



CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN I

GC Bach



Comité de Revisión Científica

Presidenta de Honor

Dra. H C. Concepción Campa Huergo

Directora-Presidenta Instituto "Fínlay" de Vacunas y Sueros

Miembros

Dra. C. Osana Molerio Pérez

Decana de la Facultad de Psicología.

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Dr.C. Luis Felipe Herrera Jiménez

Vice-Decano de Investigación y Postgrado. Facultad de Psicología.

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Dr. Ricardo Orozco Díaz

Presidente de Sedibac

Sociedad para el Estudio y Difusión de la Terapia del Doctor Bach en Cataluña.

MSc. Dra. Saira R. Rivas Suárez

Jefa de la Carrera de Medicina.

Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro"

Dra. C. Zaida Nieves Achón

Jefa de Carrera. Facultad de Psicología

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Dra. C. Luisa M. Guerra Rubio

Jefa de la Disciplina de Psicología Educativa. Facultad de Psicología

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Dra. C. Vivian M. Guerra Morales

Disciplina de Psicología Clínica. Facultad de Psicología.

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Ph. D. Silvia González Ariki

Coordinadora de la Plataforma de Investigación Científica.

Sociedad para el Estudio y Difusión de la Terapia del Doctor Bach en Cataluña.

Dr. C. Gustavo Ríos Albuerne

Centro de Estudios Jardín Botánico

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Dra. C. Daymí I. Carrazana García

Departamento de Biología. Facultad de Ciencias Agrícolas

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Dr. C. Rolando Cárdenas Ortiz

Departamento de Física. Facultad de Matemática-Física-Computación

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Msc. Ing. Fernando Franco Flores

Departamento de Biología-Sanidad Vegetal. Facultad de Agronomía.

Universidad Agraria de La Habana

MSc. Silvia María Celorio Serrano

Departamento de Investigaciones. Universidad Médica de Cienfuegos

MSc. Eloida Pedrosa Jorge

Cátedra del Adulto Mayor. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Msc. Boris C. Rodríguez Martín

Coordinador General de GC-Bach



Edición

Redacción:

Miriam Artilles Castro

Corrección:

Estrella Pardo Rodríguez

Diagramación:

Roberto Suárez Yera

Corrección de Idioma:

Juana Idania Perez Morales

Patricia Gil Perez

Diseño e Ilustración:

Lyanet González Pérez

Alexander Gonzalez Seijo

© Grupo Cubano de Investigación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach (GC-Bach), 2009

© Sobre la presente edición Editorial Feijóo, 2009

ISBN: 978-959-250-526-1



*Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Carretera a Camajuaní, km 5, 5, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, CP 54830*



Estimados colegas:

Con la salida de *Cuadernos de Investigación* se cumple un viejo anhelo de todos aquellos que siempre hemos querido contar con una publicación netamente científica para dar a conocer los resultados de investigaciones, estudios de casos o monografías.

Desde sus inicios la terapia floral ha sido una modalidad de tratamiento controvertida y polémica, la cual se ha enriquecido desde la experiencia acumulada en los pocos más de 70 años que tiene de creada. Una medida de los beneficios que ofrece lo tenemos en el hecho de que - sin apenas difusión, alejada de las grandes campañas propagandísticas y mal mirada por la “ciencia”-, es cada vez mayor el número de profesionales que la practica y difunde en los cinco continentes.

Con el objeto de investigar esta interesante modalidad de tratamiento desde el método científico ha sido creado en la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, el Grupo Cubano de Investigación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach (GC-Bach). Aunque en la actualidad está compuesto mayormente por psicólogos y estudiantes de psicología, también lo integran médicos, físicos, farmacólogos, botánicos y bioquímicos, pues estamos conscientes de que para validar este sistema se requiere del trabajo en conjunto de diversas especialidades y ramas de la ciencia.

La idea que nos anima consiste en avalar aquellos trabajos que con mayor rigor se ajusten a la metodología de la investigación científica, ya sea desde un enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto, para luego difundirlos por esta vía. Es por ello que esperamos que este no sea el único Cuaderno que se edite. Por otro lado, se difundirán los distintos tipos de estudios que puedan realizarse: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos, con el objetivo de que el lector aprecie las distintas aristas desde las cuales este sistema puede ser estudiado.

Con el presente volumen se inicia este camino.


M.Sc. Boris Camilo Rodríguez

Psicólogo. Máster en Psicología Médica.

Coordinador de GC-Bach.

Profesor de Metodología de la Investigación.

borisc@uclv.edu.cu



Facultad de Psicología. Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

Índice

Terapia Floral: representaciones sociales	6
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Materiales y Métodos	12
Conclusiones	22
Bibliografía	23
TDA/H y Esquema Diagnóstico de Bach: Caracterización emocional de adolescentes que presentan el trastorno	25
Resumen	26
Abstract	27
Introducción	28
Análisis de los resultados	38
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Bibliografía	45
Caracterización de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada desde el esquema diagnóstico de Bach	47
Resumen	48
Abstract	49
Introducción	50
Análisis de los Resultados	54
Recomendaciones	63
Bibliografía	64
Beneficios del empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en la atención a pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada	65
Resumen	66
Abstract	67
Introducción	68
Análisis de los Resultados	71
Conclusiones	85
Bibliografía	87

Implementación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, en un escolar con trastorno de adaptación, matizado por manifestaciones ansiógenas	88
Resumen	89
Abstract	90
Introducción	91
Análisis de Resultados	95
Conclusiones	98
Recomendaciones	99
Bibliografía	100
Mecanismo de acción de las esencias florales: una aproximación	101
Una perspectiva integradora	103
Hipótesis sobre el mecanismo de acción de la terapia floral	105
Más allá de la acción local	114
Una acción especial. Efecto de la terapia floral sobre el sistema nervioso central	116

Terapia Floral: representaciones sociales.

Dra. C. Luisa María Guerra Rubio

Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

M.Sc. Tatiana Quevedo Guerra

Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.



En Cuba se han realizado investigaciones con el objetivo de explorar el valor terapéutico que posee la terapia floral ante determinados estados; sin embargo, no se conocen antecedentes de investigaciones de esta terapia vinculada a las valoraciones, expectativas, creencias y actitudes que han sido elaboradas y compartidas socialmente, por lo que la presente investigación tiene como objetivo explorar la representación social de la Terapia Floral como modalidad alternativa de tratamiento en los pacientes sometidos a esta terapia en las consultas de Psicología de la Farmacia Homeopática.

Se realizó un estudio de tipo exploratorio descriptivo. La muestra seleccionada está compuesta por 25 sujetos, pacientes que han sido sometidos al tratamiento con terapia floral, quienes conformaron el grupo experimental y otros 25 individuos integrados como testigo, al no ser sometidos a este tratamiento. Las variables estudiadas en esta investigación fueron: terapia floral y representaciones sociales, las cuales fueron evaluadas desde una perspectiva integradora, es decir, a través de una metodología cuali y cuantitativa utilizando la entrevista estructurada como técnica fundamental para la obtención del conocimiento.

Los resultados obtenidos evidencian que las representaciones sociales manifiestan fluctuaciones entre la información que poseen los pacientes sometidos a la terapia floral, ya que es una representación construida a partir de la relación directa con esta modalidad de tratamiento, y los que no han sido sometidos, puesto que esta representación ha sido elaborada por la noción manipulada en el discurso social.

Palabras clave: representaciones sociales, terapia floral

Several researches have been carried out in Cuba with the objective of exploring the therapeutic value of the flower therapy at certain states. However; there aren't any researches concerning valuations, expectations, believes and attitudes about the topic. So that the present research has the objective to explore the social representation of the Floral Therapy as alternative modality of treatment in the patients who are prescribed with this therapy, in the Psychology appointments of the Homeopathic Pharmacy.

It was carried out a descriptive exploratory study. The sample is composed by 50 individuals of whom 25 are patients that have been under the treatment with floral therapy, conforming the experimental group and the other 25 individuals integrate the witness group, since they have not been under this treatment. The variables studied in this research were: floral therapy and social representations, which were evaluated from an integrative perspective, that is to say, through a qualitative and quantitative methodology using the interview as the main procedure for obtaining information.

The results showed that the social representations show fluctuations in the information given by the patients under the Floral Therapy, since it is a constructed representation from the direct relationship with this treatment, and by those who have not been under the treatment, since this representation has been elaborated by the manipulated notion in social speech.

Key Words: social representation, Bach flower therapy

El sistema de salud en el mundo contemporáneo se caracteriza por poseer tecnologías de avanzada tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades. En los finales del siglo xx se incrementaron los medicamentos de última generación y hoy día merecen un espacio en la industria farmacéutica y reciben el beneplácito de especialistas vinculados a las diferentes especialidades de la práctica clínica; sin embargo, las reacciones adversas y contraindicaciones de los mismos son objeto de análisis y merecido control. Los ensayos clínicos y el monitoreo no bastan como previsión cuando al cabo de los años los daños se perciben en las personas por la aparición de otras enfermedades que se presentan sin causa conocida, o se manifiestan en órganos comprometidos que atentan al buen funcionamiento orgánico. El área de la psicología de la salud y la psiquiatría no es ajena a estos hechos, así un gran número de sus profesionales reconocen las ventajas de la Medicina Natural Tradicional ya que se distingue por su sentido clásico y prevalece a pesar de la modernidad en un grado de aceptación cada vez mayor entre los profesionales de la salud, específicamente los de la Psicología.

Se reconoce a las flores de Bach como una terapia natural, que ayuda a equilibrar las emociones de la persona. Esto es cierto, porque en verdad las flores trabajan los aspectos básicos del ser: el físico, el mental, emocional, y el relacional o social, por lo que se puede considerar no sólo una terapia holística, sino un instrumento de crecimiento personal excelente.

Edward Bach nos legó un sistema de diagnóstico y tratamiento de los estados emocionales, mentales y características más generales de la personalidad. Este sistema incluye un grupo de 38 esencias florales elaboradas mediante solarización o cocción, cuya acción no se basa en las propiedades químicas activas de los elementos que componen cada planta, sino en la transmisión de un patrón de información que se almacena en el agua. Sin embargo, Edward Bach nos legó más que sus 38 esencias, también un esquema de pensamiento para interactuar con nuestros pacientes o con nosotros mismos, que nos permite entender las causas de nuestros malestares. De acuerdo con Rodríguez, B. (2009) su propuesta de esquema terapéutico ha quedado eclipsada, pues muchas personas usan las esencias sin las ideas que le dieron vida.

En la actualidad dicho sistema se conoce como terapia floral, método utilizado desde hace más de 70 años por profesionales en el campo de la salud de todo el mundo. Sin embargo, la situación actual con respecto a la investigación y praxis de la terapia floral resulta aún insuficiente debido en una de sus causas a la situación que provoca un nivel elevado en cuanto a la manipulación de los resultados de tales investigaciones con el objetivo de distorsionar el conocimiento que se tiene de la misma. Además, entre la terapia floral y su praxis se manifiesta un divorcio de su lenguaje natural: la Psicología, puesto que en muchas ocasiones es aplicada por profesionales a esta ciencia.

En Cuba la situación se manifiesta de forma diferente pues desde hace varios años la terapia floral, reconocida en 1976 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), comenzó a utilizarse en varias provincias del país. Posteriormente se han celebrado eventos nacionales e internacionales de esta terapia naturalista, como el Congreso Nacional de Terapia Floral, en 1999, en el cual se fomenta su diplomado, que sienta las bases para el desarrollo de la praxis de esta terapia en Cuba.

En la ciudad de Santa Clara se introdujo en la década de los noventa del siglo pasado. En un inicio esta modalidad alternativa de tratamiento se ofrecía únicamente en la Farmacia Homeopática, extendiéndose más tarde a los policlínicos Chiqui Gómez y a los hospitales infantil y militar con la consiguiente especialización del personal de salud en la misma, y posteriormente en todos los hospitales y policlínicos de la provincia, siendo Villa Clara la provincia más desarrollada en este sentido.

En Cuba se han realizado investigaciones con el objetivo de explorar el valor terapéutico de esta terapia ante determinados estados; sin embargo, no se conocen antecedentes de investigaciones de terapia floral vinculada a las valoraciones, expectativas, creencias, actitudes, opiniones que han sido elaboradas y compartidas socialmente, objetivo que pretende alcanzar de forma general la presente investigación, puesto que la noción de terapia floral involucra las dimensiones sociales, culturales y demográficas comprometidas con las misma.

En la investigación nos orientamos a realizar un acercamiento al significado y aceptación que va alcanzando en las personas que utilizan esta terapia, puesto que a través de los resultados obtenidos los profesionales de la salud podrían trascender el nivel reducido a la aplicación de la misma, enriqueciendo, con su praxis, la información que poseen sus propios pacientes con respecto a la terapia con el objetivo de fomentar su uso de manera que los beneficios que la terapia les puede reportar puedan ser mayores. Con ello se verán beneficiados tanto los profesionales de la salud, específicamente los de la Psicología, como sus pacientes, debido a que conocer la representación que existe de la terapia floral ayudará a orientar su trabajo, y por tanto mayor cantidad de personas tendrán la posibilidad de recibir sus beneficios.

La investigación conlleva a utilizar la categoría representación social como herramienta teórico-metodológica utilizando las vías que nos propone la integración de varias teorías que abordan la misma, para acceder al mundo representacional de los sujetos desde un enfoque epistemológico-integrativo de las metodologías cualitativa y cuantitativa que permita utilizar la comunicación como mediador para comprender la realidad, tal como es vivenciada por los sujetos investigados para luego en un proceso de construcción activa llegar a determinar los componentes principales de esta representación.

Toda esta estructura teórico-metodológica se ha configurado a partir de la siguiente interrogante científica: ¿Qué representaciones sociales se construyen sobre la terapia floral?

Para dar respuesta a la interrogante se traza el objetivo general siguiente:

- Describir la representación social de la Terapia Floral como modalidad alternativa de tratamiento en los pacientes sometidos a tratamiento en las consultas de Psicología de la Farmacia Homeopática y con sujetos no sometidos a esta terapia.

Para ello se han trazado los objetivos específicos siguientes:

- Describir las variables demográficas y atributivas de los pacientes sometidos a la terapia floral como modalidad alternativa de tratamiento.
- Explorar las representaciones sociales de la Terapia Floral como modalidad alternativa de tratamiento en los pacientes sometidos a este tratamiento en las consultas de Psicología de la Farmacia Homeopática.
- Explorar las representaciones sociales de la Terapia Floral como modalidad alternativa de tratamiento en sujetos que no han recibido esta terapia.
- Comparar las representaciones sociales y los elementos que subyacen de su estructura en ambos grupos.

Las investigaciones relacionadas con la búsqueda de representaciones sociales se han realizado en el área de salud con temas referentes al VIH, al tabaquismo, al alcoholismo, entre otras, por lo que abordar este estudio sería camino poco transitado y beneficiaría a la comunidad científica aportándole valor metodológico y práctico, así como enriqueciendo los resultados vinculados al tema.

Para guiar el análisis y construir las técnicas a utilizar en la investigación ha sido necesario analizar los componentes estructurales de la representación social.

Moscovici (1984), Ibáñez (1988) y Páez (1991) coinciden en contemplar como componentes de la estructura a: la actitud, la información y el campo de la representación. La actitud muestra las disposiciones positivas o negativas que tienen las personas entre un objeto representacional, en ellos se estructuran elementos afectivos que implican al sujeto emocionalmente, expresando así la orientación evaluativa ante ese objeto. Este componente afectivo que tiene mucha relación con la dimensión evolutiva de la representación es uno de los elementos centrales de la representación que la distinguen de las meras cogniciones sociales.

La información sobre los objetos representados varía tanto en su calidad como en su cantidad y abarca toda la gama de conocimientos que poseen los grupos de un determinado objeto social. La ubicación social de los individuos y el origen de la información de que disponen, incide e influye en el tipo de representación social que se forma; es por ello que pretendemos controlar las variables atributivas para apreciar las fluctuaciones que pueden manifestarse en relación con las representaciones sociales sobre la terapia Floral. La representación social que se forma en la interacción directa con los objetos difiere de aquella que se forma en la comunicación social. (Páez y Knapp., 1995)

El campo de representación se refiere a la jerarquía y el orden que adquieren los elementos que se encuentran en la configuración del contenido de la relación cuando forma parte de ella.

Este campo representacional se organiza en torno al esquema o núcleo figurativo, constituyendo esta la parte más sólida y estable de la representación, y no solo esto sino que también organiza el conjunto de elementos que se encuentran en el campo representacional. El resto de los elementos quedan redondeando las ideas centrales, que podrían en el futuro pasar a formar parte del núcleo figurativo.

Retomando las ideas de Moscovici, en 1976 Jean Claude Abric construye la Teoría del núcleo, la cual pretende explicar la estructura de las representaciones desde una perspectiva que privilegia un tanto la arista cognitiva. Esta teoría supone la existencia de un sistema central y otro periférico.

Sistema central: tiene una marcada relevancia, ya que va a estructurar los contenidos que están fuertemente anclados sobre la memoria colectiva del grupo que lo elabora, dotando a la representación de estabilidad y permanencia, por lo cual constituye la parte más coherente y rígida.

Sistema periférico: en él se encuentran insertadas las experiencias individuales de cada sujeto, por lo cual es posible explicar la diversidad de representaciones que existen al interno de un grupo entre sus miembros. Este sistema adopta mayor dinamismo, flexibilidad e individualización que el sistema central. Sus características fundamentales pueden ser sintetizadas de la manera siguiente: El núcleo central posee una dimensión cualitativa que es precisamente quien le brinda la riqueza al proceso, cada elemento aporta unidades de análisis que dan significados a la representación. Dicha estructura nos muestra una vez más el fenómeno representacional como poseedor de un carácter altamente dinámico y contribuye notablemente a su comprensión, al intentar desentrañar su complejidad.

La actual investigación pretende realizar un acercamiento a las valoraciones, expectativas, creencias, actitudes, opiniones que han sido elaboradas y compartidas socialmente para llegar a determinar en realidad qué se percibe como terapia floral y qué significado y aceptación va alcanzando en las personas que utilizan este tratamiento, puesto que la noción de terapia floral involucra dimensiones sociales, culturales y demográficas.

Selección y descripción de la muestra

La presente investigación es básicamente exploratoria-descriptiva siguiendo un diseño específicamente transeccional.

El escenario está integrado por 50 personas dentro de las cuales 25 son pacientes sometidos a tratamiento con terapia floral las cuales conforman el grupo de estudio; los restantes 25 incluyen el grupo testigo, puesto que no han sido sometidos a este tratamiento y el mismo fue seleccionado de forma no probabilística teniendo en cuenta las variables sexo, edad y nivel de escolaridad.

El grupo experimental está integrado por 5 hombres y 20 mujeres comprendidos entre 25 y 40 años y de 41 años en adelante, con un nivel de escolaridad que oscila entre los grados 9^{no} y 12 y el nivel universitario.

El grupo testigo está compuesto por 25 sujetos con características similares al grupo experimental.

Los criterios de inclusión tomados en cuenta a la hora de seleccionar la muestra fueron:

- Personas mayores de 25 años de edad.
- Disposición a formar parte de la investigación.

Variables a considerar en el estudio:

Variable independiente: terapia floral entendida como una modalidad alternativa de tratamiento complementaria a la Medicina Convencional, que descansa en el poder curativo de las plantas. Es un tratamiento holístico, es decir, integra al hombre en su totalidad, trabajando los cuatro planos básicos del ser: espiritual, mental, emocional y físico.

Variable dependiente: representación social entendida como el conocimiento socialmente elaborado, utilizado y compartido para orientar respuestas sociales de los sujetos.

Descripción de las técnicas aplicadas en la recogida de información.

Se utilizó la entrevista estructurada, la cual fue aplicada con el objetivo de explorar la representación social de la terapia floral en los pacientes sometidos o no a este tratamiento.

Dicha entrevista presenta los indicadores siguientes:

1. Determinar el nivel de información que poseen los sujetos de estudio.
 - Alto
 - Bajo
2. Identificar los beneficios o perjuicios que trae como consecuencia el uso de la Terapia Floral.
 - Tratamiento eficiente.
 - Tratamiento perjudicial.
3. Identificar la percepción que tienen con respecto a la Terapia Floral.
4. Identificar la actitud o postura que mantienen ante la Terapia Floral.
 - Positiva
 - Negativa
 - Desinteresada

Análisis de los resultados

Para el análisis de la información obtenida a través de la técnica descrita se estableció un grupo de categorías que conforman la representación social de la terapia floral como modalidad alternativa de tratamiento existente en ambos grupos de investigación, es decir, el grupo de estudio y el grupo testigo, y que han sido determinadas con el objetivo de facilitar el análisis.

Vínculo con la terapia: esta es una de las categorías determinantes en la estructura de la representación social de la terapia floral, puesto que tiene una marcada influencia en las demás categorías. Es por ello que la experiencia individual de los sujetos con respecto a la terapia, es decir, la interacción directa o indirecta con el objeto representado determina la expresión positiva o negativa del resto de las categorías.

En el grupo de estudio, dada la interacción directa con la terapia floral que han mantenido los sujetos sometidos a tratamiento existe una tendencia a definir las demás categorías desde su experiencia y por tanto desde los beneficios que han experimentado a través de la misma, o sea desde un plano funcional.

“Para mí es buena, me ha curado la ansiedad y las pesadillas. Hay para varias cosas. No le veo nada negativo. Me asentó muchísimo, desde que la empecé a tomar sentí mejorías...”; “Es un tratamiento muy efectivo que solo trae beneficios, a mi me ha mejorado mucho, además puedo tomar medicamentos sin tenerlas que suspender”; “las tomé hace un tiempo para el estrés y son muy buenas, te relajan cantidad”; “Es muy buena, me ha asentado mucho, he sentido sus mejorías poco a poco”.

En el grupo testigo se manifiesta una representación social de la terapia floral menos periférica, lo que marca el carácter social de esta construcción, ya que está formada por las generalizaciones desarrolladas en los diferentes contextos de interacción a los cuales se integran los sujetos de este grupo. Dada la relación indirecta que establecen con la terapia floral, a través de la comunicación social, esta representación está construida fundamentalmente por un predominio de los elementos más concretos que definen esta terapia, y por tanto más distanciados de los beneficios reportados por una experiencia individual.

“...Son buenas para muchas cosas, según lo que se dice, pero no se mucho porque nunca las he tomado”; “lo único que sé es que son tilo o pasiflora, a una amiga mía se las mandaron para las giardas no le sirvieron de nada”; “Son elaboradas con flores que sirven para la ansiedad, para dejar de fumar. He oído que es algo que sirve para muchas cosas...”.

Comparación con fármacos: en correspondencia con los beneficios abordados se hace alusión a esta categoría, puesto que a través de la misma la terapia es percibida como un tratamiento que supera a los medicamento, ya que no provoca reacciones adversas.

En el grupo de estudio se hace referencia a los beneficios de esta, en el sentido de que no provoca

afectaciones en el organismo, ni interfiere con el uso de otro medicamento, cuestión que es conocida por medio de la experiencia directa con la misma.

“Es un tratamiento bueno, que no interfiere con ningún otro medicamento...”; “No importa que se esté tomando pastillas, no tiene contraindicaciones...”; “No tiene nada negativo que pueda afectarnos, al contrario”; “Son preferibles las gotas que estar tomando pastillas...”; “Es menos invasivo que otros medicamentos...”; “Es un tratamiento realmente efectivo, son muy buenas y pueden sustituir a los psicofármacos”.

En el grupo testigo también se hace referencia a los beneficios de la terapia floral en comparación con los fármacos, sin embargo estos aparecen asociados en la mayoría de los casos a los efectos benéficos reportados por la medicina natural, generalizando algunas de sus características en la terapia, dada la ausencia de una experiencia individual con dicha modalidad alternativa de tratamiento.

“Es una medicina bastante natural que no lleva químicos...”; “Es un medicamento, es un jarabe”; “es un método menos invasivo y agresivo que los fármacos”...; “no hace interferencia con otros medicamentos y se incluye dentro de la medicina verde o medicina natural”. “Es un tratamiento que no tiene reacciones adversas”; “Son menos dañinas que las pastillas”; “Yo quisiera tomarlas porque no puedo tomar tantas pastillas”; “Es natural, sin necesidad de utilizar fármacos dañinos al organismo”.

Influencia sobre los estados emocionales: esta categoría se refiere a la función que desempeña la terapia floral como modalidad alternativa de tratamiento. Los sujetos conocen que esta trabaja sobre los estados psicológicos, emocionales, aunque se manifiestan ciertas diferencias con respecto a este aspecto, en la construcción de la representación social en los grupos de investigación.

En el grupo de estudio se evidencia un conocimiento más elaborado que tiene su causa directa en un nivel mayor de información propiciado por la interacción directa que se establece entre la terapia floral y los individuos sometidos a este tratamiento.

“...Sirve para curar trastornos psicológicos...”; “para cuando uno está deprimido, ansioso”; “...actúa sobre las enfermedades psicológicas...”; “Consiste en intentar curar a las personas...”; “las tomé hace un tiempo para el estrés...”; “Trabaja el aspecto psicológico, se utiliza para muchos trastornos como la ansiedad y el estrés”; “...me ha curado la ansiedad y las pesadillas...”.

En el grupo testigo el conocimiento de las funciones de la terapia floral alcanza niveles bajos de información y es expresado a través de términos coloquiales y estereotipados que no definen los estados emocionales (“se utiliza para los que tienen problemas de nervios”), como consecuencia de las características de la interacción de los sujetos de este grupo con la terapia.

“Se toman para el estrés, sirven para dejar un vicio, para relajar”; “Tranquiliza a las personas sirve para

los problemas de insomnio, ceda los nervios.”; “sirven para la ansiedad, para dejar de fumar”; “...sé que la utilizan los que tienen problemas de nervios”; “se pueden controlar diferentes síntomas como la ansiedad y el estrés”; “...se utilizan para sedar o según el padecimiento que se tenga”.

Tiempo de duración del tratamiento: esta categoría hace referencia a la percepción que tienen los individuos que forman parte del estudio con respecto al tiempo que transcurre entre el inicio del tratamiento y la manifestación de sus beneficios. La misma se evidencia de forma diferente en cada uno de los grupos de investigación, debido a que está estrechamente relacionada con el vínculo que tengan los sujetos con la terapia, es decir, con la experiencia directa, más que con la comunicación social. Es por ello que:

En el grupo de estudio es un elemento que se repite con bastante frecuencia dada la interacción directa que tienen los pacientes sometidos a este tratamiento con el objeto representado, lo cual favorece en gran medida el nivel de información que tienen estos sobre la terapia floral y por consiguiente el conocimiento de la peculiaridad que tiene la misma de ser un tratamiento a largo plazo.

“Es un tratamiento a mediano plazo”; “he sentido sus mejorías poco a poco”; “La mejoría se siente con los días”; “Es lento, pero sí se ve la mejoría”; “Cuando la empiezas a tomar no sientes nada pero luego sí”; “La usé por un tiempo corto, quizás por eso no me hizo efecto”.

En el grupo testigo no se aborda esta cuestión, excepto algunos casos, dada las características de su interacción con el objeto representado, sin embargo cuando se hace referencia a este se reconoce también como un tratamiento a largo plazo.

“Es un proceso muy largo, lleva mucho tiempo”.

Expectativas: esta categoría se presenta a través del vínculo que establece con las categorías anteriores dado por los beneficios o perjuicios que se obtienen mediante la utilización de la terapia floral como modalidad alternativa de tratamiento, en función de los cuales los sujetos poseen mayores o menores expectativas con respecto a la terapia.

En el grupo de estudio se manifiestan las expectativas altas como generalidad, incluso cuando algunos de los sujetos no han experimentado aún sus beneficios por una u otra razón. Existen expresiones de confianza en la efectividad del tratamiento, sin embargo, se demanda constantemente un nivel mayor de información que trasciende el plano personal para alcanzar el plano social, situación que apunta hacia un déficit marcado en la calidad y cantidad de información en el que se encuentran los sujetos que no han sido sometidos a este tratamiento, como elemento de mayor influencia.

“Espero que no sea para una sola cosa, sino que sirva para muchas cosas en mí...”; “Espero seguir teniendo buenos resultados con ella.”; “Confío en ella...”; “creo que debe dársele más promoción

porque es un tratamiento muy bueno”; “Es un tratamiento realmente efectivo, son muy buenas y pueden ayudar”; “Antes de tomarla solo sabía de ellas por aquella novela que dieron”.

En el grupo testigo las expectativas con respecto al tratamiento son prácticamente imperceptibles dado el bajo nivel de conocimiento que poseen los sujetos de este grupo acerca de la terapia floral, con excepción de algunos casos que se incluyen, fundamentalmente, en el nivel profesional, por lo que las expectativas fluctúan entre altas y la abstinencia.

“...ganará terreno poco a poco”; “creo que se debe utilizar más”; “tengo fe en que me ayude”; “es un tratamiento moderno y se tienen muchas expectativas con respecto a él.”; “Pienso que me ayude, aunque todos los organismos no son iguales.”

En correspondencia con las categorías analizadas anteriormente a través de la representación social de la terapia floral, tanto de hombres como mujeres, incluidos en los rangos de edad estudiados, no existen manifestaciones de fluctuación con respecto a estas variables. Los términos utilizados por ambos géneros, así como por los diferentes rangos de edad (25-40 años y mayores de 40 años), no poseen diferencias significativas, situación que se expresa de forma similar en los dos grupos de investigación.

No obstante, aunque la variable género no muestra indicios de estar influyendo notablemente en la formación de la representación social de la terapia floral, se evidencia una mayor relación con la utilización de este tratamiento, puesto que en el grupo de estudio existe un predominio del sexo femenino como el consumidor más frecuente de la terapia floral en la modalidad alternativa de tratamiento, cuestión que pudiese tener relación con los prejuicios y las características propias del sexo masculino. Esta situación se presenta, fundamentalmente, en los pacientes del sexo femenino mayores de 40 años, lo cual muestra fluctuaciones en la relación variable, edad y utilización del tratamiento que no se extienden a ambos géneros.

Los significados compartidos de la variable en estudio no ofrecen diferencias de interés de acuerdo con el género.

Sin embargo, con respecto a la variable nivel de escolaridad la situación se manifiesta de forma diferente, ya que se ha podido constatar que las representaciones sociales formadas por los sujetos que tienen un noveno grado, tanto en el grupo de estudio como en el grupo testigo, presentan un bajo nivel de elaboración con respecto a los que tienen un nivel medio y superior de enseñanza. Dichas representaciones están conformadas por conocimientos muy elementales y concretos en relación con los que tienen nivel profesional.

En el grupo de estudio las representaciones se basan generalmente en la efectividad del tratamiento desde su experiencia individual.

“Para mí es buena, me ha curado la ansiedad y las pesadillas. Me asentó muchísimo, he sentido sus mejorías poco a poco. No sé decir exactamente lo que es, lo único que puedo decir es que es muy buena”; “Lo que sé de ellas es que son unas gotas hechas con determinadas flores. Son unas goticas hechas de minerales, vegetales y animales, según los carteles”.

