

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “JOSÉ AGUSTÍN MAS NARANJO”

Título: Aplicación de una estrategia terapéutica con esencias florales en pacientes con cáncer del municipio Primero de Enero.

Autor: Dr. Oscar Yoandry León Companioni.

Residente de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral.
Policlínico Universitario “José Agustín Mas Naranjo”

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “JOSÉ AGUSTÍN MAS NARANJO”

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

TÍTULO: Aplicación de una estrategia terapéutica con esencias florales en pacientes con cáncer del municipio Primero de Enero.

AUTOR: Dr. Oscar Yoandry León Companioni.
Residente de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral.
Policlínico Universitario “José Agustín Mas Naranjo”

TUTORES: Dra. Gladys María González Suárez. Especialista en Medicina General Integral. Policlínico Universitario “José Agustín Mas Naranjo”.

Yudisbel Rodríguez Rodríguez. Licenciada en Psicología. Centro de Diagnóstico y Orientación, Dirección Municipal de Educación Primero De Enero.

PENSAMIENTO

“dondequiera que se ama el arte de la medicina, se ama también a la humanidad”

Platón, Atenas, 427-347 a.c.

DEDICATORIA:

A mi madre, mi gran luz y guía en el camino de mi vida.

A mi esposa, mi motor impulsor.

A mi familia, por su apoyo y confianza.

AGRADECIMIENTOS:

Quisiera agradecer la realización de esta investigación, y a tanto esfuerzo y estudios.

Quisiera agradecer a mi madre por su apoyo incondicional, por incitarme a continuar estudiando, por todo.

Quisiera agradecer también a mi esposa, sin ella no hubiese sido posible este trabajo.

A mis compañeros de trabajo, mis profesores, a todas las personas que colaboraron en esta investigación.

Y un agradecimiento especial a mis tutores, los que me brindaron su colaboración formando un ejemplo y guía fundamental en la realización de la investigación, de una forma más óptima.

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental de tipo pre-experimento en el Policlínico Universitario “José Agustín Mas Naranjo” específicamente en los Consultorios Médicos de la Familia 12 y 13 del área de salud Primero de Enero, en el tiempo comprendido entre septiembre del 2015 y junio del 2016, se tomó como universo a todos los pacientes con cáncer de dichos consultorios antes mencionados, la muestra estuvo conformada por un total de 15 pacientes, con el objetivo de aplicar una estrategia terapéutica para la estabilización emocional en pacientes con cáncer mediante las Esencias Florales.

Para el estudio primeramente se capacitó al personal de salud sobre los temas relacionados con la investigación, se realizó un diagnóstico inicial sobre la situación actual del estado emocional de los pacientes a través de técnicas psicológicas, al mismo tiempo que se controlaba la evolución clínica del síndrome general, luego se aplicó la terapia floral dirigida a contribuir a la estabilización del funcionamiento emocional, posteriormente se realizó un diagnóstico o medición final. Después se realizó la comparación de ambos diagnósticos realizados. Con la aplicación de esta estrategia se logró mejorar el funcionamiento emocional de los pacientes y proporcionalmente el estado clínico general de los mismos.

Palabras claves: funcionamiento emocional; cáncer; terapia floral.

ÍNDICE	Páginas
I. Introducción	1-4
II. Marco Teórico	5-14
III. Materiales y Métodos	15-21
IV. Resultados y Discusión	22-29
V. Conclusiones	30
VI. Recomendaciones	31
VII. Referencias Bibliográficas	32-35
VIII. Anexos	36-49

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades más temidas, cuyo diagnóstico es una de los acontecimientos más estresantes en la vida de una persona. El cáncer está causado por un crecimiento excesivo e incoordinado de una masa tisular anormal que no está sujeta a los controles normales del organismo y que, además, posee la capacidad de invasión, destrucción de estructuras vecinas y diseminación, por lo que normalmente acarrea la muerte del individuo, si se deja libre su evolución.

Según datos de la OMS, una de cada cinco personas muere de cáncer en los países desarrollados. Cada año se diagnostican 6000000 de casos nuevos de cáncer en el mundo, y 4000000 mueren por esta enfermedad y se estima que para los próximos años llegue a 8000000 al año. Existen múltiples razones que evidencian la necesidad de una atención priorizada al paciente con cáncer. En primer lugar la naturaleza de la enfermedad que como bien sabido es crónica, por lo que el paciente debe cambiar su estilo de vida y de afrontamiento. Es una enfermedad además con una etiología y una cura desconocidas, que se caracteriza por la constante incertidumbre y la escasa capacidad de control percibidas por el paciente. Un segundo aspecto es el de las connotaciones sociales del cáncer, significados de muerte, desfiguración y dolor son algunos de los estereotipos asociados a la enfermedad, que llevan en la mayoría de los casos a un incremento en los niveles de ansiedad y estrés.

Además de todo esto se encuentra la problemática de los tratamientos empleados habitualmente que como es conocido son tratamientos agresivos cargados de efectos colaterales, difíciles de entender por el paciente que ve como el tratamiento que supuestamente lo va a curar, por el contrario, le hace sentir más débil y enfermo. Finalmente, en los pacientes de cáncer es frecuente la aparición de determinados trastornos psicopatológicos, causados en parte por la propia enfermedad, entre los que se podrían destacar problemas tales como la anorexia, depresión y trastornos de ansiedad, entre otros.

Aunque se incrementa el alcance de los tratamientos de esta enfermedad, se insiste en la necesidad del desarrollo de nuevas terapéuticas que incluyan alternativas menos

agresivas e inciertas, que más allá del tratamiento convencional y utilizado habitualmente, disminuyan los efectos colaterales e invasivos, que impiden en el paciente, una percepción de mejoría o cura.

En tal sentido, el aprovechamiento de las bondades de las distintas modalidades de la medicina tradicional en la atención primaria de salud es una indicación de trabajo del Ministerio de salud Pública, al contar con beneficios económicos y científicos de amplio acceso y aceptación por el pueblo. A partir de 1995, en Cuba se desarrolló un Programa Nacional para el Desarrollo y Generalización de la Medicina Natural y Tradicional (MNT) con carácter intersectorial y multidisciplinario, que posibilitó integrar los recursos de esta en el quehacer de todas las especialidades médicas; además, logró involucrar a diferentes organismos y organizaciones sociales en las acciones de apoyo y aseguramiento a la actividad.(1)

Con el transcurso del tiempo y las investigaciones realizadas quedó demostrada la influencia del factor psicológico sobre las enfermedades oncológicas, por lo que se realizaron estudios sobre la utilización de métodos alternativos para el tratamiento adyacente del cáncer, uno de ellos fue la terapia floral.

Al respecto, el Ministerio de Salud Pública aprobó una serie de modalidades de la MNT a desarrollar en las áreas de salud, entre ellas la terapia floral y específicamente el sistema floral de Bach(2) compuesto por 38 flores y el Rescue Remedy. Estos remedios se preparan con elementos naturales, tales como agua de manantial, flor seleccionada y brandy; se utiliza la luz del sol y la infusión de las plantas según sea el caso para obtener la tintura madre, que permite la preparación de disímiles conjuntos florales.

Se ha demostrado que las flores de Bach tienen efectos positivos en el tratamiento de enfermedades mentales y orgánicas, entre los cuales figuran: trastornos del sueño, miedo, ansiedad, deshabitación tabáquica, asma bronquial, hipertensión arterial, entre otras.

Los remedios florales están dirigidos directamente a tratar el estado emocional de las personas para facilitar su bienestar tanto psicológico como fisiológico, a través del equilibrio de los efectos negativos y el estrés.

