



UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILIS TOGA. 1948

Facultad de Psicología

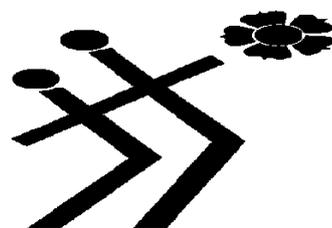
Trabajo de Diploma.

Título: Efectividad de las Esencias Florales en la estabilización del funcionamiento emocional en pacientes con enfermedades oncohematológicas.

Autor: Yudisbel Rodríguez Rodríguez.

Tutor(s): M.Sc. Boris Camilo Rodríguez Martín.
Dra. Olíday Ríos Jiménez.

Santa Clara- 2010



Pensamiento

...teniendo en cuenta que [...] existen inventariadas más de 250 terapias psicológicas diferentes, y en ausencia de una demostración empírica de superioridad de una o varias de ellas sobre las otras [...] habría que favorecer a las estrategias que mostraran una mayor rapidez y precisión en la consecución de unos resultados terapéuticos previamente definidos

Ramón Bayés (1987: 72)

Dedicatoria

Dedicatoria:

Quiero dedicar mi tesis a mi mamá, quien en gran medida ha sido protagonista de todos los momentos de mi vida. Mediante la realización de esta investigación, quiero expresarle todo mi amor y agradecerle de forma especial.

Agradecimientos

Agradecimientos:

Quisiera agradecer la realización de esta investigación que dará culminación a mis estudios universitarios y a tantos años de esfuerzo y estudios, a Dios en primer lugar.

Quisiera agradecer tanto apoyo y confianza, por parte de mi familia durante todos estos años y en especial a mi abuela Aidita, que no faltó ni un solo domingo para incitarme a continuar, brindándome todo su amor, a mi tía Yudelkys por ser simplemente más que una tía para mí, por su atención y motivación.

Resulta muy importante para mí agradecer la estimulación y la preocupación de mi tía tata para la realización de mi tesis, que aunque lejos siempre estuvo tan cerca como todos aquellos amigos y familiares que nunca faltaron a mis llamadas.

A mis amigos por su amistad muchas gracias sinceramente. A aquellos que me acompañaron durante estos 5 años y a otros que desde antes siguen aquí.

En todos estos años, de intenso estudio faltarían nombres para agradecer a tantas personas que colaboraron, pero no puedo dejar de mencionar el apoyo en estos últimos meses de mi novio que incondicionalmente estuvo a mi lado, ayudándome y colaborando.

No por último menos importante sino ante todo verdaderamente primordial, el apoyo de mis tutores Boris y Saira, a todos los trabajadores de la sala de hematología en el hospital y en especial a Oliday quienes me brindaron su colaboración formando un ejemplo y guía fundamental en la realización de la investigación, de una forma más óptima.

Resumen

Tomando como referencia la connotación psicosocial de las enfermedades oncológicas y los beneficios reportados en la utilización de la Esencias Florales, se dispone como objetivo de investigación evaluar la efectividad de las Esencias Florales de Edward Bach como herramienta de estabilización del funcionamiento emocional en pacientes con enfermedades oncohematológicas.

La investigación fue realizada en el período comprendido entre enero-mayo del 2010, en el Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”, con pacientes portadores de enfermedades oncohematológicas, pertenecientes a la sala de hematología. En la investigación se utilizó un diseño cuasi-experimentales, el muestreo se caracteriza por ser no probabilístico de tipo intencional. La muestra quedó conformada por 12 pacientes con diagnóstico de enfermedades oncohematológicas sometidos a tratamiento farmacológico, de los cuales 6 pertenecen al grupo estudio a los que se les aplicó las Esencias Florales y los otros 6, al grupo espera. Las variables psicológicas estudiadas fueron la ira, depresión, ansiedad y las variables fisiológicas fueron el cáncer, los leucocitos, las plaquetas y la hemoglobina. Se empleó un sistema de métodos, técnicas y procedimientos para evaluar las variables psicológicas y clínicas, cuyos resultados fueron valorados cuantitativamente utilizando técnicas contenidas en el paquete estadístico SPSS Versión 11.0.

Los resultados obtenidos evidenciaron cambios significativos en determinadas emociones, como la ansiedad interpersonal, el índice de expresión de la ira y los reportes de inquietud, sufrimiento y angustia para el grupo estudio. De igual manera se lograron aumentos clínicamente significativos de los leucocitos. Atendiendo a los resultados obtenidos se sugiere extender el tratamiento con las Esencias Florales combinado al tratamiento médico convencional a pacientes oncohematológicos de otros centros de salud.

Palabras claves: angustia, ira, inquietud, sufrimiento, ansiedad interpersonal, índice de expresión de la ira, leucocitos, plaquetas, hemoglobina, Esencias Florales y oncohematológicas.

Abstract

Taking as reference the psychosocial connotation of the oncological illnesses and the benefits reported in the use of the Floral Essences, it is considered as the research objective; to evaluate the effectiveness of Edward's Floral Essences Bach like tool of stabilization of the emotional operation in patients with oncohematological illnesses.

The investigation was carried out in the period among January-May 2010, at the University Hospital "Arnaldo Milián Castro", with carrier patients of oncohematological illnesses, belonging to the hematology ward. In the investigation a quasi-experimental design was developed, the used sample was characterized not to be probabilistic but of intentional type. The sample was conformed by 12 patients with diagnosis of oncohematological illnesses subjected to pharmacological treatment, of which 6 of them belong to the group study, to those that were applied the Floral Essences and the other 6 ones, to the waiting group. The psychological studied variables were the anger, depression, anxiety and the physiological variables were the cancer, the leukocytes, the platelets and the hemoglobin. A system of methods, techniques and procedures was used to evaluate the psychological and clinical variables which results were valued using techniques contained in the statistical package SPSS Version 11.0 quantitatively.

The obtained results evidenced significant changes in certain emotions, as the interpersonal anxiety, the index of expression of the anger and the reports of restlessness, suffering and it anguishes for the group study. In a same way there were significant increasements of the leukocytes. Taking into account the obtained results, it is suggested to extend the treatment with the Floral Essences combined to the conventional medical one to oncohematological patients of other health centers.

Key words: anguishes, anger, restlessness, suffering, interpersonal anxiety, index of expression of the anger, leukocytes, platelets, hemoglobin, Floral Essences and oncohematological.

Índice

Introducción.	15
Capítulo 1. Supuestos Teóricos.	22
1.1 Tendencias actuales en la conceptualización del cáncer.	23
1.2 Factores de riesgo.	25
2.1 La hematología y enfermedades oncohematológicas.	27
2.2 Principales factores de riesgos asociados a las enfermedades oncohematológicas.	28
2.3 Consideraciones generales para el diagnóstico y pronóstico hematológico.	29
2.4 Técnicas diagnósticas y tratamiento hematológicos.	30
3.1 La Psiconeuroinmunología desde la perspectiva oncológica.	32
4.1 Calidad de vida.	35
5.1 Conceptualización y abordaje de las emociones.	37
5.2 Clasificación de la ansiedad.	40
5.3 Clasificación de la ira.	41
5.4 Clasificación de la depresión.	42
6.1 La conceptualización de Edward Bach. Actualización de sus postulados..	43
Capítulo 2 Diseño Metodológico.	45
2.1 Preceptos metodológicos y tipo de estudio.	46

2.2 Descripción de la muestra.	46
2.3 Definición de los criterios operacionales.	48
2.4 Descripción de técnicas empleadas.	49
2.5 Procedimientos.	56
2.6 Procesamiento de datos.	57
Capítulo 3 Presentación y análisis de los resultados.	59
3.1 Evaluación de los grupos antes de la intervención.	60
3.2 Etapa de implementación de las esencias Florales de Edward Bach.	61
3.3 Evaluación emocional de ambos grupos posterior al tratamiento.	63
3.4 Análisis de la evaluación de ambos grupos durante la investigación.	65
3.5 Análisis relacional de las variables clínicas y psicológicas.	70
3.6 Análisis integrador de los resultados.	72
Conclusiones.	74
Recomendaciones.	76
Bibliografía.	78
Anexos.	85

Introducción

A pesar del vertiginoso desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en los últimos años, se hace significativa la incidencia de enfermedades crónicas como el sida, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer, en la población mundial. Estas enfermedades de larga evolución y en la mayoría de los casos caracterizados, por su pronóstico desfavorable, han constituido un objetivo de investigación, no solo para las ciencias médicas sino también por las ciencias psicológicas, intentando un análisis más progresista desde enfoques multiaxiales, que favorecen a una nueva perspectiva del tratamiento integral del hombre, en el siglo XXI.

El cáncer constituye la tercera causa de muerte, tras las enfermedades cardiovasculares y las infecciosas, con gran repercusión psicológica, por su connotación social y creencias asociadas a la muerte y al dolor intenso. Se estima según datos de la OMS, que una de cada cinco personas muere de cáncer en los países desarrollados, 10 de millones de personas viven con la misma, mientras que en muchos de los países europeos constituye la primera causa de muerte de su población. Se espera que para el 2020 aumente a 15 millones los nuevos casos, el 60% de ellos en países en vías de desarrollo, que cuentan sólo con el 5% de los recursos destinados a combatir este mal.

Se considera que el cáncer, es aquella neoformación cuyas células se apartan de su tipo normal, adoptando una morfología atípica, lo cual se expresa clínicamente en un crecimiento más agresivo y rápido del tejido neoformado, el cual destruye e infiltra los tejidos vecinos haciendo siembras en zonas distantes hasta provocar la muerte del paciente. En ellas hay también multiplicación celular, pero con la existencia, además, de una modificación biomorfológica. (Marínelo, 1986, citado en Knapp, 2005)

El cáncer no es una enfermedad única, bajo su denominación se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos, con un comportamiento absolutamente diferente de unos a otros, que se distinguen en tipologías, según su localización, fase, agresividad del tumor, metástasis, hasta llegar a consideraciones que posibiliten el establecimiento de un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado y eficiente para cada caso en particular.

Dentro de las neoplasias, se describen las enfermedades oncohematológicas que destacan por su escasa investigación científica e insuficiente referencia bibliográfica, como consecuencia de su gran complejidad. Estas enfermedades, se consideran dentro de las 10

primeras causas de mortalidad en las estadísticas mundiales, lo que demanda en la actualidad, a la sistematización de la información en relación al tema, al incremento de la divulgación de los estudios y a la labor investigativa, no solo en Cuba sino a nivel mundial.

Con el propósito de lograr una diferenciación diagnóstica, se han determinado en nuestro país como causa de mortalidad, según establece el CIE -10, una serie de clasificaciones de la enfermedad, como: Enfermedades del Sistema Hematopoyético, Leucemias, Linfomas No Hodgkin, Enfermedad de Hodgkin y Mieloma Múltiple. Criterios que señalan con mayor precisión el diagnóstico, facilitando la distinción del pronóstico y tratamiento.

En el tratamiento de esta enfermedad se han dispuesto números avances desde la inmunología, que resultan aún insuficientes por su afectación no sólo a nivel fisiológico sino el impacto psicológico de la enfermedad. Es por esto que los requerimientos médicos y la distribución de la atención en áreas especializadas, ubican a las enfermedades oncológicas en los niveles de atención terciaria o de especialización; sin embargo en el caso de las enfermedades oncohematológicas son referidas actualmente a las unidades de atención secundaria, donde no se cuenta con la atención psicológica necesaria y requerida en el proceso de atención al paciente oncohematológico.

Considerando la dimensión de la afectación biopsicosocial que vivencia este paciente, ante las características de la enfermedad y la repercusión en el sistema inmunológico, se revelan indicadores de vulnerabilidad emocional como aspectos fundamentales que determina un esquema situacional característicos de la enfermedad y su repercusión en el sistema psiconeuroinmunológico.

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.

La asistencia integral a la persona con cáncer debe atender, tanto los aspectos biomédicos como los psicológicos y sociales, dentro del espacio hospitalario. Evidencias clínicas, señalan que se puede atribuir un valor etiológico hipotético, a cualquier evento, altamente

traumático, mantenido en el tiempo, y vivido con una sensación de indefensión. No obstante se deben considerar la multiplicidad de situaciones clínicas, en términos médico-psicológicos, a las que se deben adecuar las técnicas psicoterapéuticas. Las estrategias deben basarse en las evidencias científicas de: la Psicooncología, la Psicología de la Salud, la Medicina Psicosomática, y la Psiconeuroinmunología. (Interpsiquis, 2005)

En el proceso salud-enfermedad, la valoración del funcionamiento psicosocial, como consecuencia de la repercusión de las emociones en el organismo, determinan la evolución de la enfermedad y la calidad de vida, suponiendo el diagnóstico, el curso y el tratamiento de la enfermedad, que pueden afectar en distintas medidas el bienestar psicológico de estos pacientes, a pesar del aumento de las expectativas de vida que brinda el propio tratamiento clínico.

Los avances en Psicofisiología y Psiconeuroinmunología han revelado vías a través de las cuales el estrés y las emociones pueden contribuir a la génesis, pronóstico y supervivencia de los pacientes con cáncer. (Bovgber, 1991; Cooper, 1991; Anderson col., 1994)

Se supone que una atención especializada e integral del paciente contribuye a elevar los índices subjetivos de forma positiva y facilita la adherencia al tratamiento médico necesario, por lo que la búsqueda de métodos eficaces en la intervención de pacientes oncológicos constituye un reto en la psicología actual.

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 habían sido utilizados en las unidades de atención secundaria con pacientes oncohematológicos.

Los avances desde Psiconeuroinmunología, han sido protagonistas el tratamiento de las enfermedades oncohematológicas, pues el desarrollo de esta ciencia ha tenido un gran impacto para estudios relacionados con el conocimiento y control de muchas enfermedades. El sistema inmunitario es extraordinariamente complejo, debido a la necesidad de

defendernos de agentes que invaden el organismo o de células que se transforman en cancerosas, permitiendo una respuesta defensiva más evolucionada, de ahí la necesidad de su fortalecimiento sobre todo en aquellas persona que como los pacientes de la muestra, padecen enfermedades oncohematológicas, que actúa destruyendo directa o indirectamente el sistema inmune. La biología celular y molecular ha permitido establecer relaciones insospechadas con anterioridad entre los fenómenos psicológicos y biológicos.

El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, destaca que la mente y las emociones desempeñan un papel muy importante en la génesis y desarrollo de la mayoría de las enfermedades. Se considera una útil herramienta de intervención para el psicólogo, ya que aprovecha el impacto inmunológico de los factores psicológicos en el proceso salud-enfermedad, además actúa sin reacciones adversas a otros tratamientos, ni ocasionar efectos colaterales reportados.

Actualmente se ha propuesto la utilización de un lenguaje común entre 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.

Dado los limitados resultados investigativos obtenidos hasta el momento relacionado con las enfermedades oncohematológicas y la aplicación de las Esencias Florales de Edward Bach se propone la siguiente pregunta:

Pregunta de investigación:

¿Qué beneficios reporta el empleo de la Esencias Florales de Edward Bach como herramienta de estabilización del funcionamiento emocional en el tratamiento de pacientes con enfermedades oncohematológicas?

El desarrollo del proceso de diagnóstico e intervención en pacientes con enfermedades oncohematológicas se dispuso con el propósito de:

Objetivo General:

- Evaluar la efectividad de las Esencias Florales de Edward Bach como herramienta de estabilización del funcionamiento emocional en pacientes con enfermedades oncohematológicas.

Objetivos Específicos:

1. Comparar los principales indicadores de ansiedad, depresión e ira al inicio de la intervención entre ambos grupos, 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. Evaluar la efectividad de la aplicación de las Esencias Florales para las variables estudiadas.
4. Valorar los cambios de los indicadores clínicos asociados al tratamiento con Esencias Florales y al tratamiento médico prescrito.

Partiendo de esta necesidad se ha dispuesto un arsenal metodológico para la caracterización emocional de los paciente, para el logro de la implementación adecuada de las Esencias Florales de Edward Bach en el tratamiento de pacientes oncohematológicos y la influencia en sus niveles tanto psicológicos como clínicos, permitiendo evaluar la efectividad en estos pacientes.

Se establecieron comparaciones entre los grupos muestrales de pacientes oncohematológicos, uno al que se le aplicaron las Esencias Florales de Bach y otro al que no, ambos sometidos a tratamiento médico. Las evaluaciones fueron dispuestas en distintos momentos de la investigación, Esto a su vez permite realizar una comparación progresiva y sistemática de la evolución de ambos grupos, evidenciando las variaciones que puedan existir en cuanto a las diferentes manifestaciones emocionales en cada uno de los grupos. Los resultados obtenidos permitirán demostrar la incidencia de las Esencias Florales de una forma más eficiente sobre el funcionamiento emocional.

