Herrera, L. y González, M. (2002). “Utilidad de la terapia floral en la psiquiatría infanto-juvenil”, Sedibac, 31: 9-15.
- Perales, A., Rivera, F. y Valdivia, O. (2006). Trastorno de adaptación. Extraído el 28 de octubre de 2008 desde [www.terra.com/salud/articulos](http://www.terra.com/salud/articulos).
- Rodríguez, B., Alfonso, D. y Castillo, Z., (2005). “Terapia Floral en niños cardiópatas hospitalizados y sus madres”. Sedibac, 41, 13-18.
- Rodríguez, B. y Ricardo, O. (2005). Inteligencia Emocional y Flores de Bach. Barcelona: Índigo.
- Rodríguez, B. (2001). Terapia floral y estimulación psicosensores en el niño con deficiencia psíquica. Barcelona: Índigo,
- \_\_\_\_\_. (2005). “Presentación de dos casos: ansiedad por separación y estrés postraumático”, Sedibac, 41: 26-28.
- \_\_\_\_\_. (2009). El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria. Trust. Hereford: Twelve Healers.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (2004) Metodología de la investigación cualitativa. La Habana: Félix Varela

# Influencia de la Terapia Floral de Bach en la respuesta emocional de dos pacientes diagnosticados con Xeroderma Pigmentoso



**María de los Ángeles Pérez Fuentes**  
**Lisette Isaba Suárez**  
**Lisaine Águila García**  
**Nercy Odet Díaz Águila**

Policlínico Juan B. Contreras, Ranchuelo

La correspondencia sobre este trabajo debe dirigirse a:  
[lao@capiro.vcl.sld.cu](mailto:lao@capiro.vcl.sld.cu)



**GC Bach**

Grupo Cubano de Investigación del Sistema  
Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach

[www.gcbach.uclv.edu.cu](http://www.gcbach.uclv.edu.cu)

Portada

Índice

La presente investigación tiene como objetivo central valorar la efectividad de la Terapia Floral de Bach en la respuesta emocional de pacientes que han sido diagnosticados con Xeroderma Pigmentoso (XP). El estudio estuvo conformado por una muestra de dos sujetos diagnosticados con esta enfermedad, procedentes del poblado de San Juan de los Yeras del municipio de Ranchuelo, en la provincia de Villa Clara. Para la recogida de información se emplearon instrumentos diagnósticos como la entrevista a pacientes y familiares y técnicas proyectivas (10 deseos, Rotter). Los principales hallazgos reflejan la presencia de diferentes estados emocionales tales como: temor, ansiedad, pesimismo, tristeza, cambios en el estado de ánimo y resistencia al cambio de vida. Los resultados obtenidos permiten un mayor acercamiento a la esfera emocional de los pacientes XP y a la influencia que sobre los mismos ejerce la aplicación de la Terapia Floral de Bach como alternativa terapéutica; lo cual constituye un aporte al tratamiento de estos pacientes, así como al diseño de programas dirigidos a su atención integral.

**Palabras clave:** Xeroderma Pigmentoso, Terapia Floral, Emociones

# Introducción

El Xeroderma Pigmentoso (XP) se define como una enfermedad genética que provoca en el paciente un daño en la capacidad de reparación del ADN de las células de la piel, que han estado sometidas al efecto de las radiaciones ultravioletas. Esta incapacidad de reparación de las células, condiciona en quien la posee predisposición a padecer cáncer de la piel, sin excluir la posibilidad de aparición de enfermedades malignas de tejidos blandos. (Prieto, 1999)

La incidencia mundial es de 2 a 4 por millón en países como Japón, hasta 1 en un millón en EUA. Puede afectar a pacientes de todas las razas sin distinción de sexos. (Mena, 1996)

En Cuba han sido diagnosticados hasta este momento un total de 35 pacientes. De ellos el 50 % de los casos corresponde a la provincia de Villa Clara. Actualmente existen otros casos en estudio, por lo que se prevé un aumento en esta cifra una vez confirmados los mismos.

Esta enfermedad se diagnostica entre el primer y tercer años de vida y puede provocar la muerte en la primera o segunda década como consecuencia del cáncer que aparece de forma creciente y que con gran frecuencia es de una elevada capacidad de diseminación. Sin embargo, con la aplicación de tratamientos multidisciplinarios y una adecuada profilaxis oncohigiénica se ha logrado un incremento de la supervivencia en estos pacientes que les ha permitido llegar a la edad adulta.

El factor desencadenante de la enfermedad, en quien nace con ella, es la exposición a los rayos solares. Existen niños que durante sus tres primeros años de vida no han tenido una exposición prolongada a los efectos del sol, por lo cual no aparece de manera temprana la expresión clínica de la enfermedad. En casi todos los casos el padecimiento debuta con la aparición de múltiples pecas y enrojecimiento de la piel después de la exposición al sol. Ahí comienza la sospecha clínica del Xeroderma Pigmentoso, pero no hay confirmación alguna hasta que no se hace una biopsia. (Alemán, 2003).

Esta dolencia, poco común hasta el momento, exige de un estricto control para que las lesiones que provoca no tengan una evolución fatal. Quienes la padecen requieren de una alimentación especial (abundante en productos antioxidantes), de protectores solares en sus ventanas, de climatización y de una delicada atención a su estado anímico.

En nuestro país existe un programa que garantiza la asistencia social a estos pacientes, lo que requiere de un equipo multidisciplinario integrado por expertos de Genética, Oncología, Dermatología y Oftalmología, entre otras especialidades. Dentro de estas cabe mencionar al profesional de la Psicología, dada la inminente necesidad de prestar atención psicológica a estos pacientes.

Resulta difícil convencer a un niño en una etapa determinada de su desarrollo, de que debe

protegerse de la luz del día, de permanecer a partir de ese momento dentro de la casa, con maestros ambulatorios, alejados del resto del grupo de coetáneos y reajustar toda la dinámica familiar debido a las limitaciones que representa esta enfermedad. De aquí se deriva la aparición de diferentes estados emocionales, dentro de los cuales pueden mencionarse el miedo, la ansiedad, la angustia.

Las emociones son reacciones afectivas de aparición brusca, gran intensidad y carácter transitorio, que se acompañan de cambios somáticos ostensibles. (Cruz, 2002) La Terapia Floral de Bach, como alternativa terapéutica, nos brinda la posibilidad de influir sobre esos estados emocionales, contribuyendo con ello a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, al resultar absolutamente compatibles con cualquier otra terapia, tanto alopática como homeopática, hecho que las hace especialmente recomendables, sobre todo en un momento en que los efectos iatrogénicos son cada vez más preocupantes. Lo más importante de este tratamiento es que es personalizado, se va a las causas del trastorno y no a los síntomas. No es una varita mágica, pero logra armonizar las emociones y facilita la curación y la rehabilitación de muchas personas. Es por ello que esta investigación parte del siguiente problema: *¿Cómo enfrentar las respuestas emocionales de pacientes diagnosticados con Xeroderma Pigmentoso (XP) a través de la Terapia Floral?* En relación con el problema planteado, los objetivos a alcanzar durante la investigación son los siguientes:

### **Objetivo General**

- Valorar la efectividad de la Terapia Floral de Bach en la respuesta emocional de pacientes diagnosticados con Xeroderma Pigmentoso (XP).

### **Objetivos Específicos**

- Determinar qué respuestas emocionales se producen con más frecuencia en dos pacientes con Xeroderma Pigmentoso (XP).
- Influir mediante la aplicación de la Terapia Floral. en la respuesta emocional que se genera en dos pacientes con Xeroderma Pigmentoso (XP)

La muestra estuvo constituida por dos pacientes del sexo masculino, con edades entre 10 y 16 años respectivamente, diagnosticados con Xeroderma Pigmentoso. Ambos proceden del poblado de San Juan de los Yeras, en el municipio de Ranchuelo, provincia de Villa Clara. El muestreo tuvo un carácter intencional, propio de la metodología cualitativa, en este caso el denominado muestreo de unidades homogéneas (compuesta por sujetos con antecedentes y experiencias comunes). Para la conformación de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: pacientes que hayan sido diagnosticados con Xeroderma Pigmentoso en correspondencia con el criterio médico de expertos y respetar la voluntariedad de estos pacientes, sobre el hecho de formar parte o no de la investigación. Como criterio de exclusión tomamos en cuenta aquellos pacientes que previo a la enfermedad presenten algún tipo de trastorno mental como retraso mental, esquizofrenia o cualquier otro que implique un grado de deterioro que pueda invalidar los resultados.

Para la ejecución de la investigación comenzamos solicitando el consentimiento informado de los pacientes y familiares. Durante el proceso diagnóstico tuvimos en cuenta las condiciones más adecuadas para los pacientes en estudio, por ejemplo en cuanto al horario vespertino o nocturno, respetándose en todo momento las particularidades de la forma de vida de los pacientes con XP una vez diagnosticados. En el transcurso de la investigación nos apoyamos en el empleo de instrumentos diagnósticos, como es el caso de la entrevista. Se utilizó la entrevista semiestructurada como variante, la cual permite tener un plan para no desorientarnos en su curso, convirtiendo la misma en una conversación donde podemos cumplir el objetivo propuesto e incluso abarcar más de lo planificado inicialmente.

La entrevista inicial a los pacientes en estudio tuvo como objetivo profundizar en diferentes esferas (familiar, escolar, motivacional), así como en el conocimiento que estos poseen de su enfermedad, la repercusión de la misma en sus estados emocionales, reacciones iniciales y estilos de enfrentamiento. La entrevista a familiares igualmente tuvo carácter semiestructurado y se dirige a conocer aspectos relacionados con la dinámica familiar, las repercusiones de la enfermedad en los estados emocionales del paciente, el manejo por parte de la familia y la presencia de otras redes de apoyo.

La tercera sesión de trabajo demandó el empleo de otra entrevista, atendiendo a las particularidades individuales de los pacientes en estudio. La entrevista floral se ajusta a los procedimientos de indagación clínica habitual, con la sola acentuación de los procesos emocionales del paciente. Ese proceso se denomina mapeo emocional y consiste en la determinación de la configuración afectiva de respuestas del paciente, por medio de sus palabras, sus actos y sus síntomas.

La entrevista se acompaña en todo momento de la observación de todas las manifestaciones visibles de los pacientes en estudio, su postura, forma de hablar, mímica, reacciones ante las interrogantes, etc.

Asociado a lo anterior decidimos apoyarnos en el empleo de otras técnicas proyectivas que nos permiten obtener información acerca de la esfera afectiva motivacional de los pacientes, tales como:

- Diez deseos: Se encamina a conocer el contenido de los principales motivos actuales del sujeto, así como el vínculo afectivo asociado a estos.
- Rotter Infantil: Permite constatar los contenidos motivacionales fundamentales, el vínculo afectivo existente hacia ellos y las posibles áreas de conflicto.

De esta manera el estudio contó con un total de seis sesiones de trabajo: tres de diagnóstico y tres de seguimiento. Durante la primera sesión de diagnóstico se realizó la entrevista (semiestructurada) inicial a los pacientes y la aplicación de las técnicas proyectivas. La segunda se destinó a entrevistar

a familiares, y la tercera sesión contempló una segunda entrevista a los pacientes. En el período de seguimiento las entrevistas se centran en los cambios acontecidos en los pacientes tras la aplicación de la terapia floral, con vistas a conocer su efectividad.

## *Caso # 1:*

Nombre: (Y.F.R.)

Fecha de nacimiento: 18 de octubre. Flor tipo: Scleranthus

Adolescente de 16 años de edad, sexo masculino. Fue diagnosticado con Xeroderma Pigmentoso hace año y medio. Refiere padecer de problemas de la piel desde los seis meses de vida, caracterizados por enrojecimiento al exponerse al sol reiteradamente, una picadura de insecto o el más ligero roce con una planta. Nos comenta del componente genético de la enfermedad y su mayor preocupación es su salud y la de los demás pacientes XP, debido a la ausencia de cura definitiva para esta patología, limitándose el tratamiento a la prevención.

El momento de mayor tensión en su vida fue cuando se le diagnostica la enfermedad. Él se encontraba de pase del Preuniversitario, donde cursaba 10mo grado, cuando recibe la visita de la comisión nacional que atiende el programa de XP. Una vez confirmado el diagnóstico comienzan a entrar en vigor las medidas preventivas, dentro de las cuales debía permanecer encerrado en la casa durante el día, salir solamente ante alguna emergencia y protegido, cubriendo completamente su cuerpo con ropa, gafas, sombrero.

En este sentido Y.F.R nos comenta: Renunciar a la escuela en el inicio del pre-universitario y a mi grupo de pertenencia resultó muy difícil para mí, la visita de la comisión me tomó por sorpresa un domingo al mediodía. Yo me encontraba de visita en casa de mi padre y me fueron a buscar para someterme a examen físico y comunicarme la noticia de que debía abandonar las actividades escolares para permanecer todo el tiempo en la casa”.

Ese día no almorzó, no comió, regresó a casa de su padre manifestando que no abandonaría sus estudios, sus condiscípulos, su profesor guía con el cual se había identificado notablemente. Se resistía a la idea de renunciar a las actividades diarias, cambiar sus hábitos, costumbres y su vida social al horario nocturno.

Abandonar la escuela, decirle adiós a sus compañeros de aula, a sus maestras, para permanecer todo el día en casa, reajustar sus horarios de vida, representan situaciones dolorosas para el paciente, pero imprescindibles para prevenir las consecuencias asociadas a la enfermedad. Estos cambios radicales sobrepasan en un inicio los recursos para su adaptabilidad, para dar respuesta a las demandas o exigencias que le impone su nueva situación, provocando desajustes en su esfera emocional.

Actualmente refiere como horarios de vida los siguientes: desayuno a las 12 del mediodía. Luego

ve las noticias. Nuevamente se acuesta y se levanta a las cinco de la tarde, esperando ansioso la puesta del sol para poder salir. Va a casa de su amigo F.R.S. y allí comparten gran parte de la noche y la madrugada.

De su enfermedad conoce algunos detalles, sobre todo los riesgos y las medidas que debe tomar. En este sentido se cuida bastante y eso es favorable. Las lesiones fundamentales hasta este momento son: cara inflamada, ampollada, pecas, lunares fundamentalmente en torso, espalda y en el rostro en menor medida. Cada vez son más, se vuelven abultados, cambian de color, por lo que requieren ser extirpados.