El efecto beneficioso de las Esencias Florales, producido en las emociones, garantiza un recurso terapéutico para la enfermedad desde la concepción biopsicosocial del individuo, con niveles de repercusión psicológica que presupone un enfoque psiconeuroinmunológico. Con la realización de intervenciones de este tipo se permitirá explicar la acción favorable desde métodos económicos, no dolorosos y útiles en aspectos psicológicos y clínicos, los cuales hasta el momento no se utilizan en nuestras áreas de salud.(3)

En nuestro país no son muchos los estudios realizados y publicados acerca del tema, a pesar de la relevancia que tiene en la actualidad la utilización de las diferentes modalidades de la medicina natural y tradicional.

En nuestro municipio no se han realizado investigaciones sobre el tema, el uso de esta modalidad de la MNT solo se aplica de forma parcial por la parte de la psicología, o sea se aplica sobre todo para niños en el Centro de Diagnóstico en la Dirección Municipal de Educación, hecho este que justifica nuestra investigación, no se cuenta en la sala de rehabilitación integral (que es la que presta los servicios de Medicina Natural y Tradicional) con esta modalidad, solo se prescribe la terapia por una psicóloga que no trabaja vinculada a nuestro sector. Esta modalidad es de bajo costo asequible por lo que contribuye también con la economía del país. Además por la alta incidencia en nuestra provincia y sobre todo en el municipio de pacientes con cáncer se hacen necesarios investigar sobre alternativas que ayuden desde la atención primaria de salud a elevar la calidad de vida de estos pacientes, de ahí nuestra problemática:

¿Cómo mejorar el estado emocional de los pacientes con cáncer?

Tomando como referencia la connotación psicosocial sobre otras enfermedades, la idea científica y el aporte fundamental radican en diseñar e implementar una estrategia terapéutica para estabilizar el funcionamiento emocional en pacientes con enfermedades oncológicas, mediante la utilización de las Esencias Florales, y como

algo novedoso comenzar a aplicarlo en nuestras salas de rehabilitación como tratamiento adyacente a estos pacientes.

Objetivo General: aplicar una estrategia terapéutica para estabilizar el funcionamiento emocional en pacientes con enfermedades oncológicas mediante la utilización de las Esencias Florales.

Objetivos Específicos:

1. Determinar los principales indicadores de ansiedad, depresión e ira al inicio de la intervención, así como la intensidad con que los pacientes registran sus emociones.
2. Definir las caracterizaciones diagnósticas de Bach que con mayor predominio se manifiestan en cada paciente, para la composición de la fórmula.
3. Valorar la evolución del síndrome general del paciente.
4. Comparar los indicadores del funcionamiento emocional a partir de la implementación de la estrategia terapéutica.

Hipótesis Si se aplican las esencias florales de Edward Bach a los pacientes con enfermedades oncológicas, se logrará entonces estabilizar en funcionamiento emocional de los mismos mejorando así de forma proporcional su enfermedad.

II. MARCO TEÓRICO

El cáncer constituye un reto para los médicos que se desempeñan tanto en el espacio clínico como en el experimental, y para los otros profesionales de la salud, quienes aspiran a desarrollar técnicas diagnósticas y terapéuticas más efectivas, así como la manera de minimizar o controlar las variables etiológicas, con miras a la prevención. Sin embargo, esta preocupación no es reciente, la presencia de variables psicológicas en la etiología y evolución del cáncer se han reportado desde los inicios de la historia de la medicina. En el siglo II. D. C. el médico griego Galeno, en su tratado “De Tumoribus”, desde su teoría humoral afirmó que las mujeres melancólicas eran más propensas al cáncer que las mujeres sanguíneas. Desde el reporte de Galeno, encontramos en los siglos sucesivos observaciones realizadas por médicos y cirujanos, de los aspectos psicológicos de las personas a las que trataban, y le atribuyeron valor etiológico o concomitante en función del paradigma médico de cada época. En este mismo sentido Abulcasis, durante la segunda mitad del siglo X en la España musulmana, utilizó la cauterización con un hierro caliente o con químicos, para tratar enfermedades “frías” y “húmedas” para secar la mezcla húmeda de humores, e incluyó en este grupo: el cáncer, las fístulas, y la melancolía entre otras enfermedades afines. En el siglo XVIII, en un tratado sobre el cáncer, escrito en 1759, Richard Guy, prestigioso cirujano londinense, afirmó que: las mujeres son más propensas a padecer enfermedades cancerosas que los hombres, en especial aquéllas que tienden a ser sedentarias y melancólicas, y que ante una desgracia en la vida reaccionan con gran pesar. De forma semejante, la medicina rusa de los siglos XVII y XVIII consideró la pena prolongada como causa remota del cáncer, más adelante Grendon pone de relieve el efecto de los desastres de la vida en el desarrollo del cáncer, de la misma forma Burrow, sugería que era a causa de las pasiones de la mente que afectaban a la persona por largo tiempo. A finales del siglo XIX el Cirujano Sir James Paget 1870 en su Cirugía Patológica sostiene que la profunda ansiedad, la esperanza postergada y la desilusión eran rápidamente seguidas por el surgimiento y el crecimiento del cáncer. Afirmación que apoya las observaciones de Sir Thomas Watson en el año 1871 quien afirmaba que en su larga experiencia había observado tanto la secuencia entre un gran estrés mental y la

celeridad en el proceso de desarrollo del cáncer en personas con predisposición oncológica que era innegable esa íntima relación.

La mayoría de las observaciones clínicas de los siglos precedentes fueron hechas principalmente por médicos, desde la medicina o la cirugía, y constituyeron miradas descriptivas de realidades somáticas y generalidades del ámbito psicológico con muy poco desarrollo teórico y de hipótesis explicativas de las observaciones, pues la psiquiatría y la psicología eran disciplinas especulativas de incipiente desarrollo. En el siglo XX cristalizó el desarrollo de las ciencias sociales, y de otras disciplinas que contribuyeron a edificar una nueva mirada de la medicina que lograra completar la visión, biologicista, para incluir la realidad psicológica y social del enfermo.

En este contexto, con el desarrollo de las ciencias sociales y la teoría de Freud y los representantes del Movimiento Psicoanalítico, se gesta el enfoque de la medicina psicosomática y antropológica, a finales de los años cuarenta, que se propone entender la medicina como una disciplina, no reducida sólo a la biología, lo que implica la concepción de un hombre que actúa como una totalidad antropológica, biológica, social, histórica, psicológica, esta visión junto con el desarrollo de métodos auxiliares como los modelos matemáticos y estadísticos aplicados a las ciencias sociales, y a la psicoterapia permitieron una serie de investigaciones que constituyeron una mirada desde lo somático y lo psíquico simultáneamente, que aportó un marco teórico explicativo a la realidad de la persona enferma, además de abrir un espacio de acción psicoterapéutica, con clara influencia sobre el cuadro somático.

Este cuerpo teórico y clínico experimental, permitió la incursión de la psiquiatría en el campo de otras especialidades médicas, y de esta forma se estudian dentro de la medicina oncológica, cualidades psicodinámicas como: las relaciones sociales afectivas, la separación, las experiencias traumáticas de la guerra, la depresión, el estrés, y los estados emocionales así como variables estructurales como: el temperamento, el carácter, rasgos de personalidad y los relacionan con la aparición del cáncer.