La utilización de las Esencias Florales ha demostrado en los últimos años una serie de resultados alentadores que favorecen la confiabilidad del mismo, ejemplo de esto lo constituyen diferentes investigaciones realizadas en nuestro país sobre todo en estos

últimos años, destacándose estudios realizados en todo el país en el tratamiento y estabilización emocional. En la ciudad de Santa Clara con la puesta en práctica de este sistema se destacan investigaciones, en disímiles áreas de acción de la psicología. Se destacan los eventos realizados con la participación de múltiples profesionales que demuestran su efectividad en la práctica así como la labor patentizada de la Farmacia Homeopática, como centro de referencia en cuanto a la implementación de esta propuesta novedosa.

La investigación se estructura en tres capítulos. El capítulo uno donde se realiza una exhaustiva revisión bibliográfica permitiendo exponer los principales fundamentos teóricos que sustentan el presente estudio. El capítulo dos, se encuentra dirigido a determinar la metodología bajo el cual se efectúa la investigación; se define además el diseño de la investigación, la selección de la muestra y las técnicas y procedimientos a emplear en el estudio de la problemática. En el capítulo tres se realiza la presentación de los resultados y su correspondiente análisis. Además cuenta con introducción, conclusiones, recomendaciones, bibliografías y anexos.

Supuestos Teóricos

Capítulo 1. Supuestos Teóricos.

El cáncer constituye una enfermedad crónica que ha sido investigada desde la antigüedad, revelando con el desarrollo de la ciencia, avances significativos en su tratamiento, que destacan un aumento en la supervivencia y pronóstico de los pacientes. Es importante reconocer que a pesar del avance en esta área, no se ha encontrado una cura determinante para la enfermedad, que no dejan exento de interés para la continuidad de los estudios a numerosos profesionales, pues se ha definido en los últimos tiempos como una enfermedad de alta connotación en el individuo tanto clínico, social como psicológico por su alto significado y carácter maligno asociado a la muerte.

1.1 Tendencias actuales en la conceptualización del cáncer.

De manera general el cáncer consiste en un crecimiento descontrolado y la posterior diseminación de células anormales en el organismo, que invaden y dañan tejidos y órganos. La carcinogénesis o aparición del cáncer ocurre como resultado de dos procesos: primero, el aumento descontrolado de la proliferación de un grupo de células que dan lugar a un tumor o neoplasia y la posterior adquisición de estas de capacidad invasiva, que les permite diseminarse desde su sitio natural en el organismo, colonizar y proliferar. (Weisburger, 2004)

Si sólo tiene lugar un aumento del crecimiento de un grupo de células en el lugar donde frecuentemente se encuentran, se está en presencia de un tumor benigno, que generalmente es posible eliminarlo mediante cirugía, sin embargo cuando las células de un tumor son capaces de invadir los tejidos circundantes o distantes, tras penetrar en el torrente circulatorio y capaz de formar metástasis se habla de un tumor maligno o cáncer.

Se considera que un momento importante en el desarrollo de las células cancerígenas es la capacidad invasiva que adquieren. La célula de un tumor es capaz de debilitar la adhesión a sus vecinas originarias, escapar del tejido original en la que se encontraba, trasladarse hacia otros tejidos, cruzar la lámina basal y el revestimiento endotelial del vaso, entrar y salir de la circulación, y finalmente alojarse en un nuevo ambiente, que puede ser un órgano o varios donde sobrevive y prolifera. Para cada uno de estos procesos depende de la disminución en la expresión de moléculas de adhesión, de la presencia de enzimas proteolíticas que son

capaces de romper la matriz celular. A este proceso determinado por la capacidad invasiva de este tipo de células se denomina: metástasis. (Lehman y col., 2007)

Las metástasis constituyen con frecuencia la causa del fallo de los tratamientos y de la muerte de los pacientes con cáncer. La progresiva acumulación de mutaciones en una secuencia específica para cada tipo celular genera primero una hiperplasia o crecimiento desordenado y luego invasividad celular, vascularización y finalmente la metástasis.

La metástasis requiere tumorigenicidad e invasividad, procesos que se inician en este orden pero que se solapan parcialmente, de modo que mutaciones que proporcionan a las células tumorales la capacidad de invadir y formar posteriormente metástasis se comienzan a acumular ya durante la fase de crecimiento del tumor primario. Cuando se detecta inicialmente un tumor existen ya células que son potencialmente invasivas y/o angiogénicas. Debido precisamente a la posibilidad de que alguna haya escapado ya de la masa tumoral bien a la sangre, a la linfa o al tejido circundante, apareciendo las metástasis transcurrido un tiempo después de la eliminación del tumor primario. (Holmberg y Anderson, 2004; Montiel, 2009)

- La neoplasia maligna: es aquella neoformación cuyas células se apartan de su tipo normal, adoptando una morfología atípica, lo cual se expresa clínicamente en un crecimiento más agresivo y rápido del tejido neoformado, el cual destruye e infiltra los tejidos vecinos haciendo siembras en zonas distantes hasta provocar la muerte del paciente. En ellas hay también multiplicación celular, pero con la existencia, además, de una modificación biomorfológica.

- Las neoplasias benignas: es aquella neoformación tisular resultado del aumento del número de células, que mantienen una diferenciación morfológica normal, por lo cual no infiltra los tejidos vecinos y mucho menos a otros órganos. En ellas, la lesión hística está bien definida por un límite preciso con relación a las células normales del tejido donde crece. (Marínelo, 1986, Knapp, 2005)

Esta conceptualización incluye de manera general la caracterización de la enfermedad, valorando el carácter infiltrante e invasivo en el organismo, que está determinado a partir del crecimiento anormal de las células, desde su intensidad y morfología, siendo abordada la

conceptualización a partir de un enfoque explicativo, diferenciando las neoplasias malignas de las benignas.

1.2 Factores de riesgo del cáncer.

Los promotores de tumores pueden ser elementos de orden exógeno como el humo del cigarro, o endógeno como la presencia de algunas hormonas en el organismo, que necesariamente no son cancerígenos pero que pueden causar cáncer si actúan sobre una célula que ha tenido exposición previa a un iniciador. En definitiva, el efecto de los promotores es estimular la división celular en la región previamente expuesta donde un iniciador ha producido un crecimiento a partir de una célula mutada. (Marsman y Borret, 1994)

Según American Cancer Society (2007), existe un tercer período en este proceso es la progresión, en este, las células premalignas se convierten en células malignas a través de un proceso multifocal, donde unas se transforman más rápido que las otras, la progresión puede ocurrir de manera espontánea debido a la inestabilidad genética propia de la célula o por la exposición a sustancias que son de carácter genotóxicas. (Montiel, 2009)

Aunque no se precisen aun las posibles causas del cáncer, se ha logrado describir muchos de los factores de riesgo que lo precipitan. El principal factor de riesgo es la edad o el envejecimiento, ya que dos terceras partes de todos los cánceres ocurren a cualquier edad. El segundo factor de riesgo es el tabaquismo, y le siguen la dieta, el sedentarismo, la exposición solar y otros estilos de vida. Sea como fuere, no podemos pensar en el cáncer como una enfermedad de única causa, sino más bien como el resultado final de una interacción de múltiples factores, entre los que se incluyen el ambiente, los hábitos dietéticos, la herencia genética, etc. En la actualidad se realizan infinidad de estudios epidemiológicos que tratan de buscar asociaciones de toda índole con el cáncer. Así, por ejemplo, para discernir entre genética y ambiente, existen estudios que comparan la incidencia de distintos cánceres en una población de origen con la incidencia de los mismos cánceres en una población emigrante en otro ambiente (cáncer de estómago en Japón con cáncer de estómago en sucesivas poblaciones de emigrantes japoneses en Estados Unidos). (García-Camba, 2000)

En el artículo “Epidemiología de enfermedad linfoma y mieloproliferativas en Argentina Meridional” de la revista Hematología, refiere que la agencia internacional para investigación del cáncer (IARC) y la organización mundial de la salud, ha clasificado los agentes carcinógenos reconocidos en tres categorías:

Carcinogénicos: (Usualmente basado en fuertes evidencias de carcinogenicidad) Ej.: Asbestos, Gas, Mostazas, Tabaco, Radiaciones gamma.

Probablemente carcinogénicos: (Usualmente basado en fuertes evidencias de carcinogenicidad en animales). Ej.: escapes de motores diesel, Lámparas de sol, Radiación ultravioleta, Formaldehído.

Posiblemente carcinogénicos: (Usualmente basados en evidencias verosímil en humanos pero sin confirmación). Ej.: Café, Estirene (derivado de bencénico), Escapes motores de gasolina, Vapores soldadores, Campos electromagnéticos de baja frecuencia.

La mayoría de los canceres están relacionados con hábitos personales y factores medioambientales, como el consumo de alcohol y tabaco, la dieta (déficit o exceso de nutrientes), el comportamiento reproductivo y sexual, exposición a la luz solar, contaminación ambiental y ocupación, que los hace susceptibles de prevención primaria. Conforme a estudios étnicos y de migraciones, así como las variaciones geográficas se ha sugerido que los carcinógenos ambientales causan hasta el 80% de los cánceres.

En el intento de determinar los factores precisos de riesgo al cáncer, se ha centrado en enfoques que desde su carácter exógeno o endógeno, no han logrado un acuerdo en relación con el cáncer, que aún promete infinitas interrogantes desde la etiología o factores desencadenantes. Haciendo un análisis de las disimiles teorías asociadas al tema, se puede referir que constituyen sin poder delimitar de manera general en cada caso, las teorías que como las ambientales, la genética o herencia, los enfoques biólogos y los estilos de vida; los factores más explicados y abordados en las investigaciones, como posibles predisponentes, valorando la exposición a los mismos de forma específica en un sujeto con cáncer.

El cáncer es una enfermedad cuantitativa y cualitativamente importante en nuestra sociedad actual. Durante la década de los 90' el 15 % de todas las muertes que se producían en el mundo eran debidas al cáncer, lo cual representa millones de personas en el mundo. Cada año se diagnostican millones de nuevos casos. La incidencia del cáncer en países desarrollados es superior a la de los países subdesarrollados. En la actualidad el cáncer constituye la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. En nuestro país debido al aumento de la expectativa de vida y el alto nivel de salud alcanzado en las últimas cuatro décadas. (Marínelo, 1986, citado en Knapp, 2005)

2.1 La hematología y las enfermedades oncohematológicas.

Se plantea que son las enfermedades hematológicas de gran afectación en la población mundial, por lo que constituye un problema de salud en el mundo dada la incidencia del mismo, y nuestro país no está exento, tal como lo reflejan las estadísticas, que manifiestan que en el sexo masculino constituye dentro de las enfermedades oncológicas, la novena en cuanto a incidencia, y en el sexo femenino se sitúa en el séptimo lugar. (Gonzales y Vía, 2005)

La Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, realiza un análisis sobre la disponibilidad de la bibliografía sobre el tema, refiriendo su escasez y falta de organización, por lo que se sugiere la necesidad urgente de sistematizarla, con el propósito de lograr un desarrollo en esta área, a los diferentes hematólogos y otros profesionales interesados. (López, 2000)

Con objeto de organizar y tabular los informes, la OMS publicó listas sobre causas de mortalidad conocidas como Clasificación Internacional de Enfermedades, la última se conoce como CIE -10. En cuanto a enfermedades oncológicas se elaboro un listado de enfermedades oncológicas que al referirse a las enfermedades oncohematológicas, lo hacen en sentido general, como Enfermedades del Sistema Hematopoyético, Leucemias, Linfomas No Hodgkin, Enfermedad de Hodgkin y Mieloma Múltiple.

Sobre estas enfermedades solo se proporciona informaciones generales considerándose dentro de las 10 primeras causas de mortalidad en las estadísticas mundiales. En nuestro país, como causa de mortalidad se incluyen según el CIE -10, la Enfermedad de Hodgkin

(045), Leucemia (046), Otros tumores malignos del tejido linfático, órganos hematopoyéticos y tejidos afines (047), Anemias (051), y Resto de Enfermedades de la sangre y órganos. Hematopoyéticos y ciertos trastornos del mecanismo de inmunidad (052). Esto hace que la información recogida desde esta área insuficiente, por lo tanto se observa una ausencia llamativa de las estadísticas sobre la incidencia de las enfermedades oncohematológicas. (Raña, 2003)

La Agencia Internacional para la investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado un programa GLOBOCAN 2000 sobre la Incidencia, Mortalidad, y Prevalencia a través del mundo. Dada la ausencia de Registros de Tumores en la mayoría de los países. Se usaron los criterios diagnósticos y las categorías de enfermedad actualmente en uso por la especialidad y los grupos diagnósticos fueron clasificados en Leucemia Aguda, Subdividida en L. Aguda linfoblástica (L.L.A) y Leucemia mieloide aguda (L.M.A); Leucemias crónicas, subdivididas en Leucemia Linfática Crónica (L.L.C), Leucemia Mieloide Crónica (L.MC); y Leucemias a Células Velloso (L.C.V); Linfomas No Hodgkin (L.N.H); Enfermedad de Hodgkin (E.H); Neoplasias de de células plasmáticas, incluyendo Mieloma Múltiple (M.M); y Macroglobulinemia de Waldestrom (M.W); Desordenes Mieloproliferativos, incluyendo Trombocitema esencial (T.E), Policitemia Vera (P.V) y Mielofobrosis (M.F); Síndromes Mielodisplásicos (S.M.D). (Raña, 2003)

2.2 Principales factores de riesgos asociados a las enfermedades oncohematológicas.

Los factores de riesgos de esta enfermedad son poco conocidos e insuficientes ante la exigencia de explicar sus variaciones geográficas y étnicas a lo largo de su aparición y afectación en la población mundial. Dentro de las enfermedades oncohematológicas se consideran como principales factores de riesgo, salvo ciertos desordenes genéticos, las radiaciones y unas pocas exposiciones ocupacionales y ambientales, se considera que las influencias que tiene que ver con el estilo de vida, tan importantes para algunos tumores sólidos, han recibido relativamente poca atención o parecen jugar un papel insignificante en las hemopatías malignas, a excepción del nivel socioeconómico como un marcador de riesgo no identificado para la leucemia en niños y para los linfomas No Hodgkin de adultos) así como el hábito de fumar para leucemia en adultos. Otros estimados han sido la

exposición a campos eléctricos, la cercanía a centrales nucleares y las viviendas asentadas en terrenos de relleno.

En general, los factores involucrados se pueden sintetizar en los siguientes: Genéticos, Tabaquismo, Agentes Infecciosos, Radiaciones ionizantes y no ionizante, Exposición industrial, Agricultura y su asociación con pesticida, Agentes neoplásicos. (Raña, 2003)

Los factores de riesgo de estas enfermedades como otras enfermedades malignas vinculadas al cáncer aun constituyen una controversia para algunos autores que intentan resumir la variedad de factores ambientales, genéticos, hereditarios y algunos asociados a estilos de vida que están confluyendo en el incremento de la enfermedad significativamente.

2.3 Consideraciones generales para el diagnóstico y pronóstico hematológico.

La mayoría de los pacientes que remiten a esta especialidad, debutan con síntomas que caracterizan un diagnóstico a partir de las manifestaciones clínicas secundarias a la pancitopenia: fatiga, astenia, palpitaciones, taquicardia, palidez cutáneo-mucosa, equimosis, petequias, gingivorragia, hemorragias viscerales e infecciones frecuentes. En el aspirado y en la biopsia de medula ósea (MO) además de la hipocelularidad con depresión de los 3 sistemas hemopoyéticos, puede existir un aumento de linfocitos, células plasmáticas, fibroblastos, y en ocasiones hemofagocitosis, permitiendo la facilidad de un diagnóstico con mayor certeza.

En la actualidad, un grupo de investigadores sugiere la utilización de métodos no invasivos, como la resonancia magnética, para la clasificación y cuantificación del contenido medular.

Se describen factores de mal pronóstico, tales como: hemorragias y rápido deterioro clínico al inicio de la enfermedad, mayor intervalo de tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico, sexo masculino, más del 70 % de células no mieloides en médula ósea, reticulocitopenia, neutropenia y trombocitopenia severas y menos del 11 % de utilización del hierro en el estudio ferrocínético. En algunos estudios la edad, la etiología, las cifras de hemoglobina y la celularidad de la MO no tienen valor pronóstico aislado.