En el grupo testigo las representaciones sociales están conformadas en función de lo expresado por otras personas, es decir, a través de generalizaciones que pudiesen tener su origen en las personas que han sido sometidas a este tratamiento, pero que se han ido confundiendo con el discurso particular de los diferentes contextos en los que se desarrollan los sujetos de este grupo.

“Es un medicamento que calma los nervios, la alteración. Son muy buenas. Mi esposo las tomó y les sirvió de mucho. He oído que es algo muy bueno y que sirve para muchas cosas”.

Sin embargo, los sujetos que presentan un nivel medio y superior de enseñanza suelen ser más expresivos, utilizando expresiones más elaboradas y coherentes compuestas por palabras más técnicas, pues poseen riqueza en su vocabulario, dada por el grado de preparación recibido por los sujetos, además de tener gran influencia los contextos socializadores en los que se ha movido y se mueve, específicamente las representaciones sociales evidenciadas en el grupo de estudio.

“Es una medicina alternativa muy ligada a la Medicina Natural Tradicional. Consiste en intentar curar enfermedades diversas. Trabaja el aspecto psicológico, utilizándose para muchos trastornos como la ansiedad, la depresión y el estrés. Es un tratamiento realmente efectivo, menos invasivo que otros medicamentos y no tiene reacciones adversas, por lo que pueden sustituir a los psicofármacos”.

Por otro lado, las representaciones sociales del nivel medio y superior evidenciadas en el grupo testigo, aunque poseen un nivel de elaboración mayor en comparación con las correspondientes al noveno grado de este propio grupo, no alcanzan el nivel manifestado en las representaciones sociales construidas por los sujetos graduados de la enseñanza media y superior pertenecientes al grupo de estudio.

Diferentes autores entre los que se destaca Moscovici plantean que entre los elementos que componen la estructura de la representación social coinciden tres ejes fundamentales: la actitud, la información, el campo de representación. Tomando como soporte dicha teoría la estructura de representación social de la terapia floral como modalidad alternativa de tratamiento, se manifiesta de forma similar en ambos grupos de estudio, específicamente en el elemento información.

En ambos grupos la información sobre el objeto representado, en este caso la terapia floral, no varía tanto en su calidad como en cantidad. La ubicación social de los individuos y el origen de la información de que disponen es similar en el tipo de representación social que se forma; así la que se forma en la interacción directa con los objetos difiere de aquella que se forma en la comunicación social, aspecto que explica la diferencia que existe entre uno y otro, solo en que se parte del referente vivencial acompañado de la valoración afectiva que valora la misma.

En el grupo de estudio la representación social de la terapia floral está construida a partir de la interacción directa de los sujetos con la misma, a través de la cual poseen un nivel de información que incluye la experiencia, lo que les permite elaborar una representación social que supera la construida por el grupo testigo.

Por otro lado, el grupo testigo interactúa con el objeto representado, de forma indirecta, es decir, a través de la comunicación social que por estar en cierta medida desligada de la experiencia individual, con la terapia floral alcanza niveles de conocimiento que influyen notablemente en la calidad de la representación.

El elemento actitud no se manifiesta de forma similar, debido a que no se expresan diferencias significativas en los grupos de investigación. Los sujetos del grupo estudio tanto como los del grupo testigo, aunque no poseen el mismo nivel de información, mantienen una actitud similar con respecto a la terapia floral, mostrando, en la mayoría de los casos, disposiciones positivas, estructuradas a partir de su vinculación afectiva con la misma.

En cuanto al campo representacional en ambos grupos, existen elementos comunes para todos los sujetos, los cuales se encuentran en la cima de la jerarquía y por tanto forman parte del núcleo figurativo, el cual constituye la parte más sólida y estable de la representación, enriquecido por otros elementos que lo rodean y que están estrechamente relacionados con las experiencias vividas por los sujetos, los cuales favorecen la existencia de representaciones más individualizadas.

Este elemento de la estructura de la representación constituye el basamento teórico que da origen a la teoría del núcleo a partir de la cual la representación social posee un sistema central y un sistema periférico. Dentro de las categorías que conforman la representación social de la terapia floral se incluyen en el sistema central: **vínculo con la terapia, comparación con los fármacos e influencia sobre los estados emocionales**; evidencia de ello es su presencia en la representación de todos los sujetos de los grupos de investigación, tanto del grupo estudio como del grupo testigo, aunque con dimensiones diferentes.

Las mismas estructuran los contenidos que están fuertemente anclados sobre la memoria colectiva del grupo que lo elabora, están dotados de estabilidad, coherencia y resistencia al cambio así como de cierta y relativa independencia del contexto social inmediato, garantizando la continuidad y permanencia de la representación.

Las particularidades con las que estas categorías se manifiestan en cada uno de los grupos de investigación permiten definir la homogeneidad del grupo social, dada su función consensual.

Se incluyen en el sistema periférico: **el tiempo de duración del tratamiento, las expectativas y la concepción del mundo.** En estas categorías se encuentran insertadas las experiencias individuales de cada sujeto, por lo cual es posible explicar la diversidad de representaciones que existen al interior de un grupo entre sus miembros, por lo que son más sensibles a las características del contexto inmediato. Constituyen un elemento esencial en la defensa y protección de la significación central de la representación. A través de estas categorías del sistema central pueden adaptarse a las nuevas situaciones.

- En las representaciones sociales elaboradas por el grupo de estudio y el grupo testigo se observan diferencias notables que llegan a ser significativas, puesto que los pacientes sometidos a la Terapia Floral tienen una interacción directa con la misma, no sucediendo así en los que no han sido sometidos a este tratamiento, por lo que estos sujetos alcanzan niveles bajos de conocimiento que influyen notablemente en la calidad de la representación.
- Las representaciones sociales de la Terapia Floral de acuerdo con las variables sexo y edad no presentan fluctuaciones, ya que la información, la actitud, las experiencias y la percepción de la misma, así como las expresiones utilizadas por hombres y mujeres, ya sea de un rango de edad o del otro se manifiestan de modo similar.
- Las representaciones sociales formadas por los sujetos que poseen un nivel medio y superior de enseñanza presentan un nivel de elaboración y riqueza de vocabulario en las expresiones que no están presente en las construidas por los sujetos que poseen un noveno grado.
- Los individuos de sexo femenino mayores de 40 años son los que con más frecuencia acuden a la utilización de la terapia floral como modalidad alternativa de tratamiento.

- Alvira, F.; M. García, y R. San Martín (2005): *Selección de lecturas de Metodología y Técnicas de Investigación Social*, 2^{da} ed., vol. 2, Editorial Félix Varela, La Habana.
- Castellanos, G. (2007): “Representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos”, *Anales de Psicología*, 23(1): 85-92.
- De Urrutia, L. y G. González (2003): *Metodología, métodos y técnicas de la Investigación Social. Selección de lecturas*, vol. 1, Editorial Félix Varela, La Habana.
- De Urrutia, L. y G. González (2003): *Metodología, métodos y técnicas de la Investigación Social. Selección de lecturas*, vol. 3, Editorial Félix Varela, La Habana.
- González, Y. e I. Roque (2004): “Representación social de la vejez en el adulto mayor”. Trabajo de diploma, Santa Clara, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Gordillo, R. (1994): “La representación social del rol paterno en un grupo de familias del municipio de Santa Clara: estudio de caso”. Trabajo de diploma, Santa Clara, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Hernández, R. (2003): *Metodología de la Investigación*, vols.1 y 2, Editorial Félix Varela, La Habana.
- Herrera, O. (2006): “La representación social del SIDA en adolescentes en riesgos”. Tesis de maestría no publicada, Santa Clara, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Ibarra, F. (1988): *Metodología de la Investigación Social*, Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
- Martín, C. y M. Díaz (2004): *Psicología Social y vida cotidiana. Comunicación, Propaganda y publicidad*, vol. 1, Editorial Félix Varela, La Habana.
- Masterane, C. y R. Pastola (2000): “Aplicación de la Terapia Floral en la reducción de los síntomas en el período de la menopausia y climaterio”. Trabajo de Diploma no publicado, Santa Clara, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

- Padilla, B.; L. Jay; E. Noris y A. Dorta (2006): "Terapia floral y climaterio femenino", *Revista cubana de plantas medicinales* 11 (3): 4-11
- Palavecino, M.; M. Denegri; A. Keller y R. Gempp (2000): "Diferencias en la construcción de representaciones sociales acerca de la pobreza y desigualdad social de niños y niñas de Chile, YX Región". *Suma Psicológica* 7(2): 231-258.
- Rodríguez, B. y R. Orozco (2005): *Inteligencia emocional y flores de Bach. Tipos de personalidad en Psicología contemporánea*, Índigo, Barcelona.
- Rodríguez, B (2009): *El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria*. Twelve Hearlers Trust, Hereford.

TDA/H y Esquema Diagnóstico de Bach: Caracterización emocional de adolescentes que presentan el trastorno.

Lic. Yuleidy Roldán Soler

Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Lic. Yudenia González Portuondo.

Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez.

Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.



La presente investigación fue realizada con el objetivo de caracterizar las particularidades del funcionamiento emocional de adolescentes con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, al ser evaluados desde la perspectiva diagnóstica de Edward Bach. Para ello se trabajó con una muestra de 20 adolescentes que presentaban el trastorno, estudiantes de la secundaria básica perteneciente a la Ciudad Escolar “Ernesto Guevara” de Santa Clara, ubicada en una zona sub-urbana de la misma.

La exploración realizada incluyó la revisión del expediente escolar, la entrevista semiestructurada a padres, profesores y estudiantes, Cuestionario de estados emocionales del adolescente y Análisis psicológico de la Historia Vital, procesándose la información mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 11.5.

Se encontró que los principales síntomas presentes en los adolescentes de la muestra fueron: hiperactividad, desatención, impulsividad, agresividad, problemas en el aprendizaje, trastornos en el sueño (somnolencia, pesadillas y sonambulismo), desinterés, desmotivación y baja tolerancia a las frustraciones. Según las caracterizaciones diagnósticas de Bach, estos síntomas se corresponden con: Impatiens, Cerato, Cherry Plum, Holly, Chestnut Bud, Aspen, White Chestnut, Hornbeam y Gentian. Estas se manifestaron predominantemente con una presencia moderada y sostenida.

Palabras clave: caracterizaciones diagnósticas de Edward Bach, funcionamiento emocional, Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, adolescentes.

This research was carried out in order to describe the particularities of the emotional functioning of the adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorders evaluated from Edward Bach diagnostic perspective. To achieve that, a sample of 20 adolescents with the dysfunction was selected, specifically from the Junior High School in the Ciudad Escolar Ernesto Che Guevara located in the suburban area of Santa Clara city.

The research included an analysis of the students school file, the semi structured interview to parents, professors and students, the questionnaire of emotional states of the adolescent and the Psychological Analysis of the Vital History, processing the information through the statistical software SPSS v. 11. 5.

The symptoms found In the sample were: hyperactivity, lack of concentration, impulsiveness, aggressiveness, problems in the learning process, sleeping disorders (insomnia, nightmares, somnambulism), indifference, no motivation and low tolerance to frustrations. According to Bach's diagnostic characterizations, these symptoms belong to: Impatiens, Cerato, Cherry Plum, Holly, Chestnut Bud, Aspen, White Chestnut, Hornbean and Gentian. They showed up mainly in a moderate and sustained presence.

Key words: diagnostic characterizations of Edward Bach, emotional functioning, Attention Deficit Hyperactivity Disorders, adolescents.

Actualmente se describe una gran variedad de trastornos que afectan la salud mental en niños y adolescentes. En estas etapas de desarrollo la personalidad aún está en formación y la influencia negativa de diversos factores puede llevar a la aparición de desajustes que marquen al individuo para toda la vida. Especialmente en la adolescencia van fijándose determinadas pautas de conducta, las que de no ser evaluadas y tratadas a tiempo pudieran llegar a establecerse en pocos años como trastornos más complejos que afecten la adaptación de las personas a su medio.

Además, por las propias características de este período, existe una serie de trastornos que son proclives a evidenciarse con mayor intensidad debido a todos los agravantes que pueden provocar las manifestaciones de cambio que surgen en él. Asimismo, se deben tener en cuenta otros que pueden estar presentes desde las primeras etapas del desarrollo y cuyas características nosológicas pueden adquirir relevancia al combinarse con las peculiaridades de los adolescentes. Tal es el caso del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, el cual es hoy objeto de un gran número de investigaciones, debido a su frecuencia de presentación y a las dificultades que genera en el aprendizaje y la adaptación en general, tanto escolar, familiar, como social, siendo considerado un problema grave de salud pública.

La prevalencia de este trastorno oscila entre el 3 % y el 7 % en la población general (APA, 2002, citado en Calderón, 2003), y entre el 10 % y el 15 % en población clínica (Fischer, Barkley, Edelbrock y Smallish, 1990, citados en Calderón, 2003). Mientras que respecto al sexo, está probado que los niños son más propensos que las niñas, en cifras que varían de 4 a 1 hasta 9 a 1 (APA, 1995).

La conceptualización, al igual que la denominación de esta entidad, también ha sufrido algunos cambios a través de los años. De ahí que en 1983 fue acuñado por la Asociación Americana de Psiquiatría el término: Síndrome de Déficit Atencional, el cual fue modificado posteriormente por el DSM III-R por Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDA/H). Esta categoría fue ratificada en el DSM IV (APA, 1995) y mantenida en el actual DSM-IV-TR (APA, 2001, citado en Calderón, 2003), y se incluye en estos dos últimos, dentro del apartado de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador. Por su parte la CIE-10 enmarca la hiperactividad dentro de la sección F.98 denominada *Trastorno del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y la Adolescencia*.

Según se plantea en este manual clasificatorio, el mismo se manifiesta en niveles de inatención, falta de concentración, actividad, distracción e impulsividad inapropiados para la edad, lo cual afecta la adaptación de quienes lo portan en los diferentes medios en los que se desenvuelven, provocando serios desajustes en su desarrollo social y emocional.

La sintomatología de este trastorno tiene una aparición temprana, regularmente durante los primeros 5 años de vida, pero se detecta fundamentalmente en el período escolar dadas las dificultades de estos

niños para permanecer sentados y dirigir sus procesos cognoscitivos hacia la actividad didáctica del maestro, requisitos esenciales de la actividad escolar.

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses. De esta manera, en la literatura se recogen 3 tipos fundamentales: el combinado, donde se incluye la mayor parte de los niños que padecen al trastorno, evidenciándose síntomas tanto de desatención como de hiperactividad; el trastorno por déficit de atención con hiperactividad con un predominio del déficit de atención, y por último el predominantemente hiperactivo-impulsivo.

Actualmente la mayoría de los investigadores defienden un enfoque etiológico multifactorial para el abordaje de las causas sugeridas para el TDA/H, posición esta con la que se coincide en el presente estudio. De ahí que entre los principales factores se encuentren los hereditarios, los lesionales, los neurológicos y los psico-sociales.

En el contexto escolar, según plantean Roca y Alemán (2000), los maestros tienden a actuar de una manera diferente hacia los niños con TDA/H que hacia sus coetáneos, teniendo hacia aquellos una actitud más intensa y controladora, dado el potencial desorden que pueden provocar en el aula. En el contexto de la vida familiar es frecuente la presencia de interacciones problemáticas, con la existencia de estrés derivado de las interacciones padres-hijos.

Específicamente durante la adolescencia, mientras que en un pequeño grupo de niños aparentemente desaparece el TDA/H, la mayoría de ellos continúa teniendo problemas con la atención, la concentración y el control de sus impulsos, lo cual puede verse claramente en datos brindados por Barkley, DuPaul & McMurray (1990), citados en Wodushek & Neumann (2003), quienes plantean que entre un 50-80 % de los niños diagnosticados con TDA/H pueden continuar presentando el desorden en la adolescencia, en la que puede vincularse el trastorno con otros síntomas comórbidos como la ansiedad y la tristeza, y en casos más graves la depresión. A esto se suma que en la adolescencia el signo más característico es el mal control de los impulsos, por lo que con el tiempo estas personas padecen un riesgo mayor de caer en conductas adictivas, delictivas y, en general, disociales, razón por la que se hace muy relevante el estudio de la entidad en esta etapa.

La diferenciación diagnóstica ha sido abordada esclarecedoramente en el DSM-IV, considerando una serie de entidades que presentan similitud con el TDA/H, entre las cuales se encuentran los trastornos del aprendizaje, hiperquinesia del desarrollo, epilepsias, el síndrome de la Tourette, irritabilidad por drogas, trastornos psicológicos y psiquiátricos como desórdenes de la conducta inducidos por ambientes familiares caóticos y mala crianza. (Pineda y Rosselli, 1997)

Para que un paciente con TDA/H logre el máximo beneficio, se requiere de un tratamiento multidisciplinario, donde intervengan varios especialistas, entre ellos psicólogo, neurólogo y psiquiatra

y se tomen en cuenta en el tratamiento no solo la prescripción de psicofármacos, sino también la participación en grupos de terapia.

Evidencia de la relevancia que mundialmente tiene este trastorno y de su incidencia es el recientemente efectuado Tercer Congreso Internacional Multidisciplinar sobre el Trastorno por Déficit Atencional y Trastornos de Conducta, entre los días 25 y 26 de enero de 2008, en Madrid, España, en el cual participaron alrededor de 80 entidades colaboradoras, en su gran mayoría directamente vinculadas al TDA/H.

Los adolescentes se enfrentan a una serie de transformaciones típicas de la etapa de desarrollo en la que se encuentran, tanto desde el punto de vista físico como psicosocial, lo cual responde a lo planteado por Vigostky (citado en Riviere, 1996) cuando conceptualiza la situación social de desarrollo como la combinación especial de los procesos internos y de las condiciones externas del desarrollo, que es característica en cada etapa condicionando la dinámica del desarrollo psíquico durante la misma y las nuevas formaciones psicológicas, cualitativamente peculiares, que surgen hacia el final de esta. Sin embargo, todos estos cambios y nuevas exigencias que surgen en la etapa deben ser enfrentados, en aquellos que padecen de TDAH, con el agravante de que entre un 70 y un 80 % de ellos continúan exhibiendo síntomas de TDAH, aunque algunos de estos se reducen en intensidad o se modifican, de modo que el cuadro clínico en adolescentes tiende a incluir inquietud vinculada a pequeños movimientos ociosos, más que hiperactividad grosera. No obstante, la impulsividad y sobre todo las dificultades para mantener la atención y para organizarse persisten, limitando el aprendizaje y el éxito social (Scandar, s/f).

A pesar de la incidencia del mismo y más allá de las vías que se emplean para complementar el trato desde el punto de vista médico y psicológico, existen otras modalidades alternativas que han contribuido a atenuar los síntomas del TDA/H y que sin embargo no han sido lo suficientemente trabajadas, como lo demuestra la revisión de la literatura, tal es el caso del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, quien propone clasificaciones diagnósticas muy certeras a partir de la descripción de diferentes estilos personológicos y treinta y ocho estados o matices emocionales característicos de ellos. Este sistema se basa fundamentalmente en el tratamiento al paciente y no la enfermedad o el trastorno en sí, desvinculado de las características personales de cada individuo.

Las esencias florales, como parte del proceso diagnóstico terapéutico del TDA/H, actúan como catalizadoras en la atenuación de sus síntomas. De manera que estas permiten que la mejoría de las personas objeto de tratamiento, pueda verse en menor plazo, aspecto este de gran importancia si consideramos las molestias que, por las peculiaridades del trastorno, estos individuos pueden causar con su conducta en los diferentes contextos en los que se desenvuelven y la repercusión que toda esta situación trae para ellos mismos.

Partiendo de esta necesidad de lograr un conocimiento de la personalidad del paciente, sus emociones y conflictos para el tratamiento, actualmente se ha propuesto la utilización del esquema multiaxial como

lenguaje común de los terapeutas florales. Según Herrera (2000), citado en Rodríguez (2006), esto permitirá lograr una sistematización real de los problemas de los pacientes que acuden a consulta y una correlación con el tratamiento floral prescrito, si se quieren obtener evidencias fuertes del efecto de las esencias florales.

El diagnóstico multiaxial está recogido como la forma recomendada de diagnóstico por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para el uso del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Permite una evaluación integral del paciente que tenemos delante, recogida en cinco ejes que hacen referencia a:

EJE I: Alteraciones psicopatológicas o problemas que traen al paciente a consulta.

EJE II: Trastornos de personalidad y el retraso mental, que pueden perfectamente coexistir con alteraciones del eje I.

EJE III: Enfermedades médicas actuales del paciente.

EJE IV: “Problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales”.

EJE V: Opinión del especialista sobre el nivel general de la actividad del sujeto.

En el caso particular del presente estudio, este adquiere relevancia debido a que sus resultados constituyen una orientación más específica en cuanto a la utilización de las esencias florales en el tratamiento del TDA/H, atendiendo fundamentalmente a los síntomas que más comúnmente se presentan en el mismo. Considerando la necesidad que existe de dedicar un tiempo al estudio del tema y de realizar una profundización del mismo en función de darle respuesta a la demanda de información que sobre el TDA/H y sus peculiaridades está presente en la actualidad, a partir del crecimiento del porcentaje de casos que se pueden observar en nuestras consultas y escuelas se realiza el presente estudio, el cual se llevó a cabo en la escuela secundaria “Ernesto Guevara” de Santa Clara. Todo esto llevó al planteamiento del problema de investigación siguiente:

¿Cuáles son las particularidades que caracterizan el funcionamiento emocional de adolescentes con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad al ser evaluados desde la perspectiva diagnóstica de Edward Bach?

Para cumplimentar lo anterior las autoras se trazaron como objetivo general:

- Caracterizar las particularidades del funcionamiento emocional de adolescentes con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad al ser evaluados desde la perspectiva diagnóstica de Edward Bach.

Para ello se tuvieron en cuenta como objetivos específicos:

- Identificar las principales Caracterizaciones Diagnósticas de Edward Bach que describen los síntomas más comunes presentes en los adolescentes con TDA/H objetos de la investigación.
- Evaluar la intensidad con que están presentes las Caracterizaciones Diagnósticas de Edward Bach que describen los síntomas manifiestos en los adolescentes con TDA/H que formaron parte de la investigación.

Esta investigación se realizó durante el período de octubre de 2007 a mayo de 2008, en la secundaria básica perteneciente a la ciudad escolar “Ernesto Guevara” de la ciudad de Santa Clara, ubicada en una zona sub-urbana de la misma.

Considerando los objetivos a cumplimentar, se utilizó una metodología cuantitativa, realizando las valoraciones cualitativas pertinentes en todos los casos.

Descripción de la muestra

La investigación se llevó a cabo utilizando un grupo de 20 estudiantes entre 11 y 14 años de edad, de séptimo y octavo grados, que presentan diagnóstico de TDA/H y que a su vez no presentaran desórdenes mentales, neurológicos, endocrinos o de otro tipo que afecten el SNC. La muestra con la que se trabajó fue escolar, partiendo de que en esta, a diferencia de las muestras clínicas, se pueden controlar variables como la influencia pedagógica y la zona de residencia.

La muestra en su totalidad estuvo conformada por varones, puesto que el pesquisaje realizado solo arrojó un posible caso femenino, el cual no continuó en la investigación por problemas de salud. Esto es coherente con la mayor prevalencia del TDA/H en el sexo masculino propuesto por la APA (2005).

Tabla # 1: Distribución de la muestra estudio según grado y edad

Grado \ Edad	12 años	13 años	14 años	15 años
Séptimo	8	5	1	0
Octavo	0	3	2	1

Pruebas aplicadas

Para identificar las caracterizaciones diagnósticas propuestas por Bach que se manifiestan con mayor intensidad en la Situación Social de Desarrollo (SSD) de estos menores se utilizaron las técnicas siguientes: revisión del expediente escolar, entrevistas semiestructuradas a los profesores generales integrales (PGI), a padres y a los adolescentes, cuestionario de manifestaciones sintomatológicas del TDA/H, análisis psicológico de la Historia Vital, la observación y un cuestionario de estados emocionales del adolescente elaborado por las autoras para la evaluación de los mismos en los menores estudiados. De manera general todas estas entrevistas tributan a los objetivos de la Entrevista de Caracterizaciones Diagnósticas de Edward Bach.

Las entrevistas se realizaron con el objetivo de evaluar la presencia de los estados emocionales descritos por las caracterizaciones diagnósticas de Bach en los sujetos, a través de sus experiencias, vivencias y características de personalidad en formación, considerando las particularidades de la misma en los diferentes contextos en los que se desarrolla.

También se revisó el expediente escolar de los sujetos con el objetivo de tener una visión general de la trayectoria de estos hasta el momento, así como la recogida de información de otros aspectos de interés para la investigación.

Por su parte el Análisis Psicológico de la Historia Vital se utilizó debido a que esta permite obtener una visión retrospectiva de la vida del sujeto al resumir cuidadosamente su historia personal. Se utilizó con el objetivo de integrar la información recogida de manera que permitiera identificar la presencia de determinadas caracterizaciones diagnósticas en cada adolescente estudiado, considerando las peculiaridades de su SSD.

La observación, que según Hernández (2003) viene a ser un registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conductas manifiestas, permite conocer al adolescente en la actividad y poner de relieve sus características y motivos (Alonso, 2003). Esta es una práctica que se utiliza casi siempre como método de apoyo a otras técnicas, por ejemplo, de las entrevistas, lo que aumenta considerablemente la confiabilidad de los datos obtenidos. Considerando su importancia, en esta investigación se utilizó con el objetivo de complementar informaciones obtenidas en las entrevistas y cuestionarios aplicados.

El cuestionario, que suele utilizarse cuando se desea obtener el mismo tipo de respuestas de cada uno de los encuestados, fue otro de los instrumentos empleados en el estudio. Se utilizaron básicamente dos cuestionarios. El primero de ellos: “Cuestionario de manifestaciones sintomatológicas del TDA/H”, tuvo como objetivo explorar el grado de intensidad con que se presentan los síntomas del TDA/H en la muestra tanto desde la percepción de sus padres como de sus profesores. El otro: “Cuestionario de Estados Emocionales del Adolescentes” se empleó con el fin de evaluar qué estados emocionales predominan en los miembros de la muestra, lo que permitirá establecer una conexión entre los resultados obtenidos de este y las caracterizaciones diagnósticas de Bach.

El primero de estos se confeccionó a partir de la pauta A para el diagnóstico del TDA/H reflejada en el DSM IV (APA, 1995). Para la evaluación del mismo se establecieron 4 niveles de puntuación, según la intensidad de los comportamientos que en él se expresan, que a su vez tributaban a la evaluación general del cuestionario, la cual se organizó por rangos para cada síntoma (desatención e hiperactividad/impulsividad).

Los primeros 9 ítems respondían a la desatención, mientras que el resto evaluaba la hiperactividad/impulsividad.

El segundo cuestionario se estructuró partiendo de la revisión bibliográfica sobre el tema incluyendo los cuestionarios IDARE e IDERE, para la evaluación de ansiedad y depresión respectivamente, de los cuales se extrajeron ideas para la elaboración de los ítems, los cuales quedaron distribuidos por variables de la manera siguiente:

Tabla # 2: Ítems por variables del cuestionario

Variables	Generalmente	En estos momentos
	Ítems	Ítems
Ansiedad	4 – 14 – 5	1 – 11 – 14
Depresión	13 – 9 – 1	7 – 2 – 12
Desmotivación	6 – 12 – 10	15 – 4 – 8
Cólera	2 – 7 – 15	3 – 13 – 9
Temor a no ser capaz	11 – 8 – 3	5 – 6 – 10

Para la evaluación de ambos cuestionarios de estados emocionales se estructuró una escala por rangos que tributan a una evaluación del 1 al 5 con su correspondiente interpretación cualitativa, quedando conformado del modo siguiente: (5) Estado emocional muy afectado (63-75); (4) Estado emocional moderadamente afectado (51-62); (3) Estado emocional ligeramente afectado (39-50); (2) Estado emocional poco afectado (27-38) y (1) Estado emocional no afectado (15-26).

Este cuestionario fue pilotado en un grupo de 10 adolescentes, previo a la aplicación del mismo en los miembros de la muestra, lo cual tuvo como finalidad detectar posibles dificultades en cuanto a la comprensión de los ítems que de él forman parte, no requiriendo modificaciones.

Operacionalización de las variables

Para el Cuestionario de estados emocionales del adolescente se asumieron las operacionalizaciones siguientes:

Variables emocionales

1. *Ansiedad*: Estado de tensión, preocupación del individuo por la percepción de amenaza contra sí mismo. Es una respuesta adaptativa que prepara al organismo ante amenazas reales o imaginarias.
2. *Depresión*: Estado de ánimo referido a sentimientos de desesperación, tristeza y desaliento. Puede expresarse anímicamente, en limitaciones en la esfera motivacional, en síntomas cognoscitivos, físicos y vinculares.
3. *Desmotivación*: Estado emocional dado por la carencia de motivos que orienten la conducta del individuo hacia determinados fines.
4. *Cólera*: Ira, enojo, enfado que se expresa en manifestaciones verbales violentas y en algunos casos también física.
5. *Temor a no ser capaz*: Está dado por la pérdida de confianza del individuo en su capacidad para enfrentar diversas circunstancias de su vida. Se halla estrechamente relacionado con afectaciones en la autoestima.

Variables relacionadas con las caracterizaciones de Bach

1. Presencia ligera: Cuando el estado que describe la flor está presente en algunas situaciones de la vida cotidiana referidas durante la entrevista floral.
2. Presencia moderada: Cuando el estado que describe la flor está presente en una parte importante de las situaciones de la vida cotidiana referidas durante la entrevista floral.
3. Presencia sostenida: Cuando el estado que describe la flor está presente de forma constante en la mayoría de las situaciones de la vida cotidiana referidas durante la entrevista floral.

Procedimiento

Partiendo de la realización por las investigadoras del estudio titulado “Caracterización neuropsicológica del pensamiento en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” del año 2008 y considerando que las técnicas y los resultados de la misma eran susceptibles de un análisis ajustado a los requerimientos del Sistema Diagnóstico de Edward Bach se decidió estructurar este trabajo, con el fin de realizar una descripción de estados emocionales referidos por Bach presentes en los adolescentes estudiados, valorando la intensidad con que se presentan los mismos en estos menores.

Utilizando la información recogida de la descripción de aspectos comunes de la Situación Social de Desarrollo de estos adolescentes, se identificaron elementos que tributan a las caracterizaciones diagnósticas señaladas por Bach en su Sistema Diagnóstico Terapéutico.

El procesamiento de la información obtenida se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 11.5 para Windows, aplicándose la estadística descriptiva. En esta se hizo uso fundamentalmente del análisis de la media, la frecuencia relativa y la absoluta.