Se ha sometido hasta el momento del diagnóstico a una sola intervención quirúrgica. Se dispone a someterse a la segunda próximamente. Este evento trae consigo estado de ansiedad marcada, nerviosismo. Al decir de su mamá “se pone quisquilloso, matraquilloso, cuando se acerca ese momento”.

Durante el estudio encontramos variación en los estados de ánimo del paciente, alternando alegría y tristeza con relativa facilidad.

Comenta su mamá que Y.F.R. siempre ha sido un niño callado, reservado, con tendencia a la introversión. El divorcio de sus padres lo afectó bastante, sobre todo por el escaso apoyo recibido del padre antes y después de este evento, el cual solo se limita a la pensión obligatoria o manutención. A pesar de no tener dificultades en la convivencia con el padrastro, confiesa que este último es poco comunicativo y no da cobertura al diálogo con el adolescente.

Recibió atención psicológica anteriormente, cuando estaba en la secundaria. Ya desde entonces y a pesar de no haber abandonado la vida escolar existían restricciones producto de su enfermedad como por ejemplo no realizar educación física. Esto trajo consigo que se separara de sus compañeros, aislándose parcialmente del grupo de coetáneos. En aquel momento recibió orientación psicológica y se produjeron ciertos cambios positivos en su comportamiento. No obstante con la confirmación del diagnóstico y el cambio radical en su vida, ha vuelto a aislarse, manifiesta que ninguna muchacha se va a fijar en él puesto que ninguna estaría dispuesta a cambiar su modo de vida y sacrificarse por su causa, mostrándose pesimista y malhumorado.

No existen amigos cercanos con quien compartir a excepción de F.R.S. paciente diagnosticado también con XP y que al ser menor se encuentra en otra etapa del desarrollo, con intereses y motivaciones diferentes. Algo significativo en el paciente es la inestabilidad en los estados de ánimo, que oscilan de uno a otro extremo y son variables, unos días el paciente se muestra contento, hace planes, y otros se muestra triste, angustiado, deprimido. Estas fluctuaciones pueden ser una respuesta ante la enfermedad pero además guardan relación con su flor tipo (*Scleranthus*). Es por ello que durante el diagnóstico enfatizamos en interrogantes como:

- ¿Sufres de indecisión al decidir entre dos cosas?
- ¿Experimentas cambios extremos entre dos caracteres (alegría, tristeza)?
- ¿No te gusta decidir solo? ¿Tienes la sensación de pérdida del equilibrio interior porque reaccionas con rapidez?

Las respuestas afirmativas en su mayoría muestran a una persona dudosa ante dos opciones, que desconoce en ocasiones el término medio, guardando para sí dudas. Sin embargo lo más sobresaliente es la variación de un día a otro, a veces superlativo y otras muy estático.

Y.F R. se siente al inicio del estudio frustrado por el hecho no solo de haber tenido que abandonar sus estudios sino de que en este momento, a diferencia del curso anterior se le ha retirado el apoyo de profesores ambulatorios, los cuales se relacionaban bien con él, sobrepasando el marco de la enseñanza escolar y brindándole apoyo afectivo. Esto le ha disgustado mucho, puesto que considera que se está atrasando en los contenidos, lo que ha traído consigo insatisfacción, pesimismo. Se ha planteado la situación, no obstante aún no se ha dado respuesta y continúa sin recibir clases.

Debemos decir que a pesar de no contar con una vocación definida antes del diagnóstico, el paciente manifiesta su deseo de continuar estudios superiores. Pero alega que para ello debe estar preparado, por eso se encuentra frustrado sintiéndose en desventaja al no recibir clases en correspondencia con su nivel de estudios.

La aplicación de los Diez deseos mostró prevalencia de una sola esfera, en primer y único lugar el paciente desea estar sano y volver a disfrutar de su vida anterior. La esfera de intereses y motivaciones es limitada.

El Rotter revela como indicador directo el deseo de estar bien de salud (ítem 6) y el temor de que se desarrolle la enfermedad con el paso del tiempo (ítem 7), así como su marcada insatisfacción por estar enfermo (ítem 10). Se expresan además dificultades en la comunicación con el papá (pasivo, despreocupado, poco afectuoso) (ítem 8). Igualmente su profundo malestar por no estar estudiando actualmente ni recibiendo clases (ítems 12 y 13). Dificultades para controlar sus estados de ánimo y pesimismo en ocasiones. Proyección futura (ítem 22), mostrando disposición por estudiar o trabajar.

En sentido general el diagnóstico revela la presencia de diversos estados emocionales que constituyen la respuesta individualizada del paciente frente a la enfermedad, sobresaliendo como más significativos las resistencias al cambio inicialmente, las fluctuaciones en el estado de ánimo, la tristeza, el pesimismo, la ansiedad. Algo que sobresale es el contraste entre la preocupación por la evolución de la enfermedad y por otro lado la minimización de los riesgos, lo que puede traducirse como enmascaramiento o mecanismo defensivo ante la realidad que enfrenta. En este caso se prescribe

Agrimony, ante la negativa de mostrar sus verdaderos sentimientos, pero debemos decir que este comportamiento se relaciona además con las fluctuaciones en los estados de ánimo, pasando de la alegría a la tristeza con relativa facilidad, propio de Scleranthus, que es su flor tipo, en su estado negativo.

#### *Caso # 2:*

Nombre: F.R.S      Flor tipo: Chicory

Sexo masculino, 10 años de edad.

Anterior al diagnóstico se vio siempre afectado por lesiones en la piel. La enfermedad se le diagnostica luego de un largo proceso de estudio con repercusiones al no tomarse con anterioridad las medidas preventivas que propician que la enfermedad evolucione favorablemente.

Como reacciones iniciales al diagnóstico su mamá comenta lo siguiente... “Gritaba, no comía, se deprimió mucho, mal genio, cambios de humor. Se mostraba irritable con las personas, con la maestra ambulatoria que le asignaron. Se negaba a abandonar su vida escolar, a perder a sus compañeros”. “Maldecía el sol diariamente manifestando... «por su causa estoy aquí, cuando se va a ir para poder jugar, mami explícame». Los primeros meses fueron muy difíciles. Se escapaba para la escuela. Durante la visita de la comisión nacional los especialistas le intentaron crear conciencia sobre los riesgos de la enfermedad. Fue un largo proceso, de cuidados intensos hasta que poco a poco se fue adaptando, resignando hasta llegar a cuidarse por sí solo...”

En esto último influyó mucho el intercambio con otros pacientes XP, muchos de ellos en otras fases más avanzadas de la enfermedad, con mayor deterioro, ello le hizo ir tomando conciencia, percepción de riesgo acerca de las consecuencias de no cuidarse adecuadamente y de hasta dónde podía avanzar la enfermedad.

F.R.S presenta piel desfavorable (actílica, blanquecina lechosa) con poros cerrados, más sensible, más vulnerable que en el caso anterior. La región del cuerpo más afectada es la espalda. El síntoma fundamental es la picazón. Durante nuestro estudio debió someterse a operación de seis lunares (manos y tórax).

F.R.S es un niño muy meticuloso, desganado para comer. De los alimentos, prefiere los fríos (refresco, helado). Su juego favorito es la pelota. Abandonarlo durante el día fue una de las cosas que más lo marcó. De las asignaturas prefiere Matemáticas, plantea que no le gusta Ciencias naturales porque en el estudio de la naturaleza se habla mucho del sol y esto no le agrada, lo que nos demuestra una vez más su rechazo al mismo no superado hasta este momento.

Sus estados de ánimo son variables. No obstante en ocasiones es notable su mal humor, dada la impotencia de no poder realizar lo que realmente desea. Se desespera porque llegue la noche. No tolera el engaño, el umbral de tolerancia a las frustraciones es bajo, por ejemplo si le prometen que saldrá en la noche y se frustra el plan por determinadas circunstancias, muchas veces ajenas a la voluntad de la familia, el niño se transforma y se pone de muy mal humor.

F.R.S convive con tres miembros más. Su mamá, su hermana y el hijo de esta. Posterior al diagnóstico se comporta de manera susceptible y por cualquier motivo se siente afectado. Resulta bastante significativo el hecho de que en los últimos tiempos el paciente se asusta con frecuencia, manifestando ansiedad y marcado temor por sus allegados, en especial por su mamá, con la que tiene mayor afinidad, y con su hermana. Por ejemplo, un día que su mamá estuvo enferma (presión alta), se asustó muchísimo y expresó: “yo creo que si tú te mueres, yo me muero contigo”. El temor por sus allegados se expresa además ante su negativa a que su mamá por ejemplo vaya a tender ropa a la azotea, preocupación exagerada a que se exponga al peligro de caerse, o a que salga sola a la calle. Esta respuesta de temor por los otros se extiende a su hermana cuando se demora en llegar a casa, es una especie de aprensión o temor a que les suceda algo.

F.R.S desea siempre tener a muchas personas a su alrededor, sobre todo familiares cercanos, amigos, y en el caso de la figura materna existe un control excesivo. Necesita confirmar constantemente que ella está cerca, mostrando inseguridad marcada y dependencia de los demás. En este sentido su mamá plantea: “Le gusta acaparar la atención de todos, esto antes era así, pero actualmente se ha exacerbado, sobre todo ese temor a perder el afecto de los otros”. Esto lo justifica en alguna medida la enfermedad, pero además el distanciamiento afectivo con su padre y el hecho de que este último se muestra poco afectuoso con el menor. La comunicación entre ellos no es fluida, lo que trae consigo que se centre mucho en la figura materna, y justifica la ansiedad proyectada por esta y el temor a perder sus cuidados y atención.

Se ha sometido hasta este momento a tres intervenciones quirúrgicas. Se dispone a someterse a la cuarta próximamente. La mamá manifiesta que F.R.S se pone muy nervioso frente a estos eventos, le sudan las manos, con marcada ansiedad, dificultades del sueño. Durante la recuperación se muestra deprimido, con fatiga, vómitos. Su primera operación fue a los 8 años. A pesar de ser cirugía menor existieron complicaciones. Después de la biopsia se le infectó un lunar en la espalda. De ahí que esta primera operación lo marcara tanto, por ello aunque ya es la cuarta a la que se enfrentará, siente temor, nerviosismo, inseguridad, ansiedad, intranquilidad. Se muestra deprimido, llora frecuentemente cuando se acerca el momento de la intervención.

En relación con las repercusiones de la situación se expresa que son notables y afectan la dinámica familiar en sentido general, en el caso de la mamá una de estas repercusiones es haber tenido que abandonar su profesión (licenciatura en educación primaria) para dedicarse al cuidado del menor. Al respecto plantea. “Me costó mucho abandonar mi trabajo, fue muy duro para mí, significó un doble proceso de adaptación, pues yo soñaba llegar al final, jubilarme como maestra. Tuve que tratarme con Psiquiatría. Pero no me arrepiento y una vez que se confirmó el diagnóstico me desvinculé de todo. Esto me transformó en otra persona. Salgo a la calle y me siento extraña. No tengo confianza en otros para cuidarlo. Ni a su papá le confiaría su cuidado. Yo necesito tanto de él como él de mí”.

Resultados de los Diez deseos: por orden de aparición predomina la esfera familiar, deseo de tener a su madre cerca de él, añoranza por la actividad de juego en la calle durante el día, deseo de tener más amigos, de que vengan a la casa a compartir la actividad de estudio con él, lo que refleja que aún existe inadaptación frente al hecho de estudiar solo y abandonar la institución escolar.

En el Rotter de manera similar aparecen indicadores de miedo (ítem 7), temor frente a la operación. Necesidad de compañía constante: “no quisiera... que se marcharan mis amigos” (ítem 10). Señala al sol como su mayor problema (ítem 13), como una molestia además (ítem 19) y lo odia (ítem 21).

En este caso se pueden apreciar posterior al diagnóstico, que van a aparecer varios estados emocionales como respuesta a este evento del ciclo vital, de los cuales sobresalen: el negativismo, la inadaptación, por ejemplo cuando se fugaba de día de la casa para jugar a la pelota o presentarse en la escuela, los cambios en el estado de ánimo, la angustia y el nerviosismo frente a las intervenciones quirúrgicas periódicas a las que debe someterse, el miedo o ansiedad proyectada por los otros en este caso por su mamá como figura más representativa y por la hermana mayor. A ello se asocia la necesidad de controlar todo a su alrededor, la inseguridad que se traduce como gran dependencia de sus seres queridos, que en este caso es un signo de temor a la soledad afectiva, aspecto que guarda gran relación con su flor tipo, Chicory en su estado negativo.

# Propuesta de Intervención a través de la Terapia Floral de Bach

Durante la intervención a través de la Terapia Floral, los pacientes en estudio tuvieron que someterse a intervenciones quirúrgicas periódicas como parte del proceso de la enfermedad. En esas circunstancias se prescribe el remedio de Rescate (Rescue Remedy), antes del evento y posterior al mismo.

El remedio combinado más importante fue llamado Rescue Remedy por el propio Bach. Consiste en una mezcla de Cherry Plum, para la pérdida de control; Clematis, para la pérdida de conciencia; Impatients, para el estrés; Rock Rose, para el terror, y Star of Bethlehem, para el Shock. Esta fórmula es tan útil en cualquier situación de mayor o menor importancia que es muy conveniente tenerla siempre a mano para posibles emergencias. Se administra inmediatamente después de cualquier accidente, en intervenciones quirúrgicas, tras la recepción de malas noticias o cuando nos sentimos mal por cualquier motivo. Resulta adecuada para aliviar todo tipo de situaciones y condiciones. El Rescue Remedy constituye una fórmula transpersonal, aplicable a cualquiera que viva una situación de emergencia. (Orozco, 2003)

Una vez finalizada la recuperación se restituye la aplicación de la terapia a través de la fórmula de esencias combinadas, seleccionada en correspondencia con el diagnóstico emocional inicial. En ambos pacientes se incluyeron varias esencias comunes durante la intervención. Estas fueron: Star of Bethelhem, Walnut, Crab Apple y Gentian, a las cuales se les agregan otras dos esencias diferentes, que responden al diagnóstico individualizado. Para YFR se agregan, además, Scleranthus (flor tipo) y Agrimony; mientras para FRS se mantiene la misma fórmula base añadiendo Chicory (flor tipo) y Red Chestnut.