Es necesario realizar un diagnóstico con absoluta certeza, lo cual habitualmente requiere una biopsia. Es también esencial determinar el tipo específico de cáncer, así como el estadio

del mismo con el objetivo de conocer su exacta localización y si se ha extendido a otros órganos, lo cual contribuye a planificar un tratamiento apropiado y a determinar el pronóstico. (Khatcheressian y col., 2006)

La mayoría de los especialistas médicos, encuentran en estos criterios diagnósticos, referentes importantes para el análisis de los casos, así como el diagnóstico y/o pronóstico que proponen, permitiéndoles ser capaz de evaluar una perspectiva de tratamiento en cada caso específico, a partir de los resultados obtenidos en las pruebas que se realizan al paciente, partiendo de sospechas o índices de aparición de síntomas asociados a la enfermedad.

2.4 Técnicas diagnósticas y tratamientos hematológicos.

En este siglo XXI se ha logrado un considerable desarrollo científico que se ha acelerado en los últimos años, gracias a la presencia de terapias cada vez más efectivas. El desarrollo de nuevos equipos de radiaciones ionizantes con mayor potencia y exactitud en el uso anticanceroso, se ha completado con el uso de técnicas quirúrgicas menos mutilantes y agresivas en los estadios iniciales de la enfermedad, lo que ha contribuido a la supervivencia y en muchos casos a la cura de los pacientes con cáncer. Por su parte, los nuevos avances en las ciencias de la biología, unido a las transformaciones moleculares y celulares desde las células normales a las células malignas, ha permitido que se amplíe el espectro para un mejor control de la enfermedad. (Estape, 1998, citado en Montiel, 2009)

Existen pruebas específicas que corroboran con precisión la impresión diagnóstica. Entre los exámenes generales más comúnmente utilizados se encuentran: determinación de células malignas en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo mediante el uso de pruebas de marcadores tumorales; Gammagrafía; Ecosonografía; Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética.

El tratamiento de estas neoplasias incluye la radioterapia y los esquemas poliquimioterapéuticos, que han logrado mejorar los índices de supervivencia. En la actualidad se aplican nuevos tratamientos como son el trasplante de médula ósea, los anticuerpos monoclonales y los inmunomoduladores, los cuales han permitido en algunas variedades mejorar el pronóstico.

No obstante como neoplasias malignas al fin, queda un grupo de enfermos en donde la extensión de la enfermedad, el tipo de célula afectada y la refractariedad al tratamiento influyen en el mal pronóstico y los bajos índices de sobrevida, en los cuales se imponen las medidas paliativas en la terapéutica. (Bellver, y Moreno, 2009)

La administración oral de opeaceos, según la escala analgésica de la OMS, es el método más eficaz, más simple y más eficiente (efectividad/coste) para el control del dolor en la enfermedad hematológica. Con ello se consigue controlar al 85% de los pacientes. Las técnicas analgésicas con infusión subcutánea o catéter son un método excelente pero, más caro y complejo, para el control del dolor en estos pacientes. Sólo suelen ser necesarias en el 15% restante. (Aguilar, 1999 y col)

Durante el curso y evolución de la enfermedad el paciente puede vivenciar dolor que puede venir motivado por la propia enfermedad, por infiltración leucémica o mielomatosa, destrucción ósea, por los tratamientos empleados, mucositis en neutropénicos, post-metotrexate, trasplante de médula ósea, neurotoxicidad de citostáticos, radioterapia, etc. El porcentaje de enfermos hematológicos que requieren atención específica al problema del "dolor" (entendido como "dolor total" afectación de tipo físico, emocional, espiritual, social, laboral, familiar) se puede incrementar si englobamos no sólo a los pacientes con dolor sino también a aquellos con síntomas más o menos desagradables durante el curso de su enfermedad.

El tratamiento del dolor y la medicina paliativa se basan en el control de los síntomas y en dar un soporte emocional correcto a los pacientes y a sus familias. Los pacientes hematológicos pueden presentar los siguientes síntomas: síndrome sistémico, dolor, constipación, sequedad de boca y síntomas psicológicos.

Estos síntomas pueden ser cambiantes y deben ser valorados tanto en su intensidad como en su duración. Los síntomas se pueden agrupar según 6 características concurrentes: múltiples, intensos, multifactoriales, cambiantes, y con carácter total o multidimensional, además de su probabilidad razonable de control.

3.1 La Psiconeuroinmunología desde la perspectiva oncológica.

En el desarrollo de los primeros tratamientos contra el cáncer, los estudios sobre los tumores hematológicos han sido innovadores, se destacan investigaciones en los tratamientos que van mejorando a los más convencionales. De hecho, la combinación de fármacos y el concepto de intensificación de dosis inicialmente aplicado con éxito en tumores hematológicos, se ha utilizado posteriormente en el tratamiento de otros tumores. De la misma forma, el papel crítico del sistema inmunitario en el tratamiento de tumores hematológicos ha permitido plantearse la posibilidad de usar la inmunoterapia para mejorar el tratamiento convencional de estas otras neoplasias.

Los psicoterapeutas Le Shan y Worthington, 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 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.

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 psique 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 (Lichtman, 2007).

La división cartesiana de la ciencia, dicotomía filosófica, que separa la mente del cuerpo para poder destrabar el desarrollo, originó una brecha que se podría definir en la fórmula "Psicología Vs. Biología", que descarta las interacciones entre factores psicológicos y ambientales como entre el cerebro y el genoma. Hoy en día es necesario pensar el funcionamiento del individuo como una red conformada por puentes causales entre los

niveles de análisis moleculares, neurales y psicológicos. Se considera que la conexión entre la psique, el cerebro, el sistema endocrino y el sistema inmunológico pueden tener importantes implicaciones para la promoción de la salud, mediante el rescate de ciertas dimensiones humanas relacionadas con su preservación y en el tratamiento de la enfermedad; con la aplicación clínica de las relaciones existentes entre acontecimientos vitales y su influencia en el sistema de defensa.

Los aportes de la Psiconeuroinmunología (PNI) deben ser tomados en consideración cuando se piense que una enfermedad pueda estar relacionada con ciertas emociones y particularmente en el acercamiento terapéutico integral a la persona con cáncer, ya que existen un importante volumen de evidencias experimentales que demuestran que variables psicosociales pueden influir en el desarrollo y la progresión de ciertos tipos de cáncer.

La (PNI) aporta la base de apoyo para considerar a la salud como “esa tendencia a la armonización biopsicológica, que supone fuerzas, potencialidades, capacidades vitales humanas, expresiones de la dinámica biológica de ese sujeto, de su estructura y dinámica psíquica, que se han ido construyendo en su proceso muy concreto de historia vital, desde la misma concepción. Historia vital que es esencialmente social, por cuanto se construye en el compartir con los otros en una multiplicidad de relaciones, la satisfacción de las necesidades, el trabajo, la comprensión de la sociedad y de sí mismo” (Pacheco, E.1996).

La utilización de un lenguaje bioquímico a través de mediadores tales como: hormonas, neurotransmisores y mensajeros inmunológicos, permiten una mejor comprensión del funcionamiento global del individuo y la repercusión de cada componente aportando novedosos e interesantes postulados sobre las interacciones en la matriz extracelular, su regulación y la repercusión sobre todo el organismo

El pensamiento actual relacionado con las implicaciones de la (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.

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.

Las evidencias científicas sobre la existencia de una actividad anti-tumoral citadas por Sala, V. (2001), en *Depresión y cáncer, Una apreciación (PNI) de los cuadros depresivos en pacientes con cáncer* de la revista *Interpsiquis* 2002 sobre el sistema inmune se enumeran a continuación:

- La presencia de un infiltrado linfocitario en los exámenes histológicos de algunos tumores (por ejemplo en el carcinoma mamario) sugiere que la reacción inflamatoria puede influenciar el crecimiento tumoral.
- Se han observado regresiones espontáneas de tumores en pacientes con melanomas malignos, carcinoma renal, neuroblastomas, hipernefroma, y coriocarcinoma, implicando por lo tanto la existencia de una presión efectiva inmunológica sobre estas enfermedades malignas (Currie, 1974).
- Individuos inmunosuprimidos tienen un mayor riesgo de desarrollar, algunos tipos, no todos, de neoplasias. El riesgo de cáncer en pacientes alo-transplantados es al menos 100 veces mayor que en la población en general, siendo los cánceres principalmente de origen linfoproliferativo, con un mayor riesgo de linfoma del sistema nervioso central. La incidencia de Sarcoma de Kaposi y cáncer epitelial de la piel se encuentra también incrementada en estos pacientes. Estos tipos de cáncer a menudo se han asociado con virus oncogénicos, las cuales son presumiblemente, mantenidos reprimidos por un sistema inmune efectivo.

El tratamiento de un paciente con cáncer, debe ser interdisciplinario de esta manera el médico, el terapeuta y otros agentes de salud que participen en el abordaje del paciente verán resultados positivos. El paradigma de enfermedad única ha dejado paso a un nuevo

paradigma de enfermedad múltiple, el concepto de curar a dejado paso al de calidad de vida que no implica necesariamente curación. La respuesta de cada individuo va a ser particular de él, en función con el significado que este le dé al acontecimiento, los recursos psicológicos que posea para hacerle frente a la amenaza, daño o desafío que en este caso la enfermedad pudiera suponer y la red de apoyo social con la que cuente, aun cuando el individuo se considere clínicamente curado el tener que asistir periódicamente a los controles le significa una reconocimiento traumática de lo ya supuestamente dejado atrás.

Es por todo ello que aproximarse a un sistema de tratamiento integrativo, natural y libre de contraindicaciones que permita tratar las emociones y estilos de personalidad del paciente con enfermedades oncohematológicas, si bien puede no tener una incidencia directa sobre el curso de la enfermedad, constituye al menos una herramienta que permite mejorar la calidad de vida del paciente.

4.1 Calidad de vida

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. La calidad de vida asociada a la Salud ha sido definida como “el valor asignado o la duración de la vida, modificado por la deficiencia, el estado tensional, la percepción de la salud y la oportunidad social, debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada” (Patrick y Erickson, 1993). Así la calidad de vida se ha conceptualizado como las condiciones las condiciones objetivas de vida, como la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida, como la calidad de las condiciones de vida más la satisfacción personal o como la calidad d vida más la satisfacción personal, más los valores personales (Borthwick-Duffy, 1992; Folce y Perry, 1995).

A pesar de que el debate en cuanto a cómo medir y evaluar la calidad de vida sigue vigente, existe acuerdo en cuanto a que este constructo debe evaluarse atendiendo a aspectos, físicos, sociales y psicológicos por un lado, y por otro a la subjetividad de quien enferma, es decir, tal y como el paciente percibe (Winer, 1994; Broadhead et al.; 1998). Desde este nuevo enfoque, el concepto de calidad de vida ha venido a formar parte de las pautas de actuación clínica y de las decisiones terapéuticas en cuanto a la administración de uno u otro

tratamiento (Winer, 1994; Broadhead et al, 1998). Abundar en estos aspectos de la calidad de vida permitirá delimitar con mayor precisión las áreas psicosociales más afectadas en el caso del paciente crónico y en relación a las diferentes fases de la enfermedad, así como, aportar información a los profesionales de la salud acerca del impacto de los tratamientos administrados. Todo ello finalmente hacia un objetivo común que consiste en combinar pautas clínicas e intervenciones psicosociales específicas que permitan incrementar la calidad de vida de los pacientes crónicos.

Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud.

En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. Es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Se ha evaluado calidad de vida en diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos.

Puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas con referencia al inicio de la enfermedad, al diagnóstico y a los cambios de síntomas en los últimos meses, principalmente en aquellos pacientes con enfermedades crónicas con tratamientos paliativos, y que confieran beneficios en la calidad de vida. (Velarde, 2002)

Los avances científico-tecnológicos permiten que en muchos casos se alargue la vida de los pacientes, a base de la utilización de terapias en ocasiones altamente agresivas, pero necesarias para prolongar la supervivencia de los enfermos, considerando el impacto de la enfermedad y su tratamiento, el estudio científico de la calidad de vida es uno de los temas que requiere ser abordado desde un nuevo campo multidisciplinario, en el que se analizan

las relaciones entre diversas variables psicológicas y aspectos concretos del cáncer que pueden ser integrados desde el análisis psiconeuroinmunológico no como una ausencia de enfermedad pero si vinculando aspectos de bienestar emocional que determina en gran medida la recuperación clínica del paciente, atendiendo a la influencia de las emociones en el sistema nervioso e inmunitario.

5.1 Conceptualización y Abordaje de las Emociones.

Se señala que la emoción hace referencia a un patrón de acción, definido por una estructura específica de información en la memoria, de tal forma que, cuando se accede a ella, se procesa como un programa conceptual y motor (Lang, 1990).

La estructura de información en la emoción incluye tres categorías primarias: a) la que está relacionada con el estímulo desencadenante y su contexto; b) la que está relacionada con la respuesta apropiada a ese contexto, incluyendo la conducta verbal expresiva, las acciones abiertas, y los eventos viscerales y somáticos que median entre la activación y la propia conducta y c) la que está relacionada con el control sobre el estímulo y la respuesta. Este autor entiende las emociones como disposiciones para la acción que se han ido desarrollando a lo largo de la evolución a partir de reacciones de carácter adaptativo ante situaciones relevantes para la supervivencia (búsqueda de alimento, aproximación sexual, lucha, huida). El sistema conductual, incluye, tanto las acciones externas típicamente emocionales (aproximación, ataque, huida), como los efectos de la emoción en la ejecución de tareas no emocionales (atención, memoria, aprendizaje), facilitándolas o dificultándolas.

El modelo de Lang, además, presta especial atención a la organización estructural de las reacciones emocionales, a sus fundamentos neurofisiológicos y a los mecanismos de activación de la emoción (Lang, 1995; Lang, Davis y Öhman, 2002). Lang asume una organización jerárquica de las reacciones emocionales en la que tienen cabida tanto los aspectos específicos como los aspectos dimensionales: En el nivel inferior de la jerarquía, predominan los patrones específicos de la respuesta emocional. Las emociones siempre se manifiestan como patrones específicos de acción dependientes del contexto, por tanto, con una topografía fisiológica y conductual específica. El miedo ante un examen se manifiesta de forma diferente al miedo a que te roben cuando pasas por una calle solitaria. Cada reacción emocional es diferente, dependiendo del contexto en el que ocurre.

En el nivel intermedio, predominan los programas emocionales, integrados por subrutinas de ataque, huida, búsqueda de alimentos, aproximación sexual. Estos programas muestran ciertas similitudes y estereotipias de respuesta ante diferentes contextos dando lugar a las llamadas categorías emocionales: el miedo, la ira o la tristeza. En el nivel superior, predominan las dimensiones emocionales. Todas las reacciones emocionales comparten determinadas características: direccionalidad (tendencia a la aproximación o a la evitación), intensidad (mayor o menor requerimiento de energía) y control (continuidad o interrupción en la secuencia conductual). Estas tres características constituyen las tres grandes dimensiones que organizan el mundo emocional al más alto nivel: valencia (agradable-desagradable), arousal (activado-calmado) y dominancia (controlador-controlado).

En relación a la emoción, Lazarus (1991, 2001) parte de una aproximación categorial o específica frente a las posturas más dimensionales. Sin embargo, reconoce, que en el ámbito de las emociones discretas, las dimensiones afectivas también son empleadas, aunque dentro de cada categoría emocional y relacionándolas básicamente con la intensidad emocional. Las propuestas de Lazarus han ido evolucionando hasta llegar a la combinación de un análisis molecular y molar del proceso de valoración, identificando con ello componentes y subcomponentes del mismo, así como el significado general que de ellos se deriva y que se vincula a una emoción concreta. El afrontamiento se convierte en el otro gran concepto de su teoría, pero, como él mismo reconoce, se solapa con procesos de valoración específicos, en concreto, con la valoración secundaria (Lazarus, 2001).

La teoría cognitiva-motivacional-relacional de la emoción Lazarus (2001) añade a los conceptos de cognición y motivación, el concepto de "relación", que recoge el significado que se da a la interacción entre la persona y el ambiente. Según Lazarus los componentes básicos de la valoración, forman parte de los dos procesos de valoración básicos que se proponen (Lazarus y Folkman, 1984): la valoración primaria y la valoración secundaria. Los componentes de la valoración primaria serían tres: La relevancia de las metas, la congruencia de las metas, el tipo de implicación del ego.

