

*Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas.
Facultad de Psicología.*



*Tesis para optar por el título de Licenciatura en
Psicología.*

*Título: Evaluación de los beneficios que ofrece el
Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el
tratamiento de la ansiedad en internos con Trastorno
Adaptativo crónico de la Prisión Provincial de
Cienfuegos.*

Autores: Lisdely Piloto Martínez.

Danay Romero Pérez.

Tutor: Ms.C. Boris Camilo Rodríguez Martín.

Santa Clara

2009.

“Todo lo que tenemos que hacer es salvaguardar nuestra personalidad, vivir nuestra propia vida, ser el capitán de nuestro propio barco, y así todo saldrá bien” (...)

Edward Bach.

A mis padres y hermanos.

Lisdely.

A mi mamá y a mi papá.

Danay.

Agradecimientos

A nuestro tutor, Boris Camilo, por su dedicación, aliento y apoyo incondicional.

A nosotras, por el tiempo y esfuerzo dedicado.

A nuestros padres, por exigirnos y guiarnos.

A nuestros familiares y amigos, por todo el apoyo que nos han brindado.

A Gesmay, que siempre estuvo presente cuando lo necesitamos.

A nuestras amigas, Indira y Dunia, quienes nos han acompañado estos cinco años.

A los maestros de la escuela René Fraga Moreno, especialmente a Dolores y Pichi, por facilitarnos el trabajo.

A las personas que conformaron la muestra, por su colaboración en nuestra investigación.

A todos muchas gracias.

De Lila y Danay.

A Dayán, por su cariño, apoyo y compañía incondicional.

Lisde.

A mis hermanos tíos y primos, por su ayuda incondicional.

Danay.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general: determinar los beneficios que ofrece el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de la ansiedad en internos con Trastorno Adaptativo crónico.

La muestra estuvo conformada por un total de 21 internos, pertenecientes a la Prisión Provincial de Cienfuegos, diagnosticados con Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad; divididos en dos grupos (*estudio* y *testigo*).

Para la obtención de la información se utilizaron una serie de pruebas psicológicas entre las que figuraron: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B), el Autorreporte Vivencial, la Entrevista Psicológica Semiestructurada y la Entrevista Diagnóstica del Sistema Bach. Los datos obtenidos fueron procesados de forma cuantitativa con sus correspondientes valoraciones cualitativas.

Los principales resultados denotaron la existencia de diferencias muy significativas en el *grupo estudio* respecto a la generalidad de las variables evaluadas en las diferentes técnicas; evidenciándose una disminución progresiva de los niveles de ansiedad existentes en este grupo muestral, que guardan estrecha relación con las esencias prescritas, cuestión que no ocurre en el grupo testigo.

Se ofrecen conclusiones y recomendaciones de interés respecto a la implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en internos con un diagnóstico de Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad y para el desarrollo de posteriores investigaciones respecto a esta temática.

Palabras Claves: Internos, Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad, Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.

Abstract

The present research had as a general objective to determine the benefices that offer the 'Edward Bach's System of Diagnosis and Therapy' in the treatment of anxiety of interns with a chronic adaptative disorder. This research has been done with 21 interns from Cienfuegos Provincial prison diagnosed with chronic adaptative disorder divided into two groups (study - witness).

To obtain information we used a group of Psychological test such as: the inventory of answer of anxiety (in Spanish: ISRA-B) the self report of real life situations, the semistructured Psychological interview and the diagnosed interview of Bach System: the obtained data were quantitatively processed with the corresponding qualitative valuations.

The main results showed the existence of a great difference, the study group referred to the general evaluated variants in the different techniques, showing that the levels of anxiety have decreased in the study group that have a close relation ship with the characteristics written above and this does not occur with the witness group.

We offer conclusions and recommendations related with the set of Edward Bach' Diagnostic-Therapeutic in interns with a diagnostic of a chronic adapting disorder and with the development of further investigation about this matter.

Key words: Interns, chronic adaptive disorder with anxiety, 'Edward Bach's System of Diagnosis and Therapy'.