## Frecuencia

Dosis de cuatro gotas sublinguales cada 3 horas. Desde el momento en que se levantan hasta que se acuestan. En los momentos de intervención quirúrgica la fórmula del Rescate se prescribe con una frecuencia diferente: antes y después del evento. Se trabaja la impregnación, ingiriendo el Rescate 4 gotas cada 15 minutos durante la primera hora, dos veces durante la segunda hora, cada una hora hasta la mitad del día y el resto cada 2 horas. El día de la operación se recupera el intervalo de 15 minutos, hasta que entra al salón. Posterior a la operación se prescribe cada 3 horas durante las siguientes 24 horas, sin interrumpir horarios de sueño.

# Análisis de los Resultados

La fórmula floral inicial se aplica durante tres meses consecutivos, intercalándose con el Rescue Remedy en los momentos de intervenciones quirúrgicas. La incorporación de esta última trajo consigo resultados muy favorables durante el tratamiento.

En el caso de Y.F.R., plantea que le fue de gran ayuda durante la operación y anterior a esta: Al respecto comenta lo siguiente: me sentí más seguro que en otras ocasiones, menos tenso, menos nervioso, fortalecido, al punto que pude darle ánimo a otros pacientes que se encontraban en mi misma situación y que estaban asustados”.

“...A pesar de que la operación es sencilla, siempre es molesta, en mi caso durante la suturación la aguja se fracturó debido a la resequedad de mi piel, logré en estas circunstancias mantenerme tranquilo, pensé que todo saldría bien, me sentí mucho más confiado que la vez anterior”.

En el segundo caso (F.R.S.), los resultados fueron similares al anterior. Se señalan diferencias en relación con el estado emocional del paciente, en comparación con intervenciones anteriores, el mal humor por ejemplo cambió notablemente, se presentó “mucho más resignado a la operación”, al decir de su mamá, y a pesar de ser seis lunares, se mantuvo más tranquilo, el nerviosismo disminuyó notablemente, también el llanto. “Esta vez no lloró y quiso permanecer un tiempo más para observar a otro paciente en igual situación durante la operación...”. Decidió ir solo a curarse, mostrando mayor seguridad y menos dependencia de la figura materna.

Hasta este momento los cambios durante la aplicación de la combinación floral después de terminar la primera fase del diagnóstico han sido más lentos, de manera gradual y progresiva en ambos casos, no obstante palpables en algunos aspectos y reconocidos en otros por sus allegados y los propios pacientes.

En el primer caso, Y.F.R. se ha mostrado más comunicativo en cada visita durante el seguimiento, su esfera de motivaciones ha tenido cambios, recibe clases actualmente del programa de preuniversitario y valora la posibilidad de estudiar algo relacionado con la informática. Nos comenta con mayor agrado sobre los encuentros sostenidos con otros XP; al inicio lo perturbaba un poco ver a pacientes en estadios más avanzados de la enfermedad, esto lo ha superado bastante, posibilitando ampliar su círculo de amistades. Sus compañeros lo llaman a menudo por teléfono para intercambiar ideas.

En el segundo caso (F.R.S.) también han aparecido cambios sustanciales, y dan fe de ello su mamá y hermana, “poco a poco se ha comportado más seguro, menos controlador”, la ansiedad y el temor por los otros ha disminuido en gran medida.

En las noches sale más animado, se muestra alegre y entusiasmado, hace planes. Se han creado opciones por la familia para llevarlo a realizar caminatas, visitar centros nocturnos e incorporar a otros muchachos a los juegos de mesa en las primeras horas de la noche. Su actitud ha variado, se muestra más conforme y la resistencia inicial al cambio de vida ha disminuido notablemente.

Lo anteriormente esbozado coincide con lo planteado por varios autores acerca de cómo después de tomar Gentian van a aparecer cambios que guardan gran relación con los aspectos positivos de esta esencia floral. Apreciamos que se adquiere más energía, fuerza de voluntad, los pacientes se animan a hacer. Es una flor que da coraje para perseverar y probar nuevamente, haciendo desaparecer en gran medida los pensamientos negativos y posibilitando el retorno de una actitud positiva. Brinda fuerza, impulso y permite salir adelante.

Respecto a Walnut, durante el proceso diagnóstico se observa cómo ambos pacientes experimentan la necesidad de convocar cambios en sus estilos de vida, posibilitándose entonces a través de esta esencia “el corte y adaptación” a la situación actual. Esta les brinda además la posibilidad de potenciar la competencia personal, de manera que estos sucesos no atrofién sus repertorios básicos de conducta y sus estilos de logro frente a la solución de las dificultades que les impone esta nueva etapa de sus vidas.

Estas dos esencias mencionadas se combinan con Star of Bethelhem, la cual es muy importante en el tratamiento básico en caso de traumas no asumidos, situaciones aparentemente insoportables y que constituyen un giro en la línea de la vida. Al igual que las anteriores Crab Apple fue una esencia que formó parte de ambos remedios, esencial en el tratamiento de enfermedades dermatológicas, actuando sobre las impurezas cutáneas, como remedio para la limpieza sana, tanto física como psíquica y además refuerza la autoestima, por los sentimientos de infravaloración de la propia imagen que pueden surgir a lo largo de la enfermedad.

Los logros en el comportamiento al alcanzar una mayor independencia en el caso de F.R.S demuestran la efectividad de Chicory en la prescripción, la cual es su flor tipo, potenciando una relación llena de amor hacia sus seres queridos, pero libre. El temor por la seguridad de sus seres queridos ha disminuido al punto que ya no pone objeción para que su mamá salga sola, se queda en casa sin la preocupación que antes manifestaba. En el caso de Y.F.R se prescribe Agrimony, dada la minimización o enmascaramiento que se pretende en ocasiones frente a su verdadero sentir. Esta esencia va permitiendo una mayor apertura al desmantelarse esos mecanismos protectores a los que está acostumbrado, haciendo desaparecer posturas forzadas.

Hasta el momento la aplicación del plan terapéutico no excede los tres meses de duración. De su efectividad podemos decir que en ambos pacientes los cambios se empezaron a vivenciar al mes del

inicio del tratamiento, resultando más ostensibles al finalizar el segundo mes. En el caso de la fórmula de Rescate se perciben cambios sintomáticos de forma inmediata. No obstante, esto no constituye un proceso acabado. Los tratamientos implican tiempo, muy variable de acuerdo con cada paciente, cada situación y las metas de cada caso. Los cambios en algunos síntomas son más palpables a corto plazo, no obstante hay que continuar profundizando en el estudio personológico de cada uno. Pueden surgir aún muchas respuestas emocionales frente a la evolución de la enfermedad y a la vida como personalidades en formación. Los tratamientos acaban cuando se alcanzan ciertos objetivos, al decir de Freud se pone fin a los mismos por una razón práctica, pero la tarea de sanación nos lleva muchas veces toda la vida.

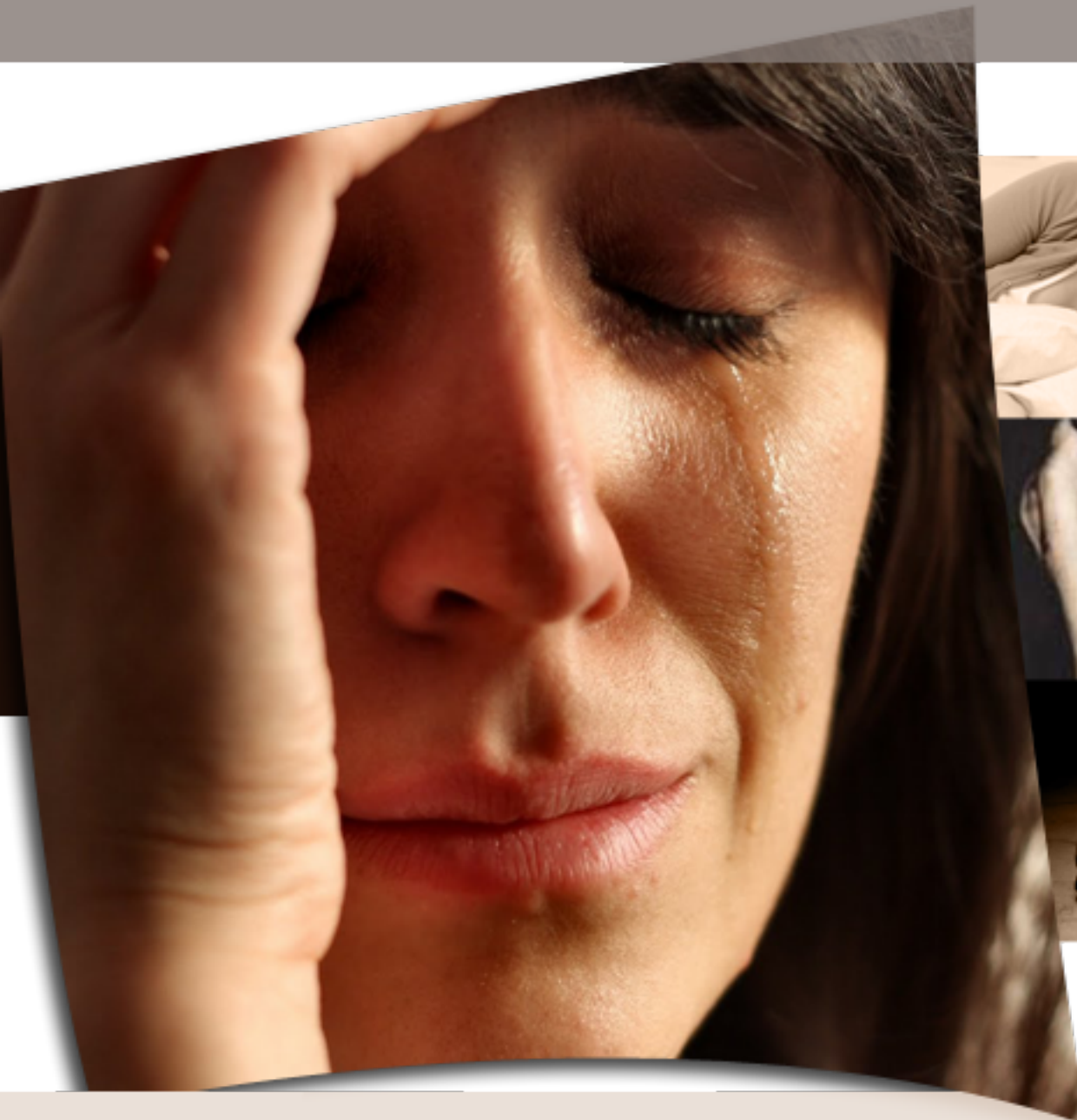
# Conclusiones

- Dentro de las respuestas emocionales de los pacientes diagnosticados con Xeroderma Pigmentoso que formaron parte del estudio encontramos: ansiedad, pesimismo y tristeza; fluctuaciones en el estado de ánimo; temor y ansiedad, proyectada por los otros y, por último, resistencia al cambio de vida.
- La aplicación de la Terapia Floral de Bach permitió influir positivamente en las respuestas emocionales de los pacientes con Xeroderma Pigmentoso en estudio.
- La incorporación de la Terapia Floral de Bach resultó efectiva en el tratamiento y atención a pacientes diagnosticados con Xeroderma Pigmentoso.

# Referencias

- Alemán, N. (2003). Actualización sobre Xeroderma Pigmentoso. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara. Villa Clara.
- Arés, P. (1989). Apuntes sobre evaluación y diagnóstico infantil. La Habana.
- Cruz, M. (2002). Aplicación de la Terapia Floral de Bach en niños con manifestaciones de temor y miedo. MEDISAN. 6(2).
- Falcón, L. (1998) Xeroderma Pigmentoso. Presentación de un caso. Revista Cubana de Pediatría. 70(2)
- Martínez, C. (2001). Salud Familiar. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Mena, C. A. (1996). Xeroderma Pigmentoso. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 53(4)
- Orozco, R. (2003). El Patrón Transpersonal (PT): una eficaz herramienta para la aplicación complementaria de las flores de Bach. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santa Clara.
- Priet, E. (1999). Propuesta de manejo terapéutico en un caso de Xeroderma Pigmentoso. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 18(1)
- Yanes, M. (2005). Terapia Floral: una alternativa de tratamiento. Por Revista Cubana de Medicina General Integral. 21(1)

# Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Dístímicos



**Maité González Blázquez**

Hospital Pediátrico “José Luis Miranda” de Santa Clara

La correspondencia sobre este trabajo debe dirigirse a:  
[miriamb@uclv.edu.cu](mailto:miriamb@uclv.edu.cu)



**GC Bach**

Grupo Cubano de Investigación del Sistema  
Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach

[www.gcbach.uclv.edu.cu](http://www.gcbach.uclv.edu.cu)

Portada

Índice

Actualmente la Depresión ha sido ubicada por la Organización Mundial de la Salud como la principal causa de morbilidad en las naciones en desarrollo para el próximo siglo. Las formas de depresión grave afectan del 2 % al 5 % de la población y cerca del 20 % de la población presenta formas menos graves como la Distimia. En búsqueda de una alternativa más efectiva para el tratamiento de la Distimia se han empleado los psicofármacos en conjunto con diferentes variantes de psicoterapia, debido a que los medicamentos por sí solos son menos efectivos en el tratamiento de la Distimia que en trastornos depresivos de mayor gravedad. Además, la psicoterapia como única herramienta interventiva tampoco ha demostrado una rápida remisión de los síntomas.

En el Sistema de Salud Cubano, otras variantes terapéuticas como el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach (SDTEB) se han insertado con éxito para el tratamiento de diversas patologías. Sin embargo, debido a la complejidad del sistema y en búsqueda de resultados que posean mayor rigor científico, se consideró pertinente crear una modalidad de intervención terapéutica específica para la Distimia.

El presente artículo expone la Propuesta de una Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos desarrollada a partir de una investigación cualitativa. Esta propuesta cuenta con las tres etapas fundamentales de todo proceso terapéutico: diagnóstico, intervención terapéutica y cierre interventivo. Utiliza la línea de trabajo del SDTEB que emplea las esencias florales combinadas con las técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento del sujeto. Esta propuesta fue aplicada, durante los meses de febrero, marzo y abril de 2009 a una muestra de siete sujetos de ambos sexos, entre 20 y 60 años de edad, obteniéndose buenos resultados.