Los psicoterapeutas Le Shan y Worthington,(4) trataron de comprobar su hipótesis de la influencia de un estrés, con fuerte tensión emocional en el desarrollo del cáncer

mediante una investigación estadística en donde se evidenció una curva de frecuencia de aparición de cáncer en función de las alteraciones o pérdidas emocionales relacionadas con los vínculos afectivos con la pareja, encontraron que en primer lugar se encontraban los viudos o viudas, luego el grupo de divorciados, luego el grupo de casados bajo tensión y por último los solteros. En una revisión crítica realizada en (1959) por Le Shan del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, concluye en tres puntos las hipótesis apoyadas por las evidencias experimentales: 1) parece existir una cierta correlación entre enfermedades neoplásicas y cierto tipo de situaciones psicológicas. 2) el factor psíquico registrado con mayor frecuencia es la pérdida de una relación afectiva importante como antecedente de la enfermedad. 3) parecen existir relaciones entre la estructura de la personalidad y el tipo y localización del tumor.(5)

En Venezuela, los representantes más destacados de la visión psicosomática del cáncer son: el Dr. Lisandro López Herrera, Médico Internista, Oncólogo y el Dr. Fernando Rísquez, médico psiquiatra, quienes desde la década de los años 50, han desarrollado un prolijo trabajo sobre diferentes aspectos del sufrimiento y su manifestación histológica. Desde su experiencia clínica y pensando en el aspecto etiológico el Dr. Rísquez afirma que todo canceroso tiene en su biografía la pérdida brusca de un ser querido(6). Y en cuanto a la potencia del encuentro psicoterapéutico, afirman que con algunos pacientes se puede vivir la emocionante experiencia de que cualquiera sea el grado evolutivo de un cáncer, un cambio en la actitud de la persona en relación con su enfermedad, con su propia vida y con las demás personas puede tener un efecto de detención del progreso del tumor.(7)

El recorrido histórico del desarrollo del enfoque psicosomático y antropológico en medicina, tiene un avance importante con el descubrimiento de Ader y Cohen sobre el condicionamiento de la respuesta inmune, que aportaron un punto de apoyo explicativo hipotético, a la relación evidenciada en el ámbito clínico entre psiquis y cáncer. Hoy día podemos medir a nivel molecular el impacto tanto de los eventos vitales, como de las maniobras de orden psicoterapéutico en nuestros recursos defensivos inmunológicos.(8)

Sobre estas bases, en diferentes lugares del mundo se han formado asociaciones profesionales con líneas de investigación y ejercicio clínico dentro de la Psicooncología, como interdisciplina de la Psicología de la Salud; al punto que en Estados Unidos, Arthur Sutherland fundó la Sociedad internacional de Psicooncología en 1984,(9) para agrupar miembros de las distintas asociaciones que operaban a nivel mundial; en ese mismo año se celebró en Barcelona, España las “Primeras Jornadas de Psicología Oncológica”(10). Paralelamente se han desarrollado aplicaciones prácticas de algunas evidencias experimentales, aunque no sean concluyentes, unidas a derivaciones teóricas y filosóficas sobre la enfermedad, su énfasis se ha puesto en la mejoría de la calidad de vida de las personas con cáncer y enfermedades de alto riesgo, entre ellas se cuentan: en la década de los 50, Arthur Sutherland estableció la primera unidad de psiquiatría oncológica en el Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering (MSKCC) de Nueva York, que ha evolucionado al Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales que desarrolla cuidado clínico, investigación y enseñanza, además de diversas publicaciones.(11)

También se han creado fuera del ámbito hospitalario y académico, instituciones de apoyo a las personas con cáncer, que participan como recursos complementarios en el tratamiento médico y no como terapéutica sustitutiva, entre ellos, tenemos: el Cancer Help Center, de Bristol Inglaterra fundado por la Dra. Rosy Thomson, para brindar apoyo holístico a las personas con cáncer, el Simonton Cancer Center, fundado en la década de los 70 por la Dra. Stephanie Matthews Simonton y el Dr. Carl Simonton, cuyo objetivo es asistir con un programa psicosocial a las personas con cáncer, el Instituto Barthe Psicosomática y Psicología Clínica fundado en Barcelona España por la psicóloga Emma Barthe para dar apoyo psicosocial a personas con cáncer; la Wellness Community, fundada por Harold Benjamig en 1982 en California y en la actualidad cuenta con más de 18 centros en los Estados Unidos, trabaja estrechamente con más de 300 médicos oncólogos y en 1995 atendía más de 3.500 personas semanalmente.

El pensamiento actual relacionado con las implicaciones de la psiconeuroinmunología (PNI) para la oncología está basado en una cadena de razonamiento cuyos eslabones se sustentan en las siguientes evidencias:

- Evidencias de que factores de orden psicosocial afectan la incidencia y progresión de algunos tipos de cáncer.
- Evidencias de que las actividades del sistema inmune afectan la incidencia y progresión de algunos tipos de cáncer.
- Evidencias de que factores psicológicos afectan algunas actividades del sistema inmune, lo cual nos lleva a inferir que las influencias psicológicas en el sistema inmune, pueden mediar la influencia de factores psicológicos en la progresión del cáncer. Ya que estudios directos de este último aspecto son raros, la cadena de razonamiento recae en la fuerza de las evidencias que apoyan cada uno de los eslabones que componen dicha cadena. El objeto de este trabajo es hacer una revisión de las investigaciones que apoyan cada uno de los eslabones de dicha cadena de razonamiento.

Estrés es la respuesta de un sistema a influencias ambientales las cuales tienden a empujar las funciones del sistema fuera de su balance normal. Un estresante es un estímulo que induce una respuesta fisiológica anormal. En el caso de sistemas biológicos, el estresante no necesariamente es un evento externo al sistema, sino que puede originarse a partir de material pasado almacenado en el organismo.

Esta definición de estrés implica que cualquier enfermedad es un evento estresante. La enfermedad después de todo, es un estado particular del organismo adaptándose a las demandas ambientales, y es por lo tanto una función del organismo y del ambiente.

En el cáncer esto es particularmente cierto, y el estrés ocurre a varios niveles. Primero, existe el estrés físico de la enfermedad en sí, desarrollándose dentro del cuerpo. Segundo está el efecto físico de los tratamientos: quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal, con serios efectos secundarios como náuseas y depleción de la energía. Tercero, los síntomas físicos activan un tipo de estrés psicológico, relacionado con la posibilidad de una recurrencia o la aparición de metástasis(12).

La relación entre el estrés y la respuesta inmune fue propuesta por primera vez por Hans Selye quién observó involución linfática y una susceptibilidad aumentada a las

infecciones en animales sujetos a procedimientos estresantes, lo cual ha sido confirmado ampliamente(13)(14).

Estudios en modelos animales han demostrado que el estrés en animales aumenta el desarrollo del cáncer inducido por virus. También se ha demostrado que el estrés puede incrementar el potencial carcinogénico de ciertos mutágenos en animales. Un número de estudios humanos han demostrado una incidencia incrementada de eventos estresantes en la vida de las personas, que preceden la aparición de cáncer de pulmón(15), cervical(16), gástrico(17) y pancreático(18) y más recientemente también en el cáncer colorrectal(19) y de mamas(20)(21). Algunas investigaciones han asociado el estrés con recurrencia y progresión del cáncer(22).

En trabajos realizados en pacientes con cáncer de mama, Ramírez y colegas encontraron, que el estrés se relacionaba con la primera recaída en un estudio retrospectivo en 50 mujeres(23). Sin embargo, un estudio clínico realizado por Barracloughen 246 mujeres con cáncer de mama, sin evidencias de metástasis, y que fueron evaluadas durante 42 meses luego de la cirugía primaria, no detectó un aumento en la recaídas de cáncer de mama, luego de severos eventos estresantes(24). Los autores señalan que estos datos negativos no necesariamente significan que el estrés no tiene ninguna influencia en el progreso del cáncer de mama. Puede ser que este efecto exista en un subgrupo especial de pacientes, por lo tanto son necesarias más investigaciones al respecto.