En la tabla 1 se recogen algunos de los *núcleos temáticos relacionados* para algunas de las emociones, sobre las existe un mayor acuerdo:

Tabla 1. Núcleos temáticos relacionados para cada emoción (Lazarus, 1991, 2001).

Ira	Ofensa contra uno mismo o lo suyo
Ansiedad	Incertidumbre, amenaza
Culpa	Habiendo transgredido una norma moral
Vergüenza	Mostrar un defecto de acuerdo a ideales propios
Tristeza	Pérdida irrevocable
Celos	Resentimiento ante la amenaza o pérdida de un afecto o favor de otro que cambie hacia un tercero
Asco	Notar o estar demasiado cerca de un objeto o idea desagradable.
Felicidad	Progreso razonable hacia la consecución de una meta
Orgullo	Alcanzar una de las <i>implicaciones del ego</i> siendo el responsable de ese logro

Según este autor, las emociones son reacciones complejas en las que se ven mezcladas tanto la mente como el cuerpo. Estas reacciones comprenden un estado mental subjetivo; un impulso a actuar y profundos cambios corporales como el ritmo cardiaco acelerado y tensión arterial elevada. Enfatiza la naturaleza secuencial del proceso emocional reconociendo la existencia de dos fases: la de aparición y la de control de la emoción (Lazarus, 2000). Las emociones son producto de un significado personal que depende de aquello que para el individuo es importante y de la visión que tiene sobre el mismo y el mundo en general. Cada emoción tiene una trama argumental característica que define aquello que está ocurriendo y su significado para el bienestar individual. El entramado de la emoción consiste en siete componentes: el destino de los objetivos personales, la implicación de yo o el ego, la valoración ,los significados personales, la provocación, la tendencia de la acción, y el afrontamiento tan importante en la adaptación humana (Lazarus, 2000).

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). Los procesos de afrontamiento desencadenan

toda una serie de experiencias emocionales que permiten delimitar dos grupos o tipos de emociones de acuerdo a la experiencia que proporcionan: las negativas y las positivas.

Las emociones negativas son aquellas que producen una experiencia emocional desagradable tales como la ansiedad, la ira, la tristeza, oponiéndose a aquellas que generan experiencias agradables como la alegría y la felicidad, enmarcadas en las emociones positivas. (Molerio, 2004, p. 19)

5.2 Clasificación de la ansiedad.

Dentro de las emociones se expresa la ansiedad como una emoción de respuesta que expresa la capacidad del individuo de responder ante situaciones de peligro o amenaza.

La ansiedad como emoción se puede considerar normal cuando no se valora como incapacitante para la vida normal y actúa como estimulante de la actividad, de esta manera facilita las respuestas del individuo como un estado de alerta ante posibles amenazas. La ansiedad puede considerarse como patológica cuando la reacción del sujeto ante un estímulo no es considerable como un peligro e impide el desarrollo normal del sujeto. Lader (citado en Álvarez, 1999) propone una clasificación de la ansiedad.

Ansiedad situacional; períodos temporales y finitos de tensión, molestias subjetivas de acuerdo con el conjunto de circunstancias.

Ansiedad de rasgo o personalidad; denota un individuo que se siente habitualmente nervioso o ansioso.

Ansiedad patológica; más persistente e intensa de lo tolerable o de lo anteriormente experimentado.

Michal (citado en Zaldívar, 2001) plantea cuatro aspectos que nos permite realizar una diferenciación entre la ansiedad situacional y la patológica:

Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad. Proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta de ansiedad. Grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad. Grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, ocio, relaciones sociales y otras).

Así, la ansiedad situacional se caracteriza por: episodios poco frecuentes con una intensidad media o leve, duración limitada, reacción esperable y semejante a la de otros sujetos y

sufrimiento limitado y transitorio con un grado ligero o nulo de interferencia en las actividades del individuo. La ansiedad patológica se presenta entonces como un cuadro caracterizado por: episodios repetidos de alta intensidad, duración prolongada, reacción desproporcionada y sufrimiento alto y duradero, con gran interferencia en las actividades del sujeto (Michal, 1992, citado en Zaldívar, 2001).

Grau y Portero (1978) observaron que la ansiedad patológica se diferencia cualitativamente de la ansiedad situacional en lo que se refiere a las manifestaciones sintomáticas, ya que en lo patológico aparece un síndrome estructurado, relativamente estable, caracterizado por la riqueza y el polimorfismo de sus componentes psicofisiológicos: taquicardia, disnea, náuseas, vómitos, hipervulnerabilidad intestinal y dolores en diferentes partes del cuerpo (Grau, 1982). Se subraya en estos estudios la alta estabilidad de este estado, donde se expresa una intensa sensación subjetiva de angustia y miedo, manifestada en formas de tensión interna no totalmente consciente pero sí objetivo de inquietud con temor difuso. Se concluye entonces que la ansiedad patológica constituye un proceso morboso que supera en intensidad y manifestaciones cualitativas a la ansiedad situacional y que se asocia a un conjunto de síntomas neurovegetativos.

5.3 Clasificación de la ira.

Las emociones negativas pueden afectar el desempeño social del individuo influyendo de manera desfavorable en sus relaciones interpersonales a partir de las afectaciones que se producen en el ámbito fisiológico, cognitivo y por ende determinando la expresión conductual.

En el caso de la ira, como emoción negativa, se evidencian de forma notable las afectaciones que producen en los ámbitos antes mencionados al constituirse como una reacción psicológica determinada de la cual se derivan una serie de actos a partir de su expresión o inhibición además de pensamientos hostiles hacia algún agente del entorno. (Lazarus y Folkman, 1986) En este sentido y dando mayor poderío a lo planteado anteriormente Tobal y González (2003) señalan además el surgimiento de esta emoción asociada a situaciones interpersonales valoradas por el individuo como una violación injustificada o intencional de sus expectativas o de su territorio personal. García (2006) especifica que su función radica en preparar el cuerpo para el esfuerzo necesario para

vencer el obstáculo que se ha presentado, no obstante Alonso (2007) señala que la misma pierde su eficacia si se genera con mucha intensidad, frecuencia y se prolonga en exceso en el tiempo, originando cambios en la conducta del individuo, que acaban dando lugar a trastornos tanto a nivel físico como a nivel mental.

Estos elementos tributan al intento de Tobal (2001) de lograr una definición acabada de la ira, en este caso señala que esta es un estado o condición emocional psicobiológico displacentero, 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.

Esta emoción al igual que otras emociones negativas define una reacción displacentera del sujeto acompañada de cambios fisiológicos ante situaciones que en el caso de la ira se interpretan como amenazantes e intencionales que generan enfado, irritación, de determinada intensidad.

5.4 Clasificación de la depresión.

La Organización Mundial de la salud ha ubicado a la depresión como la principal causa de morbilidad en las naciones en desarrollo en el próximo siglo, lo que resulta en elevada utilización de los servicios de salud y descenso de la productividad laboral. (Sadek, N; Nemeroff, C., 2000)

La depresión produce un mayor deterioro de la actividad física de los diferentes roles de la actividad social y de la percepción de salud. Hace que los pacientes pasen más días en cama en comparación con la hipertensión, la diabetes, artritis y la enfermedad pulmonar crónica (Wells y cols., 1989, tomado de DSM –IV, 2000, p.475).

La depresión según Aristides Vara (2006) constituye un cuadro patológico que contiene varios trastornos en el pensamiento, el sueño, la alimentación y la actividad. El cuadro depresivo en general puede reconocerse según Alonso Fernández (2006) por la presencia de los siguientes síntomas o signos: tristeza patológica, llanto, ansiedad, desazon, 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.

6.1 La concepción de Edward Bach. Actualidad de sus postulados.

Paralelo a los estudios sobre las emociones de la psicología, surge, en la década del 30 del pasado siglo, un sistema con doble merito: (I) ofrecer un esquema simple de clasificaciones emocionales y estilos de personalidad y (II) elaborar esencias florales, muy efectivas y carentes de contraindicaciones para tratar dichos estados. A este sistema de clasificaciones diagnósticas y terapéuticas, se le denomina Remedios Florales de Bach y es que se utiliza como modelo para las descripciones del presente estudio. A continuación se hará referencia a las circunstancias de su surgimiento. 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” (Bach, 1993: 160). 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” (Bach, 1993: 130)

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 (Seligman y cols., 2005). 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. (Fredrickson, 2000) 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.

Diseño Metodológico

Capítulo 2. Diseño Metodológico.

En el presente capítulo se ofrece una valoración de la metodología utilizada durante la investigación, realizada en el período comprendido entre enero-mayo del 2010, en el Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”, con pacientes portadores de enfermedades oncohematológicas. Como parte del diseño metodológico se refieren las principales características del tipo de estudio, la muestra utilizada, los métodos y técnicas seleccionados para la recogida de la información, su análisis y procesamiento, además de un análisis de la metodología empleada y la consiguiente intervención, que posibilitan la evaluación de los resultados obtenidos.

2.1 Preceptos metodológicos y tipo de estudio.

La investigación se fundamenta en las bases de un paradigma cuantitativo, a partir del cual se intenta llegar a una generalidad de la efectividad de las Esencia Florales de Bach en pacientes con enfermedades oncohematológicas. Partiendo de los objetivos propuestos se desarrolló la investigación a partir de un estudio explicativo del fenómeno, ofreciendo una interpretación de causas y efectos, que permite un avance para la realización de estudios posteriores relacionados con el tema. El tipo de estudio que define la investigación, presupone un estudio cuasi-experimental donde se interviene logrando efectos mediante el control de las variables dispuestas.

2.2 Descripción de la muestra.

La muestra seleccionada se obtuvo fundamentalmente de la provincia de Santa Clara, del Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”, en la sala de Hematología, con pacientes oncohematológicos, el muestreo se caracteriza por ser no probabilístico de tipo intencional, pues se seleccionaron todos los pacientes portadores de la enfermedad, que recibieran tratamiento en la sala de Hematología.

En la conformación de la muestra, se dispuso de algunos criterios precisos en su selección, que intentaron agrupar la muestra según los intereses de la presente investigación.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Poseer el diagnóstico confirmado como paciente oncohematológico.

- Pacientes ingresados en la sala de Hematología del Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”.
- Presencia de tratamiento farmacológico, para descartar sus efectos.
- Poseer resultados de análisis hematológicos con regularidad en la institución médica lo que posibilita la reevaluación psicológica de los pacientes y la comparación entre los grupos.
- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o deficitario con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar. Además estos niveles tienen particularidades que requieren de un análisis especial en el diseño de intervenciones que incluyan el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.
- Consentimiento informado: Antes de iniciar el estudio se les explicaron a los pacientes los objetivos de la investigación, solicitando en ambos grupos su aprobación.

Criterios de exclusión:

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

La muestra quedó conformada por un total de 14 pacientes de ambos sexos divididos en 2 grupos, un grupo *espera* y otro grupo *estudio*; el grupo *espera* se seleccionó por la característica de un tratamiento farmacológico a distancia y el grupo *estudio* permaneció ingresado en la sala de Hematología al cual se le aplicaron las Esencias Florales Bach. Es necesario destacar que durante la investigación fallecieron 2 de los pacientes que integraban la muestra por lo que no fue posible la evaluación en un segundo momento y no se tienen en cuenta como criterios válidos en los resultados.

Tabla 2. Distribución según el sexo en la muestra.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6	42.9
Femenino	8	57.1
Total	14	100.0

La muestra se compone por 6 pacientes masculinos y 8 femeninos representando un total de 14 pacientes de estos falleció en la segunda etapa de la evaluación un paciente y el otro se retiró de la sala, ambos femeninos, determinando un total de 12 pacientes como muestra.

Tabla 3. Distribución según sexo y grupo.

GR	Masculino	Femenino	Total
Flores	2	6	8
Sin Flores	4	2	6
Total	6	8	14

En el comienzo de la investigación se aplicó las Esencias Florales a 8 pacientes, de ellos 6 femeninos y 2 masculinos, de estos, 2 femeninos no participaron en la segunda evaluación, conformando el grupo de estudio por 6 pacientes. El grupo de espera estuvo conformado por 4 masculinos y 2 femeninos, para un total de 12 pacientes en la muestra al final.

Tabla 4. Descripción de la distribución según la edad.

Edad	Mínimo	Máximo	Media
	19	64	38.36

La muestra quedó conformada por una media de edad de 38.36, teniendo valores de edad mínimos de 19 y los máximos de 64.

Las enfermedades más comunes en los pacientes de la muestra seleccionada son: Leucemia a células vellosa, neoplasias de de células plasmáticas, leucemias crónicas, leucemia aguda, neoplasias de de células plasmáticas y leucemia aguda.

2.3 Definición de Criterios Operacionales.

Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach: Sistema terapéutico integrativo basado en el estudio y modificación de los estados de ánimo y estilos de personalidad que incluyen la utilización de las esencias florales y conversaciones terapéuticas basadas en la persuasión (Rodríguez, 2009).

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 (APA, 2000).

Ira: Estado o condición emocional psicobiológico displacentero, 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 (Tobal, 2001).

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, desazon, 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.

Calidad de Vida: el valor asignado o la duración de la vida, modificado por la deficiencia, el estado tensional, la percepción de la salud y la oportunidad social, debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada (Patrick y Erickson, 1993).

Cáncer: Es aquella neoformación cuyas células se apartan de su tipo normal, adoptando una morfología atípica, lo cual se expresa clínicamente en un crecimiento más agresivo y rápido del tejido neoformado, el cual destruye e infiltra los tejidos vecinos haciendo siembras en zonas distantes hasta provocar la muerte del paciente. En ellas hay también multiplicación celular, pero con la existencia, además, de una modificación biomorfológica (Knapp, 2005).

Se consideraron los resultados de los análisis médicos donde se distinguió:

Leucocitos (WBC): de 0-5 bajo; de 5-10 normal; 10 en adelante altos.

Células blancas que forman parte de la sangre, encargadas de producir anticuerpos y de la inmunidad mediada por células (Delgado, 2005).

Hemoglobina (HGB): de 0-12 bajo; 12-14 normal; 14 en adelante alto, en mujeres. En los hombres 0-13 bajo; 13-16 normal; 16 en adelante elevado.

Proteína encargada del transporte de gases, distribución de células de defensa, de plaquetas, células madres y reparación de lesiones vasculares y tisulares, permite la regulación con el medio interno mediante la homeostasis y la hemostasia (Delgado, 2005).

Plaquetas (PLT): de 0-150 baja; de 150-400 normal; 400 alto.

Su función principal es la formación de un tapón hemostático inicial, refleja su importancia en la hemostasia al activarse las plaquetas se contribuye a la actividad procoagulante, mantiene la integridad vascular, interrupción inicial de la hemorragia, y estabilización y retracción del coágulo. Permite sellar cualquier falla sanguínea de la pared vascular (Delgado, 2005).

2.4 Descripción de las técnicas empleadas.

Coherentemente con los objetivos de investigación se seleccionó un conjunto de técnicas que posibilitaron la recogida de información. Las técnicas empleadas fueron las siguientes: - Revisión de la Historia Clínica. - Entrevista Diagnóstica del Sistema Bach. - Inventario de

Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B). - Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). - Inventario de depresión de Beck (BDI). - Autorreporte vivencial.

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.

Objetivo: Explorar sobre el diagnóstico de la enfermedad, evolución clínica y tratamiento.

Procedimientos: El análisis psicológico de la historia clínica consta de cuatro etapas fundamentales:

1.- Minuciosa familiarización con la historia clínica: con el objetivo de conocer y estudiar los detalles significativos donde se manifieste información relacionada con el surgimiento y desarrollo de las particularidades de la psiquis, y destacar hechos clínicos relevantes en la posible etiología de las alteraciones de la personalidad.

2.- Reconocimiento de los momentos axiales: es un estudio minucioso de la historia clínica, resumiendo las situaciones, acontecimientos y condiciones que se repiten con similar repercusión psicológica a lo largo de la vida del sujeto.

3.- Calificación de los datos obtenidos respondiendo a conceptos de la ciencia psicológica: se debe desmembrar las formas diversas de actividad de los sujetos, dar la caracterización psicológica de su estructura, descubrir las relaciones entre diferentes actividades aisladas, señalar las necesidades fundamentales del sujeto, sus motivos, el sentido personal de las mismas, o sea, descubrir las relaciones entre ellas, mostrar las estructuras jerárquicas de estas actividades que caracterizan la esencia de su personalidad.