**Palabras clave:** Intervención Terapéutica, Distimia, Pacientes Distímicos, Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach

# Introducción

La Distimia según el DSM-IV (2000) es un estado de ánimo crónicamente depresivo manifestado por el sujeto u observado por los demás, la mayor parte del día durante al menos 2 años; 1 año en niños y adolescentes. Posee un cuadro sintomatológico crónico, con instalación progresiva de sentimientos de desesperanza, tristeza, baja autoestima, falta de energía y motivación, dificultades en la concentración, trastornos de la alimentación y del sueño. Estos síntomas provocan malestar en las diferentes áreas de interacción del individuo y son de difícil diagnóstico por el solapamiento con otros trastornos de personalidad y de estado de ánimo.

El tratamiento de la Distimia constituye una preocupación constante por la baja adherencia terapéutica y el abandono del tratamiento. Entre las modalidades terapéuticas con mayor efectividad se encuentran la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Emotivo-Racional de Ellis, las terapias incluidas en las perspectivas psicodinámicas, la terapia grupal y la terapia familiar.

Los psicofármacos más empleados en la Distimia son los antidepresivos tricíclicos, los ISRS, los IMAO y los antidepresivos atípicos. Sin embargo, con esta modalidad de tratamiento también se han demostrado altas tasas de incumplimiento relacionadas con la desmoralización e intolerancia a los efectos adversos.

La Terapia Floral de Edward Bach dentro del Sistema de Salud Cubano cuenta con 70 años de práctica y casuística. Posee múltiples investigaciones en psicología, medicina, estomatología y otras ramas de aplicación. Las modalidades para su tratamiento varían según las líneas de trabajo empleadas. El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach es el resultado de la búsqueda minuciosa en los documentos de Edward Bach y sus compiladores. Constituye un sistema estructurado de diagnóstico y psicoterapia que se aplica en un proceso continuo, donde las esencias florales son una herramienta para el tratamiento de la sintomatología y la personalidad del paciente. Dentro del mismo las treinta ocho esencias se encuentran divididas en tres grupos fundamentales de caracterizaciones diagnósticas: doce curadores, siete ayudantes y segunda serie.

La motivación para desarrollar la Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos es continuar los estudios realizados con el SDTEB en las prácticas clínicas efectuadas en la Farmacia Homeopática de Santa Clara y otros centros de salud de la ciudad, durante las cuales se han obtenido resultados positivos en pacientes con Distimia, de manera que esta contribuya a fomentar una alternativa más eficiente para dicho padecimiento, teniendo en cuenta los efectos adversos del tratamiento con psicofármacos, la disponibilidad, el costo y el largo tiempo requerido para la disminución de síntomas.

Para el diseño y la aplicación de dicha propuesta se consideró como objetivos específicos de la investigación:

- Diseñar una Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos a partir de la línea de trabajo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.
- Aplicar la propuesta de intervención en sujetos de ambos sexos entre 20 y 60 años que presenten dicha patología.
- Explorar el comportamiento de los casos según las técnicas psicoterapéuticas y esencias florales empleadas.
- Valorar la evolución de los sujetos teniendo en cuenta los síntomas distímicos y estados emocionales registrados en la batería de test psicométricos seleccionada.
- Determinar los resultados de la Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos.

La investigación que dio origen a la Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos se realizó a partir de un enfoque cualitativo que posibilita la recolección de datos sin medición numérica. Se empleó un tipo de estudio exploratorio que se aplica cuando se está frente a un problema de investigación poco estudiado. Para el registro de los resultados se utilizó el Diseño de Casos Múltiple. Para efectuar dicha propuesta se desarrolló una serie de acciones que se interrelacionaron entre sí.

Primero, se comprobó la asistencia reiterada de pacientes distímicos a los Centros de Salud Mental de los Policlínicos de la ciudad de Santa Clara, algunos de los cuales tenían tratamiento con fármacos desde hacía varios meses, y habían registrado cierta mejoría con algunas recaídas. Además, se efectuaron las coordinaciones con los profesionales que laboran en dichos centros para desarrollar con los sujetos una variante terapéutica.

La muestra fue seleccionada de manera intencionada y homogénea de acuerdo con la variedad de individuos que podían ser susceptibles a esta patología. Se escogieron 7 sujetos entre 20 y 60 años (2 hombres y 5 mujeres) con diagnóstico psiquiátrico de neurosis depresiva o Distimia y ausencia de tratamiento previo con esencias florales. Se garantizó, además, que ninguno presentara alteraciones a nivel psicótico y que tuvieran como mínimo escolaridad de sexto grado.

Como fundamentos teóricos para la propuesta interventiva se tomó el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, el cual incluye el uso de las esencias florales en combinación con las técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento de estados emocionales y características de personalidad. En el abordaje del proceso terapéutico se adaptaron al programa las fases propuestas por Beitman y Yue (2004), las cuales son: compromiso, búsqueda de pautas disfuncionales, cambio y terminación. La Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos estuvo compuesta por tres etapas fundamentales con objetivos y acciones específicas. En su elaboración se utilizaron las siguientes técnicas psicológicas:

- Entrevista semiestructurada inicial.
- Diagnóstico Multiaxial.
- El Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- Autorreporte Vivencial (AV).
- Entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach.
- Entrevista psicoterapéutica.
- Esencias Florales del Sistema de Edward Bach.

- Entrevista semiestructurada final.

Los resultados obtenidos durante su aplicación fueron expuestos mediante el análisis individual de los casos y el análisis general de la propuesta de intervención.

# Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos

*Primera Etapa (Diagnóstico):* Se aplicó en una o dos sesiones de trabajo de duración de 40 o 45 minutos, a razón de una sesión por semana.

Objetivos Generales de la Primera Etapa:

- Establecer un ambiente de confianza y empatía.
- Conformar el Diagnóstico Multiaxial.
- Establecer el diagnóstico personológico teniendo en cuenta la secuencia Curador-Ayudante-Segunda Serie.
- Aplicar la batería de test psicométricos.

Acciones de la Primera Etapa:

1. Entrevista semiestructurada inicial.
2. Entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach.
3. Inventario de Depresión de Beck.
4. Autorreporte Vivencial.

*Segunda Etapa (Intervención Terapéutica):* Se aplicó cada quince días en tres o cuatro sesiones de trabajo de 40 o 45 minutos de duración. En cada sesión se empleó como técnica principal la entrevista psicoterapéutica y las esencias florales.

Objetivos Generales de la Segunda Etapa:

- Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- Identificar y propiciar el cambio de pautas disfuncionales en el sujeto.
- Corroborar el Diagnóstico Multiaxial y diagnóstico personológico según las caracterizaciones de Edward Bach.
- Prescribir las esencias florales según el esquema diagnóstico y los principales síntomas.
- Aplicar la batería de test psicométricos.

Acciones de la Segunda Etapa:

1. Entrevista psicoterapéutica.
2. Entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach.
3. Inventario de Depresión de Beck
4. Autorreporte Vivencial.

*Tercera Etapa* (Cierre interventivo): Se aplicó en una sesión de trabajo de duración de 40 a 45 minutos.

Objetivos Generales de la Tercera Etapa:

- Corroborar el Diagnóstico Multiaxial.
- Establecer el diagnóstico personológico según las caracterizaciones de Edward Bach.
- Aplicar la batería de test psicométricos.
- Informar al sujeto de la conclusión de la terapia y las diferentes vías para el seguimiento del tratamiento.

Acciones de la Tercera Etapa:

1. Entrevista semiestructurada final.
2. Entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach.
3. Inventario de Depresión de Beck.
4. Autorreporte Vivencial.

## *Caso 1*

Sujeto de sexo masculino de 55 años, vive con su mujer y sus dos hijos. Nivel de escolaridad 12 grado. Se encuentra diagnosticado con neurosis depresiva y tiene indicado tratamiento farmacológico de imipramina dos veces al día desde hace dos años. Acude a consulta porque manifiesta una serie de síntomas que han venido incrementándose en los últimos tres años, como falta de apetito, irritabilidad, falta de aire, insomnio debido a preocupaciones recurrentes, tristeza, angustia, inactividad, ansiedad, nostalgia y “nerviosismo”. Durante la exploración de las áreas de interacción, se evidencia que en su crianza han influido dos factores: la inestabilidad de su madre y la ausencia de la figura paterna, los cuales se relacionan con las dificultades en su adaptación escolar a edades tempranas. En los últimos años se ha visto afectado con la enfermedad y muerte de familiares cercanos, su madre y suegro. Su preocupación principal es la presencia de problemas laborales relacionados con sus dificultades para enfrentarse al cambio y proponerse nuevos retos.

El BDI corroboró la presencia de una depresión moderada con 25 puntos, mientras que el AV registró la experimentación intensa de miedo e inseguridad, con expresión moderada del resto de los demás estados emocionales. Después de brindarle la información necesaria sobre el tratamiento, se estableció como objetivo terapéutico la disminución de los síntomas. El Diagnóstico Multiaxial quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace 3 años y de forma insidiosa).

Eje II: Rasgos de pesimismo e inseguridad en la personalidad.

Eje III: Cirugía facial.

Eje IV: Enfermedad y muerte de familiares cercanos y cambios de trabajo.

Eje V: EEAG: 55 (síntomas moderados).

En la segunda sesión se empleó como técnica la entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach, estableciéndose el siguiente esquema diagnóstico: Gentian como disposición temperamental de ánimo depresivo y visión negativa. Heather por el habla excesiva sobre sí mismo y Beech debido la actitud crítica hacia el ambiente social que lo rodea, en especial su trabajo. La prescripción estuvo enfocada al tratamiento de los principales síntomas, para lo cual se escogió Mustard con el objetivo de disminuir la tristeza, White Chestnut por las preocupaciones recurrentes vinculadas al

insomnio y Wild Rose por la falta de motivación hacia los acontecimientos de su vida. Para la toma de las esencias se orientó cuatro gotas del frasco seis veces al día.

Prescripción: Mustard, White Chestnut, Wild Rose.

En la tercera sesión el paciente expresó una disminución de las preocupaciones con respecto a los problemas del trabajo y manifiesta que duerme y come mejor. Durante el desarrollo de la entrevista se corroboró la visión pesimista reflejada en las afirmaciones del sujeto. Este asegura que el origen del padecimiento se encuentra en su niñez y sabe que pronto tendrá recaídas. A través del resumen de aspectos positivos referidos por él en consultas anteriores se propició la reflexión sobre las circunstancias presentes, dándole menos importancia a los acontecimientos ocurridos en edades tempranas. Durante el diálogo manifiesta que ha perdido el sentido de su vida: la construcción de una familia, pues lograda esta meta no halla valor en las actividades que realiza. Con vistas a fomentar su motivación y potenciar la mejoría de los síntomas se deja como tarea registrar durante los próximos quince días las actividades que le provocan satisfacción. En la prescripción inicial se retira el White Chestnut por la disminución de las preocupaciones. Se agrega Gentian para el pesimismo característico de dicha disposición temperamental y Honeysuckle con el objetivo de enfocar al paciente en las circunstancias presentes.

Prescripción: Gentian, Honeysuckle, Mustard.

En la cuarta sesión aunque el sujeto refiere mejoría los síntomas reflejan que se mantiene estable en comparación con la sesión anterior, esta vez reafirma la falta de motivación y la visión negativa. Durante la entrevista se evidencia que ha realizado la tarea con una variación. No describe las actividades que le provocan satisfacción, sino que relata los hechos sucedidos en un día conmemorativo, en sus afirmaciones predominan los sentimientos negativos. Sin embargo, se toma un aspecto dentro de la tarea, “*apoyo emocional de mi esposa*” para potenciar la visión positiva. También clarifica que su familia constituye un soporte para los problemas de la vida. Al tocar este aspecto se abordan a profundidad las situaciones en el área laboral, con el objetivo de especificar los sucesos que más lo afectan. Al exponer los hechos concretos, reconoce estar “*desencantado con todas las cosas*”, lo cual le afirma al terapeuta la disposición temperamental de Gentian y abre la posibilidad para la corroboración de la pauta disfuncional en consultas posteriores. Mediante la contrastación de diferentes puntos de vista se presenta de manera indirecta al sujeto, la diferencia de una actitud positiva y negativa ante una misma situación. Para apoyar los resultados de la sesión, se reincorpora en la fórmula el White Chestnut por la reiteración de la visión negativa y se agrega Wild Oat para potenciar la búsqueda de sentido.

Prescripción: Gentian, Mustard, White Chestnut, Wild Oat.

En la quinta sesión manifiesta mejoría en casi todos los síntomas, incluyendo el uso de mecanismos personales que han posibilitado que duerma bien. Tiene más motivación e interés ante las actividades, solo experimenta tristeza y angustia ocasional. Además, expresa no sentirse irritado y ansioso como lo estaba en la primera sesión. Por tal motivo se considera exponer la pauta disfuncional al paciente utilizando como metáfora textos de la signatura de Gentian (Cañellas, 2008, p. 140). El sujeto encuentra similitud con el pasado traumático y las características descritas en la metáfora, pero no reconoce los aspectos negativos. Esta actitud es común del paciente distímico que percibe la realidad “*tan injusta*” como la vivencia. Durante el diálogo se evidencian las resistencias del paciente ante el cambio psicológico cuando evade el tema de la actitud negativa para pedir información sobre la enfermedad, por lo que se ofrecen detalladamente las características de la misma. Al concluir se refuerzan los logros alcanzados, que le han permitido incorporarse a su vida, la cual no va estar exenta de problemas, pero en este caso puede enfrentarlos mejor si conoce los recursos con los que cuenta. En aras de potenciar el desarrollo de la siguiente sesión se orienta como tarea registrar los recursos externos e internos que posee como persona. Dentro de la prescripción se incluye Rock Water por la resistencia y rigidez ante su actitud negativa.

Prescripción: Gentian, Mustard, Rock Water, Wild Oat.