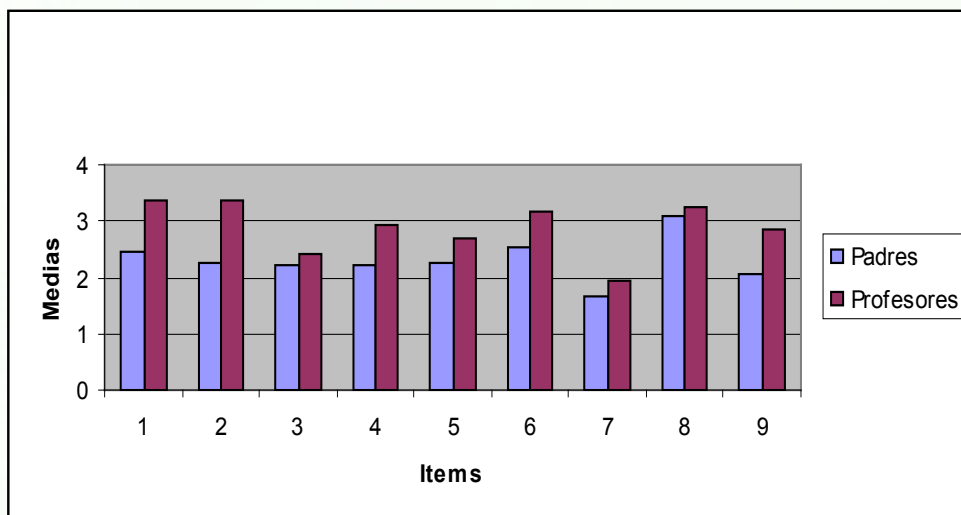
Para el análisis de los datos se valoraron todos los resultados obtenidos a partir de la historia vital de cada uno de los menores. La misma se estructuró integrando los datos recogidos en las diferentes técnicas realizadas a adolescentes, padres y profesores. Se procesó la información extraída de las técnicas psicológicas que por su forma de calificación admitían un análisis estadístico y matemático y su correspondiente valoración cualitativa. Partiendo de los resultados obtenidos en la investigación, se puede realizar una caracterización general e integradora de las peculiaridades emocionales de los adolescentes con TDA/H estudiados, desde la perspectiva de la Concepción Diagnóstica Terapéutica de Edward Bach, considerando la intensidad con la que se manifiestan cada uno de los síntomas encontrados.

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó una escala atendiendo a la intensidad de los síntomas según su frecuencia de presentación. De ahí que (0)- Ausencia del síntoma; (1)- Presencia ligera; (2)- Presencia moderada; (3)- Presencia sostenida.

Del análisis realizado se obtuvo que en determinados casos varias caracterizaciones fueron utilizadas para describir diversos síntomas. Partiremos en primer lugar por aquellas caracterizaciones florales que se manifiestan en un mayor número de la muestra. Este es el caso de Cerato e Impatiens, utilizados para el tratamiento de la desatención y la hiperactividad respectivamente, los cuales se presentaron en un 100 % de la muestra estudiada. Ambos síntomas, que se manifestaron en un 85 % de los menores con una presencia sostenida y en otros casos en alguna medida, caracterizan, en el caso de Cerato a un patrón de hiperactividad y dispersión que constituyen síntomas medulares en el TDA/H y por su parte Impatiens, según Rodríguez y Orozco (2005), describe un patrón de hiperactividad.

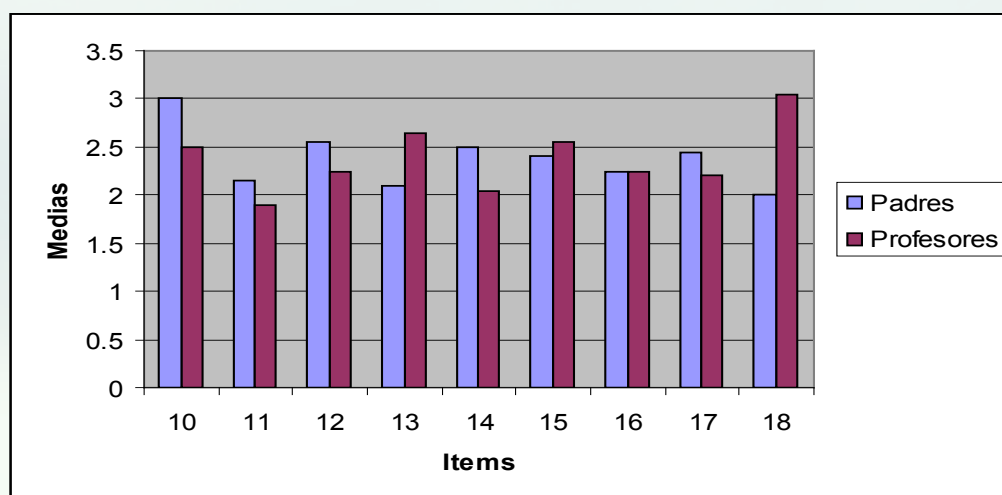
De los resultados obtenidos, fundamentalmente aquellos relacionados con el Cuestionario de manifestaciones sintomatológicas del TDA/H, se puede precisar que existen mayores referencias a alteraciones en la atención en el ámbito escolar con respecto al contexto familiar, lo cual se refleja en el gráfico # 1, del cual se obtuvo que con respecto a la desatención los ítems más afectados según los PGI, fueron el 1 y el 2 referidos a que el estudiante frecuentemente no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido y tiene dificultades para mantener la atención, respectivamente. No obstante, los padres consideran como comportamiento más llamativo el expuesto en el ítem 8, sobre el hecho de que a menudo sus hijos se distraen fácilmente por estímulos irrelevantes. Mientras, tanto padres como profesores perciben como el ítem menos afectado el número 7, referido a que a menudo extravían objetos necesarios para tareas y actividades.

Gráfico 1. Intensidad de los síntomas de desatención según las medias por ítems



En cuanto a la hiperactividad/impulsividad se obtuvo que según la percepción de los profesores el ítem más afectado fue el 18, referido a la tendencia de estos estudiantes a interrumpir o inmiscuirse en las actividades de otros. Los padres por su parte, consideraron que el más afectado fue el ítem 10 sobre la inquietud de sus hijos manifiesta en el exceso de movimientos de manos y pies. De igual manera, según la percepción de los padres el ítem menos afectado fue el # 18 sobre la tendencia a interrumpir a otros (esto entra en contradicción con lo planteado por los PGI, que consideran este ítem como el más afectado, según el comportamiento de estos estudiantes en el aula). En cuanto a los profesores, los ítems menos afectados fueron el abandono del asiento en clases o en situaciones en las que se espera que permanezcan sentados (#11).

Gráfico 2. Intensidad de los síntomas de hiperactividad/impulsividad según las medias por ítems



No obstante a que la gran mayoría de los adolescentes con lo cuales se trabajó presentan características tipológicas propias de Cerato e Impatiens, es válido aclarar que en la práctica clínica se ha observado que la prescripción de Cerato es más efectiva que Impatiens en la atenuación de los síntomas, fundamentalmente en aquellos casos en que se encuentra aparejada la expresión de dificultades en el aprendizaje. Esto es coherente con lo señalado por Rodríguez (2006). No obstante a lo abordado anteriormente, siempre debe considerarse las particularidades del caso que se esté analizando.

Es común además, la presencia en la mayoría de estos menores de dificultades en el aprendizaje, ubicándose el mayor por ciento de estos (75 %) en la escala que describe una presencia sostenida del síntoma. Vale aclarar que en estas dificultades desde el punto de vista intelectual presentes en estos adolescentes, influyen la hiperactividad y la desatención típicas del trastorno, aunque autores como Scandar (s/f) han reflexionado sobre el supuesto de que los coeficientes intelectuales de los niños con TDAH pudieran enmarcarse, probablemente, en el espectro completo desde la dotación hasta la discapacidad mental. Estos problemas en el ámbito académico se relacionan con la descripción que, de Chestnut Bud, brinda Edward Bach (citado en Barnard, 1997), cuando refiere que las personas con esta caracterización diagnóstica tardan en aprender de las lecciones de la vida, por lo que la prescripción de esta esencia desarrolla como virtud la posibilidad de darse cuenta de los errores cometidos y el metaprendizaje.

Otro síntoma presente en estos menores y que se vincula con las dificultades en el aprendizaje, guardando relación con la esencia descrita anteriormente, son los problemas mnémicos reflejados en que, generalmente, suelen olvidar cosas, desde contenidos escolares hasta tareas cotidianas.

Si se analiza la interrelación entre procesos cognitivos y afectivos en el estudio de la personalidad, se puede llegar a la conclusión de que en algunos de estos adolescentes las dificultades en la autoestima que se presentan, pueden ser causa y consecuencia de los problemas en el aprendizaje de los que se habla anteriormente. Esto se refleja en el Cuestionario de Estados Emocionales, cuando plantean que no se sienten capaces de realizar con éxito cualquier actividad en un 35 % de los casos. Esta manifestación se describe claramente en Larch, de la cual es típica la baja autoestima, la sensación de no poder alcanzar el éxito y en consecuencia la persona no se atreve a hacer un esfuerzo lo suficientemente poderoso como para conseguirlo. (Barnard, 2000)

Así mismo podemos vincular a estas dificultades en el aprendizaje la desmotivación y el desinterés que se evidenció en las técnicas aplicadas en un 90 % de los casos, cuestión que está presente en todos los ámbitos en los que estos se desenvuelven. Esta conducta se describe en Hornbean, que nos habla de una desmotivación del día a día. Estas personas están desmotivadas de base, hacen cosas que no les agradan ni les motivan, saben que tienen que hacer algo pero lo postergan (Rodríguez y Orozco, 2005).

Las relaciones con los otros en estos menores están particularmente afectadas, debido en lo fundamental a su pobre control emocional que los llevan a molestar a otros y violar reglas a pesar de conocerlas. Todo ello hace que se manifieste con una presencia predominantemente sostenida la agresividad, evidenciándose en un 55 % de los casos, mientras que solamente en un 5 % de ellos hay ausencia de la misma. Esta se expresa tanto verbal como físicamente y en todos los contextos en los que estos adolescentes se desenvuelven, tanto hacia los coetáneos como a padres y profesores.

Según la Concepción Diagnóstica de Bach la agresividad es un síntoma que se refleja en la descripción personológica de Holly en la que se evidencian además celos y odio. A pesar de ello, debe considerarse el análisis realizado por Rodríguez y Orozco (2005), respecto a los tipos de enfado, en el que puede

verse cómo Holly responde al tipo momentáneo, o sea, en él que no media una meditación previa, pero además la persona considera que ha obrado bien por lo que no hay arrepentimiento luego del acto. Sin embargo Cherry Plum, que también pertenece a este tipo de enfado, describe una conducta en la que el individuo luego de reaccionar agresivamente se arrepiente de haberlo hecho. Ambas manifestaciones de cómo estos menores pueden reaccionar agresivamente se expresan en los casos estudiados.

Cherry Plum nos habla del miedo a perder el control y de la pérdida del mismo. Al respecto Bach (citado en Grecco, 2003) señala en las conferencias Masónicas, que “este miedo es el que se presenta cuando una situación extrema amenaza con desbordarnos y nuestra mente teme no poder soportar la tensión. Estos miedos se desencadenan, generalmente, cuando enfrentamos cosas que no haríamos normalmente, o incluso ni siquiera pensaríamos en ellas ni por un momento”.

También describe otros síntomas presentes en estos adolescentes, como es el caso de algunos trastornos del sueño, impulsividad y en menor medida la enuresis. Todos ellos se imbrican dando como resultado la presencia en el 75 % de los casos de las características de esta esencia en mayor o menor intensidad. Solo en un 25 % no se expresa. Esta esencia de manera general se relaciona con el descontrol emocional que de algún modo se encuentra en la base de las manifestaciones conductuales anteriormente señaladas.

En el caso de los problemas en el sueño, Cherry Plum nos describe pautas de comportamiento que se pueden dar en trastornos como el sonambulismo, el cual está presente en un 35 % de los menores estudiados, manifestándose con una intensidad moderada en el 25 % de los casos y en solo el 10 % con una presencia sostenida.

Sin embargo, existen otras dificultades en el sueño presentes en estos adolescentes, entre ellas las pesadillas, las que se manifiestan en el 75 % de los casos, comportándose en un 60 % de ellos con una intensidad de presentación moderada. La esencia floral que, según los postulados de Bach, describe características presentes en el trastorno en cuestión es Aspen, que refiere un miedo desconocido para el cual no hay razón ni explicación y que llega a ser paralizante. (Rodríguez y Orozco, 2005)

Aspen, en conjunto con White Chestnut, suelen ser utilizadas en aquellos casos en los que se manifiesta somnolencia, el cual se expresa en un 60 % de los adolescentes estudiados, predominando una presencia moderada en el 55 % de los casos.

White Chestnut, según Bach (citado en Barnard, 2005) caracteriza a aquellos individuos que no pueden evitar pensamientos e ideas que no desean que entren en sus mentes, lo cual les sucede generalmente cuando el interés por el momento no es suficiente como para mantener la mente ocupada en el mismo. Pensamientos que preocupan y quedan fijados y que suelen ser recurrentes, por lo que parecen un círculo vicioso y causan tortura mental. La presencia de tan desagradables pensamientos interfiere en nuestra capacidad de pensar en el trabajo y en el placer diario.

Otra de las peculiaridades presentes en estos menores es la baja tolerancia a las frustraciones expresada fundamentalmente en llanto y agresividad cuando no obtienen lo que desean. Esta se manifiesta en un 80 % de los casos en alguna medida, predominando una presencia moderada del síntoma en un 40 %. Esto se corresponde según las caracterizaciones diagnósticas de Bach con Gentian, que nos habla, según Orozco (2006), de las personas que se vienen abajo ante las dificultades, que se preocupan porque ven en todo lo que les rodea desaliento e inseguridad, son pesimistas, se deprimen con facilidad y se caracterizan además por poseer baja tolerancia a las frustraciones y se identifican demasiado con el fracaso.

De manera general estas son las principales caracterizaciones tipológicas que desde la Concepción Diagnóstica Terapéutica de Bach se manifestaron en la muestra estudiada. Sin embargo, para el éxito del tratamiento es medular que se comprenda cuál es la dinámica interna de la personalidad que condiciona la expresión de diversos síntomas, lo cual permitirá mayor efectividad en la prescripción de aquellas esencias florales que se correspondan con los mismos, sin dejarnos llevar solamente por aquellas manifestaciones conductuales directamente perceptibles, sino ir a la génesis de las mismas. Esto sin dejar de considerar cuál es el nivel de funcionamiento en el que se encuentra el síntoma y las esencias con las que se vaya a trabajar.

Los resultados alcanzados en la presente investigación hicieron posible establecer una caracterización emocional de adolescentes con Trastornos por Déficit Atencional con Hiperactividad desde los esquemas diagnósticos de Edward Bach.

- Los principales síntomas encontrados en los adolescentes de la muestra fueron: hiperactividad, desatención, impulsividad, agresividad, problemas en el aprendizaje, trastornos en el sueño (somnolencia, pesadillas y sonambulismo), desinterés, desmotivación y baja tolerancia a las frustraciones.
- Según las caracterizaciones diagnósticas de Bach, estos síntomas se corresponden con: Impatiens, Cerato, Cherry Plum, Holly, Chestnut Bud, Aspen, White Chestnut, Hornbeam y Gentian.
- Estas caracterizaciones diagnósticas se manifestaron en los mayores por cientos de la muestra estudiada, según su intensidad, con una presencia predominantemente moderada y sostenida.
- Otros síntomas que aparecieron en la investigación fueron la enuresis, la ansiedad y la labilidad afectiva, los cuales, por su frecuencia de aparición y/o por la intensidad con la que se presentaron en la muestra estudiada, no fueron muy significativos en la caracterización emocional realizada de estos menores.

- Que se publiquen estudios como resultado de la práctica clínica de los profesionales que aplican el Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, acerca de la efectividad de las esencias que se han descrito en la presente investigación, en el tratamiento de individuos que presentan el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, lo cual tributa a la importante imbricación teoría-práctica.
- Continuar la línea investigativa llevando a cabo estudios que correlacionen los síntomas y peculiaridades de menores que presenten el trastorno en cuestión, con aquellos en los que no se manifiesta, valorando si existen o no diferencias significativas entre los mismos.
- Poner al alcance de los profesionales de la salud, fundamentalmente de aquellos que apoyan su práctica clínica en el Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, los resultados de la presente investigación, con vistas a enriquecer el arsenal teórico con el que cuentan para el tratamiento de los menores con dicha entidad.

Alonso, A. (2003): *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas*, Ed. Félix Varela, La Habana.

Asociación Americana de Psiquiatría (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*, Masson S.A., Barcelona.

Barnard, J. (1997): “Chestnut Bud”, *Sedibac*; (14): 6 -7.

_____ (2000): “Larch”, *Sedibac*; (25): 5- 6.

_____ (2005): “White Chestnut”, *Sedibac* (41): 5- 6.

Calderón, C. (2003): “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Programa de Tratamiento Cognitivo-Conductual”, *Tesis de Doctorado*, Universidad de Barcelona, Barcelona.

Grecco, E. H. (2003): “Cherry Plum. La intuición y Dionisos”, *Sedibac* (33): 12 -14.

Hernández, R. (2003): *Metodología de la investigación*, vol. 2, Ed. Félix Varela, La Habana.

Orozco, R. (2006): “Gentian: el gran facilitador”, *Sedibac*; (42): 12–13.

Pineda, D. y M. Rosselli (1997): “Hiperactividad y Trastornos atencionales”, en: *Neuropsicología Infantil. Avances en investigación, teoría y práctica*, pp. 253-277, Prensa Creativa Medellín.

Riviere, A. (1996): *La obra de L. Vigotsky*, Editora Universitaria, Lima.

Roca, M. A. y L. C. Alemán (2000): “Caracterización general de las alteraciones psicológicas popularmente conocidas como Hiperactividad: déficits de la atención-Trastorno de la Hiperactividad (TDA/H)”, *Revista Cubana de Psicología* 17(3): 218 - 226.

Rodríguez, B. C. (2006): “La psicoterapia floral: un sueño, un camino”, *Sedibac* (42): 14-18.

Sasot, J. (2005): “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Comorbilidad (Trastornos

asociados)” [Electronic Version]. Retrieved 4/5/08 from <http://www.tdahcatalunya.org/descargas/TDAH%20VALLES%202007/>

[Jordi%20Sasot%20-%20VI%20JORNADA%20TDAH.pdf](#)

Scandar, R. (s/f): “Adolescencia normal-Adolescencia con TDA/H” [Electronic Version]. Retrieved 30/4/08 from <http://www.rubenscandar.com>.

Wodushek, T. y C. Neumann (2003): “Inhibitory capacity in adults with symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)”, in *Archives of Clinical Neuropsychology* (18): 317- 330 [Electronic Version]. Retrieved 10/2/08 from <http://www.ingentaconnect.com>

Caracterización de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada desde el esquema diagnóstico de Bach

Evelyn Fernández Castillo

Estudiante de 4to año. Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Yisel Camejo Prado

Estudiante de 4to año. Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Glendy Díaz Martínez

Estudiante de 4to año. Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

MSc. Boris C. Rodríguez Martín

Facultad de Psicología.
Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.



La investigación se desarrolló a partir de elementos teóricos que particularizan el trastorno de ansiedad generalizada, y las caracterizaciones emocionales propuestas por Edward Bach. Fue realizada en el periodo comprendido entre marzo y junio de 2008. Se dirigió fundamentalmente a caracterizar el funcionamiento emocional de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada desde los esquemas diagnósticos propuestos por Edward Bach.

Para la realización de la investigación se asumió un paradigma cuantitativo con interpretaciones cualitativas y utilizando un estudio descriptivo-correlacional. Se utilizó una muestra de trabajo no probabilística intencional. Fueron utilizadas un grupo de técnicas: Autorreporte Vivencial, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B), Entrevista Semiestructurada y la Entrevista Diagnóstica de las Caracterizaciones de Bach, los cuales fueron analizados desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo a partir de un procesamiento de los datos a través del paquete estadístico SPSS.

A partir del análisis realizado se pudo constatar que existen diferencias entre el grupo testigo y el grupo estudio, centradas fundamentalmente en la presencia e intensidad de estados emocionales. De igual forma se establecieron interesantes asociaciones entre algunas caracterizaciones diagnósticas propuestas por Bach, los componentes de la ansiedad y la vivencia de determinadas emociones.

Palabras clave: caracterizaciones emocionales; Edward Bach; trastorno de ansiedad generalizada; estudio descriptivo correlacional.

The research was developed from the theoretical elements that deal with generalized anxiety disorder and emotional characterizations proposed by Edward Bach. It was conducted in the period between March and June 2008. It was aimed primarily to characterize the emotional functioning of patients with generalized anxiety disorder from the diagnostic schemes proposed by Edward Bach.

To carry out this research it was assumed a quantitative methodology with qualitative interpretations using a relational descriptive study. A non probabilistic intentional work sample was used. A group of techniques were used: Self-report, Inventory of Anxiety Situations and Answers (ISRA-B), semi-structured interviews and the Diagnostic interview of Bach Characterizations, which were analyzed from both qualitative and quantitative points of view through data processing using the statistical software SPSS.

From the analysis it could be determined the existence of differences between the witnessed group and the study group primarily focused on the presence and intensity of emotional states. Also interesting associations were established among some diagnostic characterizations proposed by Edward Bach, the components of anxiety and the experience of certain emotions.

Key Words: emotional characterizations; Edward Bach; generalized anxiety disorder; diagnostic schemes; relational descriptive study.

El estudio de las emociones ha transitado por diversos enfoques. Si bien durante algún tiempo diversas teorías determinaron concebirlas como respuestas automatizadas ante determinados estímulos ambientales, los progresos alcanzados ponen en evidencia que las emociones constituyen fenómenos mucho más complejos, donde los procesos de elaboración cognitiva juegan un papel fundamental en su influencia en la regulación del comportamiento.

Las emociones tienen un alto poder adaptativo, ellas están directamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que de alguna manera están implicados en el proceso salud-enfermedad (Friedman y DiMatteo, 1989; Grau, 1998; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001 citado en Molerio, 2004). Por lo que en la actualidad se puede precisar 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 citado en 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)

El estudio de las relaciones entre los factores emocionales y la aparición y curso de las enfermedades ha sido ampliamente abordado en la literatura científica. Un lugar especial han recibido los estudios en torno a la ansiedad pues hoy día y como muestran investigaciones realizadas por la OMS (1995) en once países se demostró la prevalencia de la ansiedad en un 10 % distribuida entre los trastornos de ansiedad generalizada (TAG):7,9 % y los trastornos de ansiedad del pánico (TAP): 2,1 %. (Guerra, 2001)

En este trastorno la ansiedad no se limita a ninguna situación específica, sino que ocurre de forma crónica, sin llegar a delimitar qué situaciones exactamente están produciendo sus síntomas, respondiendo así simultáneamente a señales internas cognitivas y/o somáticas y externas de amenaza muy sutiles y de amplio rango de contenido. (Belloch, 1995)

El TAG presenta en su núcleo una ansiedad y preocupación excesiva, incontrolable para el sujeto que la vivencia, produciéndose una mezcla entre la ansiedad y la preocupación que lleva a la expresión de los síntomas como: inquietud o sensación de excitación o estar al límite, fatigarse con facilidad, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Es por ello que en el caso de este trastorno se afecta las diferentes áreas de actuación de la persona, tanto la personal como la laboral, familiar, y social en un sentido más amplio.

Hoy se reconoce que para combatir este tipo de trastorno, resultan muy utilizadas formas específicas de

medicación y de psicoterapia, aunque las modalidades más efectivas se producen como resultado de un estrecho vínculo entre ambas.

Entre los medicamentos más efectivos para mitigar los síntomas de ansiedad se destacan los ansiolíticos o antidepresivos con efecto ansiolítico. Sin embargo, a pesar de estas ventajas, los efectos secundarios (sedación, torpeza psicomotora y amnesia anterógrada), así como el incremento de la tolerancia a la medicación y el síndrome de abstinencia (al parecer menor en los pacientes con TAG que con trastorno de pánico —crisis de angustia—, disminuyen la eficiencia de las intervenciones. Con el tiempo los pacientes tienden a acostumbrarse al medicamento y es necesario incrementar la dosis. De ahí que en la literatura se registre que la combinación del tratamiento farmacológico con el psicológico, conforma una unión muy efectiva en el tratamiento de este tipo de trastorno.

Teniendo en cuenta los inconvenientes que pueden presentarse en el tratamiento de este trastorno (efectos secundarios y dependencia), resulta importante prestar atención a modalidades alternativas, como el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, cuyos efectos pueden ser calificados como benéficos en el abordaje de este trastorno. Este sistema se basa fundamentalmente en el tratamiento al paciente y no la enfermedad o el trastorno en sí, desvinculado de las características personales de cada individuo (Rodríguez, 2009). Sin embargo, aunque mucho se ha avanzado en el estudio del efecto de las esencias florales para el tratamiento de la ansiedad (Rodríguez y Orozco, 2005), aun se desconoce en gran medida cuáles son las respuestas específicas de ansiedad hasta donde ejercen su acción cada una de ellas.

A partir de los elementos anteriormente planteados, se hace necesario determinar cuáles son las características que distinguen a los pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada desde el punto de vista emocional y de los esquemas diagnósticos de Bach. Esta investigación constituye el primer eslabón de esta tarea, que permitirá ir segmentando el campo de acción de las esencias florales, utilizando los conceptos y categorías propios de la Psicología. De ahí que con el presente estudio se persiga fundamentalmente responder a la interrogante científica siguiente:

- ¿Cuáles son las particularidades que caracterizan el funcionamiento emocional de pacientes con trastornos de ansiedad generalizada al ser evaluados con las clasificaciones diagnósticas de Edward Bach?

Para dar respuesta al problema de investigación fueron trazados los objetivos siguientes:

Objetivo General:

- Caracterizar el funcionamiento emocional de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada desde las caracterizaciones emocionales de Edward Bach.

Objetivos Específicos:

- Describir las particularidades del funcionamiento emocional en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada a partir del empleo de las técnicas psicológicas y del diagnóstico basado en la utilización de las caracterizaciones forales de Edward Bach.
- Comparar el funcionamiento emocional del grupo de pacientes con trastornos de ansiedad y el grupo de control con niveles no clínicos de ansiedad mediante técnicas psicológicas y las caracterizaciones florales de Edward Bach.
- Evaluar la posible existencia de asociación de los modelos descriptivos empleados para diagnosticar el funcionamiento emocional de los pacientes con trastornos de ansiedad generalizada estudiados.

Los resultados de esta investigación permitirán establecer un nexo entre las caracterizaciones del funcionamiento emocional realizadas por el modelo psicológico contemporáneo y las clasificaciones diagnósticas de Bach. Esto propiciará el diseño de intervenciones terapéuticas que consideren las caracterizaciones diagnósticas de Bach en el tratamiento de la ansiedad generalizada, pues se ha comprobado que los pacientes que padecen este tipo de trastorno experimentan los efectos secundarios de los fármacos y una mayor dependencia de los mismos aumentando las dosis y su intensidad. Manifiestan, además que no alcanzan la mejoría que esperaban: de ahí que la caracterización realizada contribuya significativamente a trabajar con la sintomatología aguda apremiando así el tratamiento y siendo una forma menos dañina, más natural y concentrada de resolver los problemas emocionales relacionados con los Trastornos de Ansiedad Generalizada.

Descripción de la Metodología:

En correspondencia con los objetivos propuestos, para la realización de la investigación se decidió asumir el paradigma cuantitativo, con métodos cualitativos y utilizando un estudio descriptivo-correlacional. La investigación se realizó en el período comprendido entre marzo y septiembre de 2008.

En cuanto al tipo de estudio realizado este se puede definir como descriptivo correlacional, pues en el estudio descriptivo el propósito del investigador es describir situaciones y eventos, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986, citado en Hernández, 2003). La correlación nos indica tendencias más que casos individuales, por lo que en un mismo estudio nos puede interesar tanto describir los conceptos y variables de manera individual como la relación entre ellas.

Se utilizó una muestra de trabajo no probabilística intencional, que incluyó sujetos, dentro del rango de

edades estudiado (16-60 años), que manifestaron su aprobación de participar en la investigación.

Atendiendo a los objetivos planteados se crearon dos grupos: grupo estudio, conformado por 27 pacientes entre 18 y 60 años, los cuales tenían un diagnóstico confirmado de trastorno de ansiedad generalizada. Y el grupo testigo integrado por 29 sujetos supuestamente sanos y con niveles no clínicos de ansiedad.

De acuerdo con los objetivos de la investigación se seleccionaron las técnicas a partir de las cuales se recogería la información para el estudio: Entrevista Semiestructurada, Entrevista diagnóstica del sistema Bach, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B) y Autorreporte Vivencial.

Sobre la base de la interrogante científica, la cual ha trazado las pautas de la presente investigación, se inicia el análisis de los resultados, analizando la información obtenida a partir de la entrevista semiestructurada aplicada a ambos grupos. Mediante su aplicación se obtuvo importantes informaciones, que contribuyeron a una mejor caracterización de la muestra: datos generales, particularidades del cuadro clínico presente, así como las causas fundamentales de su aparición.

A través del análisis de la entrevista se pudo constatar diferencias en cuanto a la presencia de ansiedad en ambos grupos. En el grupo estudio, el 100 % de los pacientes manifestaron este síntoma como elemento fundamental del TAG.

La muestra estuvo constituida por 56 personas. Se evidenció la presencia del sexo femenino en la muestra tanto en el grupo estudio con una prevalencia del 89,3 % como en el grupo testigo con un 62,1 %. Mientras que la representación masculina en el grupo testigo estuvo dada por un 10,7 %, por su parte en el grupo estudio representó 37,9 %.

Al analizar los antecedentes patológicos personales de los entrevistados se mostró la existencia de padecimientos médicos tales como la hipertensión arterial, la cefalea migrañosa, el asma bronquial y en menor medida la artritis, problemas circulatorios y endocrinos.

La ansiedad y la preocupación excesiva son síntomas fundamentales dentro del cuadro clínico del Trastorno de ansiedad generalizada, en el que se muestran desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Los síntomas fundamentales presentados fueron: llanto, palpitaciones, salto epigástrico, tristeza, alteraciones del sueño, temor, falta de aire, labilidad afectiva, depresión, tensión muscular, dolores de cabeza y temblores, siendo estos los más representativos expresados por los pacientes, en su mayoría los pertenecientes al grupo estudio.