4.- Creación de un modelo propiamente psicológico del fenómeno clínico dado, que explique las regularidades psicológicas de la conducta humana, buscando con tal explicación comprender su determinación, surgimiento y consecuencias en el desarrollo personal del individuo, así como distinguir las alteraciones primarias y secundarias de la psiquis. Para el análisis de la información se deberá constatar posteriormente con el paciente para su ratificación y verificación del estado biológico, psicológico y social. Se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica las principales características de la enfermedad y los resultados

de los tratamientos empleados durante todo el período de seguimiento y evaluación del paciente. De igual manera posibilitó buscar la presencia de manifestaciones psicopatológicas emocionales o comportamentales, así como descartar la presencia de trastornos psicóticos.

Calificación e Interpretación: La técnica se evalúa de forma cualitativa teniendo en cuenta los indicadores de análisis y objetivos propuestos.

Entrevista Diagnóstica del Sistema Bach:

Descripción: Es una entrevista semiestructurada, que atiende a las caracterizaciones diagnósticas propuestas por Bach, basadas en la descripción de los diferentes estados emocionales, estilos cognitivos y características de personalidad de forma general. Es realizada para determinar la individualización del tratamiento a prescribir, pues cada categoría diagnóstica se corresponde con un preparado terapéutico. Además para cada combinación de categorías existen, de forma implícita dentro de la obra de Bach, acciones terapéuticas específicas (Rodríguez, 2007).

Objetivo:

- Evaluar la presencia de los estados emocionales descritos por las caracterizaciones florales de Bach en los pacientes, a través de sus experiencias, vivencias y características esenciales de personalidad.

Procedimiento: Para el desarrollo de la entrevista floral se realizaron preguntas de contenido y formato. Respecto al contenido se realizaron preguntas biográficas, sensoriales, vivenciales, de sentimientos, de conocimientos y de opinión.

Respecto al formato, se utilizaron preguntas descriptivas de gran recorrido, de minirecorrido, de experiencia y de ejemplo.

Materiales: papel y lápiz.

Calificación e Interpretación: La técnica se evalúa de forma cualitativa teniendo en cuenta los indicadores de análisis y objetivos propuestos.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA –B):

Descripción: 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.

Tabla 5. Descripción de las sub-escalas.

Escala / subescala	Ítems	Rango	Descripción
Cognitiva (C)	7	0 - 28	Se refieren a 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.
Fisiológica (F)	10	0- 40	evalúa respuestas que son índice de activación del SNA y del SNS. Algunas de estas respuestas son: palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, escalofríos, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada junto con otros síntomas como molestias de estómago, náuseas, mareo y dolor de cabeza.
Motora (M)	7	0 - 28	Recoge conductas motoras que son índices de agitación motora, fácilmente observables por otra persona. Incluyen dificultades de expresión verbal, tales como bloqueo o tartamudez, movimientos torpes, respuestas de huida o evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse, hiperactividad, etc.
Situaciones de evaluación(F-I)	7	0 – 28	Este factor viene definido por situaciones que implican ser evaluado y situaciones en que el individuo debe tomar decisiones o responsabilidades.
Situaciones Interpersonales (F- II)	4	0 - 16	Definido por situaciones de carácter interpersonal, tales como las de tipo sexual o aquellas que implican situaciones directas con otros individuos.
Situaciones fóbicas (F- III)	4	0 – 16	Incluye situaciones en las que aparecen como elementos centrales estímulos fóbicos.
Situaciones cotidianas (F-IV)	5	0 - 20	Abarca situaciones que tienen que ver con el contexto y el quehacer diario y habitual del individuo.

Objetivo:

- Evaluar la frecuencia de las respuestas de ansiedad que generalmente vivencian los pacientes desde el punto de vista cognitivo, fisiológico y motor, así como la intensidad con que es experimentada en diversas situaciones.

Procedimiento: Los pacientes deben evaluar la frecuencia con que en ellos manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones, marcando 1 de las 5 alternativas de respuestas que se les ofrecen.

Materiales: Se utiliza un modelo para la recogida de los datos y lápiz.

Calificación: La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas.

Escala de Respuestas.

$$C = \Sigma (1+ 2+ 3 +4 + 5 + 6 +7)$$

$$F = \Sigma (8 + 9 + 10 + 11 + 12 +13 + 14 + 15 +16 +17)$$

$$M = \Sigma (18 +19 +20 +21 +22 +23 +24)$$

Escala de Situaciones.

$$F - I = \Sigma (S1 + S3 + S4 + S8 + S10 + S11 + s13)$$

$$F - II = \Sigma (S6 + S7 + S15 + S18)$$

$$F - III = \Sigma (S12 + S14 + S17 + S19)$$

$$F - IV = \Sigma (S2 + S5 + S9 + S21 + S22)$$

Las puntuaciones directas obtenidas son llevadas a las tablas de baremos para obtener los centiles de cada una de las sub-escalas y escalas. La técnica contiene varias tablas de baremos. Se ofrecen baremos específicos para varones y mujeres procedentes de una muestra normal.

Interpretación: Después de convertir las puntuaciones a centiles en la tabla de baremos se interpretan los perfiles (cuantitativa y cualitativamente).

Centil 5-25: Ausencia de Ansiedad o Ansiedad Mínima.

Centil 25-75: Ansiedad moderada a marcada.

Centil 75-99: Ansiedad severa.

Centil mayor de 99: Ansiedad extrema.

Autorreporte vivencial.

Descripción: Esta prueba se utiliza como método complementario y forma parte del sistema de metódicas empleadas para obtener el máximo de información de nuestros pacientes. Fue elaborada por Jorge Grau Avalo en el año 1984 y consiste en presentar al paciente una lista de 15 términos que expresan estados emocionales que pueden ser experimentados en cualquier momento. El sujeto debe evaluar cada uno de los términos de acuerdo con el grado o nivel de profundidad con que él los experimenta y para lo cual se le presentan tres categorías en distintos niveles, que son: escasamente, moderadamente e intensamente.

Esta técnica se realiza con el objetivo de conocer como el paciente considera que se encuentra psíquicamente, qué estado psicológico presenta; si es la desconfianza, el miedo, la ansiedad, etc.

Objetivo:

- Evaluar el grado o nivel de profundidad con el que los pacientes experimentan sus emociones hacia la enfermedad.

Procedimiento: Luego de la presentación y explicación de la prueba se procede a su respuesta. El paciente debe marcar el grado de intensidad de las emociones que ha experimentado durante los últimos años y meses.

Materiales: Se utiliza un modelo para la recogida de los datos y lápiz.

Calificación e Interpretación: Este se realiza de forma cualitativa, y sirve de base al análisis cuantitativo según la intensidad de las emociones que se clasifican en: escasa, moderada e intensa.

Inventario de Expresión de Ira Estado- Rasgo (STAXI-2)

Descripción: Esta técnica psicológica creada Charles D. Spielberger (1999), por adaptada por JJ. Miguel Tobal, MI. Casado Morales, A.Cano Vindel y CD. Spielberger (2001), ya 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 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).

Objetivo:

- Evaluar las distintas facetas de la ira (como estado y como rasgo, además de su expresión y control.

Procedimiento: Luego de la presentación y explicación de la prueba se procede a su respuesta. El paciente debe seleccionar en cada caso la frecuencia e intensidad con que vivencia la ira.

Materiales: Se utiliza un modelo para la recogida de los datos y lápiz.

Calificación: La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas. Para la calificación de la técnica, cada una de estas opciones de respuestas adquieren un valor numérico (A = 1, B = 2, C = 3 y D = 4).

La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas. Estas puntuaciones directas se toman como variables escala. También se puede realizar un análisis cualitativo de las subescalas, observando en cuáles se obtuvieron las mayores puntuaciones.

Interpretación: Después de convertir las puntuaciones a centiles en la tabla de baremos se interpretan los perfiles (cuantitativa y cualitativamente).

Posee subescala con los siguientes indicadores: (1) estado, sentimiento, expresión física, expresión verbal y (2) temperamento, reacción, rasgo, expresión interna, expresión externa, control interno, control, externo, índice de expresión de la ira.

Los primeros indicadores se codifican por niveles en dependencia de las puntuaciones directas, mientras que los segundos se traducen a centiles, donde puntuaciones por encima del centil 75 indican que estos sujetos experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que pueden interferir con un comportamiento óptimo. Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales.

Inventario de depresión de Beck (BDI):

Descripción: el BDI creado por Beck y Steer (1961), 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 (Vázquez y Sanz, 1999).

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.

Objetivo:

- Evaluar los niveles de depresión en los pacientes con enfermedades oncohematológicas.

Procedimiento: Luego de la presentación y explicación de la prueba se procede a su respuesta. El paciente debe seleccionar en cada caso los ítems que se ajuste a sus vivencias.

Materiales: Se utiliza un modelo para la recogida de los datos y lápiz.

La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran las sub-escalas.

Calificación e Interpretación:

Cada ítem se acompaña de un número que puede ser desde 0 hasta 3, indicando un nivel jerárquico y ofreciendo la oportunidad al sujeto de elegir el síntoma depresivo que más se manifiesta en él. Los números pertenecientes a cada ítem se suman obteniéndose una puntuación total, la cual se toma directamente representando una variable escala. Mínima: de 0 a 10 puntos, Media: de 11 a 17 puntos, Moderada: 18 - 29 puntos, Severa: 30 - 63 puntos.

También se puede realizar un análisis cualitativo de las subescalas, observando en cuáles se obtuvieron las mayores puntuaciones.

2.5 Procedimientos.

La investigación abarco un período de 4 meses y estuvo distribuida en 3 etapas, la primera etapa de recogida de información para la evaluación emocional de los pacientes, la segunda etapa se dirigió a la implementación de las Esencias Florales de Bach en el grupo estudio, y la tercera etapa estuvo encaminada a la reevaluación emocional de ambos grupos. Tanto en la primera como en la tercera etapa se seleccionaron los resultados clínicos de ambas etapas.

Primera etapa

- Determinar las principales emociones que vivencian los pacientes de ambos grupos.

Segunda etapa

- Implementar las Esencias Florales de Bach en los pacientes del grupo estudio.

Tercera etapa

- Reevaluar emocionalmente a ambos grupos.

2.6 Procesamiento de los datos.

El procesamiento de los datos se realizó mediante la utilización del paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS/Windows, versión 11.0. Donde se aplicaron estadísticos descriptivos (tablas de contingencia, distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central) y pruebas de hipótesis no paramétricas para la comparación de dos muestras:

1. Prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes: permite comparar los resultados entre los grupos (estudio y espera) en los distintos momentos de la investigación.
2. Prueba de signos pareados de Wilcoxon para dos muestras relacionadas: permite comparar los resultados de cada grupo por separado en ambos momentos de la intervención (inicio y final)
3. Regresión bivariada: ecuación que describe la forma en que una variable cambia como resultado de cambios en otra variable. En el presente estudio más que en la ecuación los investigadores se interesan por el valor de r^2 , que no es más que la expresión de la proporción de varianza que es común a ambas variables (Gardner, 2003)

Pruebas de Hipótesis para la comparación de muestras independientes

H0: No existen diferencias entre los grupos en los resultados obtenidos en la medición de las variables estudiadas.

H1: Existen diferencias entre los grupos en los resultados obtenidos en la medición de las variables estudiadas.

Prueba de Hipótesis para la comparación de muestras relacionadas

H0: No existen diferencias en los resultados obtenidos por cada grupo, de forma individual en los dos momentos evaluativos que comprende la investigación.

H1: Existen diferencias en los resultados obtenidos por cada grupo, de forma individual en los dos momentos evaluativos que comprende la investigación.

Los valores que definen la significación de los cambios son los siguientes:

- Sig. < 0.01: diferencias extremadamente significativas
- Sig. < 0.05: diferencias significativas
- Sig. \geq 0.05 no existen diferencias significativas

Presentación y Análisis de Resultados

Capítulo 3. Presentación y Análisis de los resultados.

3.1 Evaluación entre grupos antes de la intervención.

Al comienzo de la investigación se obtienen resultados que permiten comparar el estado de ambos grupos de la muestra mediante la prueba U de Mann Whitney. En la comparación del ISRA-B se reflejan resultados que indican la proximidad de los niveles de ansiedad en los diferentes niveles en ambos grupos de la muestra.

Tabla 6. Significación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación entre grupos (ISRA-B).

	C	F	M	F1	F2	F3	F4
Mann-Whitney	12.000	22.000	15.000	22.500	20.500	22.000	12.000
Sig. Exacta (unilateral)	.142	.852	.282	.852	.662	.852	.142

Otra de las pruebas dirigidas a la evaluación emocional lo constituyó el STAXI, en las comparaciones que se realizan entre ambos grupos, sobre las diferentes variables de la ira que se evalúan a través del STAXI, se demuestra la existencia de valores similares en cuanto a los diferentes componentes de la reacción emocional de ira. Mediante el análisis de estos resultados se pudo presenciar una similitud en las características iniciales de ambos grupos en el comienzo de la investigación.

Tabla 6. Significación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación entre grupos (STAXI).

	Est	Sent	EF	EV	Temp	Ras	Reacc
Mann-Whitney	10.000	18.000	18.000	18.000	18.000	14.000	9.000
Sig. Exacta (unilateral)	.081	.491	.491	.491	.491	.228	.573
	EI		EE	CI	CE	IEI	
Mann-Whitney	24.000		24.000	12.000	24.000	12.000	
Sig. Exacta (unilateral)	1.000		1.000	.142	1.000	.142	

En la comparación de los estados emocionales, que describen la depresión a partir de los resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI), no se muestran diferencias significativas entre ambos grupos, en la primera etapa.

Tabla 7. Significación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación entre grupos (BDI).

	Depresión
Mann-Whitney	15.000
Sig. exacta (unilateral)	.282

En la tabla 8, se puede observar como los indicadores del Autorreporte Vivencial establecen una diferencia significativa en vivencias como la inquietud y la angustia entre los pacientes de ambos grupos correspondiente a la primera evaluación, mientras que las restantes vivencias experimentadas por los pacientes de ambos grupos, se mantienen en índices semejantes.

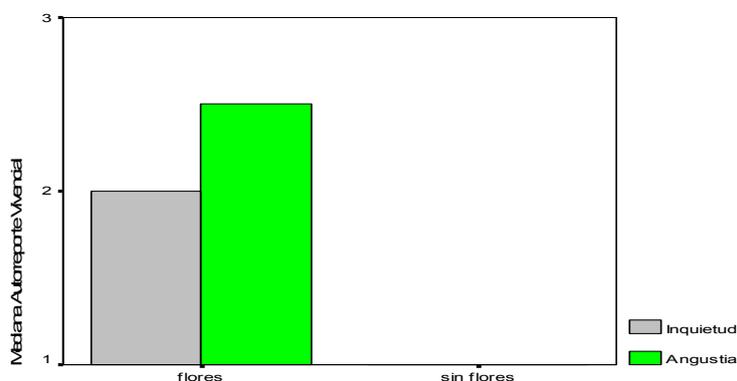
Tabla 8. Significación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación entre grupos.

	Inquietud antes	Desconfianza antes	Irritabilidad antes	Tristeza antes	Apatía antes	Miedo antes	Inseguridad antes
Mann-Whitney	5.000	5.000	18.000	11.000	6.000	11.000	6.000
Sig. Exacta (unilateral)	.041	.699	1.000	.310	.065	.310	.065

	Sufrimiento antes	Abatimiento antes	Angustia antes	Ira antes	Rechazo antes	Ansiedad antes	Desprecio antes
Mann-Whitney	6.000	6.000	1.500	15.000	6.000	14.000	15.000
Sig. Exacta (unilateral)	.065	.065	.004	.699	.065	.589	.699

Se corroboran, a partir del gráfico 1, las diferencias significativas, antes de iniciada la intervención, distinguiéndose diferenciaciones en los grupos que establecen niveles medios mayores en las vivencias de inquietud y angustia para el grupo *estudio* de forma moderada con índices de significación en la angustia ($p=.004$) y en la inquietud ($p=.041$), mientras que en el grupo *espera* se mostró con rangos inferiores o bajos.

Gráfico 1. Medianas de las variables del Autorreporte Vivencial para la angustia y la inquietud.



3.2 Etapa de implementación de las Esencias Florales de Edward Bach.

En la segunda etapa de la investigación, correspondiente a la intervención en los pacientes pertenecientes al grupo estudio, se prosiguió, con la aplicación de las Esencias Florales de Bach, partiendo del 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 en los pacientes que conformaron este grupo muestral correspondieron a las prescripciones de las

siguientes esencias, con mayor frecuencia: Red Chestnut; Star of Bethlehem; Sweet Chestnut y White Chestnut.