Índice

Introducción/ 1

Capítulo #1: Fundamentación Teórica/ 4

- 1.1-Trastorno adaptativo. Características diagnósticas/ 4
- 1.2- La ansiedad. Concepto y clasificación/ 6
 - 1.2.1- Trama argumental de la ansiedad/ 9
- 1.3- Tratamiento del Trastorno Adaptativo/ 10
- 1.4- El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach/ 11
 - 1.4.1- Reglas básicas para la prescripción de los Remedios Florales/ 13
 - 1.4.2- Terapia Floral y Ansiedad/ 15
- 1.5- Características de la etapa de la juventud/ 15
- 1.6- La vida en prisión/ 16

Capítulo #2: Estrategia metodológica/ 19

- 2.1- Presupuestos del tipo de Estudio/ 19
- 2.2- Descripción de la Muestra/ 20
- 2.3- Descripción de las Técnicas empleadas/ 22
- 2.4- Procedimientos/ 28
- 2.5- Análisis Estadístico/ 31

Capítulo #3: Presentación y Análisis de los Resultados/ 33

- 3.1- Evaluación de la etapa pre-experimental/ 33
- 3.2- Evaluación de la etapa post-experimenta/ 40
- 3.3- Análisis integrador de los resultados / 48

Conclusiones/ 51

Recomendaciones/ 52

Referencias Bibliográficas/ 53

Anexos

Introducción

En nuestro país se trabaja diariamente para potenciar la reeducación de la población penal en las prisiones. La misión de estos centros consiste en educar a los internos para su futura inserción a la sociedad. De ahí la importancia de dotar a estos centros de programas eficaces que contemplen el mejoramiento humano.

Un elemento importante para el cumplimiento de los objetivos de estos centros lo constituye la adaptación a la vida en prisión, cuestión que no es sencilla si tenemos en cuenta que el ingreso de una persona en un centro penitenciario supone su aislamiento afectivo y social, conlleva a la pérdida de sus roles sexuales, familiares y sociales, y produce un deterioro de su propia identidad y de su autoestima. Su comportamiento es supervisado continuamente por los funcionarios de la prisión y corregido predominantemente por un sistema de normas formales que le exigen una subordinación que llega a lo servil y que invaden su intimidad. (Valverde, 2007).

El joven internado en un centro de régimen cerrado presenta la circunstancia traumática añadida de privación temporal de libertad. Como consecuencia, resulta pertinente esperar un incremento considerable de su nivel de ansiedad. En este sentido, parece que los niveles extremos de ansiedad en los primeros períodos del internamiento, no sólo no favorecen, sino que interfieren en los procesos de cambio personal positivo, aunque este sea uno de los objetivos perseguidos por este tipo de instituciones. De hecho, el aislamiento del internamiento genera rechazo hacia la institución (Gover, Mackenzie, Armstrong, 2000; Smith, Hepburn, 1979, citado en Ferrer, Sarrado, Carbonell, Virgili, Cebria, 2008).

Por tanto no es de extrañar que las dificultades adaptativas con matices de ansiedad crónica sean las más comunes que se encuentran en estos centros. Richard y Bernice Lazarus (2000), refieren que la ansiedad es una emoción existencial porque las amenazas en las que se basan son inciertas, tienen que ver con significados e ideas sobre quienes somos, nuestro lugar en el mundo, la vida y la muerte, y la calidad de nuestra existencia.

Las alternativas que hoy se disponen para el tratamiento de la ansiedad se centran fundamentalmente en la utilización de medicación. Los medicamentos pueden ser muy efectivos para mitigar los síntomas de ansiedad; el tratamiento medicamentoso en este caso está basado fundamentalmente en el uso de las benzodiazepinas y antidepresivos con efectos ansiolíticos, aunque se pueden utilizar otros medicamentos como los antihistamínicos). Estas no cubren las necesidades de los internos, ya que además de un tratamiento médico, necesitan ser escuchados.