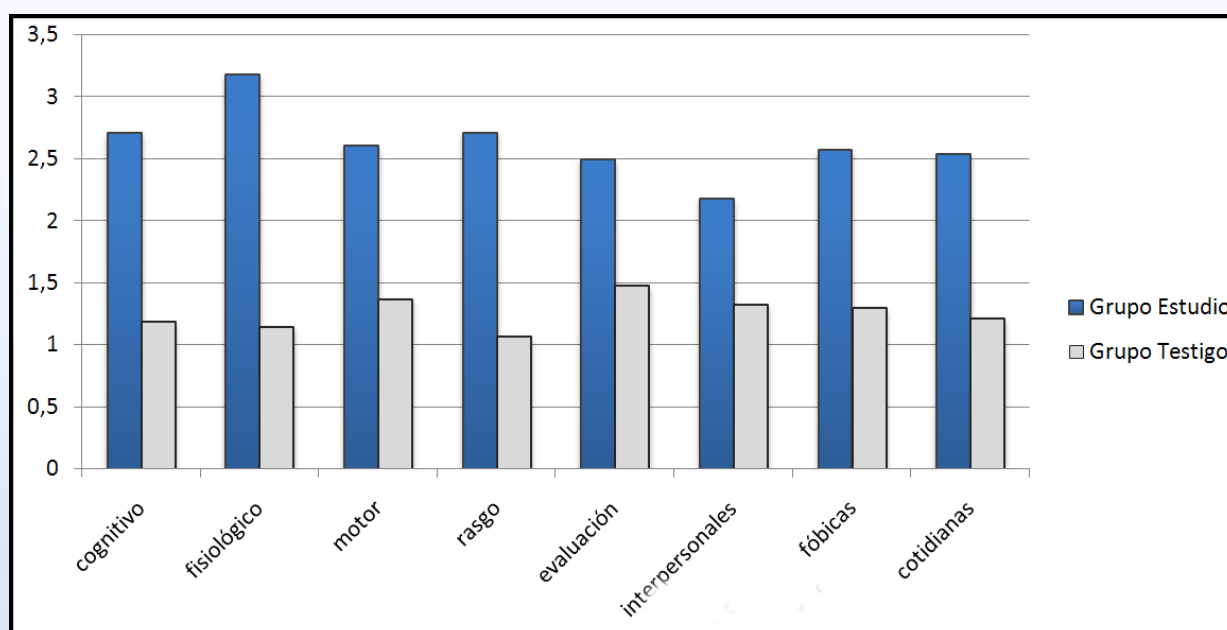
Entre las principales causas en la génesis de este trastorno, ocuparon un espacio significativo aquellas relacionadas con pérdidas afectivas por parte del sujeto en algún momento de su vida, fundamentalmente con la esfera familiar, aunque no menos importante resultó el ámbito laboral, donde el estrés, los constantes problemas y preocupaciones ocuparon un lugar relevante.

De forma general entre el grupo estudio y el grupo control se establecieron marcadas diferencias en todas las subescalas del ISRA-B. Tal como se puede observar en la siguiente tabla, se estableció como resultado significativo aquel donde el valor de p fue menor que 0,05.

Tabla 1: Diferencias del ISRA-B para la comparación entre los grupos

Cognitivo	Fisiológico	Motor	Rasgo
p = 0,00	p = 0,00	p=0,00	p=0,00
Evaluación	Interpersonal	Fóbicas	Cotidianas
p=0,00	p=0,001	p=0,00	p=0,00

Para que se aprecien las marcadas diferencias que existieron entre los grupos, en el siguiente gráfico se muestran los resultados de la comparación realizada a partir de las medias obtenidas en las diferentes subescalas del ISRA-B. Cuestión que se explica por la presencia del TAG en el grupo estudio.

Gráfico 1: Valores medios de ambos grupos en todas las escalas del ISRA-B

Como resultado de este análisis (Gráfico #1), se evidenció un predominio de la ansiedad fisiológica en pacientes pertenecientes al grupo estudio, caracterizándose esta por respuestas que son índice de activación del Sistema Nervioso Autónomo y del Sistema Nervioso Simpático: palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada junto con otros síntomas como molestias de estómago, náuseas, mareo y dolor de cabeza. Esto hace que puedan ser calificadas de notables las diferencias del grupo estudio en comparación con los resultados obtenidos en el grupo testigo.

De igual forma, se demostró la existencia de índices elevados en cuanto al componente cognitivo, traducido en pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.; es decir, a una

serie de situaciones que llevan al individuo a un estado de alerta, desasosiego o tensión que generan en él falta de decisión y la idea de que las personas de su entorno observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas.

También los pacientes diagnosticados con Trastornos de ansiedad generalizada presentan como característica, a diferencia del grupo testigo, niveles significativos en cuanto al componente motor manifestando agitación motora, incluyendo dificultades de expresión verbal, tales como bloqueo o tartamudez; respuestas de huida o evitación, llanto, movimientos torpes, repetitivos con pies o manos e hiperactividad.

Por lo tanto, se mostraron evidencias de un predominio de *ansiedad* como *rasgo* como característica individual de la personalidad, e inherente a personas que tienden a reacciones muy rápidas y dan la sensación de nerviosismo. Está relacionada con particularidades del temperamento como la movilidad, por lo tanto estos elementos encuentran la base constitucional de los pacientes portadores de TAG.

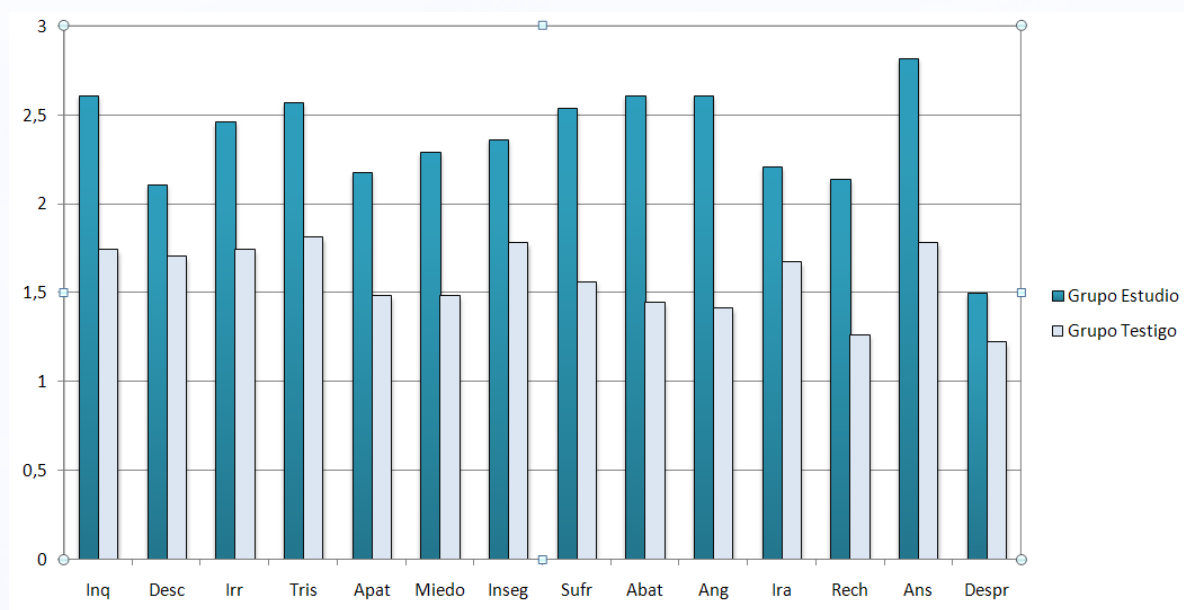
Desde el punto de vista situacional (situaciones de *evaluación, interpersonales, fóbicas y cotidianas*) resulta importante destacar que se muestran diferencias entre ambos grupos, en todas las subescalas incluyendo las situaciones cotidianas que tienen que ver con el contexto y el quehacer diario del individuo.

Al analizar el autorreporte vivencial pudimos precisar que los niveles de expresión de las emociones recogidas en la técnica son mucho menos intensos en el grupo testigo que en el grupo integrado por pacientes con trastornos de ansiedad generalizada.

En el grupo testigo las emociones que con mayor incidencia se mostraron fueron la tristeza, manifestándose de forma leve, y la inquietud y la inseguridad dentro de un rango moderado.

El grupo estudio manifestó un predominio de la ansiedad como emoción, así como el abatimiento, la angustia, la tristeza, el miedo y el sufrimiento; todos vivenciados intensamente. Resulta importante destacar que en el caso de la ansiedad fue notable su presencia de forma intensa en el grupo integrado por pacientes con TAG.

Gráfico 2: Comparación de las medias obtenidas del Autorreporte Vivencial

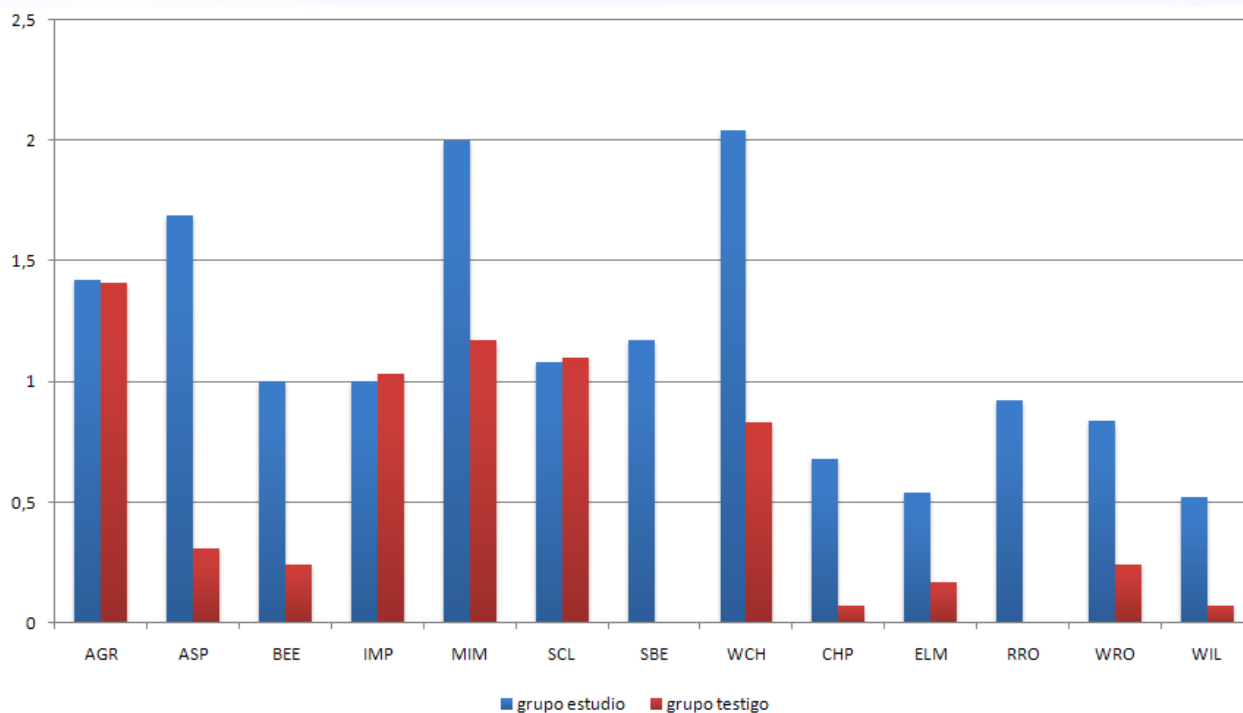


La comparación entre los grupos mostró diferencias significativas en las vivencias de inquietud, inseguridad, tristeza, miedo, inseguridad, sufrimiento, abatimiento, angustia y ansiedad. De estos resultados, podemos deducir que los sujetos con niveles no clínicos de ansiedad tienen una tendencia a reportar menor número de emociones vivenciadas en las categorías de *moderada e intensa*, que aquellos pertenecientes a grupo de pacientes con trastornos de ansiedad generalizada.

Entre las principales caracterizaciones que mostraron diferencias significativas, encontramos caracterizaciones como Cherry Plum y Elm, aunque el nivel con que se presentan estas es muy situacional y las mismas obedecen a la ausencia del reporte de dichos estados en el grupo testigo.

Se considera que las mayores diferencias, tanto cuantitativas como cualitativas, estuvieron centradas alrededor de las descripciones diagnósticas de Aspen, Rock Rose, Star of Bethlehem, Wild Rose, Mimulus y White Chestnut.

Gráfico 3: Comparación de las medias obtenidas a partir de las caracterizaciones diagnósticas del esquema de Bach.



En el gráfico anterior se exponen las diferencias más significativas entre el grupo testigo y el grupo estudio, donde se destacan las existentes en torno a las caracterizaciones como White Chestnut, Mimulus y Aspen. Mientras que en el caso de Agimony y Scleranthus se muestran en niveles prácticamente iguales en ambos grupos.

A partir de los datos obtenidos se consideró interesante establecer la correlación entre las diferentes caracterizaciones, que están positiva o negativamente relacionadas con el grupo de pacientes con TAG y los diferentes componentes de la ansiedad, así como con algunas emociones estudiadas en el autorreporte vivencial. Aspecto que permitirá segmentar, en el plano teórico, el campo de acción de cada esencia en lo que al abordaje de la ansiedad y la vivencia de emociones se refiere.

Se estableció una correlación significativa ($0,015 > 0,05$) entre Aspen y el componente fisiológico de la ansiedad y la ansiedad como emoción ($0,023 > 0,05$), esto se explica si entendemos la impotencia y la incapacidad que vivencia el sujeto al pretender una comprensión racional de lo que le está sucediendo, pues el núcleo fundamental de este estado son los temores vagos y desconocidos para los que no hay explicación ni razón. El estado Aspen, según Orozco y Sánchez (1999), se caracteriza por ser transitorio y episódico incluye mucha angustia y aprensión, siendo la primera conocida como angustia o expresión somática de la ansiedad, por lo tanto es común la presencia de síntomas neurovegetativos como: las palpitaciones, la disnea, el vértigo, la hipermotilidad intestinal, los vómitos, los cambios en la sudoración y temperatura corporal. Estos aspectos coinciden con el núcleo temático de la ansiedad.¹

¹ Ansiedad: incertidumbre, amenaza. (Núcleos temáticos relacionados para cada emoción. Lazarus 1991, 2002).

Por otro lado, White Chestnut mostró una correlación importante con el componente cognitivo ($0,005 < 0,05$), aspecto que cobra sentido, si se entiende que esta esencia se utiliza para “los que no pueden evitar que penetren en su mente pensamientos, ideas, o argumentos que no desean [...] Los pensamientos que preocupan pueden permanecer o ser desechados, pero siempre retornan. Parecen dar más y más vueltas y causar un tormento mental. La presencia de tales pensamientos desagradables, quita la paz e interfiere con la capacidad de concentrarse solo en el trabajo o en el placer cotidiano” (Bach, 1994, p. 51). Una correlación similar con el componente cognitivo de la ansiedad y esta descripción diagnóstica, fue encontrada al evaluar adolescentes hipertensos. (Rivas y Molerio, 2008)

Resulta interesante la relación negativa que se estableció entre el Mimulus y la angustia ($p=0,021$), lo cual a primera vista puede resultar una paradoja, pues al ser estas personas descritas como eminentemente ansiosas, resulta curioso que exista una correlación inversa entre la presencia de este estado y la percepción de la angustia. Esta situación puede deberse al hecho de que, al incorporar la ansiedad como un elemento más del sí-mismo, se acostumbran a convivir con elevados niveles de angustia, aspecto que va en detrimento del registro subjetivo de la misma. (Rodríguez y Orozco, 2005; Rodríguez, 2006; Rodríguez, 2009). De esta forma este estado correlaciona de forma positiva con la ansiedad ante situaciones interpersonales, pues esto tiene un correlato con la personalidad evitadota ya que en este estado se siente un temor concreto, físico, definible y palpable ante determinados eventos de la vida cotidiana, y el resto de las personas, y la vida constituye una amenaza permanente para sí mismo y afrontar sus vicisitudes le genera un sinfín de temores (Orozco y Sánchez, 1999); con lo cual resulta evidente que se muestren índices clínicos de ansiedad ante las situaciones interpersonales a las deben enfrentarse.

También fueron encontradas, para el ISRA-B, correlaciones significativas entre Beech y el componente motor de la ansiedad ($0,035 < 0,05$), y con la ansiedad como rasgo ($0,044 < 0,05$) de forma moderada. Cuestiones que pueden deberse a que toda la autoadmiraación e ideas de referencias que los sujetos poseedores de estos rasgos por lo general tienen sobre sí mismos, al ser construidas en la imaginación y en muchas ocasiones no estar respaldadas por logros reales, no resisten una comprobación objetiva que pueda derrumbarlas. Esto pone a la persona en un estado constante de alerta contra aquellas comprobaciones que puedan, potencialmente, derribar su autoimagen, siendo en este punto donde puede generarse un registro subclínico de ansiedad.

Significativas correlaciones negativas se establecieron entre el Elm y la ansiedad ante situaciones de forma general ($0,009 < 0,05$), comprendiéndose fundamentalmente las relaciones interpersonales ($0,003 < 0,05$) y las situaciones fóbicas ($0,031 < 0,05$), esto lo podemos explicar partiendo de la idea de Elm de que esta caracterización se asocia con el perfeccionismo como rasgo de la personalidad y poca capacidad para delegar tareas (aspecto que constituye un indicador de dificultades en el marco interpersonal), por lo que la mayoría de las situaciones que atenten contra el desempeño exitoso de una tarea son percibidas como potencialmente amenazantes, llevando al sujeto a experimentar elevadas cuotas de ansiedad.

El Rock Rose correlacionó con estados emocionales como la desconfianza ($0,024 < 0,05$), y con el componente fisiológico de la ansiedad ($0,009 < 0,05$), lo cual se corresponde con las propias características de este estado, tales como el terror, el pánico, llegando incluso a la parálisis fisiológica de determinados músculos. Se identifica también por lo inesperado y súbito de la situación desencadenante.

Star of Bethlehem correlacionó de manera negativa con la percepción subjetiva de la apatía ($0,009 < 0,05$); aunque esta correlación nos parezca espuria, pues no se ha podido encontrar una explicación convincente para sostenerla, se decide reflejarla en el análisis de los resultados, para que sea tenida en cuenta por si es observada nuevamente en futuras investigaciones.

Análisis Integral de los Resultados

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos y los resultados alcanzados por la presente investigación, se puede precisar que entre el grupo estudio y el grupo testigo se establecieron marcadas diferencias evidenciadas en el análisis realizado, a partir de la información obtenida a través de la entrevista semiestructurada y del ISRA-B.

Mediante la entrevista se constató la presencia de la ansiedad para ambos grupos, aunque con mayor presencia en el grupo estudio; la misma constituyó un elemento fundamental dentro del TAG. Se sistematizaron como los principales síntomas: llanto, palpitations, salto epigástrico, tristeza, alteraciones del sueño, temor, falta de aire, labilidad afectiva, depresión, tensión muscular, dolores de cabeza y temblores; siendo estos los más representativos expresados por los pacientes, fundamentalmente los pertenecientes al grupo estudio.

Estos elementos guardan estrecha correspondencia con un predominio de la ansiedad fisiológica, en la técnica del ISRA-B, en pacientes pertenecientes al grupo estudio, los cuales experimentan como respuestas algunos de los síntomas anteriormente mencionados, tal es el caso de: palpitations, taquicardia, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, junto con otros síntomas como molestias de estómago, náuseas, mareo y dolor de cabeza.

De igual forma, se demostró la existencia de índices elevados en cuanto al componente cognitivo, traducido en pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.; es decir, a una serie de situaciones que llevan al individuo a un estado de alerta o tensión que generan en él falta de decisión y la idea de que las personas de su entorno observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas.

Otra de las características que presentan los pacientes diagnosticados con Trastornos de ansiedad generalizada, a diferencia del grupo testigo, resultó ser niveles significativos en cuanto al componente motor, manifestando agitación motora, respuestas de huida o evitación, llanto, movimientos torpes, repetitivos con pies o manos e hiperactividad.

Desde el punto de vista situacional (situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas y cotidianas) se mostraron igualmente diferencias entre ambos grupos, en todas las subescalas, incluyendo las situaciones cotidianas que tienen que ver con el contexto y el quehacer diario del individuo.

Con el análisis del autorreporte vivencial se mostraron nuevamente significativas diferencias entre ambos grupos, donde se integran no solo los elementos anteriormente expuestos sino que además se pudo precisar que los niveles de expresión de las emociones recogidas en la técnica son mucho menos intensos en el grupo testigo que en el grupo integrado por pacientes con trastornos de ansiedad generalizada. Se destacó en el grupo estudio un predominio de la ansiedad como emoción, así como el abatimiento, la angustia, la tristeza, el miedo y el sufrimiento; todos vivenciados intensamente. Mientras que en el grupo testigo algunas emociones, como la tristeza, se reiteraron pero comprendidas generalmente en un rango leve; al igual que la inquietud y la inseguridad expresadas de forma moderada.

En el estudio se establecieron determinadas asociaciones entre los modelos descriptivos empleados para el diagnóstico del funcionamiento emocional de los pacientes con trastornos de ansiedad generalizada; obteniéndose interesantes correlaciones entre diferentes caracterizaciones diagnósticas propuestas por Bach y componentes propios de la ansiedad.

En algunas caracterizaciones como: Cherry Plum, Elm, Rock Rose y Wild Rose, se apreciaron marcadas diferencias; el nivel con que estas se presentan es muy situacional y las mismas obedecen a la ausencia del reporte de dichos estados en el grupo testigo.

Caracterizaciones como Aspen, Mimuls, White Chestnut, Beech y Star of Bethlehem se observaron con mayor presencia y diferencias, tanto cuantitativas como cualitativas.

- Los resultados alcanzados en la presente investigación hicieron posible establecer una caracterización emocional de pacientes con TAG desde los esquemas diagnósticos de Edward Bach.
- El funcionamiento emocional de pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por el predominio de forma significativa de todos los componentes de la ansiedad tanto del punto de vista fisiológico, cognitivo y motor, así como situacional; además de ser más intensos y mayor el número de estados emocionales experimentados por los pacientes con trastornos de ansiedad generalizada.
- Existen diferencias en el funcionamiento emocional entre los pacientes del grupo estudio y los sujetos del grupo testigo. Los elementos que distinguen y diferencian a los pacientes con TAG son la mayor presencia de la ansiedad en su triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), así como su expresión ante las situaciones cotidianas. Por otro lado, tendieron a experimentar de forma intensa la mayoría de las emociones que perciben. Las caracterizaciones diagnósticas de Bach de aparición más frecuente son: Wild Rose; Mimulus; Aspen; White Chestnut; Elm; Rock Rose; Star of Bethlehem, Beech y Cherry Plum.
- Las caracterizaciones de Bach que diferenciaron con mayor fuerza ambos grupos, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, estuvieron centradas alrededor de las descripciones diagnósticas de Elm, Beech, Rock Rose, Star of Bethlehem, Aspen, Mimulus y White Chestnut, estableciéndose importantes correlaciones entre las mismas y los diferentes componentes de la ansiedad, así como la percepción subjetiva que tienen estos pacientes de algunos estados emocionales.

- Replicar este estudio en una muestra más numerosa, lo cual permitirá ganar una mayor consistencia en las correlaciones obtenidas.
- Extender estos estudios que posibilitan establecer un nexo con las caracterizaciones diagnósticas de Bach a otros trastornos de ansiedad.
- Realizar estudios explicativos que permitan evaluar la efectividad práctica de las correlaciones obtenidas.

- American Psychology Association (1999): DSM-IV. *Criterios Diagnósticos*, Masson Barcelona.
- Bach, E. (1994): *Obras Completas del doctor Bach*, Ibis, Barcelona.
- Belloch, A., B. Sandín, y F. Ramos (1995): *Manual de Psicopatología*, Mc.Graw-Hill, Barcelona.
- Guerra, V. (2001): Particularidades psicológicas de la ansiedad clínica en escolares de 8-10 años, Tesis de Doctorado, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.
- Hernández, R. (2003): *Metodología de la Investigación*, Ed. Félix Varela, La Habana.
- Molerio, O. (2004): Programa para el control emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial, Tesis de Doctorado, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.
- Orozco, R y C. Sánchez (1999): Flores de Bach. Diagnóstico diferencial entre esencias, Índigo, Barcelona.
- Rivas, S. y O. Molerio (2008): Caracterización emocional de adolescentes de 16 y 17 años con hipertensión arterial utilizando las clasificaciones florales de Bach, *Sedibac*, (48): 11-24.
- Rodríguez, B. (2006): El trastorno de ansiedad generalizada, variantes terapéuticas, *Sedibac*, (43): 25-28.
- _____ (2009): *El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach. Apuntes para una sistematización necesaria*, Twelve Healers Trust, Hereford.
- Rodríguez, B. y R. Orozco (2005): *Inteligencia emocional y flores de Bach: tipos de personalidad en psicología contemporánea*, Barcelona, indigo.

Beneficios del empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en la atención a pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada

Lic. Yurielkys Dones Rodríguez

Universidad de Ciego de Ávila

Lic. Denisse Cruz López

Policlínico de Fomento

MSc. Boris C. Rodríguez Martín

Facultad de Psicología.

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Dr. C. Luis F. Herrera Jiménez

Facultad de Psicología.

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.



La presente investigación tuvo como objetivo general determinar los beneficios que ofrece el empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), en relación con el tratamiento convencional para este tipo de patología. La muestra la conformaron un total de 38 pacientes diagnosticados con TAG, divididos en dos grupos: *estudio* y *testigo*. El primero integrado por 15 pacientes pertenecientes al Centro Comunitario de Salud Mental del policlínico “Santa Clara” en la provincia de Villa Clara, el cual recibió el sistema Bach, conjuntamente con el tratamiento farmacológico. El *grupo testigo* estuvo conformado por 23 pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental en el municipio de Fomento, provincia Sancti Spíritus, sometidos únicamente al tratamiento convencional.

La investigación estuvo dividida en tres etapas fundamentales: la primera, Evaluación Pre-experimental; la segunda, de Implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach y la tercera de Evaluación Post-experimental. Para la obtención de la información se utilizaron una serie de pruebas psicológicas entre las que figuraron: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B), el Autorreporte Vivencial, la Entrevista Semiestructurada y la Entrevista Diagnóstica del Sistema Bach. Los datos obtenidos fueron procesados de forma cuantitativa con sus correspondientes valoraciones cualitativas. En el procesamiento de la información se emplearon pruebas contenidas en el programa estadístico SPSS/PC.

Los principales resultados denotaron diferencias muy significativas en el *grupo estudio* respecto a la generalidad de las variables evaluadas en las diferentes técnicas, evidenciándose una disminución progresiva de los niveles de ansiedad. Por su parte, en el *grupo testigo* los resultados obtenidos se mantuvieron estables con una tendencia a la fluctuación en la mayoría de los casos, no existiendo notables diferencias en las comparaciones realizadas en la etapa post-experimental. Se ofrecen conclusiones y recomendaciones de interés sobre la implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en pacientes con un diagnóstico de TAG y para el desarrollo de investigaciones posteriores respecto a esta temática.

Palabras clave: pacientes, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.

The present research is aimed at determining the benefits resulting from the use of Edward Bach Diagnosis System in the treatment of patients who suffer from Generalized Anxiety Disorders when it is apposed to the traditional treatment for this illness. The sample was composed by 38 patients diagnosed with GAD and was divided into two groups (*study* and *witness* groups). The first group were 15 patients from the Mental Health & Community Center belonging to the “Santa Clara” clinic. With them we implemented Bach’s system altogether with the pharmacological treatment. The witness group (2nd) was composed by 23 patients who belong to the Mental Health Community Center of Fomento, Sancti Spiritus province to whom we only applied the traditional treatment.

The investigation was divided into three main stages: (1) Pre-experimental evaluation; (2) Implementation of Bach’s Diagnostic-Therapeutic System and (3) Post-experimental evaluation. To obtain the required information we made a series of psychological tests such as: Situations and Anxiety responses inventory (ISRA-B); (2) Existential self-report; (3) Diagnosis interview for Bach’s system and (4) Semi-structured interview. The resulting data was processed in a quantitative way with their corresponding qualitative valorations. This process could be done by the statistical program SPSS/PC.

Results showed great differences in the first group in respect to the evaluated variables though the different techniques applied. There was an obvious progressive decrease in the anxiety levels of this sample groups. On the other hand, the 2nd group’s results were stables with tendency to fluctuation in most of the cases, and there was no remarkable differences white comparing the post experimental stages. We provide you some conclusions and recommendations regarding the implementation of Edward’s Bach Diagnosis System in patients diagnosed with GAD as will and for the development of future investigations dealing with this subject.

Key Words: Patients, Generalized Anxiety Disorder, Diagnostic-Therapeutical Diagnosis.

Todas las esencias utilizadas en nuestra investigación han sido generosamente donadas por Healing Herbs.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, se considera un patrón de respuesta emocional que engloba: aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, así como aspectos motores, que suelen implicar comportamientos pocos ajustados y escasamente adaptativos (Tobal, 1999, citado en Molerio, 2004). Constituye una reacción positiva y natural de alerta emocional, que el organismo pone en funcionamiento para defenderse o simplemente para afrontar una situación difícil. Sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo y juega un papel esencial como instrumento de supervivencia, además de activar los mecanismos de autoprotección y defensa personal. Sin embargo, cuando este estado se prolonga en el tiempo más de lo necesario, o se dispara desproporcionadamente en ausencia de verdaderos estímulos peligrosos, constituye un verdadero problema y entonces puede llegar a considerarse patológico, conformando el núcleo principal de diversas entidades psicopatológicas.

Uno de los trastornos vinculados a la ansiedad, y que en los últimos años ha aumentado la cifra de personas que lo padecen, es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el cual se caracteriza fundamentalmente por la presencia de ansiedad y preocupación de forma persistente y desproporcionada ante las situaciones cotidianas de la vida. De manera general, los pacientes muestran dificultad para controlar dicho estado de aprensión continuo y un gran número de síntomas somáticos tales como: tensión muscular, disturbios disneicos, sudoraciones, alteraciones del sueño, entre otros. Por otra parte, y según resultados estadísticos recogidos en el DSM-IV-TR, se ha comprobado que el trastorno es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

De forma general, las personas aquejadas de TAG presentan un elevado grado de deterioro psicosocial, el cual propicia la aparición de diversos problemas relacionados con las principales áreas de la vida del individuo: familiar, laboral y social. La existencia de estas dificultades provoca que en ocasiones se incremente el cuadro ansioso de los pacientes al no encontrar, dadas las características de su enfermedad, alternativas de solución adecuadas ante las contingencias de la vida cotidiana.

El tratamiento más efectivo para los pacientes portadores del TAG incluye la utilización de medicación y formas específicas de psicoterapia, aunque se ha demostrado que la combinación de ambas es más efectiva. Los medicamentos, aunque no son curaciones, pueden ser muy efectivos para mitigar los síntomas de ansiedad. El tratamiento farmacológico fundamentalmente se centra en el uso de las benzodiazepinas y antidepresivos con efectos ansiolíticos, aunque se pueden utilizar otros medicamentos

como los antihistamínicos. Es importante señalar que, si bien es cierto que los medicamentos resultan de gran ayuda, en la mayoría de los casos el uso indiscriminado de los mismos conlleva a que sea cada vez mayor el número de personas que crean total dependencia de los fármacos, motivo por el cual estos pacientes acuden con frecuencia a las consultas de Psiquiatría.