Red Chestnut es la esencia indicada para tratar las preocupaciones y los temores por otras personas, usualmente las personas que la necesitan refieren sentir gran angustia por aquellas personas con las que tiene vínculos estrechos, pues “la toma de la esencia ayuda a rebajar la angustia considerablemente, facilitando una visión más serena y estadística de la situación” (Orozco, 2010: 74)

Star of Bethlehem, se asocia al tratamiento de eventos que han sido registrados como traumáticos. Se especula que su campo de acción está más asociado al área de la amígdala que al funcionamiento cortical (Rodríguez y Orozco, 2005). Es indicada cuando el sujeto refiere un acontecimiento físico o emocional de fuerte intensidad como desencadenante o en el inicio de su problema. En palabras de Ricardo Orozco, es indicada para “la repercusión mental y emocional de los propios traumas físicos” (2010:276)

Sweet Chestnut contribuye al tratamiento de la angustia extrema, cuando “parece que ya no queda más por afrontar que la destrucción y el aniquilamiento” (Bach, citado en Orozco, 2010: 267).

White Chestnut es un estado sin contenido, donde distintos pensamientos suelen dar vueltas en la cabeza de forma similar a un disco rayado (Pastorino, 1989). Es una esencia que recientemente se ha asociado al concepto de pensamientos rumiativos, contribuyendo de manera efectiva a la supresión de los mismos en adultos mayores (Moya, Arrabal y Rodríguez, 2010; Bernall, Frías y Rodríguez, 2010).

3.3 Evaluación emocional en ambos grupos posterior al tratamiento.

Después de concluido el tratamiento con las Esencias Florales en el grupo *estudio*, se realizó la evaluación de los índices de ansiedad en ambos grupos, esta comparación de los resultados entre los grupos arrojó como dato significativo, la disminución de la ansiedad interpersonal en el grupo *estudio*, mientras que el grupo *espera* hasta el momento se

mantenían niveles de ansiedad que se describen en lo moderado, una vez concluido el tratamiento con esencias florales, se distingue que aquellos pacientes que no recibieron las Esencias Florales han mantenido o aumentado la ansiedad interpersonal, definiéndose esta como las situaciones de de carácter interpersonal que tiene el paciente por situaciones, como las de tipo sexual o aquellas que implican situaciones directas con otros individuos.

Tabla 9. Significación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación entre grupos para las escalas del ISRA-B una vez finalizada la intervención.

	C	F	M	F1	F2	F3	F4
Mann Whitney	15.000	18.000	2.000	9.000	5.500	4.000	18.000
Sig. Exacta (unilateral)	.699	1.000	.394	.180	.041	.589	1.000

Gráfico 2. Medianas de las variables de la ansiedad ante situaciones interpersonales que mostraron diferencias significativas una vez concluida la intervención.



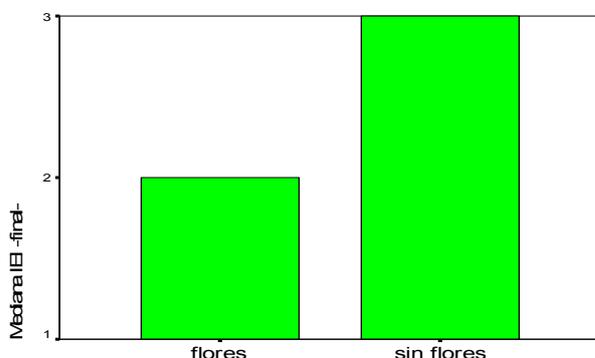
A partir de los resultados expuestos (Tabla 10) se percibe una diferencia significativa en los niveles de índice de expresión de la ira ($p=.009$), entendiéndose esta como la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas de expresión externa, expresión interna, control interno y control externo de la ira. En el índice de expresión de la ira es un índice general que en aquellos pacientes que pertenecen al grupo *espera* se expresa en niveles altos mientras que en el grupo *estudio* se interpreta como mejoría la disminución de los niveles en relación con el grupo *espera*, expresándose en este último, niveles moderados de índices de expresión de la ira.

Tabla 10. Significación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación entre grupos para las escalas del STAXI una vez finalizada la intervención.

	Est	Sent	EF	EV	Temp	Ras	Reacc
Mann-Whitney	14.000	18.000	15.000	18.000	7.500	6.000	8.000
Sig. Exacta (unilateral)	.589	1.000	.699	1.000	.093	.065	.132
	EI	EE	CI	CE	IEI		
Mann-Whitney	18.000	18.000	7.500	18.000	2.000		

Sig. Exacta (unilateral)	1.000	1.000	.093	1.000	009
--------------------------	-------	-------	------	-------	------------

Gráfico 3. Medianas de la variable Índice de Expresión de la Ira que mostraron diferencias significativas.



En los resultados del BDI no se observan diferencias significativas entre los grupos estudiados, aunque se hace necesario destacar que esta variable no mostró diferencias significativas en la primera etapa de la investigación.

Tabla 11. Significación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación entre grupos para el BDI una vez finalizada la intervención.

	Depresión final
Mann-Whitney	20.500
Sig. exacta (unilateral)	.945

En la evaluación final de las emociones que registra el Autorreporte Vivencial, no se expresan diferencias para ambos grupos, lo que por el contrario del resultado obtenido en la primera etapa, demuestra cambios relevantes para la investigación, pues existían diferencias iniciales en las emociones negativas de inquietud, y angustia, con niveles altos en el grupo *estudio*.

Tabla 12. Significación de la prueba U de Mann Whitney en la comparación entre grupos para las emociones del Autorreporte Vivencial una vez finalizada la intervención.

	Inquietud después	Desconfianza después	Irritabilidad después	Tristeza después	Apatía después	Miedo después	Inseguridad después
Mann-Whitney	9.000	15.000	12.000	8.000	18.000	9.000	12.000
Sig. exacta (unilateral)	.180	.699	.394	.132	1.000	.180	.394

	Sufrimiento después	Abatimiento después	Angustia después	Ira después	Rechazo después	Ansiedad después	Desprecio después
Mann-Whitney	8.000	17.500	17.500	15.000	18.000	17.500	18.000
Sig. exacta (unilateral)	.132	.937	.937	.699	1.000	.937	1.000

3.4 Análisis de la evolución en ambos grupos durante la investigación.

Otro momento del análisis de resultados consiste en comparar ambos momentos evaluativos para cada grupo por separado. En primer lugar se analizan los cambios registrados en el ISRA-B.

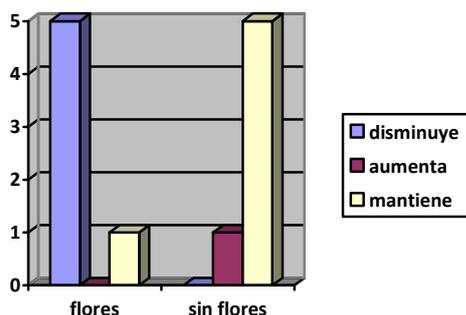
A partir de un análisis de las escalas dirigidas a evaluar la ansiedad se expresa una disminución en la subescala de ansiedad interpersonal, que resulta significativa ante los niveles de ansiedad interpersonal en el grupo *estudio* y el grupo *espera* después de aplicadas las Esencias Florales, donde se mantienen los niveles de ansiedad interpersonal en el grupo que se le aplican las Esencias Florales, mientras que en el grupo *espera* tiende a elevarse progresivamente las vivencias de ansiedad interpersonal. El grupo *estudio* muestra tener mayor relevancia en el control de los estados emocionales en relación a la ansiedad interpersonal.

Tabla 13. Significación de las diferencias obtenidas entre ambos momentos de la intervención para las variables del ISRA-B

GR		C	F	M	F1	F2	F3	F4
Flores	Z	-1.633	-1.414	-1.000	-1.633	-2.236	-1.633	-1.414
	Sig.	.102	.157	.317	.102	.025	.102	.157
Sin Flores	Z	-1.414	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000	1.000
	Sig.	.157	.317	.317	.317	.317	1.000	.317

En este gráfico se indica como en el grupo *estudio* disminuyeron al finalizar la intervención 5 pacientes, solo uno se mantiene, mientras que en el grupo *espera* los indicadores demuestran que aumenta en un paciente, ninguno disminuye, y 5 se mantienen en los mismos niveles de ansiedad. Teniendo en cuenta la evaluación inicial, se indican cambios para ambos grupos considerando que al comienzo los niveles de ansiedad se expresaban de forma homogénea sin embargo luego de la prescripción de las Esencias Florales se obtienen resultados beneficiosos a partir de la disminución en aquellos pacientes pertenecientes al grupo *estudio* por el contrario el de *espera* no disminuye la ansiedad interpersonal y si bien solo aumenta 1; 5 se mantienen sin representar cambios.

Gráfico 4. Registro de cambios para la ansiedad ante situaciones interpersonal en ambos momentos de la intervención para cada grupo.



En la etapa posterior a la intervención, los índices de expresión de la ira, como queda demostrado en la tabla 14, se encuentran disminuidos para el grupo *estudio*, según estos datos se puede afirmar que los pacientes pertenecientes a este grupo experimentan en menor medida las vivencias negativas relacionadas con la expresión interna, el control externo, la expresión externa, y el control interno de la ira, variables que determinan los índices de expresión de la ira.

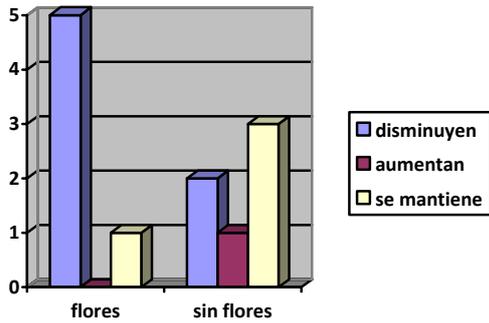
Tabla 14. Significación de las diferencias obtenidas entre ambos momentos de la intervención para las variables del STAXI.

GR		Est	Sent	EF	EV	Temp	Ras
Flores	Z	-1.342	-1.414	-1.000	-1.342	-1.732	1.089
	Sig. asintót. (bilateral)	.180	.157	.317	.180	.083	.276
Sin Flores	Z	.000	.000	.000	.000	-1.000	1.000
	Sig. asintót. (bilateral)	1.000	1.000	1.000	1.000	.317	1.000

GR		Reacc	EI	EE	CI	CE	IEI
Flores	Z	-1.633	-1.633	-1.633	-1.342	-1.342	-2.121
	Sig. asintót. (bilateral)	.102	1.000	1.000	.180	1.000	.034
Sin Flores	Z	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000	-.577
	Sig. asintót. (bilateral)	1.000	1.000	1.000	.317	1.000	.564

En el gráfico 5 se muestran los resultados de la evaluación final realizada a ambos grupos, se puede observar como con la prueba STAXI que demostrada la disminución de los índices de expresión de la ira para el grupo estudio, de este en 5 pacientes disminuye, y el resto se mantiene, mientras que para el otro grupo que no tomaron las Esencias Florales sólo 2 disminuyen los índices de expresión de la ira, uno aumenta y 3 se mantienen sin resultados diferentes al inicio de la evaluación.

Gráfico 5. Registro de cambios para el índice de expresión de la ira en ambos momentos de la intervención para cada grupo.



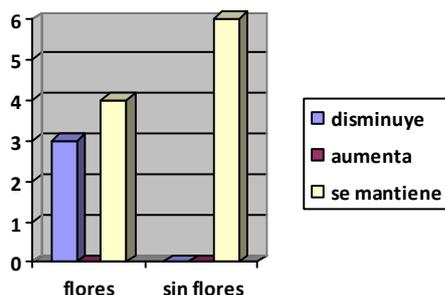
En la tabla no se expresan valores con significación para los niveles de evaluación de la depresión en ambos momentos de la intervención tanto en el grupo *estudio* como en el grupo *espera*, al realizar la resultante comparación. En relación a los resultados obtenidos para el Inventario de Depresión de Beck, la tabla 15 muestra los resultados de la comparación en ambos momentos, sin cambios significativos para ninguno de los grupos, aunque los mejores resultados siempre los obtiene el grupo *estudio*.

Tabla 15. Significación de las diferencias obtenidas entre los grupos en ambos momentos de la intervención para el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

GR		Depresión final - depresión inicial
Flores	Z	-1.633
	Sig. asintót. (bilateral)	.102
Sin Flores	Z	.000
	Sig. asintót. (bilateral)	1.000

En los niveles de depresión se reflejan algunas diferencias entre ambos grupos, en el grupo *estudio* disminuye e relación con de espera 3 pacientes se mantienen 4 mientras que en el grupo *espera* no hubo cambios significativos se mantienen los niveles de depresión.

Gráfico 6. Registro de cambios para los niveles de depresión en ambos momentos de la intervención para cada grupo.



Dentro de los estados emocionales que indican una disminución significativa en la evaluación final se señalan la inquietud, el sufrimiento y la angustia, resultados que se expresan al establecer la comparación con el grupo *espera*, donde se reflejan emociones negativas que antes se encontraban en niveles similares que al comienzo de la investigación sin embargo en la tercera etapa se indican como los pacientes con Esencias Florales han demostrado a partir del análisis estadístico una diferencia medianamente significativa que destacan en la inquietud valores de sig. 0.020, para la angustia sig. 0.023 y para el sufrimiento sig. 0.024.

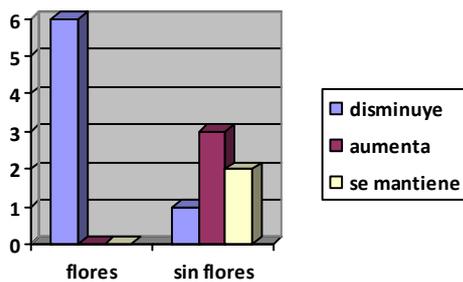
Tabla 16. Significación de las diferencias obtenidas entre ambos momentos de la intervención para el ISRA-B.

GR		Inquietud	Desconfianza	Irritabilidad	Tristeza	Apatía	Miedo	Inseguridad
Flores	Z	-2.333	-2.333	-1.414	1.890	-1.890	-1.890	-1.890
	sig. asintót. (bilateral)	.020	1.000	.157	.059	.059	.059	.059
Sin Flores	Z	-.557	-.557	-1.000	-.816	-1.000	-.577	-1.414
	Sig. asintót. (bilateral)	.577	1.000	.317	.414	.317	.564	.157
GR		Sufrimiento	Abatimiento	Angustia	Ira	Rechazo	Ansiedad	Desprecio
Flores	Z	-2.251	-1.857	-2.271	2.271	-1.890	-1.342	-1.342
	sig. asintót. (bilateral)	.024	.063	.023	1.000	.059	.180	1.000
Sin Flores	Z	-.557	-1.000	-.447	-.447	-.447	.000	-1.000
	Sig. asintót. (bilateral)	.577	.317	.655	1.000	1.000	1.000	.317

Los resultados del Autorreporte Vivencial tras la intervención resultaron relevantes para la inquietud, donde aquellos pacientes en los que se aplicaron las Esencias Florales, todos

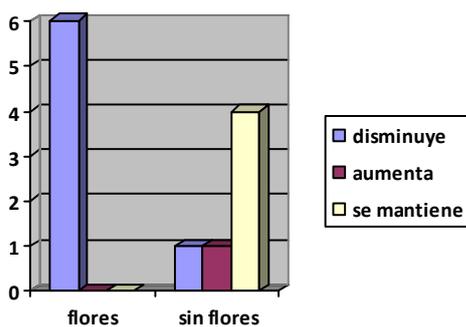
disminuyeron estas vivencias displacenteras de inquietud, mientras que para el otro grupo después de la evaluación solo uno disminuye, 3 aumentan y 2 se mantienen resultados que en comparación al grupo *estudio* no constituyen favorables pues esta vivencia negativa en este grupo no representa mejorías.

Gráfico 7. Registro de cambios para los niveles de la inquietud en ambos momentos de la intervención para cada grupo.



En los resultados de la angustia como se reflejan en el gráfico, se describen datos que indican como los 6 pacientes del grupo *estudio* han disminuido las vivencias de angustia. Mientras que en el otro grupo solo uno disminuye, 4 se mantienen y uno aumenta lo cual permite llegar a resultados donde este grupo *espera* reporta datos de vivencias de angustia al finalizar la intervención en mayor medida que el grupo *estudio*.