La búsqueda de alternativas que contemplen la inserción de la Psicoterapia en esquemas de tratamiento libres de efectos secundarios se torna una necesidad de primer orden. Además, el terapeuta necesita de una herramienta que le permita focalizar la intervención en los objetivos que ha pactado de consenso con el paciente; cuestión que muchas veces se ve entorpecido por transferencias o resistencias, ya sean conscientes o inconscientes.

En este contexto surge como alternativa el Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach que, bajo la premisa de que la enfermedad solamente puede ser erradicada a través de un esfuerzo espiritual y mental, elabora una propuesta de intervención sobre los estados emocionales, mentales y características más generales de la personalidad, donde el agente curativo, por consiguiente debía actuar sobre las causas y no sobre los efectos, o sea corrigiendo el desequilibrio emocional.

Dada la novedad de la implementación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach y su aplicación en internos con Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad, la presente investigación se plantea el **problema científico** siguiente:

¿Cuáles son los beneficios que ofrece el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de la ansiedad en internos con Trastorno Adaptativo crónico?

Objetivo general:

Determinar los beneficios que ofrece el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de la ansiedad en internos con trastorno adaptativo crónico.

Objetivos específicos:

1. Describir las principales manifestaciones de ansiedad de la muestra estudiada.
2. Identificar las esencias florales que se utilizaron con mayor frecuencia en el tratamiento de la ansiedad en la muestra estudiada.
3. Analizar las diferencias registradas para ambos grupos en la evolución del tratamiento propuesto para cada uno.

Una vez abordados todos los aspectos teóricos que dan sustento a la presente investigación se considera necesario plantear la siguiente hipótesis de trabajo:

Hipótesis:

El empleo del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach facilita la obtención de beneficios para el tratamiento de la ansiedad en internos con Trastornos Adaptativo crónico.

El Informe de la investigación consta de tres Capítulos, además de ofrecer Conclusiones y Recomendaciones. En el capítulo uno se realiza una revisión bibliográfica permitiendo exponer los principales fundamentos teóricos que sustentan nuestro estudio. El capítulo dos, por su parte, se encuentra dirigido a determinar la metodología bajo la cual se efectúa la investigación; se define además el tipo de diseño, la selección de la muestra y las técnicas y procedimientos a emplear en el estudio de la problemática y, por último, en el capítulo tres se reflejan y analizan los resultados obtenidos en la investigación.

Capítulo #1: Fundamentación teórica.

La adaptación es vista como el proceso por el cual un grupo o un individuo modifican sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social en el que se mueve. Al adaptarse, el sujeto abandona hábitos o prácticas que formaban parte de su comportamiento y eventualmente debe adquirir otros en consonancia con las expectativas que se tienen de su nuevo rol. Constantemente el ser humano transita por numerosos procesos adaptativos y en la mayoría de las ocasiones, este se instaura de forma automática; sin embargo, en otras ocasiones el cambio es algo impuesto, no deseado o se produce de forma abrupta y en este momento que los recursos adaptativos del individuo se tornan insuficientes, pueden aparecer numerosos trastornos.

1.1- Trastornos adaptativos. Características diagnósticas.

Los trastornos adaptativos se describen como estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad (CIE-10, 1992).

La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable (DSM-IV-TR, 2000).

Criterios diagnósticos del trastorno adaptativo (DSM-IV-TR, 2000):

Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante.

La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica).

Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I o es simplemente una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II.

Sin embargo, puede diagnosticarse un trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del Eje I o del Eje II si este último no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante. El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo.

Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias).

Los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo si aparecen en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con repercusiones importantes. El estresante puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes o continuos. El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad. También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo.

Los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes. Para la presente investigación se toma el subtipo:

- F43.28 Con ansiedad [309.24]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud.

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones.

- Agudo. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses.
- Crónico. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación

crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.

1.2- La ansiedad. Concepto y clasificación.

Durante el desarrollo de la Psicología diferentes autores han abordado la ansiedad, por su parte, Tobal (1999) la define como “una respuesta emocional, o patrón de respuesta que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos pocos ajustados y escasamente adaptativos” (p.310).