La asociación de estados afectivos, particularmente la depresión, con la aparición del cáncer ha sido un área activa de investigación. El trabajo más citado por muchos años como apoyo de la asociación entre síntomas depresivos y aumento de riesgo de cáncer, es un estudio epidemiológico de 2020 hombres empleados de la Western Electric, el cual reportó que síntomas depresivos, medidos mediante la prueba de MMPI ("Minnesota Multiphasic Personality Inventory") se asociaba con el doble de riesgo de morir de cáncer 17 años después, y con una incidencia mayor que lo normal en los primeros diez años(25). Este hecho persistía en el seguimiento realizado a los 20 años(26).

Sin embargo, algunos trabajos más recientes no reportan resultados similares(27)(28).

Greer y col. demostraron que pacientes con cáncer de mama que mostraban un espíritu de lucha o que negaban la enfermedad, presentaban una mayor sobrevivencia que aquellas con una aceptación estoica o que expresaban depresión y desesperanza(29). Algunos trabajos también han demostrado que la depresión en algunos casos es el síntoma precedente del cáncer pancreático, apareciendo mucho antes de que los síntomas del tumor se hagan evidentes(18). Así mismo, otras investigaciones han confirmado que la depresión ocurre con mayor frecuencia y severidad en pacientes con cáncer pancreático, que en otros tipos de cánceres gastrointestinales.

La terapia floral existe desde la antigüedad y las primeras referencias están en Sócrates y Platón. Posteriormente, en 1928, el Dr. Edward Bach, reconocido médico homeópata, elaboró las 3 primeras esencias florales y en 1935 completó su sistema floral, que llegó al continente americano en 1970. Sus primeros seguidores fueron los argentinos, pero no fue hasta el 1976 que la Organización Mundial de Salud la reconoció como terapia a utilizar(30)(31).

De hecho, la terapia floral es el tratamiento que emplea las esencias florales (tiene compuesto físicos, energía vibracional, entre otros), las cuales actúan sobre los estados emocionales de los animales, hombres y sobre las propiedades vitales de las plantas(32).

Se ha demostrado que las flores de Bach tienen efectos positivos en el tratamiento de enfermedades mentales y orgánicas, entre los cuales figuran: trastornos del sueño, miedo, ansiedad, deshabitación tabáquica, asma bronquial, hipertensión arterial, entre otras. Este medicamento actúa sobre la causa y no sobre el efecto. Desde su época de homeópata Bach comenzó a relacionar patologías con algunos tipos de personalidad de los pacientes y ya, en 1931, en *Cúrese usted mismo* refiere interesantes reflexiones acerca de las emociones y su papel en la enfermedad: “Hay un factor que la ciencia es incapaz de explicar en el terreno físico y es que algunas personas se ven afectadas en el terreno de la enfermedad mientras otras no, aunque ambas estén expuestas a la misma posibilidad de infección...El miedo con su efecto deprimente sobre nuestra mentalidad causa disarmonía en nuestros cuerpos físicos y energéticos y prepara el camino de la invasión... la causa real de la enfermedad se encuentra en nuestra

personalidad y cae dentro de nuestro control”. En 1931, en su obra *Somos culpables de nuestros propios sufrimientos* plantea: “El tratamiento del mañana despertara esencialmente cuatro cualidades del paciente: paz, esperanza, alegría y confianza”.

Actualmente, la Psicología Positiva, estudia las emociones positivas, los rasgos positivos del carácter y las instituciones positivas. Un campo concerniente al bienestar y el funcionamiento óptimo, su propósito es ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio. Este enfoque supone un giro importante en las ciencias que estudian la mente humana, ya que, a diferencia de la psicología tradicional, trata los problemas mentales desde las fortalezas del individuo, dirigiendo su atención a aquellas características que le permitan aprender, disfrutar, ser generoso, solidario y optimista. Las emociones positivas cultivadas no sólo obstaculizan las emociones negativas, sino que amplían los modos habituales de los individuos de pensar y construir sus recursos personales de afrontamiento. Estas ideas encierran claramente la promoción de salud a partir de estados emocionales positivos facilitados por las esencias florales, prevenir la enfermedad cuando estamos amenazados, curar a los enfermos y rehabilitar; es decir, que el sistema floral está diseñado para promover el completo bienestar del hombre.

El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach constituye una alternativa para numerosas enfermedades, garantizando un tratamiento sin efectos colaterales sin contraindicaciones para la salud del ser humano, lo cual posibilita la acción conjunta a tratamientos farmacéuticos, sin que determine efectos nocivos, garantizando un costo menor y sin una necesaria hospitalización; este sistema posibilita una fácil administración que tiene en cuenta la voluntad y decisión del paciente, eliminando el dolor asociados a los tratamientos habituales, pues a diferencia de otros tratamientos no provoca molestias(33)(34). Algunos autores(30)(31) refieren que el conflicto entre el alma y la personalidad era la causa de las enfermedades y la infelicidad. Definieron sus flores como el conjunto de esencias extraídas de las flores silvestres con propiedades curativas. Son preparados vibracionales que conservan la propiedad energética de una flor determinada; constituyen profundo medio de transformación de los seres humanos

al permitir incorporar cualidades armónicas a dicho ser, que se convierten en facilidades para el crecimiento personal integral. "Pienso en el paciente y no en las enfermedades," era el lema de Bach. Las emociones desarrollan un papel fundamental en la salud física del cuerpo humano. Los remedios florales están dirigidos directamente a tratar el estado emocional de las personas para facilitar su bienestar tanto psicológico como fisiológico, a través del equilibrio de los efectos negativos y el estrés.

En nuestro país no son muchos los estudios realizados y publicados acerca del tema, a pesar de la relevancia que tiene en la actualidad la utilización de las diferentes modalidades de la medicina natural y tradicional.

La doctora Flora María Hernández Pedraza, Máster en Medicina Natural y Tradicional, Diplomada en Terapia Floral, realizó un estudio en el año 2002 a un grupo de mujeres con el objetivo de determinar la efectividad del tratamiento con flores de Bach, mediante el patrón transpersonal en pacientes portadores de Fibroadenoma, y de Enfermedad Fibroquística de las mama, teniendo como resultado que luego de la utilización de la terapia fue efectivo en el 81.8% de los casos(35). En el 2010 el M.Sc. Boris Camilo Rodríguez Martín y la Dra. Oliday Ríos Jiménez, en el hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro", de Santa Clara comprobaron la efectividad de la terapia floral de Bach en enfermedades oncohematológicas(36)

En nuestra provincia la doctora María Dolores Mondéjar Barrios investigo sobre tratamiento con terapia floral de Bach y homeopatía a fumadores del Policlínico Norte de Morón(37).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental de tipo pre-experimento, para ello se diseñó una estrategia terapéutica quedando conformado de la siguiente forma: se comenzó realizando una primera etapa entre los meses septiembre y noviembre con el objetivo de preparar al personal de salud para la aplicación de la estrategia, se crearon las condiciones necesarias y se culminó la etapa con un taller de orientación sobre el uso de las técnicas psicológicas que determinan estados de expresión de ira, ansiedad y depresión. En una segunda etapa entre los meses de diciembre y marzo, en la Sala de Rehabilitación Integral del municipio se aplicaron las técnicas concluyendo su evaluación general para determinar las emociones que predominan en estos pacientes, al mismo tiempo que se controló su evolución clínica a través de las historias clínicas en el CMF. Luego de la interpretación de los resultados de las técnicas se creó a través de una fórmula la Esencia Floral que posteriormente se aplicó a los pacientes y que estaba en correspondencia con sus necesidades. Se le entregó un frasco de Red Chestnut, Star of Bethlehem, Sweet Chestnut y White Chestnut. (RCH, SBE, SCH, WCH) con la indicación de utilizar sublingual 5 gotas 6 veces al día durante 1 mes. Finalmente entre los meses de abril y mayo se reevaluó el funcionamiento emocional a través de las técnicas y se controló la evolución del paciente permitiendo comparar los resultados obtenidos.