En la sexta sesión se evidencia la disminución de los síntomas iniciales, expresando que no se siente triste y ya duerme normalmente. Sin embargo, comienza a experimentar irritación y explosiones de agresividad verbal en determinadas ocasiones. Al inicio de la consulta se comprueba una extensa realización de la tarea que arroja más datos sobre el sujeto. Dentro de la misma, la interpretación de las afirmaciones contenidas en los recursos internos y externos refleja una inadecuada valoración de sí mismo y de los demás, pues considera que posee cualidades de tolerancia, respeto, compasión, amor y desinterés, que son enfocadas solamente hacia las personas que entran dentro de su “*buena imagen*”. Se muestra en consulta crítico e intolerante con otras personas, específicamente en su centro de trabajo y en sus relaciones sociales. Esta característica de intolerancia de su personalidad puede influir en la pauta disfuncional de “*descontento general*”, acentuando los síntomas de pesimismo y tristeza propios de la Distimia, que progresivamente desembocaron en síntomas conductuales (insomnio y falta de apetito), cognitivos (preocupaciones e ideas recurrentes), y afectivos (falta de motivación). Conjuntamente con otros factores como las situaciones de enfermedad y muerte de familiares cercanos y los cambios de trabajo. Esta hipótesis sobre la estructuración del cuadro distímico puede ser la base

de la pauta disfuncional bien estructurada en el patrón negativo de su personalidad. Durante la sesión se considera que la disminución de los síntomas de la Distimia hizo que aparecieran pautas bien estructuradas y que se presentara una marcada resistencia al cambio, lo cual conlleva a replantear el proceso terapéutico. Por dicha razón se exponen los resultados al paciente y se brinda la posibilidad de trabajar sobre pautas disfuncionales que posteriormente pudieran desencadenar otra recaída ante nuevas situaciones problemáticas (denominado por Aaron Beck como *supuestos depresógenos*) pero que en el esquema biosocial del Millon se incluyen como características de estilos de personalidad. Para concluir, se propone el seguimiento de la psicoterapia y/o las esencias florales. En este caso, se recomienda plantear nuevos objetivos guiando el proceso terapéutico con un enfoque hacia terapias centradas en los estilos desadaptativos de personalidad. (Rodríguez, 2009)

En la prescripción se realizan los siguientes ajustes: Chicory para la necesidad de reconocimiento de su responsabilidad ante las situaciones, Beech por la intolerancia hacia los demás y Chestnut Bud con el objetivo de reconocer el error reiterado en la evasión de su propia responsabilidad. Aunque se mantiene el mismo esquema diagnóstico de las esencias, el cambio en la prescripción es dado por la necesidad de modificar las modalidades tácticas, ya que más que reconocer la pauta disfuncional de Gentian se pretende potenciar el cambio de la actitud de evasión de su propia responsabilidad. Esta vez se disminuye la toma de las esencias de seis veces al día a cuatro veces, debido a la disminución de los síntomas de la distimia.

Prescripción: Chicory, Beech, Chestnut Bud.

El BDI corrobora la disminución de los síntomas expresando indicadores nulos de depresión con puntaje de 11. El cambio de los estados emocionales del AV se evidencia con la experimentación intensa de inquietud, irritabilidad, ira y rechazo y la disminución casi total de tristeza, apatía, sufrimiento, abatimiento, angustia y desprecio. Los resultados de las sesiones efectuadas demuestran una remisión parcial de los síntomas (Vázquez-Barquero, J., 1998) y el Diagnóstico Multiaxial Final quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace 3 años con disminución del cuadro sintomatológico).

Eje II: Estilo de personalidad depresiva (Gentian).

Eje III: Cirugía facial.

Eje IV: Enfermedad y muerte de familiares cercanos. Cambios de trabajo.

Eje V: EEAG: 70 (síntomas leves).

Sujeto de sexo femenino de 36 años que vive con su esposo y su hija. Se encuentra graduada de nivel superior. Está diagnosticada con Distimia y tiene orientado tratamiento de imipramina, diazepam y nitrazepam desde hace cuatro meses. Acude a consulta expresando estar estresada y presentado un cuadro sintomatológico caracterizado por un estado depresivo la mayor parte del día con inseguridad, llanto, nerviosismo, inactividad, falta de motivación para salir, nostalgia, rechazo hacia las personas involucradas en una situación problemática, fasciculaciones oculares y sudoraciones. Estos síntomas se han ido incrementando desde hace ocho meses debido a una situación laboral. La paciente refiere que los síntomas como la inseguridad, el nerviosismo, la falta de motivación y el estado depresivo en ocasiones se han venido presentando desde el divorcio del primer matrimonio, ocurrido hace dos años. Durante el divorcio, recibió tratamiento psiquiátrico el cual mejoró hasta la situación problemática actual. En la exploración de sus áreas de interacción manifiesta que fue criada por sus abuelos con buen apoyo afectivo. En estos momentos se encuentra casada y posee buenas relaciones familiares. Su problema se enfoca en el área laboral por el inicio de una directora más exigente. Aunque le gusta su trabajo y mantiene buenas relaciones con sus compañeros, este hecho la ha afectado, teniendo presente que se caracteriza por ser perfeccionista en su desempeño laboral.

El BDI corroboró la presencia de una depresión moderada con un puntaje de 26, mientras que el AV refleja la experimentación intensa de inquietud, inseguridad, angustia, rechazo y ansiedad. Además de la expresión moderada de los demás estados emocionales de la técnica, menos el miedo y el desprecio. Después de brindarle la información necesaria sobre el tratamiento se estableció como objetivo terapéutico la disminución de los síntomas. El Diagnóstico Multiaxial quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace 2 años con agudización de los síntomas hace 8 meses).

Eje II: Rasgos de inseguridad en la personalidad.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Situaciones estresantes en el trabajo.

Eje V: EEAG: 60 (síntomas moderados).

En la segunda sesión se empleó la entrevista de caracterizaciones diagnósticas, estableciéndose el siguiente esquema diagnóstico: Cerato como disposición temperamental con características de inseguridad. Gorse por la falta de esperanza en encontrar una solución y Elm para el agotamiento por la

situación de estrés. La prescripción estuvo enfocada al tratamiento de los principales síntomas, para lo cual se escogió Mustard para disminuir el estado de ánimo depresivo, Gorse por la falta de esperanza y Elm con el objetivo de disminuir el agotamiento por la situación estresante actual. Para la toma de las esencias se orientó cuatro gotas del frasco seis veces al día.

Prescripción: Mustard, Gorse, Elm.

En la tercera sesión la paciente expresó una mejoría evidenciada en la disminución del estado de ánimo depresivo, el llanto y el temblor. Refiere encontrarse más motivada hacia las actividades de la casa aunque continúa con las fasciculaciones oculares y ahora tiene pensamientos recurrentes con respecto al problema. Durante el análisis de dichos pensamientos se exponen tres soluciones por parte del sujeto: pedir un traslado (1), la licencia (2), solicitar la baja completa y esperar (3). La misma escoge como única alternativa la solicitud de la baja, no antes de propiciar que reflexione sobre la implicación que posee cada una de estas soluciones. Debido a que todas requieren tiempo y la sujeto ha recuperado parte de su motivación hacia las actividades, se potencia este último logro y se le realizan preguntas de sensibilización para disminuir la generalización que ha hecho el sujeto con la pérdida del trabajo como la pérdida de todos los logros personales. El paciente comprende que las soluciones del problema deben tomarse teniendo en cuenta que lo más importante para ella es su salud mental, su familia y sus logros personales. Para reforzar la motivación hacia otras actividades se deja como tarea registrar las actividades que le causen satisfacción en los próximos quince días. De la prescripción inicial se retira Gorse pues el sujeto ya puede valorar las alternativas de solución. Como también Mustard por la disminución de los sentimientos de tristeza. Se incluye Cerato para evitar la inseguridad característica en su disposición temperamental, agregando Cherry Plum para el tratamiento del patrón de descontrol reflejado en las fasciculaciones oculares.

Prescripción: Cerato, Elm, Cherry Pulm.

En la cuarta sesión manifiesta que las fasciculaciones oculares y las sudoraciones han disminuido. Se encuentra menos irritada y más motivada hacia las actividades. Ha realizado la tarea exitosamente, expresando que la misma aumentó su motivación y despejó las preocupaciones. Comenta que ha tomado la decisión de pedir la baja aunque implique medidas de sanción. Cuando se revisan los síntomas refiere que lloró por una situación puntual (pérdida de un escrito) sintiéndose fracasada. Mediante el análisis de esta sensación en otros momentos de su vida se corrobora sentimientos de inseguridad ante situaciones de prueba, conservando buena autoestima (llora ante esta revelación), lo cual confirma la disposición

temperamental de Cerato caracterizada por inseguridad y pensamientos de fracaso conservando buena autoestima. Se le apoya emocionalmente para disminuir los sentimientos de vergüenza surgidos de la catarsis ocurrida en consulta. Se considera como hipótesis que los patrones rígidos y perfeccionistas contenidos en el esquema de pensamiento del paciente, conllevan a generalizar sus fracasos. Aunque el sujeto posee buena autoestima y valoración de sí misma, los sentimientos de vergüenza que surgen tras sus fracasos aumentan la tristeza y la sensación de inseguridad. La situación laboral actual de más exigencia ha contribuido a reconfigurar un verdadero cuadro distímico con síntomas conductuales (llanto, fasciculaciones oculares, sudoraciones, inactividad, temblores y “nerviosismo”), síntomas afectivos (estado depresivo, falta de motivación, inseguridad, rechazo a determinadas personas) y síntomas cognitivos (pensamientos recurrentes). Para propiciar la seguridad en sí misma, se deja como tarea registrar los recursos internos y externos que posee para hacer frente a las situaciones de prueba. En la fórmula se retira Elm, incluyendo Mustard para los sentimientos de tristeza.

Prescripción: Cerato, Mustad, Cherry Pulm.

Asiste a la quinta sesión tres semanas después manifestando gran mejoría con la presencia, algunas veces, de fasciculaciones oculares las cuales asegura que han disminuido con la toma de las esencias. Comenta que está muy contenta pues antes de darle la baja le ofrecieron un puesto de trabajo, que puede ser provisional pero refiere no preocuparle, lo cual refleja un cambio en la disminución de sus pensamientos de futuros fracasos, ajustándose a las circunstancias presentes. El estado actual de la paciente no la hace susceptible a continuar con la identificación y revelación de las pautas disfuncionales. Por esto se propone el seguimiento de la psicoterapia y/o las esencias florales si es su deseo. El sujeto elige continuar con las esencias y solicitar la psicoterapia en caso que presente otra problemática. La prescripción fue orientada para preparar al paciente en las nuevas circunstancias de trabajo. Se escogió Cherry Plum para disminuir el patrón de descontrol reflejado en las fasciculaciones oculares, Impatiens por la motivación acelerada hacia su nuevo contenido de trabajo, conjuntamente con Elm para evitar caer en una recaída. Esta vez se disminuye la toma de las esencias de seis a cuatro veces, debido a la disminución de los síntomas de la distimia.

Prescripción: Cherry Pulm, Impatiens, Elm.

El BDI refleja indicadores nulos de depresión, experimentando escasamente todos los estados de ánimo expuestos en el AV. Los resultados de las sesiones efectuadas demuestran una remisión completa de los síntomas registrados. El Diagnóstico Multiaxial Final quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace 2 años con disminución del cuadro sintomatológico).

Eje II: Estilo de personalidad en que predomina la inseguridad (Cerato).

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Ninguno.

Eje V: EEAG: 85 (síntomas mínimos).

### *Caso 3*

Sujeto femenino de 45 años, nivel medio de estudios. Vive con su esposo y tiene una hija. Está diagnosticada de neurosis depresiva y no se encuentra efectuando el tratamiento con fármacos orientado. Acude a consulta presentando un cuadro sintomatológico de pérdida de memoria, tristeza, agotamiento, cansancio, falta de concentración y de motivación, pérdida de sueño a mitad de las noche, dolor de cabeza y desmayos que se han dado en dos oportunidades. Refiere que hace más tres años que presenta síntomas como pérdida de sueño, falta de motivación, dolor de cabeza ocasional y tristeza. Sin embargo, manifiesta que hace seis meses, debido a una situación problemática, se han agudizado el resto de los síntomas. En la exploración de las áreas de interacción, revela una buena crianza. Refiere que hace poco cambió de trabajo y aunque mantiene buenas relaciones laborales, expresa que las situaciones familiares no la dejan rendir a plenitud. Su problema se centra en el abandono del hogar por su hija de 17 años, lo cual ha generado incomunicación entre ellas y ha deteriorado la relación hasta llegar a situaciones de violencia verbal y física.

El BDI corroboró la presencia de una depresión grave con una puntuación de 30 y en el AV experimenta intensamente todos los estados emocionales, excepto ira e irritabilidad. Después de brindarle la información necesaria sobre el tratamiento se estableció como objetivo terapéutico la disminución de los síntomas. El Diagnóstico Multiaxial quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace más de 3 años, con agravamiento hace 6 meses).

Eje II: Rasgos de susceptibilidad y sobreprotección en la personalidad.

Eje III: Alérgica, hipertensa y padece de migrañas.

Eje IV: Abandono de la hija del hogar.

Eje V: EEAG: 55 (síntomas moderados).

En la entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach se estableció el siguiente esquema diagnóstico: Chicory como disposición temperamental de sobreprotección y susceptibilidad.

Vine por la utilización de crítica y órdenes como mecanismo para tener cerca de sus seres queridos y Willow debido al resentimiento hacia la familia del esposo. La prescripción estuvo enfocada al tratamiento de los principales síntomas. Se escogió Red Chestnut para disminuir la preocupación excesiva por la responsabilidad de su hija. Willow y White Chestnut por los sentimientos reiterados de resentimiento. Chestnut Bud para propiciar la asimilación de los errores en su estilo educativo.

Prescripción: Willow, Red Chestnut, White Chestnut, Chestnut Bud

En la segunda consulta expresó mejoría aumentando la concentración y disminuyendo el resentimiento, el dolor de cabeza y los desmayos. Manifiesta que ha tomado nuevas actitudes con respecto a su estilo educativo (delegar responsabilidades, mostrarle los errores sin críticas y aceptar el rol como mujer que ha asumido su hija). Estas actitudes se resumen para que el sujeto concientice los cambios, y se destaca la importancia de que la comunicación con su hija haya resurgido. Durante el diálogo se evidencia que este evento ha posibilitado que aumente la motivación de la paciente hacia otras actividades, por lo que se reflexiona sobre las actividades agradables que ha dejado de realizar durante estos últimos meses. Para potenciar su realización se orienta como tarea registrar las actividades que le provocan satisfacción en los próximos 15 días y que ha dejado de realizar a raíz de la situación. En la fórmula se retira Red Chestnut y Willow debido a la disminución de la preocupación por su hija y los sentimientos de resentimiento, además del Chestnut Bud por el surgimiento de nuevas actitudes hacia el estilo educativo con su hija. Se le incluye Chicory como disposición temperamental, para la disminución de la sobreprotección y la susceptibilidad, incorporando Elm para el patrón de dolor agudo en la cabeza.