En cuanto al ámbito psicoterapéutico, se puede decir que numerosas investigaciones han demostrado la efectividad de la Terapia Cognitiva para el tratamiento del TAG, así como de las técnicas de relajación y de retroalimentación (Biofeedback) en el control de la tensión muscular. Existen estudios que destacan, además, la utilidad de la psicoterapia grupal en la creación de grupos de apoyo con pacientes con TAG.

Otra de las alternativas que ha sido implementada en el tratamiento de la ansiedad en sentido general, lo constituye el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach. Este sistema no se limita únicamente a la mera prescripción de esencias florales, sino que conjuntamente con la utilización de las flores se trabaja con una serie de conversaciones terapéuticas, que atendiendo a las particularidades de cada paciente siguen tres líneas fundamentales de trabajo: reestructurar la autoimagen, el sentido vital, así como la responsabilidad personal, no centrándose en el defecto sino en la virtud. (Rodríguez, 2009).

Dados los limitados resultados e investigaciones relacionados con el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach en pacientes con este diagnóstico, la presente investigación plantea el problema científico siguiente: *¿Qué beneficios reporta el empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de pacientes con trastorno de Ansiedad Generalizada en comparación con el tratamiento convencional?*

Objetivo General:

Determinar los beneficios que ofrece el empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada en relación con el tratamiento convencional para este tipo de patología.

Objetivos Específicos:

1. Determinar si existen diferencias entre la estrategia Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach seguida en los pacientes del grupo estudio y la empleada en los del grupo testigo.
2. Identificar las esencias florales que se utilizaron con mayor frecuencia en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el grupo estudio.
3. Determinar qué beneficios ofrece para el paciente el empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.

La investigación presupone un estudio explicativo, con un diseño cuasiexperimental de comparación de grupos y medidas repetidas, donde se manipula deliberadamente al menos una variable independiente, para ver su efecto y relación con una o más variables dependientes.

Descripción de la Muestra

La presente investigación se desarrolló en el Centro Comunitario de Salud Mental perteneciente al Policlínico “Santa Clara”, ubicado en la provincia de Villa Clara y en el Centro Comunitario de Salud Mental, situado en el municipio de Fomento, provincia Sancti Spíritus, específicamente con pacientes diagnosticados con TAG. La misma abarcó el período comprendido entre los meses de enero y mayo de 2008. Se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional, pues se seleccionaron todos los pacientes portadores del TAG que acudieron a la consulta del Centro Comunitario de Salud Mental.

La muestra quedó conformada por un total de 38 sujetos, divididos en dos grupos, con un rango de edad comprendido entre los veinticinco y sesenta años de edad. El *grupo* estudio estuvo integrado por 15 pacientes con diagnóstico de TAG, procedentes del Centro Comunitario de Salud Mental del policlínico de “Santa Clara”, ubicado en la ciudad del mismo nombre; en los que se intervino a través del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach. El grupo testigo quedó conformado por 23 pacientes diagnosticados también con TAG pertenecientes al Centro Comunitario de Salud Mental del municipio de Fomento. En todos los casos se procuró que los sujetos de ambos grupos tuviesen características similares en cuanto a: diagnóstico, edad, sexo y tratamiento farmacológico.

Coherentemente con los objetivos de investigación se seleccionó un conjunto de técnicas que posibilitaron la recogida de información.

- Entrevista Semiestructurada.
- Entrevista Diagnóstica del Sistema Bach.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B).
- Autorreporte Vivencial.

Tomando en consideración la interrogante científica que conduce la investigación, los objetivos planteados y la hipótesis de trabajo formulada, el análisis de los resultados se estructuró en cinco epígrafes:

- Evaluación de la etapa Pre-experimental.
- Evaluación de la etapa de implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.
- Evaluación de la etapa Post-experimental.
- Análisis de la evolución temporal del tratamiento en cada grupo.
- Análisis integral de los resultados.

Evaluación de la etapa Pre-experimental

Entrevista semiestructurada

En relación con la historia vital de los pacientes, es necesario señalar que en ambos grupos existió un elevado porcentaje con la salud mental afectada con anterioridad (73,3 % en el *grupo estudio* y 73,9 % en el *grupo testigo*). Muchos refirieron a través de la entrevista considerarse “nerviosos” o “ansiosos” desde edades muy tempranas, motivo por el cual fueron atendidos por Psicología o Psiquiatría en varias ocasiones previas al diagnóstico actual. Se confirmó que el 100 % de la muestra estudiada, tanto en el grupo testigo como en el *estudio*, presentó ansiedad como síntoma capital. De la misma manera, la sintomatología más distintiva estuvo constituida por una serie de síntomas fisiológicos y psicológicos, entre los que se encontraban: alteraciones del sueño (pesadillas, insomnio matutino y vespertino), inquietud, impaciencia, dificultad en la concentración, salto epigástrico, fatigabilidad, sudoración, tensión muscular, preocupaciones excesivas y cefalea. La presencia de estos síntomas en el grupo estudio figuró en 95 % del total de la muestra; dentro de este porcentaje coexistió un 20,7 % de pacientes que cursaron con síntomas depresivos, mientras que un 20 % presentaban síntomas de irritabilidad. Por su parte en el *grupo testigo* la sintomatología descrita simbolizó un 98 % del total; se encontraron 10 pacientes con síntomas depresivos y 6 cursaron con irritabilidad.

Considerando que la presencia de determinados trastornos genera la aparición de determinadas emociones, según el carácter de la enfermedad y la significación que el paciente le atribuye a los mismos, a partir de su valoración (Molerio, 2004), se señala que la generalidad de los pacientes vivenciaron una serie de estados emocionales negativos en consecuencia con la patología, entre las que se pueden mencionar: la ansiedad, el miedo, la tristeza y la inquietud; representando un 95 % de la totalidad de los casos en

ambos grupos. Teniendo en cuenta que las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales de los pacientes constituyen factores que influyen en la adherencia terapéutica, a través de los resultados obtenidos se pudo comprobar que los pacientes de ambos grupos poseen una alta adherencia terapéutica, pues un 93 % del total acude con sistematicidad a la consulta de psiquiatría, mientras que un 56,5 % manifestó cumplir estrictamente con el tratamiento prescrito. Solamente un 7 % expuso que, en aisladas ocasiones, olvidan la ingestión de algún medicamento durante el día.

En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad, se observó que en el grupo estudio el 26,6 % padecía de TAG desde hacía un año, mientras que el 20 % tenía una evolución de uno a cinco años y el 53,3 % excedía los cinco años. Por su parte en el grupo testigo el 21,7 % de los pacientes presentaba esta enfermedad hacía un año, un 43,4 % lo padecía en el período de uno a cinco años y un 39,7 % llevaba más de cinco años de evolución. Se evidencia que la muestra, en sentido general, se encontró conformada por pacientes con un período extenso de evolución del TAG.

Entrevista diagnóstica del Sistema Bach al Grupo Estudio

En el análisis de la entrevista para realizar el diagnóstico, siguiendo las caracterizaciones de Bach, en el grupo estudio se apreció que los estados emocionales de mayor incidencia correspondieron a: White Chestnut 66,6 %; Mimulus 60 %; Aspen 40 %; Cherry Plum y Star of Bethlehem 33,3 %; Red Chestnut e Impatiens 26 %.

En consecuencia con las características diagnósticas de Aspen, se evidenció la presencia de miedos, esencialmente de origen desconocido y asociados a los estados oníricos (pesadillas), donde las preocupaciones constantes reflejadas por los pacientes conformaron el eje central de los mismos. Durante el transcurso de la entrevista, los sujetos también describieron que en ocasiones sentían temor a perder el control y se desesperaban con facilidad, estados emocionales que se identificaban con Cherry Plum. Se advirtió la presencia de Star Bethlehem en la muestra, pues algunos entrevistados manifestaron la repercusión, en el presente, de hechos vivenciados en el pasado, que agudizaron la sintomatología del cuadro clínico.

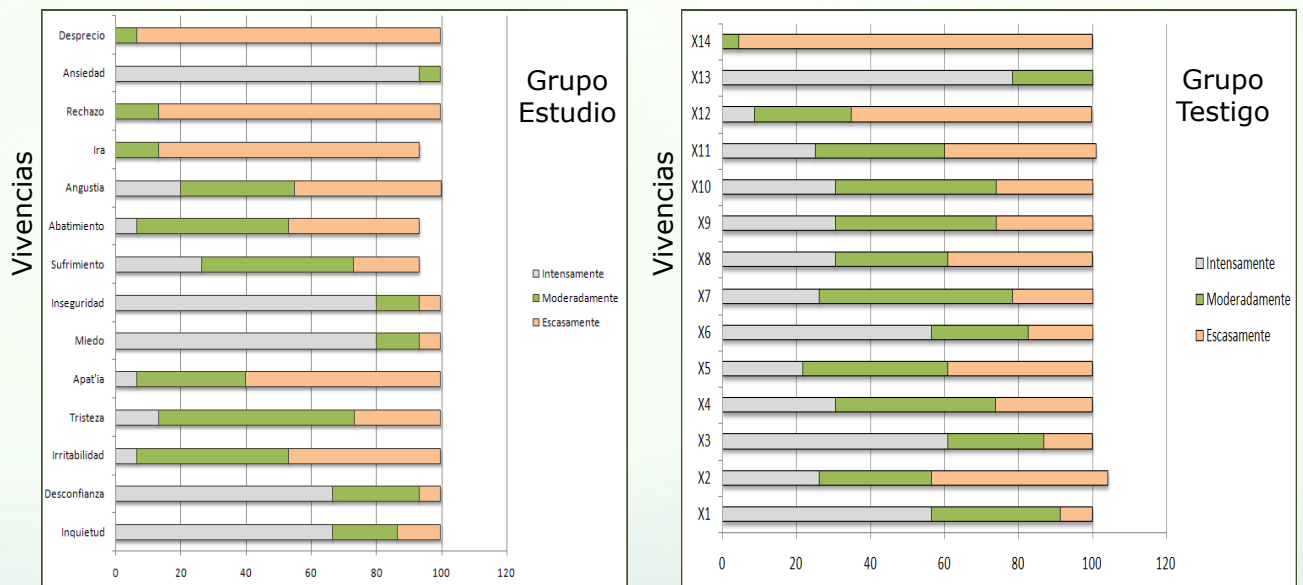
Por otra parte, un grupo de pacientes describió que la ansiedad era generada por las preocupaciones exacerbadas hacia los demás y que el equilibrio emocional dependía en cierta medida del comportamiento de las personas que lo rodeaban, indicador que avala la presencia de Red Chestnut dentro del grupo. Asimismo, Impatiens también ocupó un lugar significativo dentro de la muestra, como consecuencia de la tensión física y mental, insomnio e inquietud que experimentaban los pacientes.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la entrevista, pudo observarse que los estados emocionales definidos por las caracterizaciones diagnósticas de Bach, en los pacientes del grupo estudio, convergen con las características que distinguen al cuadro clínico del TAG.

Análisis del Autorreporte vivencial

Dentro de los estados emocionales que predominaron con mayor intensidad en el grupo estudio (gráfico 2), en relación con el trastorno que presentan fueron registrados: ansiedad (93,3 %); miedo e inseguridad (80 %); inquietud y desconfianza (66,6 %). Por otra parte, de moderados, pueden calificarse tristeza (60 %), irritabilidad y abatimiento (46,6 %). Se considera necesario señalar que de las vivencias experimentadas, las de menor incidencia (escasamente) fueron el desprecio (93,3 %) y el rechazo (86,6 %).

Gráfico 2: Resultados del Autorreporte Vivencial



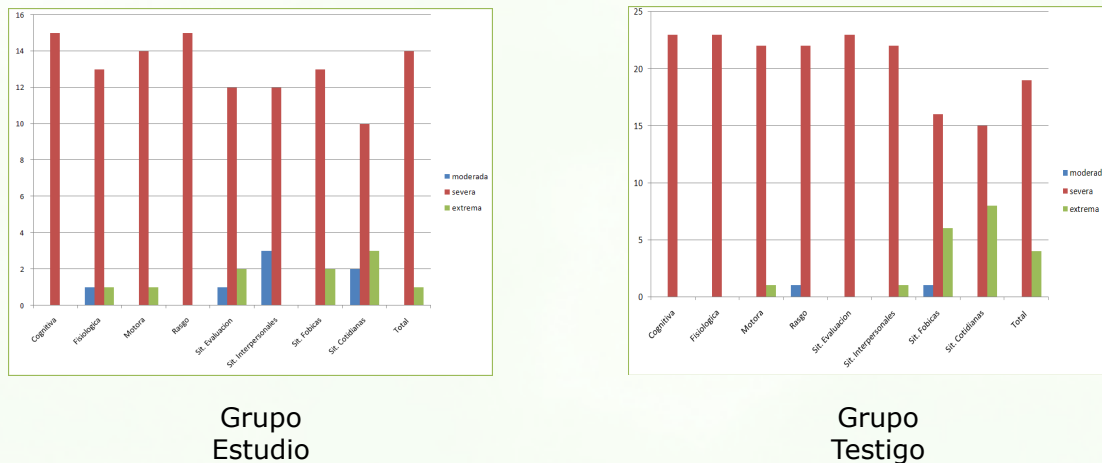
En el grupo testigo, las vivencias de mayor intensidad experimentadas las constituyeron la ansiedad (78,3 %), el miedo y la inquietud (56,5 %), así como la irritabilidad (60,8 %). Entre las vivencias experimentadas de forma moderada se encontraron la inseguridad (52,2 %), la tristeza, el abatimiento y la ira (43,5 %). En cuanto a las de menor intensidad se observó una similitud respecto al grupo estudio, constatándose el rechazo (65,2 %) y el desprecio (95,6 %), no existiendo diferencias significativas en los resultados obtenidos.

Teniendo en cuenta lo descrito con anterioridad, no se observaron diferencias entre ambos grupos, apreciándose solamente diferencias muy significativas en las vivencias desconfianza ($p= 0,003$) e inseguridad ($p= 0,002$), con rangos medios mayores en el grupo estudio y la irritabilidad ($p= 0,002$), con rangos medios mayores en el grupo testigo.

Como se observa, los pacientes de ambos grupos experimentaron *intensamente* casi la totalidad de las vivencias negativas, datos que demuestran una homogeneidad entre los grupos. Según estos resultados se cotejó que dentro de las vivencias negativas de mayor intensidad, se encontraron: ansiedad, inseguridad, miedo, inquietud, desconfianza e irritabilidad. Mientras que las reportadas en menor intensidad fueron: el desprecio, la apatía y el rechazo.

Análisis del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B)

Gráfico 3: Comportamiento de las respuestas y situaciones de ansiedad según el ISRA-B



En las escalas dirigidas a evaluar las respuestas de ansiedad, los pacientes de ambos grupos revelaron niveles severos en la sub-escala de respuesta cognitiva representando un 100 % de la totalidad de la muestra. Específicamente en el grupo estudio, el nivel que tuvo mayor relevancia a partir de los resultados obtenidos, lo constituyó el *severo*, ya que el mayor porcentaje de las respuestas dadas se enmarcaron dentro del mismo. Se destacaron las sub-escalas de respuesta motora (93,3 %) y fisiológica (86,7 %), así como las situaciones fóbicas (86,6 %) e interpersonales (80 %). Sólo 3 pacientes manifestaron niveles moderados de ansiedad en las situaciones interpersonales, lo que significó un 20 % de la muestra, integrando el nivel menos frecuente. En cuanto al nivel de ansiedad extrema, la sub-escala situaciones cotidianas, con un 20 %, fue la más representativa.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en el *grupo testigo* se constató que, al igual que en el grupo estudio, el nivel de ansiedad de mayor predominio lo conformó el *severo*, obteniéndose resultados relativamente similares en cuanto a la sub-escala de respuesta motora, con un 95,7 % (gráfico # 3). En relación a los niveles de ansiedad moderada, se comprobó una representatividad mínima, con sólo 4,3 % de la muestra, siendo el nivel menos frecuente. La sub-escala situaciones cotidianas constituyó la de mayor prevalencia dentro del nivel extremo de ansiedad, con un 34,8 %.

Por otra parte, se encontró que el comportamiento de la ansiedad ante situaciones de evaluación tuvo un alto porcentaje en la muestra que conformó el grupo testigo, con rangos mayores, lo que marcó una diferencia medianamente significativa en la comparación con el grupo estudio ($p= 0,746$). Según lo expuesto, se estima necesario señalar que en los pacientes de ambos grupos se percibieron altos niveles de ansiedad severa y extrema, con una generalidad en las sub-escalas de respuestas cognitivas, motora y fisiológica, lo que conllevó a la presencia de índices elevados de ansiedad rasgo. De igual forma, los comportamientos ansiosos ante situaciones de evaluación, fóbicas e interpersonales prevalecieron entre los niveles más altos de ansiedad severa y extrema.

En relación con los resultados obtenidos a través del Autorreporte Vivencial y del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B), se observó la existencia de numerosas características comunes entre los pacientes del grupo estudio y el grupo testigo, no encontrándose diferencias significativas en el análisis estadístico de contraste.

Evaluación de la implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach por sesiones

Sesión # 1. En correspondencia con los objetivos de esta sesión, primeramente se trabajó a través de una charla interactiva de forma individual, con cada paciente. Se le proporcionó cuantiosa información con relación a las principales características del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, es decir, en qué consiste, su modo de empleo, así como el funcionamiento del mismo. También se eliminaron en cierta medida las creencias erróneas en relación con el tema, fundamentalmente respecto a que la terapia floral se centraba únicamente en remedios florales con el fin de perder peso corporal y de suprimir algunos hábitos tóxicos como fumar. Muchos de los pacientes aseguraban que el uso de las esencias florales unido al tratamiento farmacológico desencadenaba reacciones adversas, así como otros mitos que le restaban credibilidad al sistema. De este modo se logró una elevada motivación y alianza terapéutica de los pacientes por el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach, cuestión que quedó evidenciada al decantarse la muestra, de forma unánime, por la implementación del sistema. Se estableció, además, el contrato terapéutico en el cual se precisó el número de encuentros, los horarios, así como otras cuestiones generales relacionadas con el proceso terapéutico.

Posteriormente, en consecuencia con los resultados obtenidos en las sesiones de la etapa anterior, se prosiguió a la prescripción de las esencias florales, en el grupo estudio, atendiendo a las especificidades de cada caso (estados emocionales, sintomatología y características de personalidad predominantes).

Esencias	Núcleos temáticos de las caracterizaciones	%
White Chestnut	Pensamientos persistentes e indeseados.	66,6
Mimulus	Ansiedad con matices depresivos y evitativos	60
Aspen	Miedo a lo desconocido, presagios.	40
Cherry Plum	Miedo a perder el control.	33,3
Star of B.	Malestar debido a acontecimientos traumáticos	33,3
Red Chestnut	Preocupación excesiva por los demás.	26,6
Heather	Autocentramiento, miedo a estar solo.	26,6
Impatiens	Impaciencia consigo mismo y con los demás.	26,6
Crab Apple	Vergüenza, sensación de suciedad	20
Wild Rose	Apatía.	13,3
Oak	Sobreesfuerzo	13,3
Rock Rose	Terror. Pánico.	6,6
Chicory	Susceptibilidad, manipulación y control.	6,6
Gentian	Desánimo y pesimismo.	6,6
Mustard	Tristeza	6,6
Elm	Sensación temporal de incapacidad.	6,6
Agrimony	Ansiedad y angustia enmascaradas.	6,6
Walnut	Adaptabilidad.	6,6
Cerato	Falta de confianza en el propio juicio	6,6

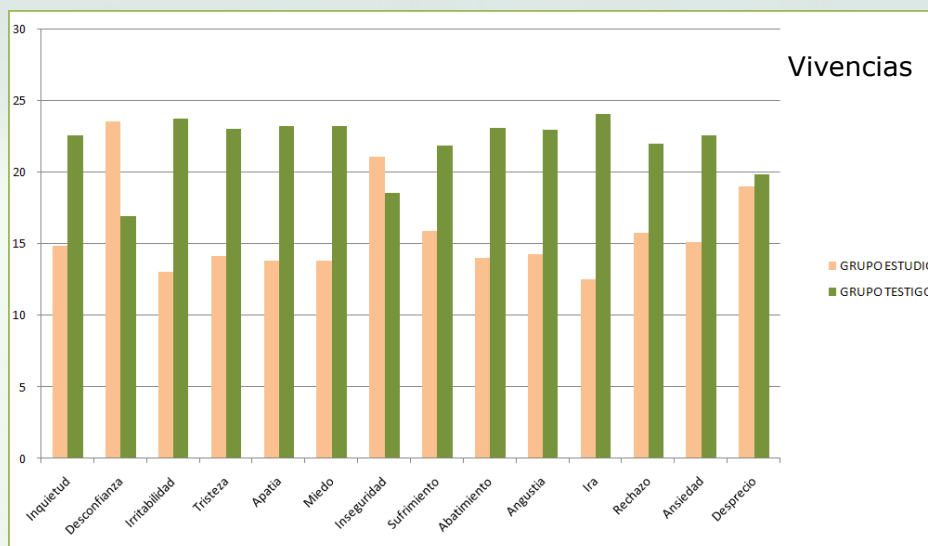
En cuanto a la definición de los objetivos terapéuticos, se observó que se centraron principalmente en la eliminación o atenuación de la sintomatología instaurada, pues el 98 % de la muestra refirió como primer objetivo la eliminación de los síntomas de carácter fisiológicos y psicológicos tales como: sudoraciones, temblores, salto epigástrico, cefalea, tensión muscular, alteraciones en el sueño, preocupaciones excesivas, dificultad en la concentración, así como la ansiedad en general. Mientras que los demás objetivos formulados se relacionaron con las esferas más afectadas en cada paciente (laboral, familiar y social en menor medida). En esencia, el principal logro alcanzado al finalizar esta sesión lo constituyó, conjuntamente con la prescripción de las esencias florales, la formulación de los objetivos terapéuticos trazados desde la óptica del propio paciente, en función de las necesidades individuales. Esto constituyó la piedra angular del proceso terapéutico.

Sesión # 2. En correspondencia con los objetivos terapéuticos establecidos en la sesión anterior y el empleo de los esquemas terapéuticos de Bach utilizados según las especificidades de cada caso, se logró que los pacientes fueran capaces de reconocer y aceptar aquellas ideas y situaciones que generaban inadecuación en sus respuestas emocionales, provocando ansiedad. Como resultado, dentro de las principales ideas y situaciones que condujeron a los pacientes a experimentar ansiedad, estuvieron presentes: las preocupaciones excesivas por sus seres queridos, cuestiones relacionadas con afecciones médicas, sobrecarga de responsabilidades cotidianas y de índole laboral; así como dificultades atencionales y en el mantenimiento de la concentración, manifestado por un 93 % de los pacientes. Esto denotó que las principales afectaciones se enmarcaran en las esferas laboral y familiar, corroborando los resultados obtenidos en la entrevista semiestructurada.

Es válido destacar que la prescripción previa de las esencias florales que se encontraban de base en el proceso, permitieron que los estados de ánimos y emociones emergieran y se catalizaran con mayor facilidad. Lo que coincide con el objetivo general de los remedios florales propuestos por Bach (1994): “elevar nuestras vibraciones y abrir nuestros canales [...]; hacer aflorar nuestra naturaleza con la particular virtud que necesitamos [...]; elevar nuestra naturaleza y acercarnos a nuestra alma [...]; estos remedios deben cambiar la actitud del paciente hacia la enfermedad y la salud”. (p. 131)

Sesión # 3. Se realiza una comparación entre el grupo testigo y el grupo estudio después de haber transcurrido dos meses de intervención en este último. La comparación entre ambos grupos mostró diferencias medianamente significativas en las vivencias de miedo ($p=0,010$), tristeza ($p=0,014$) y ansiedad ($p=0,048$), con la existencia de rangos medios superiores en el grupo testigo; así mismo la desconfianza ($p=0,073$) marcó una diferencia con rangos medios mayores en el grupo estudio. Como resultado del análisis realizado, se pudo cotejar que en este grupo el mayor porcentaje de las vivencias experimentadas se manifestó de forma moderada, mientras que en el grupo testigo los valores más significativos se enmarcaron dentro de las vivencias reportadas como intensas. (Gráfico # 4)

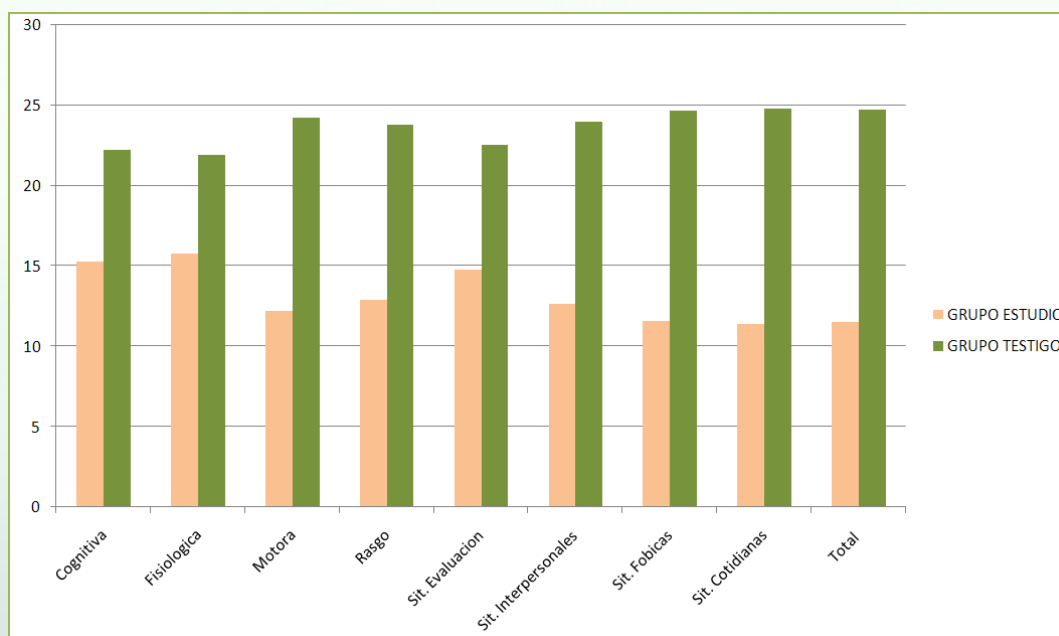
Gráfico # 4: Rangos medios de los resultados del Autorreporte Vivencial



Por otra parte, la aplicación del Inventario de respuestas y situaciones de ansiedad (ISRA-B), arrojó que en el análisis de las respuestas de ansiedad se apreciaron diferencias medianamente significativas en los percentiles de las respuestas cognitiva ($p=0,059$) y fisiológica ($p=0,095$) con rangos medios inferiores en el grupo estudio. Por otra parte, al comparar los comportamientos ansiosos ante diversas situaciones, se evidenciaron diferencias medianamente significativas en los rangos medios del centil *situaciones de evaluación* ($p=0,035$). Sin embargo la ansiedad ante situaciones interpersonales, fóbicas y cotidianas durante la comparación arrojaron diferencias muy significativas ($p= 0,002$). (Gráfico # 5)

Los resultados obtenidos indican una evolución favorable en el cuadro clínico de los pacientes sometidos al Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach (grupo estudio), observándose una mejoría de los síntomas fisiológicos que caracteriza el cuadro clínico como: fatiga, tensión muscular y alteraciones del sueño, atenuándose además la expectación aprensiva. Existen notables diferencias con los pacientes del grupo testigo, al advertirse un predominio de los percentiles más altos en este grupo.

Gráfico # 5: Rangos medios de los percentiles del ISRA-B en ambos grupos



Una vez que los pacientes del grupo estudio fueron capaces de reconocer y aceptar aquellas ideas y situaciones que generaban inadecuación en sus respuestas emocionales provocando ansiedad, se comenzó a potenciar los recursos personales del paciente que lo llevarían a manejar de forma adecuada las situaciones que le provocaban ansiedad.

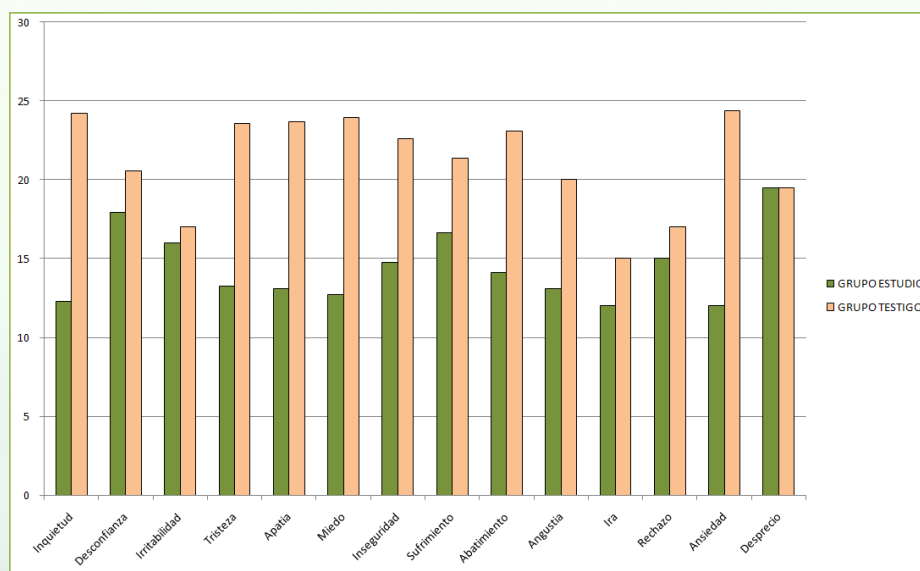
Sesión # 4. Durante el transcurso de este encuentro se continuaron consolidando los resultados alcanzados en la sesión anterior, obteniéndose un incremento en los porcentajes relacionados con la reestructuración del campo de acción de los pacientes en cuanto a la elaboración de nuevos proyectos vitales, así como en la renovación de acciones gratificantes y placenteras, lo que se evidenció en un 57 % de la muestra. Mientras que un 54 % asumió la responsabilidad de aceptar las situaciones generadoras de ansiedad, de manera general estos fueron los mayores logros alcanzados al finalizar esta sesión.

Al finalizar el proceso de implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, se pudo constatar que hubo una evolución en los pacientes que conformaron el grupo estudio, alcanzándose los objetivos terapéuticos propuestos en más del 93 % de la muestra, además de haberse logrado que los pacientes fueran capaces de aceptar las situaciones generadoras de ansiedad y manejarlas desde sus propios recursos personológicos, trabajando siempre con el objetivo de potenciar la eficacia personal sin centrarnos en el control de la sintomatología patológica.