Universo de estudio

El universo estuvo constituido por todos los pacientes con enfermedades oncológicas de los consultorios médicos de la familia 12 y 13 del área de salud de Primero de Enero, con un total de 28 pacientes.

La muestra la constituyeron un total de 15 pacientes escogidos mediante un muestreo por conveniencia atendiendo a criterios precisos en su selección.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Poseer el diagnóstico confirmado como paciente con cáncer.
- Pacientes que estén dispensarizados en el consultorio médico de la familia y que tengan el seguimiento adecuado.
- Que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de su enfermedad a la fecha del estudio no sea mayor de tres años.
- Consentimiento informado: Antes de iniciar el estudio se les explicaron a los pacientes los objetivos de la investigación, solicitando su aprobación.

Criterios de exclusión:

- Presencia de tratamiento previo con esencias florales: para avalar la homogeneidad de ambos grupos al inicio del tratamiento confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Presencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o deficitario para garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.

Métodos de obtención de la información

Revisión de la Historia Clínica: Este método ha sido propuesto por B. S. Bratus y B. V. Zeigarnik en 1976 para el estudio de las alteraciones de la personalidad. Se parte del carácter de los documentos psicológicos y médicos que poseen las historias clínicas, pues en ellas se resume el camino vital del enfermo, además de las alteraciones en el curso de la enfermedad y después de ella. En las mismas se recoge una visión retrospectiva de la vida del sujeto y se resume cuidadosamente su historia personal.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA –B): Esta técnica ha sido creada en España por Miguel Tobal y Cano Vindel, (1986, 1988) y posteriormente reformulado por los propios autores en una versión reducida, (2002). En nuestro país fue validado por Molerio, Nieves, Otero y Casas, (2004). El ISRA - B consta de 46

ítems distribuidos en dos escalas: La escala de respuestas de ansiedad (R) y la escala de situaciones (S). La escala de respuestas (R) abarca los primeros 24 ítems. A su vez, las mismas se dividen entre escalas: cognitiva, fisiológica y motora. La escala de situaciones (S) abarca las 22 preguntas restantes y está dirigida a evaluar con qué intensidad cada una de las situaciones mencionadas genera nerviosismo o tensión.

Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo (STAXI-2): Esta es una técnica psicológica creada por Charles D. Spielberger, adaptada en Cuba por O. Molerio, Z. Nieves y G. Casas. Su elaboración obedeció a determinar los componentes de la ira con vistas a la evaluación precisa de la personalidad normal y anormal y proporcionar un instrumento para medir las contribuciones de los diversos componentes de la ira en la evolución de determinados problemas de salud. El STAXI-2 consta de 49 ítems con los que se pretende recabar información sobre la experiencia, la expresión y el control de la ira. Los ítems están distribuidos en las siguientes escalas: Ira - Estado, que consta de tres sub-escalas: sentimiento, expresión verbal y expresión física; Ira - Rasgo, que posee dos sub-escalas: temperamento de ira y reacción de ira. Además consta de sub-escalas de expresión interna, expresión externa de ira, control interno de ira, control externo de ira. También la prueba cuenta con un Índice de Expresión de la Ira. Todos los ítems tienen cuatro opciones de respuesta (A al D) según se refiera al estado (intensidad) (A, no en absoluto; B, algo; C, moderadamente, D, mucho) o al rasgo (frecuencia) (A, casi nunca; B, algunas veces; C, a menudo, D, casi siempre).

Inventario de depresión de Beck (BDI): el BDI creado por Beck y Steer, es utilizado como una prueba psicológica a partir de la adaptación al español de la revisión de 1978 que describe los criterios de calidad en muestras españolas. Se utiliza como instrumento de medida, estandarizado, sencillo y de fácil aplicación e interpretación, de la depresión y de sus cambios a lo largo del tiempo en adolescentes y adultos. Sus usos principales son evaluar el cambio de pacientes en tratamiento o diagnosticados de depresión y servir como instrumento de detección de trastornos depresivos. Consta de 21 ítems que evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos y cada uno se compone de cuatro afirmaciones acerca de la intensidad del síntoma, desde 0 (ausente

o leve) hasta 3 (muy intenso). Los ítems cubren los siguientes ámbitos: pesimismo, tristeza, insatisfacción con uno mismo, autocríticas, llanto, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, pensamientos o deseos de suicidio, sentimiento de culpa, sentimientos de castigo, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, irritabilidad, cambios en el apetito, cansancio o fatiga, dificultad de concentración, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, pérdida del interés por el sexo.

Observación: Por los investigadores para constatar evolución de los pacientes en función del cumplimiento de los objetivos de la estrategia.

Principales variables de medición de respuesta

Variable independiente: Estrategia terapéutica: Conjunto de acciones con enfoque terapéutico que se aplican en un plazo de tiempo determinado, utilizando un conjunto de medios de forma intencional y sistemática, cuya finalidad es lograr la estabilización del funcionamiento emocional mediante el uso de las Esencia Florales.

Variable dependiente: funcionamiento del estado emocional.

1. Ansiedad: Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

- Ausencia de Ansiedad o Ansiedad Mínima: Centil 5-25.
- Ansiedad moderada a marcada: Centil 25-75.
- Ansiedad severa: Centil 75-99.
- Ansiedad extrema: Centil mayor de 99.

- Ira: Estado o condición emocional psicobiológico displancentero, que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo.

- Normal: 25 – 75 centil.

- Alto: más del 75 centil.
- Depresión: El cuadro depresivo en general puede reconocerse según Alonso Fernández (2006) por la presencia de los siguientes síntomas o signos: tristeza patológica, llanto, ansiedad, desazón, malhumor, irritabilidad y agresividad y desgano y anhedonia, tendencia al aislamiento social y desconfianza, trastornos del sueño y la alimentación, alteraciones del pensamiento (ideas derrotistas, de culpa e inferioridad), alteraciones somáticas (dolores crónicos o erráticos, opresión precordial, constipación y sudoración nocturna) alteraciones en el comportamiento, pérdida de placer y disminución de la energía.
- Mínima: de 0 a 10 puntos.
- Media: de 11 a 17 puntos.
- Moderada: 18 - 29 puntos
- Severa: 30 - 63 puntos.
- Síndrome General: conjunto de síntomas y signos que se caracteriza por la presencia de pérdida de peso, astenia y anorexia.
- Leve: manifestaciones escasas dadas por pérdida de peso, con ligeras manifestaciones de astenia y discreta pérdida del apetito.
- Moderado: pérdida de peso de hasta un 5%, con marcadas manifestaciones de astenia y que se alimenta poco.
- Severo: manifestaciones severas, dadas por pérdida de peso superior al 5%, con gran decaimiento y ningún apetito.