Prescripción: Chicory, White Chestnut, Elm.

En la tercera consulta, la paciente acude antes del tiempo acordado manifestando que se encuentra bien, sin dolores de cabeza, con alegría y retomando las actividades diarias. No ha realizado la tarea orientada pero se ha mantenido activa, ha hecho cambios dentro del hogar y realizado trabajos de costura, los cuales le han provocado dolores de columna. En cuanto al área laboral menciona que ha visitado su antiguo puesto de trabajo donde atravesó por una situación desagradable debido a la discusión con sus antiguos compañeros, los cuales no aceptaron un criterio suyo que valora como correcto. Al expresar este evento no se corrige el comportamiento de la paciente sino que se indaga sobre la repetición de esta situación en otras ocasiones. De esta manera revela otro acontecimiento similar en su nuevo puesto de trabajo, repitiéndose la sensación de ofensa y resentimiento. Mediante la reflexión de estas situaciones

se revela que la paciente percibe su actitud como que “le gustan las cosas bien hechas y ayudar a los demás”. Esta afirmación propicia la identificación de la pauta disfuncional característica de Chicory que debe ser expuesta al paciente en la próxima consulta. Se retira de la prescripción White Chestnut por la disminución de los sentimientos de resentimiento repetitivos, incluyendo Vervain debido a las necesidades de reconocimiento de su criterio en las situaciones laborales. Esta vez se disminuye la toma de las esencias de seis a cuatro veces debido la disminución de los síntomas de la distimia.

Prescripción: Chicory, Vervain, Elm.

El BDI reflejó indicadores nulos de depresión con puntuación de 7 y en el AV experimenta moderadamente desconfianza, sufrimiento, ira, rechazo, ansiedad y desprecio. Expresa escasamente los demás estados de ánimo. Durante el tiempo de intervención la paciente no se presentó a consulta nuevamente y los resultados de las sesiones efectuadas demuestran una remisión completa de los síntomas registrados. El Diagnóstico Multiaxial Final quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace más de 3 años con disminución del cuadro sintomatológico).

Eje II: Estilo de personalidad con rasgos de susceptibilidad y sobreprotección (Chicory).

Eje III: Alérgica, hipertensa y padece de migrañas.

Eje IV: Ninguno.

Eje V: EEAG: 80 (síntomas transitorios ante circunstancias estresantes)

#### *Caso 4*

Sujeto de sexo femenino de 44 años, con nivel medio de estudios. Se encuentra divorciada y vive con su madre, hermano y dos hijas. Posee diagnóstico de neurosis depresiva y tiene orientado tratamiento de clorodiazepóxido y amitriptilina desde hace dos años. Acude a consulta presentando en el cuadro sintomatológico: llanto, dolores de cabeza, deseos de vomitar en ocasiones, inactividad, decaimiento, falta de motivación, bajo rendimiento durante el día, insomnio, pérdida de apetito y ansiedad. Refiere que los síntomas se han venido agudizando en el transcurso de los últimos cuatro años. En la exploración de las áreas de interacción manifiesta haberse criado en un ambiente familiar sano, aunque refiere en el área personal que se considera sentimental, pesimista y complejista desde pequeña. Se traza pocos proyectos en su vida por la creencia de que siempre va fracasar. Refiere que uno de dichos fracasos constituye el matrimonio, pues se divorció por infidelidad del esposo. Actualmente está preocupada por la poca interacción que tiene el padre de sus hijas con ellas. En estos momentos pasa la mayor parte del

tiempo en casa, ya que su madre requiere cuidados por su enfermedad del corazón. Expresa que durante la vida laboral tuvo buen desempeño y mantuvo buenas relaciones hasta que dejó de trabajar hace seis años.

El BDI corroboró la presencia de una depresión grave con puntaje de 33, mientras que el AV arrojó la experimentación intensa de desconfianza, irritabilidad, tristeza, inseguridad, sufrimiento y ansiedad. Además de la expresión moderada de los demás estados emocionales exceptuando la ira. Después de brindarle la información necesaria sobre el tratamiento se estableció como objetivo terapéutico la disminución de los síntomas. El Diagnóstico Multiaxial quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, instalándose progresivamente hace 4 años).

Eje II: Rasgos de pesimismo y complejos en la personalidad.

Eje III: Asma II y alergia. Hipertensión arterial y manchas en la piel.

Eje IV: Divorcio, abandono de la vida laboral y enfermedad de la madre.

Eje V: EEAG: 52 (síntomas moderados).

En la entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach se conformó el siguiente esquema diagnóstico: Gentian como disposición temperamental de pesimismo y complejos desde la niñez, Gorse por la desesperanza y desconfianza en una mejoría y Wild Rose para la inactividad y falta de motivación. La prescripción estuvo enfocada al tratamiento de los principales síntomas y se escogió Mustard con el objetivo de disminuir la tristeza y el llanto, Gorse para la sensación de desesperanza y desconfianza y Wild Rose por la inactividad, falta de apetito y poca motivación.

Prescripción: Mustard, Gorse, Wild Rose.

En la segunda sesión la paciente reflejó una mejoría: ya come y duerme mejor, se encuentra más animada y ha podido salir a realizar otras actividades. Durante la entrevista se explora el rasgo de pesimismo y complejos que expuso en la consulta anterior, lo cual reconoce como algo propio de su persona sin relacionarse con ningún aspecto familiar o físico en edades tempranas. Manifiesta que dicho aspecto no le afecta considerablemente, lo cual evidencia que existe muy poca susceptibilidad para el tratamiento de esta temática en consulta. A pesar de que ha recuperado la motivación hacia las actividades diarias, no se encuentra atraída hacia las actividades laborales y sociales. Tampoco expresa nuevamente la inquietud por la situación de sus hijas, referida en la consulta anterior. Para especificar las necesidades de la paciente se vuelve a preguntar por alguna otra preocupación y destaca las manchas en

la piel pero tampoco considera que estas le molesten. Debido a la poca susceptibilidad para la aceptación de la disposición temperamental de pesimismo de Gentian, tan visible en la personalidad de la paciente, no se procede a la revelación de la pauta disfuncional. Al concluir la sesión se potencia la mejoría de los síntomas orientando como tarea registrar en los próximos 15 días las actividades que ya puede realizar. En la prescripción se retira Mustard por la disminución de la tristeza y Gorse debido a la recuperación de la confianza. Se incluye Gentian como disposición temperamental enfocada en la disminución del pesimismo y Crab Apple para los complejos y las manchas en la piel.

Prescripción: Gentian, Wild Rose, Crab Apple.

La tercera sesión se da un mes después refiriendo que ha mejorado con las esencias pero no ha asistido al turno acordado por una crisis de Cialgia. Actualmente se encuentra con tratamiento de inyecciones para el dolor físico y aunque anteriormente no podía caminar, ya puede realizar las labores hogareñas. Asiste porque quiere renovar el frasco de las esencias y se le ofrece la opción de continuar con la psicoterapia y/o las esencias si lo desea. Por lo que refiere que desea continuar con la fórmula y acudir a consulta cuando mejore de su estado de salud. Se decide continuar con la misma prescripción de la consulta anterior.

Prescripción: Gentian, Wild Rose, Crab Apple.

El BDI reflejó indicadores de depresión leve con puntaje de 23; sin embargo, en el AV el sujeto continúa experimentando intensamente desconfianza, tristeza, sufrimiento, miedo, inseguridad y expresando moderadamente los demás estados de ánimo. Los resultados de las sesiones efectuadas demuestran que los síntomas, aunque han disminuido, no cumplen los criterios para su remisión parcial. El Diagnóstico Multiaxial Final quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace 4 años con disminución del cuadro sintomatológico).

Eje II: Estilo de personalidad depresiva (Gentian).

Eje III: Asma II y alergia. Hipertensión Arterial. Manchas en la piel. Crisis de Cialgia.

Eje IV: Divorcio, abandono de la vida laboral y enfermedad de la madre.

Eje V: EEAG: 60 (síntomas moderados).

### Caso 5

Sujeto de sexo femenino de 59 años, con nivel medio de estudios. Se encuentra casada, tiene una hija en el exterior y vive con su esposo y su nieta. Está diagnosticada de neurosis depresiva y

tiene orientado tratamiento con trifluoperazina y amitriptilina desde hace un año. Acude a consulta por presentar un cuadro sintomatológico de insomnio, tristeza durante el día, decaimiento, inactividad, falta de motivación, desconfianza en los tratamientos psiquiátricos y preocupación por la salud de su esposo. Dichos síntomas se han venido instalando desde hace dos años y medio, aunque presentó otro episodio similar hace seis años. En la exploración de las áreas de interacción, manifiesta que fue criada por su madre, sin participación de la figura paterna. En el área personal se caracteriza por ser el sostén de la familia y esconde sus molestias con frecuencia. Hace años que está desvinculada de la vida laboral y no tiene motivaciones para incorporarse. Sus preocupaciones están orientadas a la salud de su esposo y a la etapa de adolescencia que atraviesa su nieta.

En el BDI se corroboró la presencia de una depresión moderada con puntaje de 29 y el AV refleja la experimentación intensa de inquietud, tristeza, apatía, sufrimiento, abatimiento y angustia, además de la expresión moderada de los demás estados emocionales excepto la desconfianza, la ira, el rechazo y el desprecio. Después de brindarle la información necesaria sobre el tratamiento se estableció como objetivo terapéutico la disminución de los síntomas. El Diagnóstico Multiaxial quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (inicio tardío, hace 2 años y medio, con otro episodio similar hace 6 años).

Eje II: Rasgos de desconfianza y de autocompasión en la personalidad.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Enfermedades de familiares cercanos.

Eje V: EEAG: 60 (síntomas moderados)

En la entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach se estableció el siguiente esquema diagnóstico: Chicory como disposición temperamental de actitud autocompasiva y servicio imprescindible, Oak por la percepción de ser el sostén familiar y Gorse por la desesperanza y falta de confianza en los tratamientos psiquiátricos. La prescripción estuvo enfocada al tratamiento de los principales síntomas. Se escogió Mustard para disminuir los episodios de tristeza, Hornbean por el cansancio físico y mental, Wild Rose para aumentar la motivación en las actividades y Red Chestnut con el objetivo de disminuir la preocupación constante por la salud de su esposo.

Prescripción: Mustard, Hornbean, Wild Rose, Red Chestnut.

En la segunda sesión expresa un poco de mejoría manteniéndose el insomnio. Sin embargo,

no se encuentra tan preocupada por su esposo, está más animada y ha realizado algunas actividades. Durante la consulta destaca lo fundamental que es para su familia, pero no puede continuar aparentando encontrarse bien cuando está angustiada y cansada. Esta afirmación confirma la pauta disfuncional de Oak sobre “*el sostén de la familia*” y se utiliza como metáfora textos de la signatura de Oak (Cañellas, 2008, p. 168) para propiciar la reflexión. Reconoce similitud entre la metáfora y su comportamiento pero no relaciona la pauta disfuncional al cuadro depresivo, por lo cual se decide clarificar la pauta disfuncional en posteriores sesiones. Con vistas a corroborar si la sensación de sostén familiar está en consecuencia con la experiencia real, se orienta como tarea que registre las actividades que realiza con más frecuencia durante los próximos quince días.

En la prescripción se retira Wlid Rose por haber realizado algunas actividades y Red Chestnut por la disminución de la preocupación familiar. Se incorpora Oak para la actitud de sostén que le provoca molestias.

Prescripción: Chicory, Oak, Mustard, Hornbean.

La tercera sesión ocurre tres semanas después, y la sujeto expresa un poco de mejoría pero se mantiene el insomnio, la tristeza y el agotamiento, aunque continúa activa en casa. Se especifican las características del insomnio con más profundidad, destaca que no refiere pensamientos vinculados a este, lo manifiesta como “*si perdiera el sueño*”, solo logra retomarlo en el horario de las 12:00 am o 1:00 am. Refiere que durante años ha padecido de esta molestia y que con frecuencia utiliza mecanismos de distracción como la lectura o el televisor. Manifiesta que quisiera dormir, como su esposo, para evitar el agotamiento matutino. Refiere que la tristeza persiste por las tardes cuando termina sus labores. La revisión de la tarea revela pesimismo con sentimientos de soledad y culpabilidad hacia su estado de salud, creándole dificultades en las relaciones personales. Al indagar en las vivencias de edades tempranas se corrobora la actitud pesimista, ya que la actitud de soporte familiar fue asumida por la sujeto cuando pequeña al encargarse del cuidado de su hermano menor. Aunque refiere sentirse complacida de haber formado una familia, se siente frustrada por no realizar sus aspiraciones de estudiar. Anhela ser feliz pero destaca que la felicidad es un estado muy escaso y lejano. Este marcado énfasis negativo afirma más la presencia de una disposición temperamental Gentian que una actitud autocompasiva de Chicory, por lo cual se considera que estas deben ser clarificadas en sesiones posteriores.

En la prescripción se retira Chicory para proceder a evaluar los resultados del tratamiento con el patrón negativo de Gentian. Se incluye Chestnut Bud por la reiteración de este patrón negativo sin lograr un aprendizaje.

Prescripción: Gentian, Mustard, Hornbean, Chestnut Bud.

En el BDI se manifiestan indicadores de depresión moderada con un puntaje de 29, sin embargo continúa experimentando intensamente inquietud, tristeza, apatía, inseguridad, sufrimiento, abatimiento y angustia en el AV. Además de la experimentación moderada de los demás estados emocionales excepto la ira y el rechazo. Durante el tiempo de intervención la paciente no se presentó a consulta nuevamente y los resultados de las sesiones efectuadas demuestran que los síntomas registrados se han mantenido durante el proceso terapéutico y no cumplen los criterios para su remisión parcial. El Diagnóstico Multiaxial Final quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (inicio tardío, hace 2 años y medio, con otro episodio similar hace 6 años).

Eje II: Estilo de personalidad depresiva (Gentian).

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Enfermedades de familiares cercanos.

Eje V: EEAG: 60 (síntomas moderados).