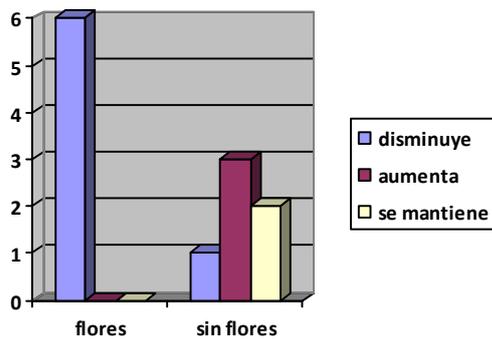
Gráfico 8. Registro de cambios para los niveles de la angustia en ambos momentos de la intervención para cada grupo.



La vivencia sufrimiento, como se indica en el gráfico 9, disminuye para la totalidad del grupo *estudio*, sin embargo en el otro grupo, 3 son los pacientes que experimentan un aumento de la vivencia de sufrimiento tras el período de 15 días a 21 días, del total que compone este

grupo *espera*, dos no experimentan ningún cambio en estas emociones, y uno disminuye lo que en comparación con el grupo anterior, se demuestra que existe una diferencia en cuanto a los cambios que experimentan entre ambos grupos, dándole un nivel de significación positiva y favorable con una mayor disminución de la vivencia sufrimiento para el grupo *estudio*.

Gráfico 9. Registro de cambios para los niveles del sufrimiento en ambos momentos de la intervención para cada grupo.



3.5 Análisis relacional de las variables clínicas y psicológicas.

Por último, se decide observar la relación que se establece entre las variables psicológicas evaluadas y las variables clínicas (leucocitos, plaquetas y hemoglobina). Se deseaba evaluar la influencia las primeras pudieran ejercer sobre las segundas durante el transcurso del estudio. Al estar sometidos ambos grupos al mismo tratamiento médico, con probada efectividad y eficacia en la mejora de los indicadores clínicos, no tenía sentido comparar ambos grupos para observar la existencia de diferencias significativas en cuanto a su efectividad sobre las variables clínicas.

Para la consecución de este objetivo, se decidió aplicar una ecuación de regresión sobre las aquellas variables dependientes que mostraran cambios significativos con relación al grupo *de espera*, para observar la medida en que el tratamiento prescrito con esencias florales, asociado al tratamiento médico podía explicar el cambio producido en las variables clínicas.

Se observa entonces que en el grupo *estudio* existe una correlación significativa, inversa y fuerte, entre la ansiedad interpersonal y los leucocitos [$r(4) = -0.972$, $p < 0.01$, $r^2 = 0.945$]. Los resultados obtenidos permiten afirmar que la reducción de la ansiedad interpersonal

producida por el tratamiento con Esencias Florales asociada al tratamiento médico, es capaz de explicar el 94,5% de los cambios que se registraron en los leucocitos.

Por el contrario en el grupo *de espera* no es posible asociar la ansiedad interpersonal, al tratamiento prescrito para la reducción de los leucocitos [$r(4) = -0.301$, $p > 0.05$, $r^2 = 0.091$], puesto que dicha asociación solo alcanza a explicar el 9.1% de la variación observada en este indicador clínico.

3.6 Análisis Integrador de los Resultados.

La investigación realizada tuvo como muestra un total de 14 pacientes, con un diagnóstico previo de enfermedades oncohematológicas, de los cuales 12 concluyeron el proceso, divididos en 2 grupos muestrales, un grupo determinado como grupo *estudio* por su presencia continua en el hospital, al cual se le aplican las Esencias Florales de Bach, y un grupo *espera*, determinado por su no ingreso a la unidad en el momento de evaluación psicológica. El estudio pretende a partir de la evaluación emocional de los grupos muestrales en distintos momentos, evaluar la efectividad de las Esencias Florales de Bach en los pacientes oncohematológicos.

Se determina a partir de las pruebas psicológicas empleadas para la evaluación emocional, que ambos grupos mantienen una equivalencia en los niveles de ansiedad, ira y depresión, donde no se reflejan diferencias significativas antes de la intervención con las Esencias Florales de Edward Bach; sin embargo, la angustia y la inquietud muestran diferencias significativas, siendo el grupo *estudio* el que posee niveles superiores al grupo *espera*.

En una segunda etapa determinada en la investigación se registran las esencias más prescritas para el tratamiento de los pacientes: Red Chestnut, Star of Bethlehem, Sweet Chestnut y White Chestnut.

Con la aplicación de las Esencias Florales de Edward Bach, se determinan cambios significativos en determinadas emociones, como la ansiedad interpersonal y el índice de expresión de la ira en la segunda evaluación a partir de la comparación de los resultados de ambos grupos. Esto disponen un carácter más positivo y efectivo en aquellos pacientes que pertenecen al grupo *estudio* sobre la ansiedad interpersonal, el índice de expresión de la ira y los reportes de inquietud, sufrimiento y angustia que reflejan cambios constatados a partir de los resultados obtenidos de la comparación de cada grupo en ambos momentos de la intervención.

Existe un acuerdo en reconocer la importante función adaptativa que tienen las emociones en tanto ellas actúan como poderosos incentivos y dinamizadores de la conducta, generando una activación psicobiológica que posibilita al individuo su óptima relación con el medio. (Molerio, 2004)

Por último pueden reportarse asociaciones interesantes entre la reducción de la ansiedad interpersonal, atribuible al tratamiento con Esencias Florales y al tratamiento médico convencional, que permiten explicar de forma significativa, el cambio observado en el registro de los leucocitos de los pacientes de la muestra. 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)

Conclusiones

- Al inicio de la intervención no se registran diferencias significativas en los indicadores de ansiedad, depresión e ira para la muestra estudiada, mientras que para el registro emocional estas diferencias se observan en la angustia y la inquietud, donde los pacientes del grupo *estudio* revelan niveles moderados e intensos de estas emociones y para el grupo *espera*, niveles bajos.
- Las Esencias Florales con mayor frecuencia prescritas en los pacientes oncohematológicos del grupo *estudio* fueron Red Chestnut, Star of Bethlehem, Sweet Chestnut y White Chestnut.
- Concluida la intervención se muestra una disminución de los niveles de ansiedad interpersonal y el índice de expresión de la ira, así como en los reportes de angustia, inquietud y sufrimiento favorables para el grupo *estudio*.
- La disminución de la ansiedad interpersonal en los pacientes del grupo *estudio*, a partir de la intervención con Esencias Florales asociada al tratamiento médico convencional, es capaz de explicar en una medida considerable los cambios favorables en los leucocitos.
- De forma general pueden considerarse efectivas las esencias florales utilizadas en el estudio, para la estabilización del funcionamiento emocional en los pacientes de la muestra estudiada.

Recomendaciones

- Desarrollar investigaciones asociadas a la integración del tratamiento médico con la implementación de Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, en pacientes oncohematológicos, incrementando el tamaño de la muestra y el tiempo de exposición a las esencias.
- Extender esta modalidad de tratamiento, combinado al tratamiento médico convencional a pacientes oncohematológicos de otros centros de salud.
- Se sugiere desarrollar caracterizaciones emocionales en pacientes oncohematológicos fundamentadas en el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, así como análisis factoriales en muestras más numerosas que permitan descubrir nuevas asociaciones entre variables psicológicas e indicadores clínicos de la enfermedad.

Bibliografía

Referencias Bibliográfica

- 1- Aguilar, J. L., Guanyabens, C., March, Y., Serra, A., Valentí, P., Pedrero, A. y Mendiola, M. A. (1999). El dolor en el enfermo hematológico: cuidados paliativos integrales. *Revista Social Española Dolor*, 6 (6), 436-448.
- 2- Almagro, D. (2005). Hemostasia y cáncer. I. Participación del mecanismo de la coagulación en el cáncer. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 21 (2), 52-58. Extraído el 28 de febrero del 2010 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v21n2/hih01205.pdf>
- 3- Almonacid, V., Moreno, P. y Lluch, A. (2009). Estudio sobre la derivación de pacientes oncológicos a la unidad de Psicooncología según criterio medico. *Psicooncología*, 6, (1), 203-210.
- 4- Anarte, M. T., López, A. E., Ramírez, C. y Estévez, R. (2001). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16, (2), 133-141. Recuperado el 20 de enero del 2010, de la base de datos Redalyc.
- 5- Aresca, L., y Luszczanowski, C. (2004). Cuidados Paliativos: Calidad de Vida en el Final de la Vida. Extraído el 12 de enero del 2010 desde <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>
- 6- Bellver, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados de médula ósea. *Psicooncología*, 6, (1), 65-82.
- 7- Benjamín, H. H. (1997). *Cáncer. Recuperar el Bienestar: Técnicas efectivas y prácticas para combatir la enfermedad y aumentar la calidad de vida del paciente*. Barcelona: Robin Book.
- 8- Bernal, L., Frias, L. y Rodríguez, B.C. (2010). "Efectividad del WCH en el tratamiento del pensamiento rumiativo en adultos mayores". Informe de Investigación. 1ra Jornada Científica de GC- Bach. Universidad Central "Martha Abreu" de las Villas. (Inédito).
- 9- Bárez, M., Blasco, T. y Fernández, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19, (2), 235-246.

- 10- Blasco, T. e Ingles, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de psicología*, 72, 81-90.
- 11- Cardenal, V., Oñoro, I., (1999, julio). Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer. *Psicología.com*, 3, (3). Extraído el 20 de marzo del 2010, desde http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm
- 12- Canelones, P. A. (2005). Elementos de la psicoterapia para las personas con cáncer, *Interpsiquis*. Recuperado el 25 de febrero del 2010 de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/20556/
- 13- Cano-Vindel, A., del Rosal, M. A., Tobal, J. J., Sirgo, A., Pérez, G. y García, R. (2000). Evaluación del estilo represivo de afrontamiento y su posible influencia sobre variables hematológicas en mujeres con cáncer de mama. *Interpsiquis*, 1 (4), 23- 26.
- 14- Carrobles, J. A., Remor, E. y Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distres emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, (003), 420-426. Extraído el 20 de enero del 2010, de la base de datos Redalyc.
- 15- Castés, M. y Canelones, P. (2002). El cáncer desde la perspectiva de la Psiconeuroinmunología, *Interpsiquis*. Extraído el 3 de marzo del 2010 desde http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm
- 16- Cruz, J. R. (2009). Suficiencia de sangre y su relación con la organización del sistema nacional. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología*, 25 (sup), 47-88.
- 17- Delucchi, G. A. y Marmissolle, F. (2001). La Psicooncología también existe. *Psicooncología*, 10, (1), 5-7.
- 18- Díaz, J. A. () Los linfomas como neoplasias hematológicas malignas: algunas reflexiones sobre aspectos éticos y sociales. Extraído el 17 de marzo del 2010 desde <http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.6.%283%2906/p6.html>
- 19- Estape, J. (1998). Cáncer: Un “tabú” decreciente. *Neoplasia*, 15(3), 75-86.
- 20- Fink, N. E., Fernández, A. y Mazziotta, D. (1997). Evaluación externa de la calidad analítica en hematología: una necesidad en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2 (3), 181-188.
- 21- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.

- 22- García-Camba, E., (2000). Psicooncología. *Psicología. Com*, 4, (1). Extraído el 30 de enero del 2010 desde <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404110003A.PDF>
- 23- Grupo Madrileño, (2003). Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer. *Psicooncología*, (1), 157-160. Extraído el 30 de enero del 2010 desde <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0303110157A.PDF>
- 24- Hernández, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. (Vol.1-2). La Habana: Félix Varela.
- 25- Hernández, R., Hernández Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4. ed.). México: Mc Graw–Hill Interamericana
- 26- Kandel, Eric (2001): Mecanismos celulares del aprendizaje y sustrato biológico de la individualidad. *Principios de Neurociencia*, pp. 1247-1279. Barcelona: McGraw-Hill. http://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&q=http%3A%2F%2Fwww.ucm.es%2FBUCM%2Frevistas%2Fpsi%2F16967240%2Farticulos%2FPSIC0303110157A.PDF&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=0
- 27- Knapp, E. (2005). *Psicología de la Salud*. La Habana. Félix Varela.
- 28- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.
- 29- Lang, P. J., Davis, M., y Öhman, A. (2002). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. En L. Bäckman y C. von Hofsten (Eds.) *Psychology at the turn of the millennium* (vol. 1, pp. 377-411). Hove: Taylor & Francis.
- 30- Lazarus, R.S y Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Editorial Paidós.
- 31- Lazarus, R.S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. En K.R. Scherer, A. Schorr y T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp 37-67). New York: Oxford University Press.
- 32- Lazarus, R.S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. En K.R. Scherer, A. Schorr y T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp 37-67). New York: Oxford University Press.

- 33 - Lichtman, M. A., Beutler, E., Seligsohn, U., Kaushanskin, K., Kippis, T. O. (2009). *Williams Hematology*. (7. ed.). California: Mc. Graw- Hill Medical.
- 34- López, J. A. (2000). Antecedentes y Estado actual. *Estudio referencial de la Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 1, artículo 16. Extraído el 20 de enero del 2010 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640289200000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 35- Llantá, M., Grau, J. Massip, C. Pire, T. Rivero, M. S. (2005). La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptuación. *Psicología y Salud*, 5, (002), 187-194. Extraído el 15 de abril del 2010 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29115203.pdf>
- 36- Martínez-Correa, A., Reyes, G. A., García, A. y Gonzales, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, (1), 66-72. Extraído el 5 de abril del 2010 desde <http://www.psicothema.es/pdf/3177.pdf>
- 37- Martínez, R., Fernández, N., Fundora, F. y Serra, L. M. (1999). Aspectos psicológicos en pacientes con policitemia relativa hipovolémicos y normovolémicos. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 15 (2), 127-13. Extraído el 7 de febrero del 2010 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v15n2/hih08299.pdf>
- 38- Modolell, E., Sanz, J. y Casado, S. (2004). Las emociones en la entrevista en Psicooncología. *Psicooncología*, 1, (2-3), 205-210. Extraído el 7 de febrero del 2010 desde <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404120205A.PDF>
- 39- Mendoza, M. (1998). Algunas reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer. *Hematológica*, 83, 5, p. 442-446. Extraído el 13 de febrero del 2010 desde <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/1053.htm>
- 40- Molerio, O. (2004). *Programa para el control emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial*, Tesis de Doctorado, Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.

- 41- Montiel, V. (2009). *Particularidades de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora*. Tesis de maestría no publicada. Santa Clara, Universidad Central de las Villas.
- 42- Moya, K.; Arrabal, M.A. y Rodríguez, B.C. (2009). "*Beneficios del WCH en la reducción del pensamiento rumiativo en adultos mayores*". Informe de Investigación. 1ra Jornada Científica de GC- Bach. Universidad Central "Martha Abreu" de las Villas. (Inédito).
- 43- Mulens, B., Torres, P. B., Gutiérrez, J. A., García, M., Roper, R. (1997). Conocimiento del diagnóstico en pacientes con cáncer antes de recibir tratamiento oncoespecífico en 1997. *Revista Cubana de Oncología*, 2 (16), 93-99.
- 44- Orozco, R. & Sánchez, C. (1990). Flores de Bach. Diagnóstico Diferencial entre esencias. Barcelona: Índigo.
- 45- Orozco, R. (2010). Flores de Bach. 38 Descripciones dinámicas. Barcelona: El grano de mostaza.
- 46- Pastorino, M.L. (1989). La medicina floral de Edward Bach. Urano. Barcelona.
- 47- Pérez, C. (2005). Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21 (2), 13-19.
- 48- Pérez, C. (2000). Equipo multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana Oncología*, 16 (3), 158-62.
- 49- Pérez, C. (2000). Equipo multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Oncología*, 16, (3), 158-162.
- 50- Raña, R. J. (2003, octubre). Epidemiología de enfermedad linfoma y mieloproliferativas en Argentina Meridional. *Hematología*, 7 (2), 36-39. Extraído el 25 de enero desde <http://www.sigma.org.ar/cancer/ghs2.pdf>
- 51- Rodríguez, B. C. & Orozco, R. (2005). *Inventario de Caracterizaciones de Bach*. Universidad Central de las Villas. [Manuscrito no publicado]
- 52- Rodríguez, B. C. (2009). *El Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach. Apuntes para una sistematización necesaria*. Reino Unido: The Twelve Healers Trust.
- 53- Rodríguez, L., Canno, F. J. Y Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, (2), 82-91.