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar. Se empleó el método estadístico matemático para el procesamiento de la información cuantitativa con el propósito de determinar tendencias a partir de la aplicación de las técnicas, así

como para procesar los datos que se obtengan empíricamente. Como medida para resumir datos cualitativos se utilizó el análisis porcentual.

Aspectos éticos:

Como premisa indispensable para el desarrollo de la investigación se describen los siguientes procedimientos éticos:

El uso del consentimiento informado como uno de los 7 requisitos de las investigaciones clínicas, para atender a la necesidad y respeto por las personas que participarán en el estudio, y a sus decisiones autónomas.

Los individuos fueron respetados durante todo el desarrollo de la investigación, no solo hasta firmar el consentimiento informando. Este respeto implica cinco actividades:

Se les permitió a los pacientes cambiar de opinión y a retirarse del estudio cuando desearan.

Se respetó la privacidad de los sujetos, administrando la información recopilada de forma confidencial.

Si durante la investigación se obtiene nuevos datos sobre riesgos o beneficios de las intervenciones realizadas, se debe comunicar a los sujetos participantes.

Se informó a los sujetos sobre los conocimientos científicos obtenidos como resultado de la investigación.

Se evaluó a medida que avanzaba el estudio el bienestar de los sujetos, para pesquisar la aparición de reacciones adversas, para poder prestarles un tratamiento adecuado y oportuno.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Distribución de la muestra según niveles de ansiedad. Diagnóstico inicial.

Niveles de ansiedad	No.	%
Ausencia de Ansiedad o Ansiedad Mínima.	4	26.7
Ansiedad moderada a marcada.	9	60.0
Ansiedad severa.	2	13.3
Ansiedad extrema.	0	0
Total.	15	100.0

Se aprecian un mayor número de pacientes que presentan unos niveles de ansiedad entre moderada a marcada, con un 60 % del total de la muestra en estudio, con 2 pacientes además con niveles de ansiedad extrema.

Datos coincidentes con estudios realizados por Le Shan, donde quedó demostrado que los pacientes que presentaban el diagnóstico de cáncer presentaban niveles de ansiedad elevados producto de la respuesta de su organismo ante esta enfermedad, con diferente grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto.(8)

Tabla 2. Distribución de la muestra según índices de expresión de la ira. Diagnóstico inicial.

Expresión de la ira.	No.	%
Normal.	5	33.3
Alto.	10	66.7
Total	15	100.0

En esta tabla podemos observar que el 66.7 % de los pacientes presentan índices altos de ira.

Rísquez en su estudio sobre el impacto psicológico del cáncer obtiene resultados similares en la evaluación psicológica de estos pacientes, donde mostraron índices elevados de expresión de la ira, entendiéndose esto como la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas de expresión externa, expresión interna, control interno y control externo de la ira.(6)

Tabla 3. Distribución de la muestra según niveles de depresión. Diagnóstico inicial.

Niveles de expresión	No.	%
Mínima	5	33.3
Media	6	40.0
Moderada	3	20.0
Severa	1	6.7
Total	15	100.0

Los datos estadísticos muestran que la gran mayoría de estos pacientes presentan niveles de depresión medios, representados por el 40.0 %, del total de la muestra en estudio.

Varios autores han obtenido resultados similares a los expuestos en esta tabla, donde se demuestra que estos pacientes presentan diferentes niveles de esta manifestación, encontrándose los niveles de depresión relativamente bajos(7)(9). En estudios en nuestro país los resultados del BDI, han arrojado niveles de ansiedad mínimos y medios en pacientes con cáncer,(36) coincidiendo con nuestra investigación.

Tabla 4. Distribución de la muestra según manifestaciones del síndrome general. Diagnóstico inicial.

Manifestaciones	No.	%
Leves.	4	26.7
Moderadas.	9	60.0
Severas.	2	13.3
Total.	15	100.0

El mayor número de pacientes afectados con manifestaciones del síndrome general presentan manifestaciones moderadas y están representados por el 60.0 % de los pacientes estudiados.

Muchos son los autores que han descrito la presencia del síndrome general en los pacientes con enfermedades oncológicas, es una variable casi constante en dicha patología.

Tabla 5. Distribución de la muestra según niveles de ansiedad después de aplicada la estrategia.

Niveles de ansiedad	No.	%
Ausencia de Ansiedad o Ansiedad Mínima	9	60.0
Ansiedad moderada a marcada.	5	33.3
Ansiedad severa.	1	6.7
Ansiedad extrema.	-	-
Total	15	100.0

En el diagnóstico final se observó el avance significativo relacionado con la disminución de los niveles de ansiedad, disminuyendo el número de pacientes que manifestaron niveles de ansiedad de moderada a marcada con una disminución de casi la mitad de los pacientes que manifestaban estos niveles en el diagnóstico inicial, lo que representa una disminución del 27.7 % y se elevó el número de pacientes con ausencia de ansiedad o ansiedad mínima, representando ahora el 60.0 % de los pacientes. Igualmente se redujo el número de pacientes que manifestaban ansiedad severa, aunque se mantuvo un paciente con estas manifestaciones.

Tabla 6. Distribución de la muestra según índices de expresión de la ira después de aplicada la estrategia.

Expresión de la ira.	No.	%
Normal.	11	73.3
Alto.	4	26.7
Total.	15	100.0

En esta tabla observamos que hubo una mejoría importante en la reducción de los índices de expresión de la ira, mostrando buenos resultados con la aplicación de la estrategia. Se logró reducir el índice alto de expresión de la ira en un 40.0 %

Tabla 7. Distribución de la muestra según niveles de depresión después de aplicada la estrategia.

Niveles de expresión	No.	%
Mínima.	8	53.3
Media.	4	26.7
Moderada.	3	20.0
Severa.	-	-
Total.	15	100.0

Apreciamos en esta tabla que no se obtuvieron diferencias significativas con respecto al diagnóstico inicial, aunque se logró aumentar el número de pacientes con niveles de ansiedad mínima en un 20.0 % del total de la muestra escogida. Se mantuvo igual la cantidad de pacientes con niveles de ansiedad moderada, representando el 20.0 %.

Tabla 8. Distribución de la muestra según manifestaciones del síndrome general después de aplicada la estrategia.

Manifestaciones	No.	%
Leves.	9	60.0
Moderadas.	5	33.3
Severas.	1	6.7
Total.	15	100.0

Esta tabla arroja como resultado un aumento de los pacientes con manifestaciones leves del síndrome general, llegando a alcanzar el 60.0 % de la muestra en estudio. Se logró reducir la cantidad de pacientes con manifestaciones moderadas en un 27.7 %.

Tabla 9. Resultados comparativos de la muestra en cuanto a estabilización emocional y el síndrome general al inicio y después de aplicada la estrategia.

			Antes		Después	
			No.	%	No.	%
Funcionabilidad emocional	Ansiedad (niveles)	Ausencia de Ansiedad o Ansiedad Mínima	4	26.7	9	60.0
		Ansiedad moderada a marcada	9	60.0	5	33.3
		Ansiedad severa	2	13.3	1	6.7

	Ira (índices de expresión)	Ansiedad extrema	-	-	-	-
		Normal	5	33.3	11	73.3
		Alto	10	66.7	4	26.7
	Depresión (niveles).	Mínima	5	33.3	8	53.3
		Media	6	40.0	4	26.7
		Moderada	3	20.0	3	20.0
		Severa	1	6.7	-	-
Síndrome general	Intensidad de las manifestaciones	Leves	4	26.7	9	60.0
		Moderados	9	60.0	5	33.3
		Severos	2	13.3	1	6.7

Hubo un aumento del 40% en los pacientes con índice de expresión de la ira normal. Los niveles moderados de expresión de la ansiedad se lograron reducir en un 26.7 %. En cuanto a la depresión se obtuvieron similares resultados con un aumento de los pacientes con niveles de expresión mínima en un 20.0 %. Se logró además aumentar el número de pacientes con manifestaciones leves del síndrome general que acompaña a esta enfermedad, llegando a representar el 60.0 % de la muestra escogida.