#### *Caso 6*

Sujeto de sexo masculino de 46 años, con nivel de estudios universitarios. Posee diagnóstico de neurosis depresiva y trastorno esquizotípico de personalidad, aunque tiene orientado tratamiento de clorodiazepóxido y amitriptilina 2 veces al día desde hace más de tres meses, solo está tomando el clorodiazepóxido una vez al día. Acude a consulta presentando un cuadro de síntomas que se ha agudizado durante los últimos dos años. Manifiesta insomnio con preocupaciones sobre su enfermedad médica, tristeza, ansiedad, angustia, sentimientos de soledad, actitud negativa e ideas de suicidio que no llevaría a cabo. Además expresa una serie de síntomas adyacentes que corroboran el diagnóstico de trastorno esquizotípico de personalidad como: diálogo frecuente consigo mismo, sentimiento de incomodidad, dificultad para adaptarse a los cambios, fuertes creencias y costumbres idiosincráticas, dificultad en las relaciones personales y desconfianza en los tratamientos psiquiátricos anteriores.

Posee antecedentes psiquiátricos familiares por parte de su madre con enfermedad mental de “*vacíos mentales*”, delirios, alucinaciones, y pobre control de conducta. Fue criado por otro familiar y con pobre interacción de la figura paterna. En el área personal se caracteriza por ser tímido desde pequeño, fantasioso, dado a jugar solo y con historia de inadaptación en el área escolar. Prefiere las actividades en soledad y se ha dedicado al cuidado de familiares enfermos. Mantiene buen desempeño y relaciones personales en el área laboral. Como eventos vitales que han agravado los síntomas se

encuentra la muerte de la persona que estaba a su cuidado desde hacía dos años (su sentido de vida) y la mudanza hacia una casa nueva hace tres meses. En estos momentos está muy preocupado por su condición de salud física actual.

En el BDI se corroboró la presencia de una depresión grave con puntaje de 33 y en el AV se refleja la experimentación moderada de todos los estados emocionales excepto irritabilidad, apatía y desprecio. Después de brindarle la información necesaria sobre el tratamiento se estableció como objetivo terapéutico la disminución de los síntomas. El Diagnóstico Multiaxial quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace 2 años y de manera insidiosa).

Eje II: Trastorno esquizotípico de personalidad

Eje III: Asma III. Problemas óseos desde edades tempranas. Compresión de la médula espinal en la vertebras lumbares, con posible diagnóstico de osteoporosis.

Eje IV: Situaciones de enfermedad y muerte de familiares cercanos. Cambio de vivienda.

Eje V: EEAG: 51 (síntomas moderados).

En la entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach se estableció el siguiente esquema diagnóstico: Clematis como disposición temperamental de introversión, con fantasías, creencias y costumbres idiosincráticas, Heather por el autocentramiento, habla continuada sobre sí mismo y Walnut por las dificultades de adaptación a nuevas condiciones de vida. La prescripción estuvo enfocada al tratamiento de los principales síntomas. Se escogió Star of Bethlehem para eliminar las secuelas de eventos traumáticos, White Chestnut por las preocupaciones reiteradas por su estado de salud física y Mustard con el objetivo de disminuir los sentimientos de tristeza.

Prescripción: Star of Bethlehem, White Chestnut, Mustard.

En la segunda consulta expresó una mejoría, reflejando disminución de la tristeza y aumento de la motivación, aunque continúa el insomnio y la ansiedad que lo conlleva a fumar continuamente. Expresa que hoy se siente mal nuevamente por lo que se decide a revisar los acontecimientos ocurridos en la última semana. Así descubre el agotamiento de las esencias un día antes de la consulta, sin que el sujeto halle significativo este hecho. También refiere que ha disminuido la dosis del fármaco por voluntad propia, lo cual explica el efecto rebote de los síntomas. Se reflexiona con el sujeto acerca de esta decisión negativa para el tratamiento, y posteriormente se indaga en las preocupaciones vinculadas

al insomnio. El contenido de estas se refieren a sentimientos de soledad por la ausencia de cuidador si llegara a agravarse su estado de salud. Sus características de diálogo frecuente consigo mismo, dificultad para adaptarse a los cambios, fuertes creencias y costumbres idiosincráticas, problemas para establecer relaciones personales y desconfianza reflejan una disposición temperamental Clematis más patológica, que se vincula con un trastorno esquizotípico de personalidad. Sin embargo, no se considera pertinente revelar la pauta disfuncional sin antes ser bien identificada y corroborada en consulta. Posteriormente se procede a reflexionar sobre determinadas generalizaciones reiteradas en sus afirmaciones como “*todos los psicólogos piensan que estoy loco*”, aspecto que entorpece el desarrollo de la adherencia terapéutica. Aunque la actitud de desconfianza se mantuvo, la generalización perdió valor al contrastarla con la realidad. También se analizó la afirmación de “*si no tengo una pareja estoy solo*”, con vistas a que el paciente valorara esta afirmación teniendo presente las interacciones sociales que posee con sus nuevos vecinos. Para apoyar el aumento en su motivación se orienta como tarea registrar las actividades que le causen satisfacción en los próximos quince días.

De la prescripción se retira Mustard por la disminución de los sentimientos de tristeza y el Star of Bethlehem ya que no refiere los traumas pasados con la misma intensidad. Se incluye Clematis como disposición temperamental, Agrimony para disminuir las sensaciones de ansiedad y Walnut para apoyar la adaptación.

Prescripción: Clematis, Agrimony, White Chestnut, Walnut.

En la tercera sesión manifiesta una mejoría ya que duerme bien, estando más tranquilo y animado. Ha recuperado el interés por las actividades realizándolas más rápidamente y tiene interacciones sociales más a menudo. Durante la consulta se identifica como pauta disfuncional “*las demás personas no me aceptan*”, afirmación que se repitió en la consulta anterior. Debido a que esta pauta posee una estrecha relación con los sentimientos de soledad, tristeza y desconfianza, se procede a revelar la pauta disfuncional utilizando como metáfora textos de la signatura de Clematis (Cañellas, J., 2008, p. 83). Aunque no se identifica del todo con la metáfora, se logra la reflexión sobre sus interacciones sociales. En este aspecto, el sujeto destaca un evento reciente sobre el reencuentro de una compañera de estudios argumentando más sobre los hechos que en realidad sucedieron. Se reflexiona con él sobre el verdadero intercambio en las relaciones y con el objetivo de ajustar la visión del paciente sobre sí mismo y de los demás; se orienta como tarea registrar los recursos internos y externos que posee como persona. Se mantiene la misma prescripción disminuyendo la toma de las esencias de seis a cuatro veces al día por la disminución de los síntomas.

En la cuarta sesión el paciente refiere sentirse bien y expresa que mantiene sus actividades diarias, está más animado, ha disminuido las preocupaciones por su enfermedad, duerme bien y se encuentra fumando menos que al inicio del tratamiento. No realizó la tarea y expresa que debido su mejoría decidió disminuir el fármaco a media tableta diaria. No se considera continuar con el proceso de terapia ya que el sujeto desea seguir solamente con la toma de las esencias. Esto resulta muy común en los pacientes con características de disposición temperamental *Clematis*, quienes poseen un patrón de desconfianza y de autocentramiento que conlleva a que asuman el tratamiento por su cuenta. Se elige continuar con la misma prescripción de la consulta anterior.

El BDI refleja indicadores nulos de depresión, con puntaje de 8, mientras el AV revela la experimentación moderada de todos los estados emocionales excepto irritabilidad, angustia y desprecio que expresa en escasas ocasiones. Los resultados de las sesiones efectuadas demuestran una remisión completa de los síntomas registrados al comienzo del proceso terapéutico. Sin embargo, debido a la presencia de un trastorno esquizotípico de personalidad, esta disminución de los síntomas puede ser parcial. El Diagnóstico Multiaxial Final quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio tardío, hace 2 años con disminución del cuadro sintomatológico).

Eje II: Trastorno esquizotípico de personalidad (*Clematis*).

Eje III: Asma III. Problemas óseos desde edades tempranas. Compresión de la médula espinal en las vértebras lumbares, con posible diagnóstico de osteoporosis.

Eje IV: Situaciones de enfermedad y muerte de familiares cercanos. Cambio de vivienda.

Eje V: EEAG: 61 (síntomas leves).

### *Caso 7*

Sujeto de sexo femenino de 26 años, con nivel de escolaridad 12 grado. Se encuentra casada, vive con su esposo y dos hijos. Posee diagnóstico de neurosis depresiva y tiene orientado tratamiento farmacológico de amitriptilina, diazepam y difenhidramina el cual no realiza. Acude a consulta presentando un cuadro sintomatológico de tristeza y llanto constante durante el día, insomnio, irritabilidad, ansiedad, agotamiento, distracción, baja autoestima y falta de motivación a realizar las actividades diarias. También refiere sentimientos de vergüenza y culpabilidad ante su relación matrimonial, así como ideas obsesivas de celos hacia su esposo. Manifiesta que los siguientes síntomas se han venido intensificando en los últimos dos años. Refiere que tuvo una buena crianza pero abandonó la escuela a los 16 años por su primer embarazo y posteriormente se casó con su actual esposo. Revela que hace dos

años perdió su segundo embarazo y luego ha presentado peleas, celos, infidelidad, inestabilidad en su relación matrimonial. Sin embargo, hace unos meses tuvo a su tercer hijo de manera inesperada y posee actualmente apoyo familiar. Está incorporada a la escuela y no tiene planes de trabajar por ahora. En estos momentos lo que más desea es estar bien para poder atender a su hijo de meses.

En el BDI se corroboró la presencia de una depresión grave con puntaje de 51, y el AV reflejó la experimentación intensa de todos los estados emocionales excepto desconfianza, abatimiento, ira, rechazo y desprecio que experimenta moderadamente. Después de brindarle la información necesaria sobre el tratamiento se estableció como objetivo terapéutico la disminución de los síntomas. El Diagnóstico Multiaxial quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (inicio temprano, hace 2 años y de forma insidiosa).

Eje II: Rasgos celotípicos y de susceptibilidad en la personalidad.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Pérdida de un embarazo.

Eje V: EEAG: 50 (síntomas graves).

En la entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach se estableció el siguiente esquema diagnóstico: Chicory como disposición temperamental susceptible, con sentimientos de celos y traición, Heather para la teatralidad, autocentramiento y egoísmo y Holly por el pobre control de la conducta y explosiones de agresividad verbal. La prescripción estuvo enfocada al tratamiento de los principales síntomas. Se escogió White Chestnut para la reiteración de los pensamientos obsesivos, combinando su acción con Holly para las explosiones de agresividad y Pine por las sensaciones de culpa hacia su relación matrimonial. Además se agregó Red Chestnut con el objetivo de disminuir la preocupación constante por la conducta sexual de su esposo.

Prescripción: White Chestnut, Holly, Pine, Red Chestnut.

En la segunda sesión manifiesta mejoría, ya que ha disminuido el llanto, el decaimiento, las discusiones con su esposo y se encuentra más concentrada en las actividades y en la atención de su hijo. Sin embargo, todavía presenta sentimientos de celos, traición y culpa. Durante la consulta se profundiza en la relación de pareja. A través de la reflexión la paciente reconoce que posee una buena relación de afecto y comunicación a pesar de las dificultades. Encuentra que el origen de los celos está basado en una situación de infidelidad pasada. Revela no poder controlar estos pensamientos de traición como

quisiera y expresa que las explosiones de agresividad con su esposo se relacionan con la situación del embarazo y los primeros meses de parto. Para aumentar la motivación del paciente se orienta como tarea registrar en los próximos quince días las nuevas actividades que ha podido realizar. La prescripción se ajusta incluyendo Seew Chestnut para la disminución de la tristeza profunda y llanto continuo y Walnut para propiciar la adaptación a las circunstancias presentes.

Prescripción: White Chestnut, Holly, Pine, Seew Chestnut, Walnut.

En la tercera sesión evidencia sentirse mejor, menos deprimida y triste. Ha logrado animarse y arreglarse físicamente, no presenta sentimientos de irritación y duerme mejor. Se analizan las ideas obsesivas de celos que todavía persisten en consulta. Esta vez se abre la posibilidad de que el sujeto reflexione sobre la relación entre los síntomas y la pérdida del embarazo. El sujeto acepta hablar sobre la situación de duelo que antes no deseaba relatar. Comenta que la pérdida fue dada en los últimos meses de embarazo y que debido a situaciones de decisión sobre el proceso funerario, ocurrió una separación momentánea en la pareja. En los meses posteriores recibió apoyo familiar, reanudándose su relación matrimonial con el nacimiento de su tercer hijo. Ante esta revelación, la paciente llora y refiere que desearía no hablar nunca de ese suceso, lo cual evidencia una catarsis debido a un proceso de duelo que ha quedado inconcluso. Para continuar la consulta se apoya emocionalmente con los recursos internos y externos que ha comentado en consulta. Para enfocar al sujeto sobre las circunstancias actuales se valora los aspectos positivos (amor, apoyo, comunicación y compañía) y negativos de su relación (peleas, agresividad verbal y física una sola vez). Sin embargo, al finalizar la sesión refiere la existencia de una persona que intentó destruir su relación por envidia. Esto último apoyado por la necesidad de afecto y apoyo reafirma una actitud de culpabilización de los demás, muy característico de la disposición temperamental de Chicory. De la prescripción se retira Seew Chestnut por la disminución de los sentimientos de depresión profunda y Holly pues ya no refiere explosiones de agresividad. En cambio se incluye Willow por el resentimiento que guarda la paciente hacia su esposo y hacia la pérdida de su embarazo.

Prescripción: White Chestnut, Willow, Mustard, Walnut.

En el BDI se mantienen indicadores de depresión grave aunque la puntuación descendió a 37 y en el AV se manifiesta la expresión intensa de todos los estados emocionales excepto el rechazo y el desprecio que experimenta moderadamente. Durante el tiempo de intervención la paciente no se presentó a consulta nuevamente y los resultados de las sesiones efectuadas demuestran que los síntomas

registrados aunque han disminuido no cumplen los criterios para su remisión parcial. El Diagnóstico Multiaxial Final quedó conformado de la manera siguiente:

Eje I: Distimia (Inicio temprano, hace 2 años y de forma insidiosa)

Eje II: Estilo de personalidad con rasgos celotípicos y de susceptibilidad (Chicory)

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Pérdida de embarazo con proceso de duelo tardío.