- 54- Rodríguez, M., Pastor, M. A. y López, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, 5, (sup), 349-372. Recuperado el 15 de febrero del 2010, de la base de datos Redalyc.
- 55- Sala, V. (2001). Depresión y cáncer. Una apreciación psiconeuroendocrinoinmunológica de los cuadros depresivos en pacientes con cáncer, *Interpsiquis*.
- 56- Sanz, J., Modolell, E., (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1, 1, p-3-12.
- 57- Sirgo, A., Gil, F., Pérez-Manga, G. (2000). Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama, *Interpsiquis*, 1
- 58- Solana, C. A., (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28, (3), p-3.
- 59- Tresguerres, J. A.F., (2005). *Fisiología humana*, (3ra. ed). España: Mc Graw-Hill.
- 60- Velarde-Jurado, E., Ávila-Figueroa, C., Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública*, 44, 349-361. Recuperado el 20 de febrero del 2010 de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342002000400009
- 61- Vera, P.E., Valenzuela, P., (2005) Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 1909, 1, p-120-131 Extraído el 13 de marzo del 2010 desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3182411>

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 Psicólogo: _____.

Anexo # 2.

Entrevista semiestructurada de Clasificaciones Diagnósticas de Edward Bach.

Objetivo: Identificar la presencia de las caracterizaciones emocionales descritas por Bach en los miembros de las muestras estudiadas.

Guía para la exploración.

Forma de reacción ante situaciones que pueden provocar miedo o angustia.

Forma de expresión ante situaciones que pueden provocar tristeza, desaliento o desesperación.

Forma en la que se maneja la soledad.

Reacciones ante las influencias y opiniones ajenas.

Reacción ante las circunstancias presentes.

Modo de proceder ante las relaciones interpersonales y los conflictos interpersonales.

Anexo # 3

Inventario de Caracterizaciones de Edward Bach

ICB

por: Boris Rodríguez y Ricardo Orozco

INSTRUCCIONES

- a) Por favor, **NO ANOTE NADA EN ESTE CUADERNILLO**. Todas las respuestas deberá escribirlas en la hoja extra que se le ha proporcionado.
- b) Para contestar es preferible que utilice un lápiz de color negro y una goma para que pueda borrar en caso de equivocarse.
- c) Antes de comenzar a responder, debe rellenar los datos que se solicitan en la cabecera de la Hoja de Respuestas.
- d) En las siguientes páginas podrá encontrar una serie de frases o expresiones que solemos utilizar para describir nuestros comportamientos, sentimientos, creencias o actitudes. Entre estas frases, deberá seleccionar aquellas que mejor le describan a Ud.: su manera de ser, pensar o actuar. Sea lo más sincero posible.
- e) En el cuestionario aparecerán algunas frases “tontas” o fuera de contexto, como por ejemplo: “el Sol sale siempre a media noche”. El objetivo de las mismas es detectar si Ud. no está prestando la debida atención, o si se ha equivocado de línea. Por favor, conteste adecuadamente a estas frases.
- f) A continuación le mostramos dos ejemplos para que observe la forma de contestar en la Hoja de Respuestas. Si está de acuerdo con una frase, o piensa que esta describe su forma de ser, rellene completamente el espacio correspondiente a la letra “**V**” (verdadero). Si por el contrario, la frase no caracteriza su manera de ser o no está de acuerdo con ella, rellene completamente el espacio de la letra “**F**” (falso). Quedaría de esta forma:
 1. Necesito respirar para vivir
 2. He cruzado el océano a nado

Hoja de Respuestas	
V	F
- g) Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio con la letra “**F**” (falso).
- h) Si descubre que se ha equivocado o simplemente quiere cambiar una respuesta, debe borrar primero la equivocada y luego rellenar el otro espacio.
- i) Trate de responder con sinceridad y rapidez

NO EMPIECE A RESPONDER HASTA QUE SE LO INDIQUEN

1. Creo que la vida es una eterna lucha.
2. Dicen que soy muy impaciente.

3. A menudo voy haciendo planes en mi mente que me desconectan de lo que pasa alrededor.
4. En ocasiones he sido defraudado por personas a quienes admiraba.
5. Suelo desanimarme con facilidad.
6. Reconozco que soy poco diplomático.
7. Me angustia que la calidad de mi trabajo se afecte por causas externas.
8. Considero que no soy muy optimista.
9. Cuando alguien hace algo lentamente me dan ganas de arrancarle las cosas de las manos y hacerlo yo mismo.
10. Desde hace algún tiempo estoy triste por cosas concretas que me han ocurrido.
11. Soy capaz de detectar con facilidad los defectos de los otros.
12. Soy una persona muy cumplidora y responsable.
13. Me resulta muy difícil delegar tareas y casi siempre termino haciendo las cosas yo mismo.
14. A menudo me han dicho que soy un soñador.
15. Me angustia tanto tener que tomar decisiones que prefiero que las tomen otros.
16. La llegada de la noche me provoca un terror incontrolable.
17. Los eventos felices de mi vida, solo los encuentro cuando recuerdo el pasado.
18. De forma general, suelo sentirme muy tenso a la hora de hablar delante de otras personas.
19. Siento que a pesar de todos los sacrificios que he hecho, no he sido retribuido como merecía.
20. Puedo pasar de un estado de ánimo a otro con gran facilidad.
21. Chequeo frecuentemente mi salud para asegurarme que no estoy enfermo.
22. Tengo un estado de ánimo bastante depresivo.
23. Muchas veces finjo estar de acuerdo con los demás para evitar problemas.
24. Gasto tanta energía en mis actividades y pensamientos que a menudo noto que me voy quedando sin fuerzas.
25. Si exprimo unas naranjas obtengo jugo de tomate.
26. Desde hace algún tiempo me desespera pensar que ya nada tiene sentido para mí, que ya nada vale la pena.
27. Mis amigos me señalan que, a menudo, hago preguntas o comentarios en los momentos menos adecuados.
28. Mi familia dice que fui un niño muy intranquilo.
29. Soy una persona muy servicial y dócil.
30. Suelo sentirme inferior al compararme con los demás.
31. No soy muy dado a las expresiones de afecto.
32. Me considero una persona muy nerviosa y asustadiza.
33. Me disgusta enormemente que me digan lo que tengo que hacer.
34. Soy muy sociable y extrovertido(a).
35. Aunque no lo diga, me aterra la soledad.
36. Me gusta consultar a otras personas antes de tomar una decisión.
37. La mayoría de las cosas que motivan a los demás, a mí me dejan indiferente.
38. En muchas ocasiones noto que realizar tanto trabajo mental me deja exhausto.
39. Suelo preocuparme mucho más por los demás que por mí mismo.
40. A menudo me invaden pensamientos e ideas tristes y negativas.
41. Desconfío constantemente de las "buenas intenciones" de la gente.
42. Mi familia es demasiado ansioso.

43. En frecuentes ocasiones me cuesta concentrarme en lo que la gente me está diciendo.
44. Determinadas situaciones de la vida cotidiana me provocan un pánico irreprimible.
45. Ayudo mucho a los demás, pero me gusta que me tengan en cuenta a la hora de tomar decisiones.
46. El dicho "prefiero que me busque la policía a que no me busque nadie" me parece muy cierto.
47. Muchas veces siento que no brindo a mi familia toda la atención y el amor que se merecen.
48. No me siento muy satisfecho con mi vida.
49. Me encantaría conducir un programa de televisión.
50. Tengo algunas manías de las que me gustaría librarme, pero no puedo.
51. Siempre trato de ocultar a los demás mis problemas, preocupaciones o dolencias.
52. Creo que se puede vivir sin respirar.
53. Mi mente trabaja tan rápido, que es capaz de ir asociando diversos temas con gran facilidad.
54. Soy capaz de hacer cualquier cosa por amor.
55. Desde hace algún tiempo me he venido sintiendo muy culpable, porque no soy capaz de hacer bien las cosas.
56. De las cosas y situaciones de la vida, tiendo a ver más el lado negativo que el positivo.
57. No suelo ser muy sistemático a la hora de llevar un tratamiento médico.
58. Me cuesta mucho trabajo poderme relajar.
59. Me gustaría triunfar, tener éxito, pero sé que no lo lograré.
60. Me resulta muy difícil decir "no".
61. Con bastante frecuencia he tomado decisiones erradas al dejarme llevar por los consejos de los otros.
62. Muchas veces presiento lo que les va a pasar a los demás, es como si tuviera un sexto sentido.
63. La lentitud y la espera son cosas que no puedo tolerar.
64. No tengo reparos para echarle una bronca a cualquiera cuando tengo que hacerlo.
65. Soy muy vergonzoso(a).
66. Siento que soy una persona mucho más inteligente que los que me rodean.
67. Lo importante en esta vida es trazarse una meta y no dejarse alejar de ella por nada ni por nadie.
68. Estoy dispuesto a luchar hasta el final por aquello en lo que creo antes de rendirme.
69. Digo la verdad crudamente, sin darme tantas vueltas.
70. Me molesta enormemente no ser tenido en cuenta a la hora de tomar decisiones.
71. Tengo suficientes méritos para ser tomado como ejemplo.
72. Trato de resolver mis problemas sin tener que comentarlos con nadie.
73. Me gusta que mi trabajo que se haga a la perfección.
74. Si me aparto del camino que he trazado para mí, me vuelvo el peor de mis verdugos.
75. La mayoría de los peces pueden vivir fuera del agua.
76. Desde hace algún tiempo rompo a llorar cuando las cosas no me salen como quiero.
77. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, aun cuando estos no me caigan bien.
78. En muchas ocasiones me siento como una pieza defectuosa.
79. Puede decirse que mi p.
80. Cuando algo me preocupa, me es imposible sacarme de la cabeza.

81. Me cuesta mucho trabajo decidir sobre lo que quiero hacer.
82. Para mantenerme motivado, todo debe fluir sin grandes contratiempos.
83. Siento que apenas puedo controlar mi nerviosismo si estoy entre extraños.
84. Me es difícil adaptarme a los cambios.
85. Las demás personas dicen que soy poco comunicativo.
86. Tengo poco interés en hacer amigos.
87. Siento que tiendo a asumir demasiadas tareas.
88. Al enfermar, sigo cumpliendo con mis obligaciones para no ser una carga para nadie.
89. Creo que he sufrido demasiado en esta vida.
90. He intentado suicidarme en más de una ocasión.
91. Hay pensamientos que rondan mi cabeza una y otra vez sin que pueda librarme de ellos.
92. Sufro al pensar que a mis seres queridos no les van a salir bien las cosas.
93. Me da mucho miedo cometer errores que puedan perjudicar a los demás.
94. He tratado siempre de mantenerme en segundo plano en las actividades sociales.
95. La gente siempre se ha acercado a mí por puro interés.
96. En muchas ocasiones mis familiares se disgustan conmigo, porque no entienden que todo lo que hago es por su bien.
97. Si los demás se fijaran en mi modo de actuar, tendrían una buena guía para ser mejores.
98. Siento que mi mente es más fuerte que mis emociones, por eso nunca me vencen.
99. Las injusticias me indignan de una forma brutal.
100. Considero muy importante ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
101. Si tuviera que elegir, prefiero trabajar en un lugar donde pueda desplegar mis potencialidades, aunque me paguen menos.
102. El camino correcto es aquel donde uno está dispuesto a sacrificarse.
103. El Sol siempre sale a media noche.
104. El éxito no se hizo para mí.
105. Pensar en determinados eventos que me han ocurrido me provoca un terror tan intenso, que llego a preferir la muerte a vivirlos nuevamente.
106. Los demás suelen acudir a mí, por mis dotes organizativas.
107. No le debo nada a nadie.
108. La mayor parte del tiempo me encuentro bastante cansado.
109. Me siento tan "sucio", que no entiendo cómo es que los demás me dirigen la palabra.
110. Me da bastante trabajo cumplir con mis obligaciones cotidianas.
111. Mientras más analizo las posibles aristas de un problema, más difícil se me hace tomar una decisión.
112. Cuando me regalan algo, o alguien me elogia, me siento incómodo.
113. En muchas ocasiones dudo si seré capaz de cumplir con los compromisos que he asumido.
114. Puedo enfadarme con facilidad si las cosas no me salen a la velocidad que deseo.
115. No me gusta estar solo.
116. Existen ciertos contenidos que me esfuerzo por mantener fuera de mi mente.
117. Soy muy voluble, cambio de opiniones continuamente.
118. Para ayudarme a mantener mi buen estado de ánimo, he acudido al alcohol u otros estimulantes.

119. Creo que mi experiencia puede ser muy útil para los demás, por eso trato siempre de explicar mis vivencias a todo aquel que lo necesite.
120. Temo ser abandonado por las personas que quiero.
121. No suelo molestar a los demás con mis problemas de salud.
122. La gente despreocupada y sonriente es verdaderamente ignorante.
123. Creo que tengo dotes para comunicarme con mundos mucho más sutiles.
124. Es frecuente que esté de mal humor.
125. Me gusta vestirme de modo que no pase desapercibido.
126. Pienso que ayudo a los demás al señalar aquellos aspectos en los que podrían mejorar.
127. Me olvido con frecuencia de cumplir mis obligaciones.
128. Me es difícil dejar atrás el pasado.
129. Un cuadrado es una figura redonda.
130. Hay un espacio en mi intimidad donde no dejo pasar a nadie.
131. Usualmente me involucro en varias actividades al mismo tiempo.
132. Suelo poner a la gente a prueba para saber hasta dónde puedo confiar en ellos.
133. Mis conocidos comentan que busco soluciones poco prácticas a los problemas.
134. Al enfermar no hago otra cosa que pensar en mi estado.
135. Tuve una infancia muy falta de afecto.
136. Creo que a este mundo hemos venido a sufrir.
137. Nada me emociona ni me aflige.
138. Me es difícil dormirme por las noches.
139. En muchas ocasiones me encuentro diciendo “no sé si puedo”.
140. Evito constantemente tener que hablar delante de un grupo de personas.
141. No dejo que la gente sepa demasiado sobre mí.
142. Pienso que a los niños hay que hacerles pasar un poco de trabajo para que aprendan a valorar lo que tienen.
143. Mi estado de salud me preocupa bastante.
144. Me siento mejor al hacer las cosas solo.
145. No puedo tolerar el menor ápice de suciedad o desorden.

FIN DE LA PRUEBA

© Boris Rodríguez v Ricardo

Autorreporte Vivencial.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: A la izquierda se relacionan una serie de emociones o estados psíquicos y usted como cualquier otra persona puede experimentar. A la derecha de cada una de estas emociones hay una línea horizontal, cuyo extremo izquierdo indica el grado más débil en que se experimentan estas emociones, extremo derecho corresponde a la mayor intensidad en que le ha sido experimentado. Usted debe marcar el punto de la línea que considere refleje el grado en que usted ha experimentado estas emociones durante estos últimos años.

Vivencia/	Escasamente	Moderadamente	Intensamente
Inquietud			
Desconfianza			
Irritabilidad			
Tristeza			
Apatía			
Miedo			
Inseguridad			
Sufrimiento			
Abatimiento			
Angustia			
Ira			
Rechazo			
Ansiedad			
Desprecio			

Anexo # 5

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

ISRA Puntuaciones directas

Nombre:	Apellidos:					Edad:	Id:		
Profesión:	Centro:					Sexo: V o M	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 encontrará 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 SI, OTRAS VECES NO	3: MUCHAS VECES	4: CASI SIEMPRE
----------------------	-----------------------	---	------------------------	------------------------

Lea cada cuestión y responda como piensa o reacciona Ud, **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 mi, 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 estomago.	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 esta 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 encontrara 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 circulo uno de los cinco números (0, 1, 2, 3, 4) que aparecen a la derecha de cada situación. Cada numero indica una intensidad o grado según la siguiente escala:

0: NADA	1: UN POCO	2: BASTANTE	3: MUCHO	4: MUCHISIMO
----------------	-------------------	--------------------	-----------------	---------------------

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 esta muy cerca de mi , rozándome, o si estoy en una situación sexual Intima	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 criticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente	0	1	2	3	4
10	Si tengo que hablar en publico	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?					

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

Anexo # 6

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 estarme 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 dormirme.

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 # 7

STAXI Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a si misma. Lea cada afirmación y rodee con un circulo 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:

A: 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 "malas palabras"	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
INSTRUCCIONES

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

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: CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO					
26	Controlo mi temperamento	A	B	C	D
27	Expreso mi ira	A	B	C	D
28	Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29	Hago comentarios irónicos a los demás	A	B	C	D
30	Mantengo la calma	A	B	C	D
31	Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32	Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33	Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34	Discuto con los demás	A	B	C	D
35	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36	Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38	Digo barbaridades	A	B	C	D
39	Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40	Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41	Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42	Rehuyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44	Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45	Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46	Trato de relajarme	A	B	C	D
47	Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48	Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49	Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