Los resultados obtenidos demuestran que mediante la aplicación de las Esencia Florales se puede mejorar el funcionamiento emocional de los pacientes con cáncer y por ende su estado general, enfrentando de una mejor forma el duro proceso de su patología. Considerando el criterio de Wildwood: Hay que tener en cuenta que salud, no es solo ausencia de enfermedad, sino bienestar físico, psíquico y social. La integración de estos tres aspectos será lo que determine, en gran medida, su estado de salud.(30)

V. CONCLUSIONES.

Mediante la estrategia terapéutica se estabilizó el funcionamiento emocional de los pacientes con cáncer en los consultorios médicos de la familia 12 y 13 del municipio Primero de Enero. Al inicio de la intervención se registraron altos indicadores de ansiedad, depresión e ira, lo que evidenció inestabilidad en el funcionamiento emocional de la mayoría de los pacientes. Concluida la intervención se mostró una disminución de los niveles de ansiedad interpersonal y el índice de expresión de la ira, así como en los reportes de depresión aunque esta última fue la que menos variaciones sufrió hecho este que está en correspondencia con el momento del diagnóstico.

VI. RECOMENDACIONES

Desarrollar investigaciones asociadas a la integración del tratamiento médico con la implementación de Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, en pacientes con cáncer, incrementando el tamaño de la muestra y el tiempo de exposición a las esencias, así como su utilización en otras afecciones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional para el desarrollo y generalización de la medicina tradicional y natural. La Habana: MINSAP; 2010.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No. 261. [citado 2 Mar 2013]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/resolucion%20_261.pdf
3. Jaramillo J, Ming Min. Fundamentos de Medicina Tradicional China. Bogota: Instituto de Medicina Tradicional China de Beijin; 2008.
4. LeShan, L; Worthington, R. E. Some psychologic correlates of neoplastic disease: a preliminary report. Quaterly Review of Psychiatry and Neurology 1955; 16: 281-88.
5. Le Shan, L. Psychological states as factors in the development of malignum disease. J. Nat. Cancer: Inst: 1959: 22, 1.
6. Rísquez, F. El enfermo canceroso. El impacto psicológico del cáncer. Edit. Galerna. Buenos Aires, Argentina: Galerna; 1978.
7. López-Herrera L. La Alquimia del sufrimiento. Bogotá, Colombia: Oveja Negra; 1996.
8. Ader R., and Cohen, N. Behaviorally conditioned inmunosupression. Psychosom. Med. 1975; 37:333-340.
9. Holland J.C. Psycho-oncology overview, obstacles and opportunities. Psycho-oncology. 1992;1: 1-13.
10. Bayés R. Psicología Oncológica (prevención y terapéuticas psicológicas del cáncer) Barcelona, España: Martínez Roca; 1985.
11. Greer S. Psycho-oncology, its aims, achievements and future trasks. Psycho-oncology 1994; 3: 87-101.
12. Langer, E.J, y Rodin, J. (1976). Effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 191-199.

13. Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
14. Selye, H. (1950). *Stress*. Acta, Montreal.
15. Horne, R.L. and Picard, R.S. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosom. Med.*, 43, 431-438.
16. Schmale, A.H. & Iker, H.P. (1965). The Psychological setting of uterine cervical cancer. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 125, 807-813.
17. Leherer, S. (1980). Life change and gastric cancer. *Psychosom. Med.* , 42, 499-502.
18. Frasc, I., Litin, E.M., and Pearson, J.S. (1967). Comparisson of psychiatric symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. *Am. J. Psych.*, 123, 1553-1556.
19. Kune, S., Kune, C.A., Watson, L.F. & Rahe, R.H. (1991). Recent life change and large bowel cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *J. Clin. Epidemiol.*, 44, 57-68.
20. Geyer, S. (1991). Life events prior to manifestation of breast cancer: a limited prospective study covering eight years before diagnosis. *J. Psychosom. Res.*, 35, 355-363.
21. Forsen, A. (1991). Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychother. Psychosom*, 55, 176-185.
22. Funch, D.P., and Marshall, J. (1983). The role of stress, social support and age in survival from breast cancer. *J. Psychosom. Res.*, 27, 77-83.
23. Ramirez, A.J., Craig, T.K., Watson, J.P., Fentiman, I.S., North, W.R., and Rubens, R.D. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *British Medical Journal*, 298, 291-293.

24. Barraclough, J., Pinder, P., Cruddas M., Osmond, C., Taylor, I., & Perry, M. (1992). Life events and breast cancer prognosis. *Br. Med. J.*, 304, 1078-1081.
25. Shekelle, R.B., Raynor, W.J. Jr., Osfeld, A.M., Garron, D.C., Bieliauskas, L.A., Liu. S.C. Malis, C., & Paul O. (1981). Psychological depression and 17 years risk of death from cancer. *Psychosom. Med.* 43, 117-125.
26. Persky, V.W., Kempthorne-Rewson, J., and Shekelle, R.B. (1987). Personality and risk of cancer: 20-year follow up of the Western Electric Study. *Psychosom. Med.*, 49, 435-449.
27. Hahn, R.C., and Petitti, D.B. (1988). Minnesota, Multiphasic Personality Inventory-rated depression and the incidence of breast cancer. *Cancer*, 61, 845-848.
28. Kaplan, G.A. and Reynolds, P.(1988). Depression and cancer mortality and morbidity: prospective evidence from the Alemanda Countu Study. *J. Behavioral Med.* 11, 1-13.
29. Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*, 2, 785-787.
30. Wildwood CH. Flores de Bach. Los remedios más eficaces de la salud natural. Barcelona: Grijalbo;1999. p. 29-30.
31. Cruz Torres M, Quintero García JA, Fong Hernández E. Aplicación de la terapia floral de Bach en niños con manifestaciones de temor y miedo. *MEDISAN*. 2002 [citado 26 Dic 2005];6(2). Disponible en: <http://bvs.Sld.cu/revista/San/ore6-2/San03202.htm> Sld.cu/revista/San/ore6-2/San%2003202.htm" target="_blank">
32. Sheffer M. Terapia original de las flores de Bach. Barcelona: Editorial Pardo Ibérico;1994.
33. Lee Torres C. Las Flores de Bach. Tratamiento de los estados emocionales. Caracas: Editorial Kinesit;1994.
34. Greco E, Especho B. Flores de California. Buenos Aires: Ediciones Continente; 1990.

35. Hernández, Flora M. Aplicación de terapia floral en pacientes con patologías benignas de mama. 2007.
36. Rodríguez, Y. Rodríguez, B. Ríos, J. (2010). Efectividad de las esencias florales en la estabilización del funcionamiento emocional en pacientes con enfermedades oncohematológicas. Trabajo de Diploma. 2010.
37. Mondéjar Barrios M. A., Zamora Ramírez, T., Pérez Román, E. (2012). Tratamiento con terapia floral de Bach y homeopatía a fumadores del Policlínico Norte de Morón.

VIII: ANEXOS

Anexo 1.

Acta de Consentimiento Informado.

Nombre del Paciente: _____.