Evaluación de la etapa Post-experimental

Al realizar una comparación entre las etapas pre y post experimental, se observaron notables diferencias entre los grupos muestrales.

Gráfico # 6: Rangos medios de los resultados del Autorreporte vivencial

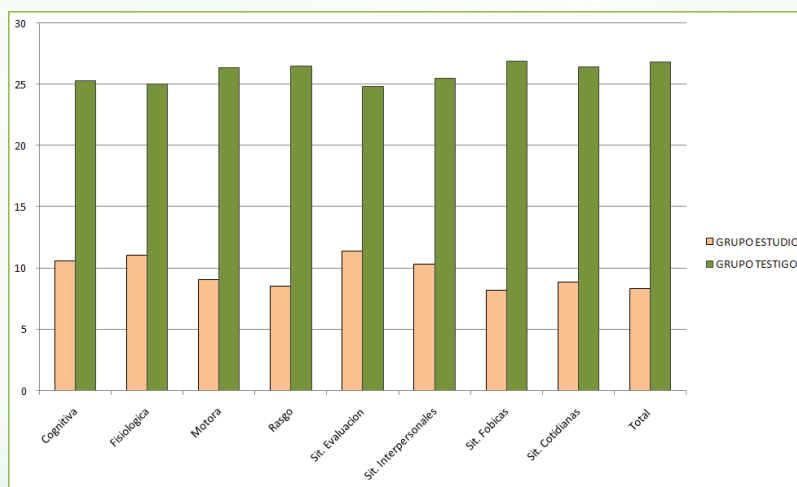


Al concluir el proceso de implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el grupo estudio, se pudo realizar una valoración de los beneficios reportados en este grupo, tomando como referencia los resultados obtenidos en el transcurso del proceso investigativo.

En un inicio, la mayoría de los estados emocionales experimentados por los pacientes fueron vivenciados de forma intensa y moderada (57,1 %) mientras que al concluir la intervención las vivencias se reportaron de forma moderada y escasa (73,3 %). En el análisis estadístico se constataron diferencias muy significativas en vivencias tales como: la inquietud ($p=0,001$), tristeza ($p=0,004$), miedo ($p=0,002$), inseguridad ($p=0,033$) y la ansiedad ($p=0,003$), cuestión que resulta muy consistente con el campo de acción de las esencias más utilizadas (White Chestnut, Mimulus y Aspen). El único elemento que podría ser cuestionado lo constituyó la reducción de la tristeza, sin embargo en algunos casos se utilizaron Mustard y Gentian; además debe tenerse en cuenta la presencia de Mimulus, esencia que trata la ansiedad con matices depresivos (Rodríguez y Orozco, 2005).

En el grupo testigo, se pudo presenciar una constancia en las vivencias experimentadas, manteniéndose fluctuantes durante todo el proceso investigativo como se puede apreciar el gráfico # 6. Dentro de las vivencias reportadas como intensas al culminar la última evaluación se mantuvieron la ansiedad (74 %), el miedo (52 %) y la inquietud (50 %), resultados que tienen cierta similitud con los obtenidos en la etapa pre-experimental. Sin embargo, se considera necesario destacar que al inicio la irritabilidad se experimentó en el nivel intenso (60,8 %), figurando después en el moderado (67 %). En relación con las de menor intensidad, se observó una similitud con los datos obtenidos en la etapa pre-experimental, solo el rechazo y el desprecio se ubicaron en este nivel, al igual que en el grupo estudio, no hallándose diferencias estadísticas.

Gráfico 7: Rangos medios de los percentiles del ISRA-B



En relación con las sub-escalas evaluadas en el Inventario de Respuestas y Situaciones de Ansiedad (ISRA-B), en el grupo estudio, antes de implementar el sistema se percibieron niveles severos en la sub-escala dirigida a evaluar la respuesta cognitiva (100 %). Sin embargo, una vez finalizado el proceso, el 80 % de los pacientes se ubicaron en el nivel moderado ($p=0,003$). Este mejoramiento pudo atribuirse a la acción sistemática del White Chestnut, que es la esencia que actúa sobre las preocupaciones que se repiten una y otra vez en la mente. Sólo tres pacientes experimentaron niveles severos de ansiedad cognitiva y a estos no se les prescribió White Chestnut.

El nivel que tuvo mayor relevancia a partir de los resultados obtenidos lo constituyó el moderado, ya que el mayor porcentaje de las respuestas dadas se enmarcó dentro del mismo, encontrándose las sub-escalas de respuesta motora (79 %) y fisiológica (80 %), así como las situaciones fóbicas (80 %) e interpersonales (75 %). Estas evoluciones son consistentes con el campo de acción de Cherry Plum, esencia que trabaja el descontrol, fundamentalmente en el nivel motor. Además, la disminución de la respuesta fisiológica puede ser adjudicada a la actuación de Impatiens y Mimulus, ya que influyen sobre la hiperactividad y la ansiedad, mientras que la presencia de Aspen y Red Chestnut se describen como esencias que influyen sobre las situaciones fóbicas ante distintos desencadenantes (Rodríguez y Orozco, 2005; Rodríguez, 2006). Se ha referenciado que la ansiedad interpersonal puede ser disminuida mediante la ingestión de Mimulus, patrón que describe a una personalidad similar a la *evitadota*, que presenta altos niveles de ansiedad personal (Rodríguez y Orozco, 2005).

Igualmente en las sub-escalas de situaciones, se reafirmó que el nivel de mayor predominio estuvo representado por el moderado con un 80 %. De manera general se reportaron en un inicio elevados niveles de ansiedad severa y extrema en las respuestas y situaciones de ansiedad, mientras que una vez culminada la intervención se apreció un predominio del nivel moderado, ubicándose solamente una muestra muy pequeña en el severo (33,3 %). Sin embargo, en el grupo testigo no se observaron diferencias en relación a respuestas y situaciones de ansiedad, pues al igual que las vivencias, se mantuvieron fluctuantes durante el transcurso de la investigación, apreciándose los niveles severo y extremo dentro de los más representativos como al inicio de la investigación. (Gráfico 7)

Al realizar una valoración de los resultados obtenidos en las comparaciones entre ambos grupos muestrales antes y después de la implementación del sistema, en el *grupo estudio* se encontraron diferencias muy significativas en la generalidad de las variables evaluadas con las diferentes técnicas. Del mismo modo, existió una disminución en la sintomatología que caracteriza el trastorno, destacándose: inquietud, fatigabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño; así como las preocupaciones excesivas por las actividades cotidianas. Esto evidenció una evolución en los pacientes que conformaron este grupo, mientras que en el grupo testigo los resultados se mantuvieron fluctuando en la mayoría de los casos. Se encontraron notables diferencias al comparar ambos grupos en la etapa post-experimental, como se pudo apreciar en los gráficos 6 y 7.

Evolución temporal del tratamiento en cada grupo

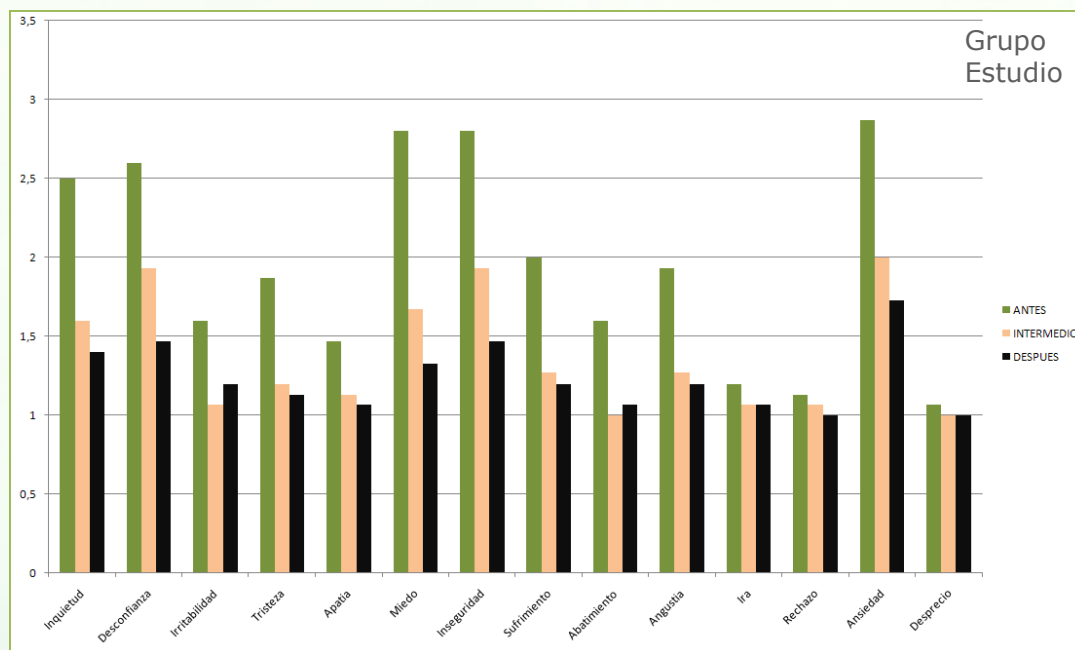
Después de haber valorado las comparaciones existentes entre el grupo estudio y el testigo en la etapa pre y post experimental, se consideró oportuno describir los resultados obtenidos en las comparaciones de cada grupo consigo mismo durante el transcurso de la investigación. En el análisis del Autorreporte vivencial (gráfico 8), se pudo distinguir, en el curso del proceso interventivo, un descenso de las vivencias negativas experimentadas por los pacientes del grupo estudio, en cuanto al número y nivel de intensidad.

En un inicio se observó que la totalidad de las vivencias eran reportadas intensa y moderadamente, encontrándose en estos niveles el mayor porcentaje de la muestra, mientras que una vez finalizado el proceso el nivel moderado constituyó el de mayor predominio, ubicándose dentro de éste la generalidad de los estados emocionales. Se observaron diferencias muy significativas en inquietud ($p=0,001$); tristeza ($p=0$); miedo ($p=0$); inseguridad ($p=0,003$) y ansiedad ($p=0$). Resultados que son consistentes con los obtenidos en la comparación entre ambos grupos en la etapa post-experimental.

Se considera necesario destacar que en relación con la desconfianza se percibieron diferencias muy significativas ($p=0,002$). En un inicio existieron diferencias estadísticamente muy significativas con rangos medios mayores en el *grupo estudio*; sin embargo, durante la comparación entre grupos en la etapa post-experimental no se encontraron diferencias. La evolución en este grupo puede atribuirse al campo de acción de Mimulus, ya que las tendencias evitativas de estas personas hacen anticipar la desaprobación y el rechazo; llevándolos a ser desconfiados de las intenciones ajenas, manteniéndose

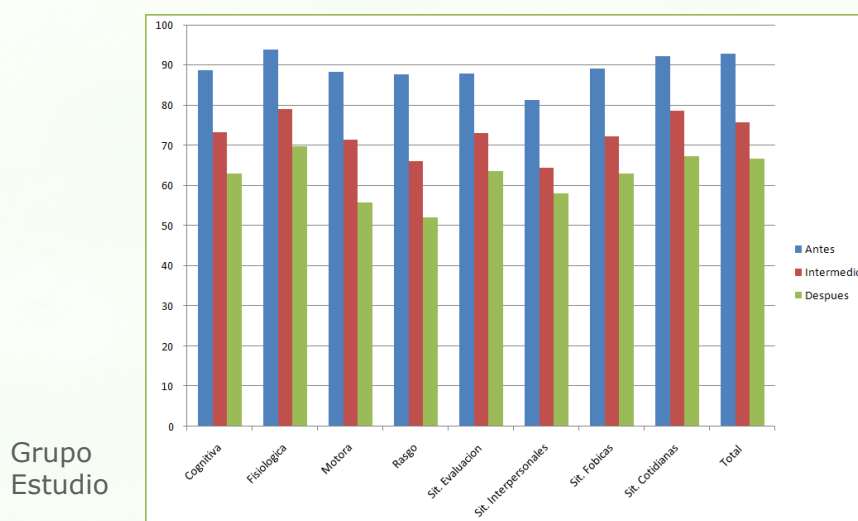
siempre hipervigilantes (Rodríguez y Orozco, 2005). Sin embargo, existieron vivencias que se mantuvieron prácticamente constantes en el mismo nivel, no aportando diferencias estadísticas, tales como: la ira ($p=0,522$), el rechazo ($p=0,194$) y el desprecio ($p=0,572$). En relación con estas vivencias, debe tenerse en cuenta que no se prescribieron las esencias que actúan sobre ellas (Holly, Vervain, Vine, Beech, Willow, etc.), por no ser objetivo del presente trabajo. Aspecto que podría ser un indicador del efecto específico de cada esencia.

Gráfico 8. Medias de los resultados del Autorreporte Vivencial en el Grupo Estudio

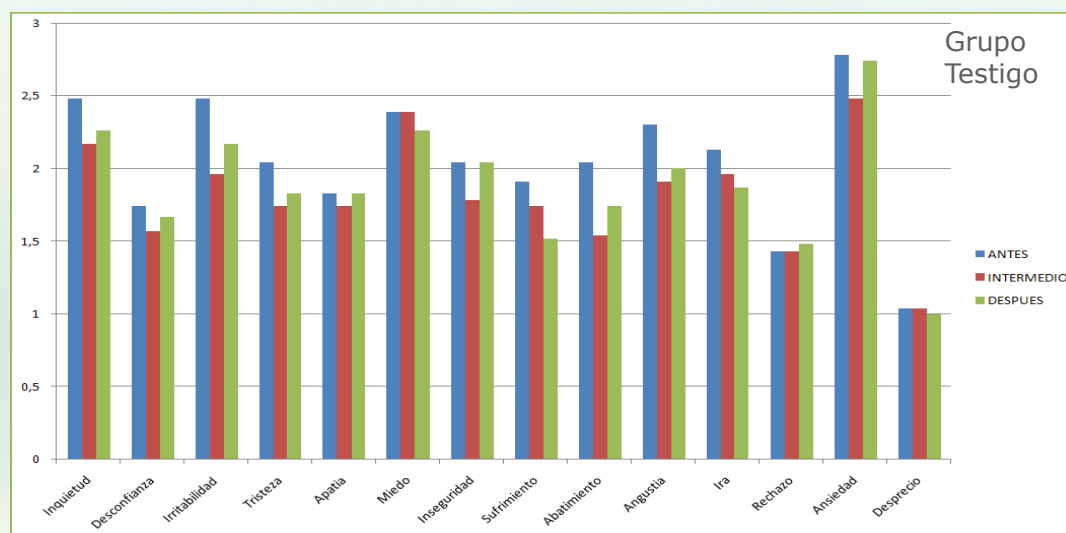


Por otra parte, cuando se analizaron las sub-escalas del Inventario de respuestas y situaciones de ansiedad (ISRA-B), se encontraron también diferencias muy significativas.

Como se muestra en el Gráfico 9, las respuestas y situaciones de ansiedad, en relación con la etapa pre-experimental, fueron descendiendo en las etapas de implementación del sistema y en la post-experimental, llegando a incluirse un elevado índice de variables en el nivel moderado, pues solo cinco pacientes se encontraron en el severo. Es destacable que de estos cinco, a tres pacientes no se le indicó White Chestnut mientras que al resto no se le prescribió Mimulus ni Aspen, que fueron las esencias de mayor efectividad en el tratamiento del TAG; cuestión que podría explicar el mantenimiento de este nivel. Los resultados en el nivel extremo fueron nulos.

Gráfico 9. Medias de los percentiles del ISRA-B en el Grupo Estudio

En relación con el grupo testigo se apreció una fluctuación en los resultados obtenidos durante el período de la investigación, tanto en las variables evaluadas en el Autorreporte vivencial como las del ISRA-B, como se muestran en los gráficos 10 y 11.

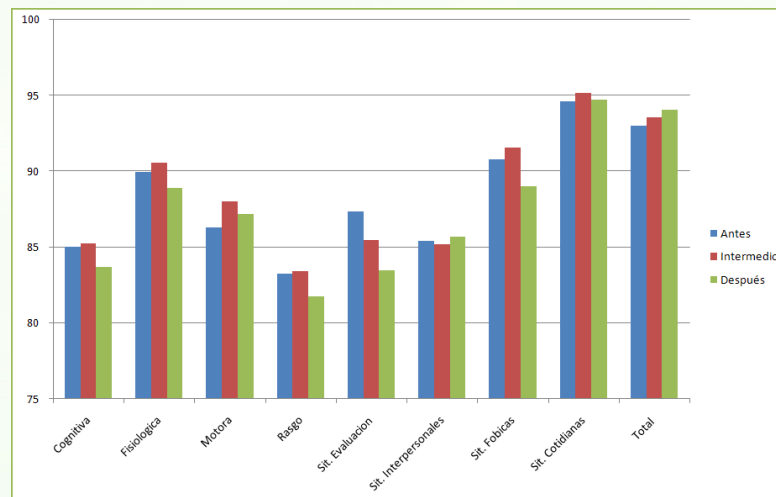
Gráfico 10: Medias de los resultados del Autorreporte vivencial en el Grupo Testigo

Como se pudo apreciar en el gráfico 10, en el curso de la investigación las vivencias negativas reportadas por los pacientes durante las comparaciones de las evaluaciones iniciales, intermedias y finales se mantuvieron constantes, oscilando entre el nivel intenso y moderado, no revelando diferencias en el análisis estadístico de contraste.

En relación con las sub-escalas de respuestas y situaciones de ansiedad en los pacientes que conformaron este grupo, se presenciaron irregularidades en los índices de los resultados, al existir sutiles variaciones (gráfico 11), distinguiéndose solamente diferencias estadísticamente significativas en las situaciones

fóbicas ($p=0,001$), y diferencia medianamente significativa en la de evaluación ($p=0,019$). Estos resultados pueden asociarse a la acción directa que ejercen los fármacos prescritos para este tipo de patología. En las demás variables no se encontraron diferencias estadísticas, ya que se mantuvieron prácticamente constantes en el nivel severo y extremo.

Gráfico 11: Medias de los percentiles del ISRA-B en el Grupo Testigo



De manera general, se puede señalar que la inclusión del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada resultó sumamente beneficioso, apreciándose un mejoramiento considerable en el grupo estudio, en la mayoría de las variables evaluadas con las diferentes técnicas, tanto entre la comparación con el grupo testigo, como en la evolución del propio grupo en los distintos momentos en que se evaluó. Un aspecto importante a destacar, que avala la acción específica de cada esencia en el tratamiento de las emociones más allá de un efecto placebo “global”, lo constituye el hecho de que emociones percibidas como la ira, el rechazo y el desprecio, sobre las que no se influyó desde el esquema de Bach, no reportaron ningún tipo de mejora o retroceso, manteniéndose relativamente estables en los distintos cortes.

- Antes de iniciar la intervención se observó en ambos grupos muestrales, niveles de ansiedad *severa y extrema*, principalmente en las esferas cognitiva, *motora*, fisiológica y rasgo y en las situaciones de evaluación, fóbicas e interpersonales. El registro subjetivo de las vivencias negativas fue similar, destacándose ansiedad, inseguridad, miedo, inquietud, desconfianza e irritabilidad.
- En el cuadro clínico del TAG figuran manifestaciones como ansiedad, preocupaciones excesivas, cefalea, dificultades en la concentración, alteraciones del sueño, inquietud, fatigabilidad, salto epigástrico, sudoraciones y tensión muscular.
- Las esencias florales que se prescribieron con mayor frecuencia en el tratamiento del TAG, resultaron ser: White Chestnut; Mimulus; Aspen; Cherry Plum; Start of Bethlehem; Red Chestnut; Heather; Impatiens y Crab Apple.
- En el grupo estudio, al finalizar la intervención, se apreciaron diferencias muy significativas en la generalidad de las variables evaluadas con las diferentes técnicas, destacándose la inquietud, la tristeza, la inseguridad, el miedo, la ansiedad y, dentro de esta las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, así como el comportamiento ante situaciones fóbicas e interpersonales; se evidenció una evolución positiva en los pacientes que conformaron este grupo, en las cuales se redujo notablemente la intensidad de las vivencias reportadas, con excepción de la ira, el rechazo y el desprecio. Las respuestas de ansiedad también disminuyeron del nivel severo al moderado, en las distintas sub-escalas evaluadas en el ISRA-B encontrándose notables diferencias en las comparaciones de la etapa pre y post experimental.
- En el grupo testigo los resultados se mantuvieron estables con una tendencia a la fluctuación en la mayoría de los casos.
- Se considera beneficioso el empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico para el tratamiento de pacientes con TAG.

- Asociación Americana de Psiquiatría (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^o edition, Text Revised (DSM-IV TR), American Psychiatric Press.
- Bach, E. (1994): *Obras completas del doctor Bach*, Ibis, Barcelona.
- Miguel-Tobal, J. y M. Casado (1999): *Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención*. Ariel, Barcelona.
- Molerio, O. (2004): “Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial”. Tutor: Miguel Ángel Roca Perera: Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Psicológicas, Santa Clara, UCLV.
- Rodríguez, B., R. Orozco (2005): *Inteligencia emocional y flores de Bach. Tipos de personalidad en psicología contemporánea*, Índigo, Barcelona.
- Rodríguez, B. (2006^a): “La psicoterapia floral: un sueño, un camino”, *Sedibac* (42): 12-19.
- _____ (2006^b): “El trastorno de ansiedad generalizada: variantes terapéuticas”, *Sedibac* (43): 25-29.
- _____ (2009): *El sistema diagnóstico-terapéutico de Edward Bach: Apuntes para una sistematización necesaria*, Twelve Healers Trust, Hereford.

Implementación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach,
en un escolar con trastorno de adaptación, matizado por manifestaciones
ansiógenas.

Lic. Dayron A. del Pino Rodríguez
Centro Comunitario de Salud Mental de Cifuentes



El estudio Implementación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, en un escolar con trastorno de adaptación, matizado por manifestaciones ansiógenas, se dirigió a evaluar desde una metodología cualitativa los beneficios de dicho tratamiento.

La investigación se insertó en un diseño de estudio de caso único donde se empleó como principal forma de diagnóstico y tratamiento el Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach (SDTEB), el cual fue utilizado para trabajar sobre estados emocionales provocados por situaciones de cambios que exigen una adaptación del menor, y a su vez provocan comportamientos ansiógenos.

El caso fue remitido por el servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Centro Comunitario de Salud Mental de Cifuentes, Villa Clara. Como resultado del tratamiento se apreció una evolución positiva del caso estudiado, y la utilidad del uso de las esencias florales como catalizadores del proceso terapéutico. Las recomendaciones se realizaron a partir de los resultados obtenidos en aras de divulgar los mismos y continuar esta línea de estudio.

Palabras clave: Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, Trastorno de Adaptación

The study *The implementation of Edward Bach's Therapeutic Diagnostic System in a student with adaptative disorders and anxiety manifestations* was focused, from a qualitative methodology, on evaluating the benefits of such treatment.

The research was carried out by a case study technique, where the main diagnostic method employed was the interventive diagnose: the Edward Bach's Therapeutic Diagnostic System, that was used to work on emotional states caused by changing situations that demand the adaptation of the student and provoked anxiety disorders..

The sample was composed by one children received from the infant and juvenile psychiatric service from the Communitary Center of Mental Health from Cifuentes. As a result we could perceive a positive evolution of the patients, noticing the effectiveness of the use of floral scents as catalysts of the therapeutic process. The recommendations were carried out from the obtained results in order to publish them and continue the study of the topic.

Key Words: Edward Bach's therapeutic Diagnostic System, adaptative disorders.

Todas las esencias utilizadas en nuestra investigación han sido generosamente donadas por Healing Herbs.

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.

La actividad de adaptación es un mecanismo integral, que reúne y coordina todas las reacciones de respuesta de los diferentes órganos y sistemas, y posibilita la adecuación del organismo a estas condiciones cambiantes. Es un mecanismo regulador en el que participan el sistema nervioso central, particularmente la corteza cerebral, el sistema nervioso vegetativo, simpático y parasimpático, glándulas de secreción interna, tejidos, diversos órganos internos cuya acción provoca cambios bioquímicos y funcionales, que se reflejan en el comportamiento del sujeto; pero no siempre el individuo logra adaptarse a cada una de estas situaciones, en ocasiones aparece una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o un cambio en la vida al cual la persona no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable ante esa situación o al cambio. A esto precisamente se le denomina trastorno de adaptación.

Los trastornos adaptativos son en apariencia frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación. El porcentaje de individuos tratados en régimen ambulatorio con un diagnóstico principal de trastorno adaptativo según registros del DSM-IV se sitúa entre el 5 y el 20 %. Los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas experimentan una tasa elevada de estresantes y tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno. 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 Asociación Americana de Psiquiatría 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 criterios diagnósticos siguientes: 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: (1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante y (2) 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 y E. Una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

No existen criterios o pautas en DSM-IV a fin de cuantificar la naturaleza de los factores de estrés psicosociales. Si tenemos en cuenta las diferencias individuales en las capacidades de adaptación, ciertos factores de estrés pueden ocasionar mucha tensión para un paciente y no ser tensionantes en absoluto para otro.

Aunque en Cuba existe un déficit de registros en cuanto a la prevalencia de este trastorno en el país, algunos estudiosos del tema y profesionales de la salud consideran que de forma general en la Isla existen altos índices de pacientes registrados con Trastorno de Adaptación, haciéndose mayor el número en el caso de los niños; lo que concuerda en cierta medida con las estadísticas recogidas a escala mundial. De manera general los escolares (6-9 años) que presentan esta patología muestran trastornos variables de la afectividad (irritabilidad, tristeza, llanto, agresividad, angustia, ansiedad), se manifiesta pérdida de interés y disminución de la capacidad de aprendizaje. Aparecen preocupaciones exageradas. Se acompaña de expresiones somáticas, y sus síntomas provocan un malestar significativo y una alteración específica de la actividad académica y social.

Para contribuir a atenuar las consecuencias y eliminar el trastorno de adaptación, se propone en varios artículos la implementación de un tratamiento multimodal, que abarque todas las esferas de intervención desde lo psicológico, social y biológico. El mismo incluye psicoterapia individual o grupal, orientación a padres, identificación y atenuación del agente estresor y tratamiento farmacológico con el uso de ansiolíticos y antidepresivos.

Experiencias recientes (Rodríguez, 2001 y 2005; Carballo, 2002; Hernández, 2002; Herrera y González, 2002; Fernández, 2005; Rodríguez y Alfonso, 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.

Dados los limitados resultados e investigaciones relacionadas con el Trastorno de Adaptación y la implementación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Bach en pacientes con este diagnóstico, en la presente investigación se plantea el problema científico siguiente:

¿Qué beneficios aporta el empleo del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de un niño de de 6 años con trastorno de adaptación, matizado por manifestaciones ansiógenas?

Objetivo General:

- Analizar los beneficios del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de un niño de 6 años con trastorno de adaptación, matizado por manifestaciones ansiógenas.

Objetivos Específicos:

1. Exponer la evolución del caso estudiado.
2. Valorar la efectividad del SDTEB en el tratamiento del trastorno de adaptación en el caso estudiado.
3. Identificar las esencias más utilizadas en el tratamiento del trastorno de adaptación en el caso estudiado.
4. Valorar los beneficios de trabajar sobre la identificación y el afrontamiento con el agente estresante, que provoca las manifestaciones ansiógenas; 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 caso único.

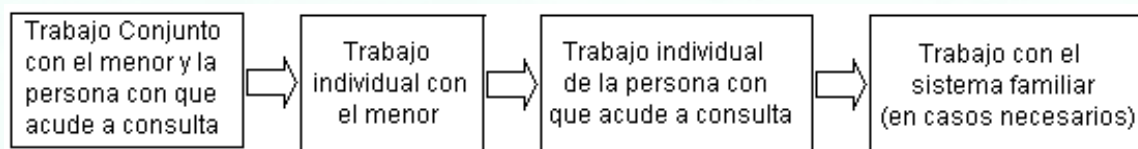
Propuesta de tratamiento desde el SDTEB

En el presente estudio, el SDTEB 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 debe llegarse a diez; 3. Una vez concluida la entrevista deben ser jerarquizadas las emociones en desequilibrio que hayan sido definidas como objetivos terapéuticos y 4. Las esencias deben indicarse para los estados emocionales, por 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 por su contenido activo, sino por el patrón de información

que estos le transmiten al organismo, la acción de los mismos no va a relacionarse en proporción directa con la cantidad que se tome, sino con 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.

El Caso fue diagnosticado y remitido por el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Centro Comunitario de Salud Mental de Cifuentes.

Paciente masculino, de 6 años de edad, a quien a partir de ahora 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 se agravó después de las vacaciones, al tener que reincorporarse a la escuela para cursar el primer grado.

Como expresión de su rostro el niño mantiene la mirada hacia abajo, el ceño fruncido, no quiere separarse de la madre y manifiesta verbalmente que extraña al padre. Al interactuar con él se constata un marcado interés por las actividades lúdicas.

Teniendo en cuenta que las conductas del infante son exclusivamente en la esfera escolar se exploran los métodos educativos empleados por la maestra y las características del centro, apreciándose que existen buenas relaciones con ella, información que la madre aporta al añadir que la maestra: “...ha demostrado tener mucha paciencia con HTT”.

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.

Como resultado final del encuentro se aprecia la existencia de un primer elemento estresor identificable (la salida del padre hacia el exterior), el cual se agudiza con la entrada del menor a un nuevo nivel de enseñanza. Por otro lado, se evidencia un estilo educativo inconsistente en el núcleo familiar.

Una vez recopilada dicha información se establecen de la siguiente forma los Ejes del diagnóstico multiaxial: Eje I: Trastorno adaptativo, con ansiedad (agudo); Eje II: No hay diagnóstico, se aprecia acentuación de algunos rasgos del carácter: dominante, impulsivo e irritable; Eje III: Ninguno; Eje IV: Salida del padre del país y comienzo del primer grado escolar y Eje V: evaluación 60 puntos en la “Escala de Evaluación de la Actividad Global”.

Tomando en consideración 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 primera modalidad táctica se prescribe una fórmula compuesta por cinco esencias, la cual fue orientada con una frecuencia de seis tomas diarias, trabajando fundamentalmente sobre los estados emocionales.

- *Mimulus*: por las conductas de evitación para con los demás y el retraimiento en el entorno escolar, así como la poca socialización del menor en este contexto. Esta esencia se recomienda, además, para trabajar el miedo anticipatorio que produce esta conducta evitadora con 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 un menor más entusiasta y alegre. La madre refiere que en la escuela está menos retraído, se integra en juegos colectivos, pero mantiene el rechazo, aunque solo a la formación matutina y que la obliga a permanecer durante todo este tiempo a su lado (aquí se evidencia un logro parcial).

En este encuentro se constata cómo se representan el padre y el abuelo materno como las figuras más significativas.