Eje V: EEAG: 55 (síntomas moderados).

# Análisis general de la Propuesta de Intervención

Durante el desarrollo de la primera etapa se comprobó que el empleo de las esencias desde el primer momento estimuló a los pacientes posibilitando un rápido desarrollo de la segunda etapa. La guía durante el proceso terapéutico quedó conformada por los objetivos terapéuticos contruidos con el paciente. Todos los objetivos estuvieron referidos hacia la disminución de los síntomas, lográndose en el 90 % de los casos.

En la primera etapa se estableció un ambiente de confianza y empatía recogiendo los motivos de consulta y los datos propios para el Diagnóstico Multiaxial. En la manifestación de los síntomas todos los casos presentaban insomnio, ya fuera referido a diferentes momentos durante la noche o asociado a preocupaciones específicas. El 90 % padecía de falta de interés o motivación sobre las circunstancias actuales. Solo 2 casos no manifestaban verbalmente tristeza y solo 3 expresaban falta de apetito. Se evidenciaron, además, situaciones vinculadas a enfermedad y muerte de familiares cercanos o conflictos en el área laboral, así como en menor medida enfermedades crónicas como asma e hipertensión arterial.

En la segunda etapa se combinaron las esencias florales con las entrevistas psicoterapéuticas. En estas últimas se emplearon variedad de técnicas psicoterapéuticas. La utilización del resumen de síntomas permitió corroborar la evolución de los mismos y especificar los conflictos (Casos 1 y 3). Se comprobó que la utilización de la reflexión posibilitó la generación de catarsis (Casos 2 y 7), así como que la contrastación de la información del paciente propició la desestructuración de creencias erróneas (Caso 6), la potenciación del cambio (Casos 1) y el aumento de la motivación ante situaciones difíciles (Caso 2). El empleo de la metáfora fue efectiva para la exposición indirecta de las pautas disfuncionales (Casos 1, 5 y 6). Otras técnicas que facilitaron el desarrollo de sesiones posteriores fueron la orientación de tareas para la casa que se refirieran al registro de actividades satisfactorias (Casos 1, 2 y 5). También se obtuvieron resultados al orientarse como tarea el registro de recursos internos y externos (Casos 1 y 2) y el registro de los aspectos positivos y negativos de la relación de pareja (Caso 7).

Los resultados en la búsqueda, identificación y corroboración de las pautas disfuncionales evidenciaron que las manifestaciones de cambio no siempre suceden en estas acciones; presentándose manifestaciones de cambio de primer, segundo y tercer niveles. Como cambios de primer nivel se encuentran el cambio de actitud para la búsqueda de soluciones (Caso 2) y hacia la toma de la propia responsabilidad sobre su actitud (Caso 7). De segundo nivel se observó la disminución de los pensamientos de fracaso (Caso 2) y en solo un caso se evidenció un cambio de tercer nivel en la toma de actitudes educativas de manera espontánea (Caso 3). En todos los casos se identificó y corroboró la

presencia de pautas disfuncionales, aunque no fue susceptible la revelación en algunos (Casos 2, 3, 4 y 6).

En la entrevista de caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach la aplicación del esquema diagnóstico y la prescripción de las esencias florales fueron realizadas de manera dinámica, orientándose las esencias hacia la sintomatología en las primeras sesiones, y ajustándose posteriormente a dicho esquema.

En las caracterizaciones diagnósticas se destacan como disposiciones temperamentales más frecuentes: Gentian (Casos 1, 4 y 5) y Chicory (Casos 3 y 7), así como Clematis y Cerato en menor medida. Esto puede ser indicador sobre la susceptibilidad de dichas disposiciones a desencadenar en trastornos distímicos ante situaciones de conflicto. Se evidenció la proclividad de dichas disposiciones a asumir actitudes de tipo Gorse (Casos 2, 4 y 5) como aprendizajes por experiencias lentas. Se halló, además, que la orientación de la prescripción hacia las caracterizaciones diagnósticas tuvo buenos resultados para la evolución de los sujetos (Casos 2 y 6).

De las esencias florales empleadas en la sintomatología podemos destacar el uso de Mustard en todos los casos, Wild Rose en tres casos y White Chestnut como estado asociado a otras esencias como Holly, Pine, Agrimony, Willow. Se utilizaron con éxito Walnut, Wild Oat y Chestnut Bud en momentos puntuales del proceso psicoterapéutico para potenciar el cambio psicológico (Casos 3, 6 y 7). La dosificación del tratamiento fue 4 gotas del frasco, seis veces al día, disminuyéndose a cuatro veces según la evolución de los casos.

Los resultados de la batería de test psicométricos aportaron datos para el diagnóstico y corroboraron la evolución de los pacientes, a partir de los principales síntomas de la depresión y sus estados emocionales relacionados. La Tabla 1 ofrece la tendencia hacia una disminución o aumento de los síntomas recogidos en los indicadores del Inventario de Depresión de Beck (BDI). En su análisis se evidencia que en 4 de los 7 casos se observó una disminución visible de los síntomas, no así en los tres restantes.

| BDI (21 indicadores de síntomas) |             |       |         |                |
|----------------------------------|-------------|-------|---------|----------------|
| Casos                            | Disminución | Igual | Aumento | % de evolución |
| 1                                | 13          | 7     | 1       | 57.1           |
| 2                                | 17          | 4     | 0       | 81.0           |
| 3                                | 15          | 4     | 2       | 61.9           |
| 4                                | 9           | 11    | 1       | 38.1           |
| 5                                | 4           | 13    | 4       | 0.0            |
| 6                                | 16          | 3     | 2       | 66.7           |
| 7                                | 9           | 11    | 1       | 38.1           |

**Tabla 1 Comportamiento de los indicadores del BDI**

También en la Tabla 2 se recogen los resultados del comportamiento de los estados emocionales descritos en la técnica del Autorreporte Vivencial (AV). En la misma se observa la tendencia de los sujetos a la experimentación subjetiva de malestar de dichos estados. Su análisis muestra que 2 de los 7 casos manifiestan una disminución de los estados emocionales. Sin embargo, el resto evidencia un aumento ligero de la experimentación subjetiva de malestar. Esto resulta común en el proceso psicoterapéutico donde la experimentación subjetiva de malestar es frecuente en fenómenos de catarsis (Casos 2 y 7), resistencia y manifestaciones de cambio (Caso 1).

| AV (14 indicadores de los estados emocionales) |             |       |         |                |
|------------------------------------------------|-------------|-------|---------|----------------|
| Casos                                          | Disminución | Igual | Aumento | % de evolución |
| 1                                              | 7           | 3     | 4       | 21,4           |
| 2                                              | 12          | 2     | 0       | 85,7           |
| 3                                              | 12          | 2     | 0       | 85,7           |
| 4                                              | 2           | 10    | 2       | 0.0            |
| 5                                              | 0           | 11    | 3       | -21,4          |
| 6                                              | 1           | 10    | 3       | -14,3          |
| 7                                              | 0           | 11    | 3       | -21,4          |

**Tabla 2 Comportamiento de los indicadores del AV**

De manera general, contrastando los resultados de la batería de test psicométricos mediante un por ciento de evolución puede analizarse cualitativamente la evolución de los pacientes. Los por cientos de la Tabla 3 no son más que el grado en que han disminuido o aumentado los síntomas o estados emocionales recogidos en las técnicas psicométricas. En la medida en que dichos por cientos se alejen positivamente del punto 0 la evolución del paciente es visible y en la medida en que se alejen negativamente de dicho punto el sujeto ha empeorado visiblemente. Si se observa bien, se evidencia que el Caso 1 evolucionó levemente pues sus por cientos no fueron tan significativos como en los Casos 2 y 3 con evolución bastante visible. Este dato se corrobora pues precisamente el Caso 1, a pesar de la mejoría de los síntomas, no fue muy susceptible a la revelación de las pautas disfuncionales ni al cambio psicológico. Sin embargo, los Casos 2 y 3 expresaron manifestaciones de cambio de primer orden en la primera etapa. Mientras que los Casos 4, 5 y 7 se acercan mucho al punto 0 y si bien no puede asegurarse una evolución ligera, tampoco puede constatar un empeoramiento visible de los síntomas. En el Caso 6, en cambio, debido a los resultados contradictorios no puede darse un pronóstico acertado, pues como se vio durante el Diagnóstico Multiaxial, este caso posee características de un trastorno esquizotípico de personalidad.

| Casos | BDI<br>% de evolución | AV<br>% de evolución | Evaluación Cualitativa |
|-------|-----------------------|----------------------|------------------------|
| 1     | 57,1                  | 21,4                 | Mejóro ligeramente     |
| 2     | 81,0                  | 85,7                 | Mejóro visiblemente    |
| 3     | 61,9                  | 85,7                 | Mejóro visiblemente    |
| 4     | 38,1                  | 0,0                  | Se mantuvo estable     |
| 5     | 0,0                   | -21,4                | Pronóstico reservado   |
| 6     | 66,7                  | -14,3                | Se mantuvo estable     |
| 7     | 38,1                  | -21,4                | Se mantuvo estable     |

**Tabla 3. Contrastación de los resultados de la batería de test psicométricos**

En la Tabla 4 se contrastan los resultados de la Evaluación Cualitativa de los Test Psicométricos con la Evaluación del Curso Longitudinal de la Depresión (CLD). En su análisis se observa gran similitud entre la evolución de los pacientes según el proceso psicoterapéutico y los resultados de la batería de test psicométricos.

| Casos | Evaluación CLD      | Evaluación Cualitativa |
|-------|---------------------|------------------------|
| 1     | Remisión parcial    | Mejóro ligeramente     |
| 2     | Remisión completa   | Mejóro visiblemente    |
| 3     | Remisión completa   | Mejóro visiblemente    |
| 4     | No hay remisión (*) | Se mantuvo estable     |
| 5     | No hay remisión (*) | Pronóstico reservado   |
| 6     | Remisión completa   | Se mantuvo estable     |
| 7     | No hay remisión (*) | Se mantuvo estable     |

(\*) Aunque no cumple los criterios para la remisión sí se presenta disminución de los síntomas

**Tabla 4 Evaluación del Curso Longitudinal de la Depresión (CLD)**

# Conclusiones

A manera de conclusión se puede afirmar que durante el diseño y la aplicación de la Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos:

- Se comprobó que el empleo de las técnicas psicoterapéuticas como la reflexión, la contrastación, la metáfora y el resumen posibilitaron la identificación de pautas disfuncionales, el surgimiento de catarsis y la facilitación de manifestaciones de cambio.
- Se constató que la utilización de esencias florales contribuyó a acelerar el proceso terapéutico, dado que de una semana a quince días después de iniciarse el tratamiento el 90 % de los pacientes comenzó a disminuir la sintomatología.
- Se corroboró la mejoría de los casos con la aplicación de la batería de test psicométricos, ya que de los siete casos, dos mejoraron visiblemente, uno de ellos levemente y los demás se mantuvieron estables.

Por lo que en sentido general, la aplicación de la Propuesta de Intervención Terapéutica para Pacientes Distímicos arrojó resultados positivos, teniendo en cuenta la evolución o estabilidad de los casos en menos de tres meses de intervención.

# Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-IV). 4º Edición.
- Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. (2005). Terapia cognitiva de la depresión. Editorial Desclée de Brower. S. A.
- Beitman, B.; D. Yue (2004). Psicoterapia. Programa de Formación. Barcelona: Masson S. A.
- Cañellas, J. (2008). Cuaderno Botánico de las Flores de Bach. Barcelona: Integral.
- CIE-10. (1992). Trastornos mentales del comportamiento. OMS. Ed. Meditor.
- Dones, Y.; D. Cruz (2008): Empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en la atención de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tesis de Diploma. UCLV. Santa Clara. Cuba.
- Edward, B. (1994): Obras Completas. Barcelona: Editorial Ibis.
- Goleman, D. (2004): Inteligencia Emocional. Editorial Kairós.
- Hales, R.; S. Yudofsky; J. Talbott (2000). Tratado de Psiquiatría (DSM-IV). Tomo I. 3era edición. Masson.
- Lazarus, R. y B. Lazarus (2000). Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones. Barcelona: Editorial Paidós.
- Millon, T.; R. Davis (1998). Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Molerio, O. (2004). Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial. Tesis Doctoral. UCLV. Santa Clara. Cuba.
- Orozco, R. (1996). Flores de Bach. Manual para terapeutas avanzados. Barcelona: Editorial Índigo.
- Pugliese, I. (2003): Un tipo especial de depresión La Distimia. Avizora Consultado 23 de enero de 2009 en [http://www.avizora.com/publicaciones/colaboradores/textos\\_iris\\_pugliese/0003\\_depresion\\_distimia.htm](http://www.avizora.com/publicaciones/colaboradores/textos_iris_pugliese/0003_depresion_distimia.htm)
- Roca, M. (2002). Psicología Clínica. Una visión General. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rodríguez, B. (2001). Terapia Floral y Estimulación Psicosensores en el niño con Deficiencia Psíquica. Barcelona: Editorial Índigo.
- \_\_\_\_\_ (2009). El Sistema Diagnóstico de Edward Bach. Apuntes para una sistematización necesaria. The Twelve Healers Trust.
- Rodríguez, B.; O. Orozco (2005). Inteligencia Emocional y Flores de Bach. Editorial Índigo.
- Rodríguez, G.; J. Gil y E. García (2004). Metodología de la Investigación Cualitativa. La Habana: Editorial Félix Varela.

- Sampieri, R. y C. Collado (2006). Metodología de la investigación. Cuarta edición. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3). Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales. (2001). Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- Vara, A. (2006): Aspectos Generales de la Depresión: Una revisión empírica. 1era edición.
- Vázquez-Barquero, J. (1998). Psiquiatría en atención primaria. The Scottish National Gallery of Modern Art.
- Zandío, M., M. Ferrín y M. Cuesta (2001): Neurobiología de la depresión. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Consultado 23 de enero de 2009 en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple4a.html>
- Zarzuela, A. (2001): Factores psicológicos y abordajes psicoterapéuticos de los trastornos depresivos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Consultado 23 de enero de 2009 en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple5a.html>.

# GC Bach

## UN CAMINO DE APRENDIZAJE

COMPARTE EL CONOCIMIENTO CON EL OBJETIVO DE CURAR