Por medio de la presente ratifico mi consentimiento para participar de forma voluntaria en la presente investigación. Manifiesto que he sido informado de los objetivos de la misma; así como de los procedimientos a utilizar.

Firma del paciente: _____. Firma del médico: _____.

Anexo 2.

I.S.R.A. (R.S.)

Nombre:	Apellidos				Edad	ID		
Profesión:	Centro				Sexo: M F	Fecha		
Nivel estudios	Curso/puesto				Otros datos			
P. direct	C	F	M	T	F1	F2	F3	F4
P. centil	C	F	M	T	F1	F2	F3	F4

INSTRUCCIONES

A continuación encontrara descritos algunos pensamientos y diversas formas de reaccionar. Lea cada frase y valore la frecuencia con que Ud. tiene esas reacciones o pensamientos, **en general**, en diferentes momentos de su vida.

Escala:

0: Casi nunca	1: Pocas veces	2: Unas veces sí	3: muchas veces	4: casi siempre
---------------	----------------	---------------------	--------------------	-----------------

Lea cada cuestión y responda como piensa o reacciona usted, **en general**. Por favor responda TODAS las preguntas

C:						
1	Me preocupo fácilmente.	0	1	2	3	4
2	Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, "torpe" etc	0	1	2	3	4
3	Me siento inseguro	0	1	2	3	4

4	Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme	0	1	2	3	4
5	Siento miedo.	0	1	2	3	4
6	Me cuesta concentrarme	0	1	2	3	4
7	Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos	0	1	2	3	4
F:						
8	Siento molestias en el estómago	0	1	2	3	4
9	Me sudan las manos u otras partes del cuerpo hasta en días fríos	0	1	2	3	4
10	Me tiemblan las manos o las piernas	0	1	2	3	4
11	Me duele la cabeza.	0	1	2	3	4
12	Mi cuerpo está en tensión	0	1	2	3	4
13	Tengo palpitaciones, el corazón me late muy aprisa.	0	1	2	3	4
14	Me falta el aire y mi respiración es muy agitada	0	1	2	3	4
15	Siento náuseas o mareo	0	1	2	3	4
16	Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	0	1	2	3	4
17	Tengo escalofríos y comienzo a titiritar aunque no haga mucho frío	0	1	2	3	4
M:						
18	Lloro con facilidad	0	1	2	3	4
19	Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies y manos)	0	1	2	3	4
20	Fumo, como o bebo demasiado	0	1	2	3	4
21	Trato de evitar o rehuir las situaciones que pueden producir tensión	0	1	2	3	4
22	Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	0	1	2	3	4
23	Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	0	1	2	3	4
24	Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.	0	1	2	3	4

I.S.R.A. (Continuación)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará descritas diferentes situaciones que pueden producir inquietud, preocupación, nerviosismo, o tensión. Lea cada una de ellas y valore el grado en que cada situación le produce esa sensación de nerviosismo o tensión. Para ello rodee en un círculo uno de los cinco números (0, 1, 2, 3, 4) que aparecen a la derecha de cada situación. Cada número indica una intensidad o grado según la siguiente escala:

0: Nada.	1: Un poco.	2: Bastante.	3: Mucho.	4: Muchísimo.
----------	-------------	--------------	-----------	---------------

Lea cada situación y valore el grado de tensión o nerviosismo que le produce.

Por favor responda TODAS las preguntas

ANS. SIT.

1	Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.	0	1	2	3	4
2	Cuando voy a llegar a una cita.	0	1	2	3	4
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.	0	1	2	3	4
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil	0	1	2	3	4
5	En mi trabajo o cuando estudio	0	1	2	3	4
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido	0	1	2	3	4
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.	0	1	2	3	4
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto	0	1	2	3	4
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.	0	1	2	3	4
10	Si tengo que hablar en público.	0	1	2	3	4
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado solo o rechazado.	0	1	2	3	4

12	Cuando pienso que tenga que viajar en avión o en barco.	0	1	2	3	4
13	Después de haber cometido algún error.	0	1	2	3	4
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.	0	1	2	3	4
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.	0	1	2	3	4
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.	0	1	2	3	4
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.	0	1	2	3	4
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.	0	1	2	3	4
19	En lugares altos o ante aguas profundas.	0	1	2	3	4
20	Al observar escenas violentas.	0	1	2	3	4
21	Por nada en concreto.	0	1	2	3	4
22	A la hora de dormir.	0	1	2	3	4
23	Otras situaciones ¿Cuáles?	0	1	2	3	4

C:	F:	T:	F1:	F2:	F3:	F4:
----	----	----	-----	-----	-----	-----

Anexo 3.

BDI-II

Nombre:..... Edad: Fecha____.

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

0 No me siento especialmente culpable.

1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

0 No siento que esté siendo castigado.

1 Siento que puedo ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.

1 He perdido confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto.

8. Autocríticas

0 No me critico o me culpo más que antes.

1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.

2 Critico todos mis defectos.

3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de Suicidio

0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.

2 Me gustaría suicidarme.

3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier cosa.

3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1 a Duermo algo más de lo habitual.
- 1 b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2 a Duermo mucho más de lo habitual.

2 b Duermo mucho menos de lo habitual.

3 a Duermo la mayor parte del día.

3 b Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable de lo habitual.

1 Estoy más irritable de lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.

3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1 a Mi apetito es algo menor de lo habitual.

1 b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.

2 a Mi apetito es mucho menor que antes.

2 b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.

3 a He perdido completamente el apetito.

3 b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.

3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.

1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.

2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.

3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.

2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 4.**STAXI**

Nombre: _____ **Sexo:** _____ **Edad:** _____

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

• NO EN ABSOLUTO	B: ALGO	C: MODERADAMENTE	D: MUCHO
------------------	---------	------------------	----------

COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO					
1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento irritado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5	Estoy alterado	A	B	C	D
6	Me gustaría decir " <i>malas palabras</i> "	A	B	C	D
7	Estoy molesto	A	B	C	D
8	Me gustaría dar puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría hecharle la bronca a alguien	A	B	C	D

PARTE - 2

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

INSTRUCCIONES

A: CASI NUNCA	B: ALGUNAS VECES	C: A MENUDO	D: SIEMPRE
----------------------	-----------------------------	--------------------	-------------------

COMO ME SIENTO NORMALMENTE					
16	Me encolerizo rápidamente.	A	B	C	D
17	Tengo un carácter irritable.	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada.	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen.	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los estribos.	A	B	C	D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás.	A	B	C	D
22	Me siento furioso cuando hago algún buen trabajo y se me valora poco.	A	B	C	D
23	Me molesto con facilidad.	A	B	C	D
24	Me enfado si ni me salen las cosas como tenía previsto.	A	B	C	D

STAXI - 2 (Continuación)

PARTE - 3
INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

A: CASI NUNCA	B: ALGUNAS VECES	C: A MENUDO	D: SIEMPRE
----------------------	-----------------------------	--------------------	-------------------

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO					
25	Controlo mi temperamento	A	B	C	D
26	Expreso mi ira	A	B	C	D
27	Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
28	Hago comentarios irónicos a los demás	A	B	C	D
29	Mantengo la calma	A	B	C	D
30	Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
31	Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
32	Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
33	Discuto con los demás	A	B	C	D
34	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
35	Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
36	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
37	Digo barbaridades	A	B	C	D
38	Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
39	Pierdo la paciencia	A	B	C	D
40	Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
41	Rehúyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D

42	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos	A	B	C	D
43	Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
44	Hago cosas como contar hasta 10	A	B	C	D
45	Trato de relajarme.	A	B	C	D
46	Hago algo sosegado para calmarme.	A	B	C	D
47	Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
48	Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