Aquí 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, el cual 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: fue elegido jefe de aula pero persiste el “capricho” de que la madre lo acompañe durante el matutino. Además, este patrón de imponer criterios se ha trasladado al hogar; sobre esto comenta:

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 reestructurar la modalidad táctica y se modifica la prescripción de las esencias incorporando:

- Vervain: su estilo impositivo tiene como objetivo que los demás hagan su voluntad.
- Rock Water: por la rigidez para “ceder” en sus deseos y voluntades.

Se mantienen Star of Bethlehem, Walnut y Willow, así como la frecuencia y cantidad de gotas.

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 haya tenido más “rabietas” en este contexto, 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.

Del proceso investigativo se derivaron las conclusiones siguientes:

- En el caso estudiado se evidenciaron mejorías en la sintomatología a partir de la primera reconsulta.
- El sistema propuesto para trabajar el caso de inadaptación resultó viable y relativamente rápido, ya que logró en aproximadamente tres sesiones de trabajo la remisión del cuadro clínico del paciente estudiado, información que se constata en la evolución positiva del mismo.
- El trabajo desde los estados emocionales y la frecuencia utilizada en el consumo de las esencias florales (6 tomas al día) fue efectivo en todo el tratamiento propuesto.
- 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 cómo se le debe prestar especial atención al menor ante eventos normativos (incorporación a nuevos niveles de enseñanza) o eventos no normativos (divorcios, ausencia de alguna figura significativa, entre otros).

- Ampliar el alcance de la investigación basados en los resultados alcanzados, lo que permite establecer una generalización del uso del Sistema Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de escolares con trastorno de adaptación matizado por manifestaciones ansiógenas.
- Realizar estudios comparativos y cuasi experimentales que permitan consolidar los resultados alcanzados.
- Realizar estudios similares en otros grupos de edades logrando enriquecer el alcance de la investigación.
- Difundir la presente investigación entre los profesionales de la Psicología y la Psiquiatría que se dediquen al quehacer psicoterapéutico infantil.
- Continuar profundizando en el estudio del Trastorno de Adaptación en escolares y su forma de tratamiento.

- Arés, P. (2003): “La familia, fundamentos básicos para su estudio e intervención”, en Castellano R.: *Psicología. Selección de Lecturas*, pp. 99-105, Ed. Félix Varela, La Habana.
- _____ (2002): *Psicología de Familia: una aproximación a su estudio*, Ed. Félix Varela, La Habana.
- 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*. Editorial Interamericana de Asesoría y Servicios S.A. del C.V. Ciudad Reynosa, Tamaulipas, México.
- Fernández, T. (2005): “Tratamiento floral conjunto-simultáneo a madres e hijos”, consultado el 20 de diciembre de 2008, en www.sedibac.org/temas
- García A. (2003): *Psicopatología Infantil. Su evaluación y Diagnóstico*, Ed. Félix Varela, La Habana.
- González, J. (2005): *Trastornos adaptativos y de estrés*, consultado el 28 de abril, 2007 desde <http://my.inova.com/articulos>.
- Guerra, V.; D. Portero, y O. Molerio (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 M. González (2002): “Utilidad de la terapia floral en la psiquiatría infanto-juvenil”, *Sedibac* (31): 9-15
- Perales, A.; F. Rivera; O. Valdivia (2006): *Trastorno de adaptación*, consultado el 28 de octubre de 2008 desde www.terra.com/salud/articulos.
- Rodríguez, B.; D. Alfonso; Z. Castillo (2005): “Terapia Floral en niños cardiopatas hospitalizados y sus madres”. *Sedibac*, (41): 13-18.

Rodríguez, B. y O. Ricardo (2005): *Inteligencia Emocional y Flores de Bach*, Índigo, Barcelona.

Rodríguez, B. (2001): *Terapia floral y estimulación psicosensores en el niño con deficiencia psíquica*, Índigo, Barcelona.

_____ (2005): “Presentación de dos casos: ansiedad por separación y estrés postraumático”, *Sedibac*, (41): 26-28.

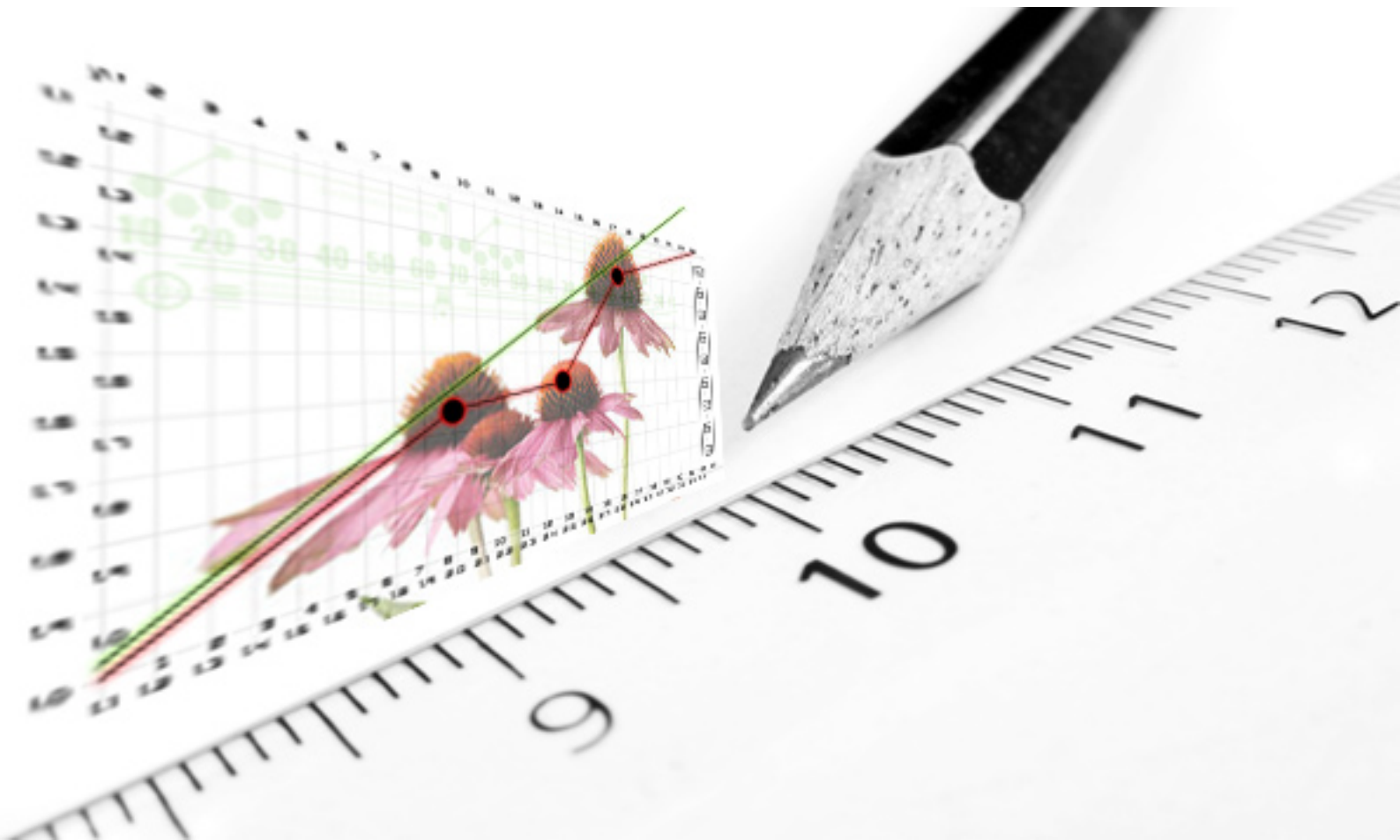
_____ (2009): *El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria*, Twelve Healers Trust, Hereford.

Rodríguez, G., J. Gil y E. García (2004): *Metodología de la investigación cualitativa*, Ed. Félix Varela, La Habana.

Mecanismo de acción de las esencias florales: una aproximación

Dra. Saira R. Rivas Suárez

Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro, Santa Clara.
sairars@hamc.vcl.sld.cu



La terapia floral no ha llegado aún a ocupar un lugar dentro de los Ciencias Médicas. Los motivos son múltiples y no es objetivo de este artículo explicarlos. Sin embargo, cabe acotar que esta ausencia de acogida se debe fundamentalmente a la falta de profundidad e integración de los elementos que se toman de las diferentes ramas del saber, necesarios para poder explicar un fenómeno con características diferentes y de singular comportamiento.

La justificación de la transición de la información de la flor y los mecanismos de acción en el cuerpo humano, especialmente en el cerebro y la psiquis no es tarea solo de médicos y psicólogos, ni de psicoterapeutas y naturistas. Es una tarea mucho mayor, que engloba a otras ramas de ciencia; donde físicos, químicos, bioquímicos, inmunólogos, fisiólogos, farmacólogos, neurofisiólogos, filósofos, entre otros, darían un enfoque más completo a una medicina o forma de curación absolutamente novedosa y diferente. Esta nueva forma de entender el proceso salud-enfermedad unida a la medicina convencional, podrían ser la base para una verdadera y completa salud en el ser humano.

Al proponer la difícil tarea de dotar a la terapia floral de un espacio dentro de las alternativas científicas de tratamiento, es de vital importancia llevar a cabo una explicación lo más detallada posible de un elemento de gran importancia en las terapéuticas convencionales: el mecanismo de acción.

Una perspectiva integradora

Si se parte de la termodinámica, los seres vivos son **sistemas abiertos en continuo intercambio de energía e información con el medio** que los rodea. Se encuentran en un estado de desequilibrio permanente (estado estable), sometidos a un proceso continuo de renovación de todos los materiales que los forman como un caos determinado (Nicolis y Prigogine, 1987; Heine, 1997). Otra característica de los seres vivos es que están más organizados que el medio que los rodea y que mantienen esa situación a lo largo de sus vidas, para ello presentan **niveles sucesivos de adaptación al medio externo**. (Delgado, 2004)

En organismos unicelulares la adaptación al medio externo es crítica para la supervivencia celular. En organismos pluricelulares la situación es más compleja, ya que el comportamiento de cada célula individual se debe regular de manera coordinada para satisfacer las necesidades de todo el organismo, por tanto la supervivencia dependerá de una compleja red de comunicación que regula el crecimiento, la diferenciación y el metabolismo de diferentes células en los diversos tejidos y órganos. Todos estos procesos requieren de la **transferencia de información**, la cual se consigue a través de moléculas

señalizadoras, sintetizadas y liberadas por unas células específicas y que producen respuestas en las células diana. Estas células presentan receptores para dicha molécula señalizadora. La unión de las moléculas señalizadoras a sus respectivos receptores, inicia una serie de reacciones intracelulares que pueden llegar a regular todos los aspectos del comportamiento de las células, y que incluyen: alteraciones en el metabolismo, la proliferación, la supervivencia y la diferenciación celular, todos los cuales son el resultado de los cambios en la expresión génica y/o en la actividad de enzimas específicas.

Son numerosas las moléculas señalizadoras utilizadas en nuestro organismo para facilitar la comunicación intercelular; las más estudiadas son las hormonas, los factores de crecimiento y los neuropéptidos. Otro grupo menos abundante, pero de igual importancia biológica, son los neurotransmisores, algunas moléculas lipofílicas y gases (como el NO y CO₂).

Además de estos tipos de comunicación, existen otros efectores capaces de estimular la generación de respuestas celulares específicas: las generadas por la interacción directa célula-célula y la interacción de una célula con las proteínas de la **matriz extracelular**.

La mayor parte de estas moléculas es secretada en el sistema nervioso, el endocrino y el inmune, lo que les confiere propiedades y funciones autorregulatorias. Cada uno de estos sistemas responde a estímulos específicos originados tanto en el ambiente externo como en el interno y constituyen parte de un sistema integrado de defensa en continua interacción. La **respuesta adaptativa** del organismo depende de las interacciones recíprocas de dicha red.

En los últimos años una nueva rama de la ciencia, la psicoimmuno-neuro-endocrinología, (PINE) se encarga del estudio de la autorregulación psicofisiológica del organismo, es decir, de los mecanismos de interacción y comunicación entre lo psíquico y los tres sistemas responsables de mantener la homeostasis: el sistema nervioso, el inmune y el endocrino. Esta comunicación utiliza un lenguaje bioquímico a través de mediadores tales como: hormonas, neurotransmisores y mensajeros inmunológicos. Una mejor comprensión del funcionamiento global del individuo y la repercusión de cada componente lo puede aportar la llamada medicina biológica, con novedosos e interesantes postulados sobre las interacciones en la matriz extracelular, su regulación y la repercusión sobre todo el organismo.

La biología celular y molecular ha permitido establecer relaciones insospechadas con anterioridad entre los fenómenos psicológicos y biológicos. Kandel (2001) es el máximo exponente de estos estudios acerca de los mecanismos celulares del aprendizaje y la individualidad. Este aprendizaje se pudiera considerar como la fuente continua de adaptación con la sucesiva modificación producida durante la interacción con el medio externo y que fluye de forma recíproca con la mencionada red de autorregulación psicofisiológica.

La continua modificación de las sinapsis a lo largo de toda la vida, significa que toda la conducta de un individuo se produce por mecanismos genéticos y del desarrollo que actúan sobre el cerebro y todo lo que el cerebro produce desde los pensamientos más recónditos hasta los actos públicos deben entenderse como un proceso biológico. Los factores ambientales requieren del individuo una continua adaptación a través del aprendizaje, y hacen aflorar capacidades específicas, alterando la eficacia o las

conexiones anatómicas de las vías existentes. (Kandel, 2001). Este investigador da un paso definitivo, para considerar que los procesos mentales son biológicos y que cualquier alteración en ellos es necesariamente orgánica, incluso aquellas alteraciones en las que se les atribuye un mayor peso a los factores sociales, pues las mismas han de tener un aspecto biológico, porque es la actividad cerebral lo que está siendo modificada.

En resumen, el ser humano como todo organismo vivo está dotado de una base genética en la cual el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el inmunológico regulan la adaptabilidad continua a factores exógenos que van desde “tóxicos agresores” (químicos, físicos y biológicos) hasta las interacciones o la adaptabilidad social, lograda a través de un **aprendizaje continuo**, propio de cada individuo y de sus sistemas reguladores. Su falla ya sea por la intensidad, frecuencia o tiempo de exposición y/o por mecanismos adaptativos “erróneos” conduciría a la pérdida de la salud.

Hipótesis sobre el mecanismo de acción de la terapia floral.

El agua como “almacén de la información”

Las hipótesis sobre la transmisión de la información de la flor al agua, durante la elaboración de las esencias florales, son variadas y no totalmente aceptadas. Sin embargo, resulta indiscutible la importancia del agua en el proceso y su capacidad para guardar o “almacenar” esta información por años. Otro hecho que no puede pasar inadvertido, es que el ser humano contiene en su cuerpo adulto las dos terceras partes de su peso en agua; por tanto este elemento debe tenerse en cuenta a la hora de elaborar cualquier hipótesis sobre el mecanismo de acción de la terapia floral.

Los intentos por explicar las llamadas propiedades anómalas del agua han dado lugar al desarrollo de numerosos modelos sobre su estructura. Las moléculas de agua, al igual que cualquier otro tipo de moléculas, manifiestan el fenómeno de resonancia, que puede representarse por más de una estructura con contenido energético aproximadamente igual y que se diferencian solamente en la localización de los electrones. Aún se ignora mucho de la estructura del agua líquida y de la estructura de las soluciones acuosas en general.

Muchas de las nuevas hipótesis consideran la existencia de diferentes agrupaciones de moléculas de agua llamadas “clusters”. Al ser un dipolo, el agua constituiría una serie de cluster (agrupaciones moleculares), como el agua microclusterizada (hexámero estable) y el agua macroclusterizada (agua icosaédrica o *buckey balls*) (Chaplin, 2000). Este último modelo pudo observarse mediante difracción de rayos x (Muller *et al.*, 2003), y en él cuatro moléculas pueden unirse para formar agrupaciones más complejas de geometría icosaédrica.

Mitsui y cols. (2002) obtuvieron la fotografía de hexámeros de agua (una forma de cluster de agua particularmente estable), utilizando la microscopia de escaneo de efecto túnel. Se determinaron la existencia de varios isómeros de hexámeros de agua: los hexámeros planos (cíclico y de barco) parecen ser más estables que los hexámeros tridimensionales (jaula y prisma).

Los trabajos de Emoto (2003) no dejan de ser interesantes e ilustrativos de estas estructuras, pero a mayor escala, sobre los diferentes cristales de hielo, hexagonales formados por agua con estructura modificada. La influencia directa de diversos factores como imágenes, sonidos, contaminación, han mostrado variedad de formas de cristales de hielo, por lo se puede deducir que el agua tiene la capacidad de copiar y almacenar informaciones diferentes.

Recientes estudios acerca del agua (Roberfroid, 1999) han revalidado las teorías de la memoria del agua propuesta por Benveniste (1988) y la estructuración propia de las agrupaciones de moléculas de agua podría ser la base del almacenamiento de la información. Otras investigaciones sobre el agua ultradiluida, indican que ciertas aguas estructuradas podrían almacenar información física, química y biológica (Elia y Niccoli, 1999; Jonas, Lin y Tortella, 2001; Marotta y cols., 2002).

El propio Chaplin (2008) plantea que podrían existir otras explicaciones para el “almacenamiento de la información”, más que la propia estructura de las moléculas de agua, que explicarían el funcionamiento por ejemplo de la homeopatía. Una de las llamadas propiedades anómalas del agua, la tensión superficial del líquido, permite la existencia de numerosas cavidades o burbujas de gas disueltas en ella que pueden variar de tamaño, incluso ser tan pequeños que son llamados nanobubbles (nanoburbujas). Un apoyo empírico a esta teoría lo proporciona la observación de Barnard (2008), quien tiene una experiencia de decenas de años en el proceso de elaboración de las esencias florales. Él observó de forma sistemática durante la solarización (proceso mediante el cual se sitúan las flores recién cortadas en un bol de agua a la luz del sol por varias horas), la aparición progresiva de pequeñas burbujas en la superficie de las flores sumergidas y en el interior del recipiente, que dan un aspecto marcadamente brillante al agua e indican el fin del proceso de preparación.

Según Chaplin (2008), estas cavidades o burbujas pueden contraerse o crecer de acuerdo con la sobresaturación o menor saturación del gas disuelto. Los cálculos muestran que estas nanoburbujas pueden solamente persistir por unos microsegundos, pero contrario a esta teoría existen muchas evidencias de que también puedan existir por significativos períodos de tiempo (Kikuchi y col, S., 2006). Al parecer la estabilidad y el tamaño de las nanocavidades varían con el pH y el incremento de la concentración de OH^- , debido al efecto de la carga en la tensión superficial. Esto podría explicar que la posterior adición de alcohol que es el siguiente paso de la elaboración de esencias florales podría estabilizar las posibles nanoburbujas existentes procedentes de la solarización.

Una propuesta muy interesante (Cárdenas, 2009), que se basa en la existencia de diferentes agrupaciones de clusters de agua en la misma solución. Según él en la superficie del sólido (pétalos y componentes de la flor) existe un campo eléctrico que al interactuar de forma compleja con la superficie del líquido y las radiaciones del sol puede inducir la formación de irregularidades y una distribución de cargas diferentes, lo que podría conducir a cambiar las orientaciones espaciales: las agrupación de los clusters. Esta distribución de cargas podría ser diferente en la superficie de cada flor, lo que les conferiría la característica de código. Con 4 tipos de cluster se podría establecer una combinación (fig.1) para formar super clusters y /o cadenas con información similar al ADN.

Si analizamos la posibilidad que nos brinda la hipótesis de las nanoburbujas, la interacción de la superficie del líquido con el gas podría producir una orientación espacial característica de las agrupaciones de clusters, también con característica de código.

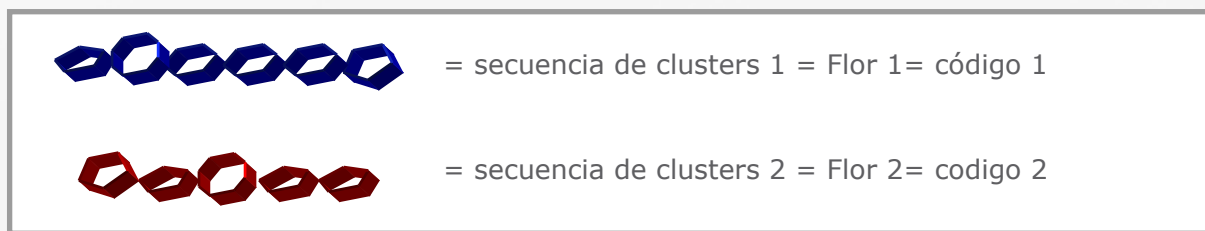


Figura 1: Combinaciones diferentes de clusters podrían establecer una codificación para cada flor

Sea cual fuere la forma de guardar la información, parece que el agua tiene un papel esencial en la **transmisión de la información** propia de la flor específica y que la variedad de estructuras informacionales que puede adoptar, constituye en cada esencia un patrón tipo característico que desarrolla un patrón de respuesta específico al interactuar con otra molécula y/o estructura biológica.

El agua, la matriz extracelular y el cuerpo humano

Alrededor del 65-70 % del cuerpo humano es agua. El compartimiento intracelular contiene el 65 %, y el 35 % de agua total es extracelular. La matriz extracelular contiene el 16 % del peso corporal de agua. La matriz ocupa todos los espacios extracelulares del organismo. Su reacción es siempre homogénea, pero su estructuración en diferentes órganos no es uniforme. La constitución bioquímica de la matriz es la de una red de complejos azúcares y proteínas poliméricas (proteoglicanos y glicosaminoglicanos PG/GAGs), con proteínas estructurales (colágeno y elastina) y glicoproteínas reticulares como fibronectina, laminina y otras. (Heine, 2000)

Debido a sus cadenas de azúcares con carga negativa, los PG/GAGs están capacitados para unir agua e intercambiar iones. Se encargan de asegurar, por tanto, la isiosmia, isoionia e isotonia de la matriz (Heine, 1997). La configuración propia de los PG con una cadena de proteínas cargadas positivamente y una de GAGs de carga negativa con fijación de agua nos muestra que pueden actuar como dipolos y su resonancia inherente se mueve en forma de un sistema viscoelástico con capacidad de transformación mecanoeléctrica con diferentes franjas de frecuencia. (Hanzlg, 1997)

Según Heine (2000): “la ordenación ultraestructural de los componentes de la matriz se puede describir como red bidimensional de polígonos parecidos que nos conduce al principio estructural de la matriz, denominado con el término matrisoma. El mismo está formado por cuatro macromoléculas: PG/GAGs, glicoproteínas estructurales (StGl) (colágeno, elastina), glicoproteínas reticulares (VGl) (fibronectina y otras) y proteínas de enlace transitorio (TP) (citoquinas, factor de crecimiento, hormonas, proteasas)”.

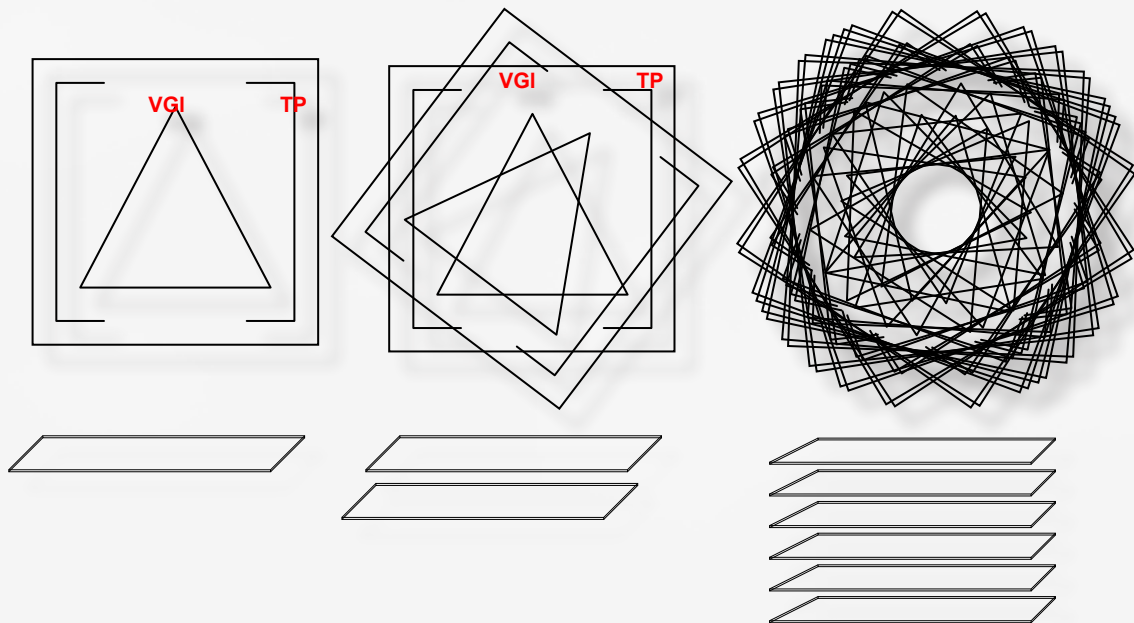


Figura 2: Matrisomas. Conformación espacial. Modificado de Heine, 2000

El propio autor señala que “si se superponen estas redes lineales, o sea se reconstruyen matrisomas de forma espacial (fig. 2) [...] aparece un determinado principio de orden espacial hiperboloide. En la simulación por ordenador estos divisores de espacio hiperboloides se desarrollan en fracciones de segundo siguiendo un proceso de agregación-desagregación y constituyen túneles helicoidales hiperboloides cuya longitud es del orden de 100 nm con diámetro variable según las moléculas introducidas en el haz de luz del túnel”.

Los hiperboloides están diseñados según el principio de **superficies de mínima energía**, donde la energía potencial tiene su mínimo en el área de las superficies más pequeñas (Shenering 1991). El análisis matemático de los estados estables de mínima energía potencial ha manifestado que reaccionan pasado un tiempo ante cambios mínimos en un punto con enormes cambios hacia otro estado estable (como en los sistemas de caos determinado y fenómenos umbral). (Karcher y Polthier, 1990)

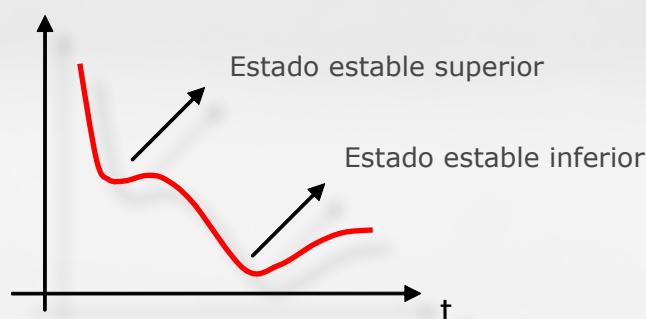


Figura 3: Fenómeno umbral en estados estables de mínima energía potencial

Las estructuras con superficies de mínima energía tienen capacidad de conducción e intercambio de iones y de transporte de sustancias, sirven para la orientación de dipolos en fase móvil y como catalizadores. Las interacciones de no unión entre iones moléculas y átomos inducidas a causa de la

curvatura de las superficies de mínima energía pueden influir en las condiciones energéticas de todas las interacciones bioquímicas (Anderson y cols, 1988, Karcher y Polthier, 1990). Bajo condiciones de mínima energía, la energía de un solo fotón puede provocar considerables efectos, siendo decisiva únicamente la energía como **contenido de información**, no número de moléculas, ni ley de acción de masas. Algunos biopolímeros como las enzimas, ADN y complejos actina-miosina están organizados por este principio, por lo que también hay que evaluar las múltiples funciones de los polisacáridos desde su perspectiva espacial.

La diversidad estructural de los carbohidratos convierte, además, a los polímeros de azúcar en portadores de la información de inigualable eficacia (Heine 2000). Los azúcares de la superficie celular participan en el mantenimiento de la homeostasis al permitir una **rápida adaptación de la matriz a cambios complejos (como una memoria a corto plazo)** debido a la gran diversidad, rápido recambio metabólico y a las posibilidades de enlace de los azúcares extracelulares. (Heine, 2000)

Los componentes de la matriz se unen a una película superficial de azúcares: el glicocalix. En la superficie celular los glúcidos se hallan unidos de forma covalente a lípidos o proteínas para formar glicolípidos o glicoproteínas respectivamente y forman una película superficial típica del individuo. (Heine 2000; Cardella 1999) La fracción glucídica se encuentra constituida en un 2 al 10 %, de oligosacáridos y están dispuestos hacia la cara citoplasmática. Esta película tiene gran importancia, pues contiene la totalidad de receptores de membrana, moléculas de adhesión celular (CAMs y otras integrinas, caderinas, selectinas), sustancias de grupos sanguíneos y antígenos de histocompatibilidad (MHC-I y MHC-II).

Los componentes del glicocalix están en interacción con los segundos mensajeros de la cara interna de la membrana (AMPc, GMPc, fosfato de inositol) y/o el citoesqueleto (microtúbulos y microfilamentos citoplasmáticos); ambos elementos importantes en la transmisión de información intercelular, por lo que pueden transmitir rápidas informaciones de matriz a célula y viceversa. (Heine, 1997)

Los mensajeros secundarios pueden activar o inhibir una serie de actividades enzimáticas del citoplasma y en última instancia modificar la fisiología de la célula. Esta acción va más allá de la regulación de las funciones citoplasmáticas, por la existencia de múltiples familias de receptores de membrana que generan diferentes segundos mensajeros con diferentes mecanismos de señalización intracelular.

Estas familias¹ son numerosas y en la actualidad se identifican continuamente nuevos miembros.

En esta interacción continua con su entorno, la capacidad de reacción tanto normal como patológica del material genético del interior de la célula y el funcionamiento celular dependen del correcto funcionamiento de esta matriz. (Heine, 2000)

La acción de cualquier fármaco en el organismo es el resultado de la interacción entre la molécula farmacológica y otra molécula propia de ese organismo. Dicha interacción deriva del encuentro entre ambas moléculas, un encuentro que no es fortuito sino que depende de la naturaleza fisicoquímica de ellas. Las moléculas del organismo a las que el fármaco inicialmente se adhiere y posteriormente modifica, se denominan receptores farmacológicos que son las mismas macromoléculas que hemos mencionado, que fisiológicamente suelen desempeñar un papel importante de regulación y control celular e intercelular. El papel crítico de las moléculas receptoras en la regulación intercelular es el que hace que pequeñas concentraciones de un fármaco puedan originar modificaciones importantes en la actividad de un órgano o sistema y, consiguientemente, en todo el organismo.

De forma similar a los fármacos alopáticos que conocemos el mecanismo general de acción de las esencias florales podría partir de este principio. Como se ha visto, las interacciones iniciadas desde la membrana celular son múltiples, complejas y no totalmente conocidas.

A diferencia de lo que ocurre con los fármacos convencionales, las interacciones de las esencias florales podrían comenzar mucho antes de la membrana celular, sin la especificidad de un receptor único. El agua como solvente universal de los organismos vivos podría unirse a cualquier molécula, sobre todo a los PGs hidrófilos de la matriz así como atravesar las estructuras de membrana con relativa facilidad, dando en esa unión la información codificada a la molécula que la recibe, lo que provoca cambios en su conformación espacial. Otra posibilidad, sin unión específica a una molécula, es que al atravesar los túneles helicoidales hiperboloides de los matrisomas se establezca un cambio en su conformación espacial. Estos cambios constituirían la trasducción de la información a señal capaz de ser comprendida y transmitida a las células y el organismo.

1 Dentro de estos receptores se encuentran los siguientes (Santiesteban y Aranda 2005):

- Los acoplados a proteínas G (GPCP), cada receptor es activado por diferentes ligandos y tiene varias familias y subfamilias. Las GPCP tienen algunas vías de señalización que las conectan con el núcleo, uno de los segundos mensajeros más conocidos es el AMPc y la PKA (proteína quinasa dependiente de AMPc) que activa cascada de señales y regula la actividad de factores de transcripción, que es un mecanismo de gran importancia en la supervivencia celular, la proliferación, la apoptosis (muerte celular programada) y metabolismo celular.

- Los receptores con actividad tirosina quinasa (RTK) con varias familias y otras proteínas quinastas.

- Los receptores asociados a canales iónicos. Las proteínas no solo se unen al soluto sino que forman poros hidrófilos que atraviesan la bicapa lipídica, son integrales y permiten a iones inorgánicos de gran tamaño atravesarlas. Estos canales son selectivos al ión y su apertura está regulada por ligandos extracelulares e intracelulares, voltaje o impulsos mecánicos. En los últimos años se sabe que participan en mecanismos de trasducción de señales externas en señales internas que permiten a las células modular su actividad de acuerdo con el medio. Entre los ligandos que regulan canales están los neurotransmisores excitatorios e inhibitorios.

- Otras moléculas implicadas en la señalización celular son las fosfatadas, los inositoles, las prostaglandinas, los leucotrienos y la ceramidas éstas últimas relacionadas con procesos de apoptosis y senescencia como los inducidos por el TNFα. Pequeñas moléculas lipofílicas esteroideas o formas activas de vitaminas liposolubles atraviesan libremente la membrana y se unen a receptores intracelulares.

- Los receptores nucleares forman una superfamilia para muchos de los cuales no existe un ligando conocido (receptores huérfanos), y en ocasiones son productos del metabolismo propio de la célula. El mecanismo de acción es la unión a elementos de respuesta localizados en regiones reguladoras de sus genes diana.

A partir de receptores de diversos tipos, con una misma señal se logra amplificar, transmitir e incluso regular a corto plazo y con gran inmediatez los procesos fundamentales de la célula, como la homeostasis, y a largo plazo a través de las modificaciones de los genes. La interacción en la membrana de estos receptores con los componentes del glucocalix en contacto directo con la matriz que contendría las **moléculas hidrófilas unidas al agua** con la información de la esencia y/o la información ya **trasducida por las estructuras propias de de la matriz** (matrisomas) podría ser la clave del mecanismo de acción de esta terapia.

La piel y mucosas, como vías de penetración: Características estructurales facilitadoras

La piel y mucosas son las vías de penetración de las esencias florales en nuestro organismo y son tejidos sumamente hidratados, con aproximadamente 70 % de agua en su constitución, tanto es así que se toman como indicadores directos del estado de hidratación de un individuo. Para comprender mejor por qué es posible, analizaremos la organización y estructura fundamental de la piel y las mucosas.

La mucosa (principalmente la oral) está constituida por un epitelio plano no queratinizado (húmedo) recubierto o lubricado por mucus, más grueso que la epidermis y en la lámina propia están incluidos pequeños acúmulos de glándulas mucosas. La mucosa sublingual presenta un amplio sistema venoso que drena directamente en la Vena Cava Superior- cavidades derechas del corazón —circulación menor—, cavidades izquierdas del corazón —circulación mayor— en muy breve tiempo.

El tejido cutáneo está constituido por dos capas bien diferenciadas: la epidermis y la dermis las cuales descansan sobre un tejido conjuntivo laxo y adiposo (la hipodermis):

- a) La epidermis es una capa avascular de unas 200-500 μ de espesor, las células se sitúan en varios estratos y se separan de la dermis por la **membrana basal**.² Desde adentro hacia fuera se pueden identificar las capas siguientes: el estrato germinal, constituido por queratinoblastos y situado en la profundidad junto a la membrana basal; el cuerpo mucoso de Malpighi, formado por división de los queratinoblastos; el estrato granuloso, compuesto por células ricas en gránulos de queratohialina; el estrato córneo, compuesto a su vez por dos capas, el estrato lúcido y la capa córnea, constituida por células queratinizadas sin núcleo. (Boada, 1997)

La hidratación cutánea se entiende en la práctica por la hidratación del estrato córneo, y está determinada por los lípidos intercorneocitarios, sobre todo de las ceramidas. El contenido de agua en la piel depende de la interacción entre aquella y las moléculas proteicas del estrato córneo.

La propiedad higroscópica de la piel depende de sustratos hidrosolubles intracelulares, conocidos como «factores naturales de hidratación» (FNH), los cuales actúan como una barrera osmótica que se opone a la deshidratación.

² Como toda membrana basal (por debajo de las células epiteliales) presenta una estructura similar a la matriz y constituye una mediadora entre la matriz (el tejido conjuntivo) y los epitelios. Presenta doble contorno (una lámina densa externa opaca a los electrones y una lámina rara interna transparente conectada con el glucocalix). En esta última son abundantes los PGs/GAGs con elevado contenido de heparán sulfato, perlacan y sindican; estas moléculas establecen enlaces entre sí y con las moléculas de la lámina densa, entran en contacto con el citoesqueleto celular con la parte extracelular de los PGs y fijan inhibidores de proteasa y factores de crecimiento que determinan la permeabilidad de la membrana basal, además debido a sus cargas negativas fijan cargas positivas (como iones), entorno catiónico para la excitabilidad. En resumen, constituyen un filtro molecular y elemento de sostén, pero median el ritmo metabólico de la matriz y las células o grupos conectados.

Están constituidos por aminoácidos libres (40 %), ácido pirrolidoncarboxílico (12 %), lactatos (12 %), urea (7 %), sales minerales, azúcares y otros compuestos orgánicos en menores proporciones. El reservorio fundamental de estos factores lo constituye una proteína rica en histidina, la filagrina (*filament aggregating protein*). La filagrina procede de la profilagrina, una fosfoproteína que se encuentra en el interior de los gránulos de queratohialina, en el estrato granuloso.

- b) La dermis es un grueso estrato de tejido conjuntivo laxo rico en vasos, nervios y músculo liso. En ella se ubican las porciones profundas de los anejos cutáneos (complejos pilosebáceos, uñas y glándulas sudoríparas). Se puede distinguir una zona en contacto con la epidermis, cuerpo papilar, y otra más profunda, reticular, en contacto con la hipodermis. Las células propias de la dermis son los fibroblastos (encargadas de la elaboración de las fibrillas de procolágeno) y los mastocitos (encargados de la modulación de respuestas celulares con la liberación de su contenido en histamina, heparina y otros mediadores). En la dermis se pueden encontrar también tres tipos de fibras: las colágenas (constituidas por escleroproteínas, paralelas a la superficie cutánea); las elásticas (compuestas de elastina) y las reticulares (compuestas de un tipo de colágeno que forman una malla alrededor de los vasos y los adipocitos). Por último, la sustancia fundamental está formada **por proteoglicanos hidrófilos** de elevado peso molecular con gran capacidad de hidratación y almacenamiento acuoso. (Boada, 1997)

El riego sanguíneo cutáneo se realiza a través de tres plexos: el hipodérmico, el dermohipodérmico y el subpapilar. En las regiones distales, además, se encuentran múltiples comunicaciones arteriovenosas (glomeros) de gran importancia para la termorregulación.

La inervación cutánea es compleja y está constituida por terminaciones libres procedentes de **fibras amielínicas** que se encuentran en la epidermis, dermis superficial y alrededor de los folículos pilosebáceos. También existen terminaciones corpusculares capsuladas y no capsuladas (células de Merkel, corpúsculos de Vater-Pacini, de Golgi-Mazzoni, de Meissner, de Krause y de Ruffini). Asimismo se encuentran fibras pertenecientes al sistema nervioso vegetativo, adrenérgicas y colinérgicas. (Boada, 1997)

La penetración de las esencias florales por la piel intacta y las mucosas podría ocurrir directamente por un mecanismo de difusión simple a través de las membranas celulares, o por el flujo que resulta de las diferencias hidrostáticas u osmóticas a través de la membrana, pues como se sabe la mayoría de las membranas biológicas son relativamente permeables al agua, esta sería por vía transcelular pero en menor cuantía podría ocurrir a través de los espacios intercelulares. La existencia de poros acuosos transmembrana o acuoporinas,³ que son altamente selectivas al paso de agua en los epitelios y que impiden incluso el paso de protones podría tener un papel decisivo en este proceso.

³ Se han descrito varios tipos de poros acuosos o acuoporinas, las AQP₃ y AQP₅, se han encontrado en epitelios de la piel y vías aéreas con funciones no esclarecidas. La estructura de poro acuoso impide que el agua protonada H₃O⁺ sea capaz de atravesar la barrera formada por el residuo ARG₋₁₉₅, el cual está conservado en todos los miembros de las acuoporinas y ocupa una posición preponderante en el poro. Existe una segunda barrera al paso de protones formada por un fuerte dipolo en el centro de poro, formado por segmentos que contienen una secuencia NPA (asparagina-prolina-alanina), el cual reorienta las moléculas de agua al pasar disminuyendo la interacción una molécula y la siguiente; esto elimina la posibilidad del transporte de protones simultáneamente y tampoco permiten el paso de otros iones porque el tamaño del poro es de +/-2,8 Å, mucho menor que el de cualquier ión hidratado. (Sánchez, 2003).

Como se ha expuesto el tejido epitelial presenta escasa sustancia intercelular, sin embargo, la piel contiene suficiente agua gracias a la existencia por debajo del epitelio de la membrana basal y el tejido conjuntivo laxo de la dermis con gran vascularización y una matriz extracelular rica en proteoglicanos (PGs) que mantienen bien hidratada la piel.

“Absorción” y trasducción de la señal. Acción directa sobre la piel.

A diferencia del resto de los fármacos, las esencias florales no siguen la secuencia farmacodinámica: absorción-distribución-eliminación por no existir un principio activo que metabolizar o degradar.

Después de atravesar los epitelios el agua portadora de la información se trasduce a una señal biológicamente activa. Una hipótesis interesante sería que esta agua con la información de la flor tuviese una **estructura secuencial con significado de código** que al contactar con los proteoglicanos de la matriz (fig. 4) o de la membrana basal epitelial y/o matrisomas (con efecto de superficie de mínima energía) produzca un cambio de su conformación y se convierta en señal. No se puede descartar el efecto directo producido sobre estructuras de membrana como son los poros acuosos que podrían iniciar directamente la asimilación de la señal codificada en el agua, y hacer que adquieran la propiedad de señalizador intracelular.

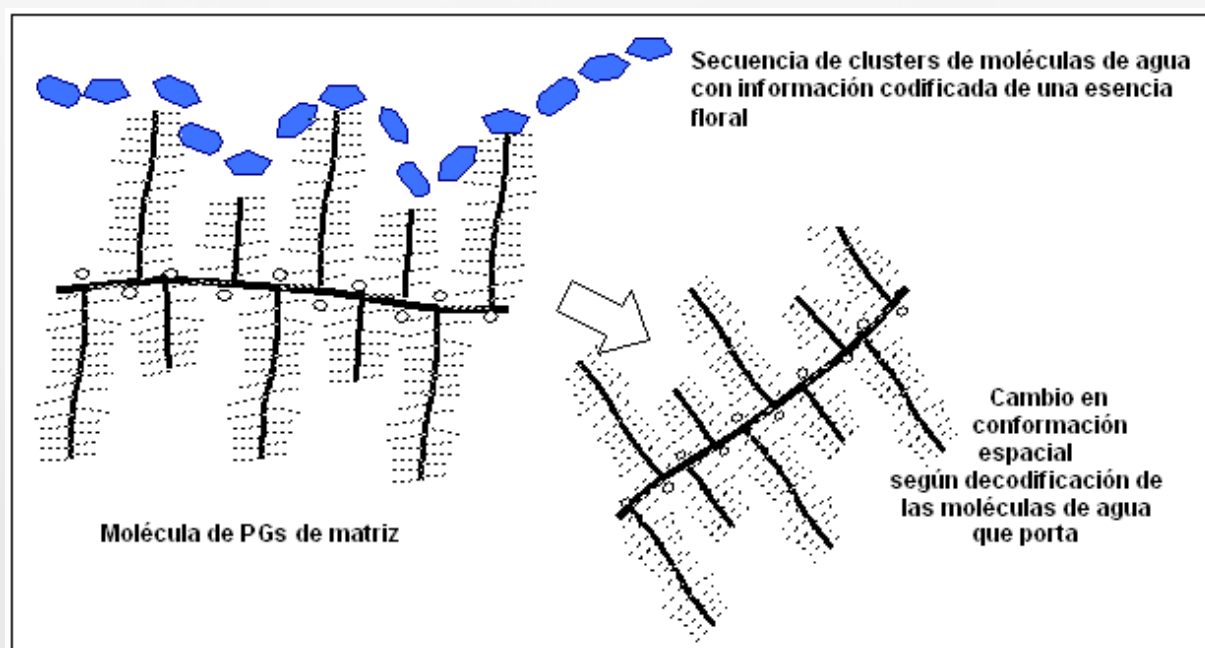


Figura 4: Cambio de conformación de PGs al interactuar con los cluster de agua con la información codificada

Como se refirió en el epígrafe anterior, los componentes de la matriz contactan con el glucocalix (con glucoproteínas y receptores de membrana o transmembrana). Estos serían los receptores de una señal ya decodificada (típica y diferente según la codificación de la información de la esencia), y al igual que ocurre con los fármacos conocidos sirve para activar o inhibir una serie de actividades enzimáticas del citoplasma de las células a través de mensajeros secundarios que finalmente actuarían para cambiar aspectos del metabolismo, la función o desarrollo celular y estimular la generación de respuestas celulares específicas.

La transmisión de la señal se realiza rápidamente a través de uniones adherentes al resto de las células epiteliales sin olvidar la capacidad del agua de atravesar fácilmente las membranas biológicas (incluso intracelulares hasta la nuclear) la distribución local de la información podría ocurrir por diferentes vías y la **decodificación simultánea a diferentes niveles**. Esto llevaría a la acción terapéutica a nivel local, que consiste en la autorregulación fisiológica de todo el tejido, autolimitando las reacciones inflamatorias, inmunológicas, el dolor y estimulando la reparación tisular, el combate y la eliminación de agentes infecciosos.

El concepto vida media del fármaco, utilizado con los medicamentos conocidos, constituiría en la terapéutica con esencias florales el tiempo de duración de la señal. No es importante en esta terapia la concentración del fármaco pues como hemos referido no hay principio activo por lo que la cantidad que se aplique carece de importancia y en su lugar el número (frecuencia) de dosis. Al utilizar las dosis repetidas se contribuye a perpetuar la señal iniciada y a fortalecer progresivamente este patrón de funcionamiento desde ese patrón de información decodificada. Por eso en los daños mayores, más profundos y crónicos, es necesaria una terapia más larga y continua pues hay que restituir y desarticular cada una de las disrregulaciones con el correcto y progresivo funcionamiento celular de tejidos y órganos

Más allá de la acción local

La acción de la terapia floral va más allá de la zona local de aplicación; de hecho la mayor utilización de esta terapia se realiza a través de su acción sistémica y en la aplicación a nivel tópico se ha demostrado acción sistémica concomitante,⁴ con inmediatez variable. Se pudieran plantear varias hipótesis de cómo ocurre este proceso en el organismo.

Después de la absorción local, en la piel o mucosas podríamos observar el efecto descrito en el anterior epígrafe, pero lo que determina la llegada al cerebro, que es el principal sitio de acción y el posible amplificador o reproductor del patrón señalado por la esencia, tendría varias vías hipotéticas que podrían ocurrir independientes o de forma simultánea.

El paso del agua o su intercambio entre la piel y mucosas y el lecho vascular de las membranas basales es bastante rápido y está determinado por la presión osmótica de ambas. Una vez en el lecho vascular se distribuye a través de la sangre⁵ a todo el organismo llevando directamente la información de la esencia que se decodificará o trasducirá por los diferentes tejidos de forma similar a la descrita.

Podría ser también que otros fluidos corporales (como saliva y líquido cefalorraquídeo) lleguen el agua con la información, y que las células que bañan realicen la transducción de la señal con la posterior transmisión de la información de célula a célula con mucha mayor rapidez (epitelios de mucosas y células nerviosas) debido a la estrecha unión entre ellas.

Otra vía podría ser que la señal ya decodificada a nivel local como se describe en los epígrafes

⁴ Trabajos de Diezman Krämer sobre zonas activas de la piel.

⁵ Recordar composición acuosa del plasma 90-92 %.

anteriores se propague a través de la matriz, célula a célula, a través de la sangre o por mecanismos de reflejo axoplásmico retrógrado de las fibras nerviosas existentes en piel y mucosas. La señal después de trasducida se amplifica y perpetúa a través del sistema Psiconeuroinmunoendocrino (PINE) durante el tiempo suficiente para la autorregulación de las disregulaciones alejadas del patrón captado.

La figura 5 resume esta acción a nivel sistémico:

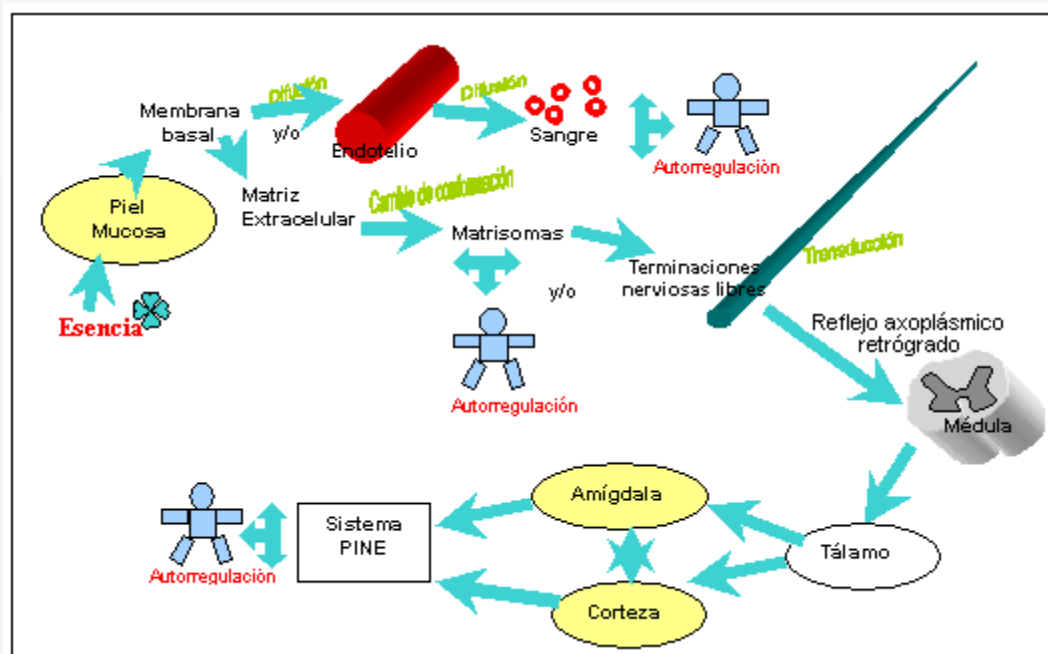


Figura 5: Acción sistémica de las esencias florales

Una teoría interesante y menos convencional de la transmisión de la información de la flor a través del organismo se basa en la hipótesis desarrollada por Jingong⁶ y cols. (2005) sobre las propiedades del agua como un dipolo que puede alinearse en parte por un campo electromagnético, lo cual puede mostrarse por el movimiento de una corriente de agua que pasa por una fuente electrostática, es diamagnética y puede ser levitada en campos magnéticos. Se plantea que es posible la transferencia de energía vibracional intermolecular en agua líquida (Bramwell, 1999; Ikezoe y col., 1998). Teóricamente, la conectividad aglutinante de hidrógeno de las moléculas de agua puede controlar el progreso de la translocación iónica en estos sistemas. Los iones positivos, tales como los protones (H⁺); o iones negativos, tales como los iones de hidróxido (OH⁻), pueden transportarse por medio de los “alambres de agua clusterizada”. El sistema alámbrico de agua puede ser una cadena unidimensional de punta a punta o redes tridimensionales de agua enlazadas por hidrógeno (Meyer, 1992; de Godoy y Cukierman, 2001; Pomes y Roux, 1998, 2002; Tuckerman, Marx y Parrinello, 2002). El agua es también un componente clave de los bioclusters con proteína y ADN, por lo que formaría redes de hidrógeno biológico a través de las cuales se transmitirían diferentes informaciones.

De una u otra forma la transmisión de la información del agua “estructurada” o con la información particular de las esencias florales, causa en el organismo un cambio de conformación de diversas

⁶ Centro para la Bioseñalización y Departamento de Investigación de Sistemas de Ingeniería eléctrica e Informática. Instituto Tecnológico de Nueva Jersey, Newark, NJ 07102, EUA.

estructuras, lo que le confiere una actividad señalizadora que desencadena una serie de respuestas de segundos mensajeros intracelulares que intervienen en la autorregulación fisiológica de los tejidos. Este efecto a nivel sistémico podría potenciarse a través del sistema Psiconeuroinmunoendocrino y sus principales estructuras efectoras.

A nuestro juicio las esencias florales no actúan sobre una patología o afección determinada. Ellas intervienen en la correcta autorregulación de las funciones celulares y tisulares. Esta autorregulación fisiológica se logra en todo el organismo por la generalización del estímulo desencadenado, por tanto, aquellos tejidos disrregulados o con alteraciones en su normal funcionamiento (dígase dañados o enfermos) responden a la señal de correcta autorregulación con la reparación acelerada del daño o el progresivo normal funcionamiento y llegan a curarse a partir de la información codificada de cada esencia específica. Esto explica la acción simultánea en “diferentes niveles” como el fisiológico, conductual, el emocional si tenemos en cuenta las bases biológicas de los procesos mentales. Es por esto que al aplicar las esencias con un objetivo muy específico, se obtienen “acciones colaterales” en todos estos “niveles”.

Una acción especial. Efecto de la terapia floral sobre el sistema nervioso central

Por diferentes vías llega la información a las mediaciones de las neuronas. Como se refirió, cada esencia contiene la codificación de un patrón informacional de la flor en cuestión. Este patrón contenido en el agua, hace que las estructuras con las que interactúa (que son receptoras) respondan de manera específica, que diferiría con cada esencia floral, pero esta respuesta representaría cada patrón informacional de la flor, transmitido a diferentes niveles, en la célula, tejido, órgano, o en patrón de respuesta emocional, cognitiva o conductual (igual mensaje decodificado en todos los niveles).

Para explicar qué pasa en el sistema nervioso central con las esencias florales nos basaremos en los estudios de Kandel (2001). Según estos, cada individuo nace con características propias en su cerebro que son de base genética y/o hereditarias, esto significa que se nace con una estructuración básica de conexiones neuronales o sinapsis. Pero esta estructura no es estática, sino que durante el aprendizaje, según las experiencias, se producen variaciones en la eficacia de las conexiones nerviosas; los sucesos de cada día (la estimulación sensorial, la privación y el aprendizaje) pueden debilitar eficazmente las conexiones sinápticas en algunas circunstancias y favorecerlas en otras.

Los estudios sobre la plasticidad sináptica indican que existen dos etapas que se solapan en el desarrollo y mantenimiento de la solidez de las sinapsis:

- *La primera etapa, los pasos iniciales de la formación de las sinapsis, ocurre fundamentalmente en las etapas tempranas del desarrollo y está bajo control de los procesos genéticos y del desarrollo.*
- *Segunda etapa, el ajuste por la experiencia de las sinapsis desarrolladas, comienza en fases tardías del desarrollo y se prolonga en cierta medida durante toda la vida.*

Los diferentes patrones de información codificada contenidos en las esencias de cada flor particular, actuarían a través de una señalización biológica de forma similar a la descrita, pero en el tejido nervioso. Esto potenciaría los mecanismos que intervienen en el aprendizaje. Los procesos lábiles y mediatos se basarían inicialmente en el proceso de rápida estructuración de glúcidos de membrana que llevaría a cambios funcionales y a largo plazo a través de segundos mensajeros con acción a nivel nuclear con nueva síntesis de proteínas y crecimiento y/o poda de conexiones sinápticas, o sea cambios estructurales.

De aquí la explicación de la acción de las esencias florales a corto plazo sobre reacciones emocionales y a largo plazo con la repetición del patrón de información de la esencia en cuestión sobre elementos más profundos de la personalidad y la conducta. A partir de los avances tecnológicos actuales, podremos evaluar muy pronto la acción de la palabra, o sea, de la psicoterapia sobre el funcionamiento cerebral (Kandel, 2001); y por supuesto, también podremos evaluar estos efectos de las esencias florales sobre las diferentes regiones de la corteza y el cerebro y su correspondencia con los mecanismos moleculares de acción de las mismas.

Bibliografía

- Anderson S. y cols. (1988): "Minimal surface and structure: From inorganic and metal crystals to cell membranes and biopolymers", *Chemical Reviews* (88): 221-242, 1988.
- Barnard, J (2008): *Remedios florales de Bach. Forma y función, Flower Remedy Programme, Hereford*
- Benveniste, J. *et al.* (1988): "Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE". *Nature* (333): 816-818.
- Boada J. N. (1997): "Farmacología dermatológica", en Flórez J., Armijo J. A., Mediavilla A.: *Farmacología humana*, 3ª ed., cap. 75, MASSON, Barcelona (España).
- Bramwell, S. T. (1999): "Ferroelectric ice", *Nature* (397): 212-213.
- Chaplin, M. (2008): "Nanobubbles", en *Water structure and science*. Disponible en www.lsbu.ac.uk/water.
- Chaplin, M. F (2000) "A proposal for the structuring of water", *Biophys Chem.* (83): 211-221.
- Cárdenas, R. (2009): Modelación matemática de sistemas *biológicos*. Comunicación oral no personal publicada.
- De Godoy C. M.; S. Cukierman, S (2001): "Modulation of proton transfer in the water wire of dioxolane-linked gramicidin channels by lipid membranes", *Biophys.* 81: 1430-1 438
- Delgado G. J. M. (2005): "Concepto y contenido de la fisiología", en Tesguerras J. A. F: *Fisiología Humana*.
- Elia V, Niccoli M (1999): "Thermodynamics of extremely diluted aqueous solutions", *Ann N Y Acad Sci* 879:241-248.
- Emoto, M. (2003): *Mensajes del agua*, La liebre de marzo, 143 pp.
- García de Herreros M. A. y P. G. Posos (2004): "Receptores de membrana y mecanismos de transmisión de señales". En: Rodes J. T. y J. M. Guardia: *Medicina Interna*.
- Hanzl G. Die (1997): *Arztezeitschrift für Naturheilverfahren*; Regulation des Küpers (38): 465-476.
- Heine, H. (1997): Neurogene Entzündung als Basis chronischer Schmarzen. Beziehungen zur antihomotoxischen Therapie. *Biolog Medizin* (6): 246-250, 1997.
- Heine, H. (2000): *Homotoxicologia*, Aurelia-Verlag.
- Ikezoe, Y.; N. Hirota; J. Nakagawa y K. Kitazawa (1998): "Making water levitate", *Nature*, (393): 749-750.
- Jingong Pan *et al.* (2005): "Almacenamiento y Transferencia de Baja Frecuencia Resonante en Clusters de Agua estructurada". Disponible en: www.nhtglobal.com/pdf/ClusterPlus_NJInstituteAbstractSP.pdf
- Jonas, W.; Y. Lin; F. Tortella (2001): "Neuroprotection from glutamate toxicity with ultra-low dose glutamate", *Neuroreport*, (12): 335-9.
- Kikuchi K.; Y. Tanaka; M. Saihara; M. Maeda; M. Kawamura and Z. Ogumi, (2006): Concentration of hydrogen nanobubbles in electrolyzed water, *J. Colloid Interface Sci.* (298): 914-919.
- Kandel, Eric (2001): "Mecanismos celulares del aprendizaje y sustrato biológico de la individualidad", en *Principios de Neurociencia*, McGraw-Hill, Barcelona, pp. 1247-1279.
- Karcher, H.; K. Porthier (1990): "Dei Geometrie von Minimalflächen", *Spektrum der Wissenschaft*, (10) : 96-107.

- Marotta, D. *et al.* (2002): "Non-linear effects of cycloheximide in glutamate-treated cultured rat cerebellar neurons", *Neurotoxicology*, (23): 307-312.
- Meyer, E. (1992): "Internal water molecules and H-bonding in biological macromolecules: a review of structural features with functional implications", *Protein Sci*, (1): 1543-1 562.
- Mitsui T.; M.K. Rose; E. Fomin, D.F Ogletree; M. Salmeron (2002): "Water diffusion and clustering on pd(111)", *Science*, (297): 1850-1852.
- Müller, A.; H. Bögge, E. Diemann (2003): "Structure of a cavity-encapsulated nanodrop of water", *Inorg. Chem. Commun.* (6): 52-53.
- Pomes, R.; B. Roux (1998): "Free energy profiles for H⁺ conduction along hydrogen-bonded chains of water molecules", *Biophys*, 75:33-40.
- Pomes, R.; B. Roux (2002): "Molecular mechanism of H⁺ conduction in the single-file water chain of the gramicidin channel", *Biophys*, (82): 2 304-2 316.
- Roberfroid, M., *et al.* (1999): "Inhibition of human basophil degranulation by successive histamine dilutions: results of a European multi-centre trial", *Inflamm Res*, 48 Suppl 1:S17-8.
- Sanchez, J.C. (2003): Acuaporinas: proteínas mediadoras del transporte de agua. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/acuaporinas>
- Santiesteban; Aranda (2005): "Mecanismos de acción hormonal", en Tesguerres, J. A. F: *Fisiología Humana*, Cap 66, p. 811.
- Schenering von HG. (1991): Die Krümmung chemischer Strukturen. *Nova Acta Leopoldina NF*; (65): 89-103.
- Tuckerman, M. E.; D. Marx; M. Parrinello (2002): "The nature and transport mechanism of hydrated hydroxide ions in aqueous solution", *Nature* 417: 925-929.



Un Camino

de Aprendizaje

CUADERNOS
DE
INVESTIGACIÓN

GC Bach

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

visítenos en:
www.gcbach.uclv.edu.cu