Estudios más recientes consideran la ansiedad como una emoción que aparece ante situaciones determinadas y se caracteriza porque el individuo se siente tenso, atemorizado, alarmado y agitado en una forma desagradable, presentando un notable efecto somático (Barragan, Parra, Contreras y Pulido, 2003).

Se valora que la ansiedad es una emoción que se expresa fundamentalmente a través de sentimientos de temor, aprensión y desamparo. Surge principalmente ante aquellas situaciones en que el individuo percibe de manera consciente o inconsciente una situación amenazante y que rebasa sus posibilidades para afrontarla.

En principio, la ansiedad constituye una respuesta inteligente del organismo, pues en muchas ocasiones un nivel medio de ella permite una buena ejecución; lo que hace referencia que se considere una emoción normal cuya función es activar al organismo ante un peligro o amenaza y estimula la capacidad de respuesta del individuo. Ahora ¿cuándo se considera la ansiedad como un problema? El estado de ansiedad constituye un problema para el individuo cuando aparece ante situaciones que no son realmente amenazantes o incapacitantes para llevar una vida normal; cuando el estímulo desencadenante no aparenta objetivamente ser de suficiente magnitud para instaurar el cuadro ansioso.

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:

I. Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad.

II. Proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta de ansiedad.

III. Grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad.

IV. 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). El propio Grau subraya 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. Es vivenciada de una manera continua, interrumpida por crisis en las que la angustia se hace prácticamente intolerable y se acompaña de intensas alteraciones vegetativas y conductuales

Manifestaciones de la Ansiedad Patológica (Gómez, 1997).

I. Manifestaciones en el plano propiamente psicológico o referencias subjetivas.

Sentimiento subjetivo de inquietud, zozobra, de aprensión y temor, acompañado de manifestaciones cualitativas de la ansiedad patológica.

Referencia a la ansiedad definida como un estado internamente sentido como vago, confuso y no bien precisado.

Producción ante situaciones frecuentes de amenazas potenciales a la autoestima, a la confianza en sí mismo.

II. Alteraciones del sueño.

- Insomnio.
- Pesadillas frecuentes.
- Intranquilidad motora durante el sueño.

III. Actitud ante los problemas y soluciones.

- Sentimientos subjetivos de impotencia ante la situación de problemas.
- Representación ideativa de todas las situaciones con carácter dramático, percibidas como problemas de imposibilidad de solución de forma adecuada.

IV. Esfera de contacto y de relaciones interpersonales.

- Estado de tensión displacentero por desaprobación experimentada en las relaciones interpersonales con los demás.
- Tendencia a reaccionar habitualmente como respuestas ansiosas ante circunstancias reaccionantes.

V. Trastornos psicofisiológicos y neurovegetativos más frecuentes.

- Palpitaciones, arritmias transitorias, taquicardias.
- Disturbios disneicos.
- Sudoraciones.
- Náuseas.
- Cefaleas.
- Salto epigástrico.
- Aumento o disminución de la presión arterial.

1.2.1- Trama argumental de la ansiedad.

El núcleo fundamental de la ansiedad es básicamente la preocupación, cuya principal función es la anticipación de los peligros que puede presentar la vida y la búsqueda de soluciones positivas ante ellos (Goleman D., 1996)

Richard y Bernice Lazarus (2000), refieren que la ansiedad es una emoción existencial porque las amenazas en las que se basan son inciertas, tienen que ver con significados e ideas sobre quienes somos, nuestro lugar en el mundo, la vida y la muerte, y la calidad de nuestra existencia. Debido a que no conocemos la naturaleza exacta del daño que nos puede ocurrir ni cuando se materializará, y qué podemos hacer con ello, la amenaza subyacente es abstracta, indefinida y simbólica de otras cuestiones de nuestra vida, como quiénes somos y cuál será nuestro futuro.

La ansiedad es provocada cuando los significados de los cuales hemos aprendido a depender se ven menoscabados, alterados o corren peligros. Si la amenaza a estos significados parece importante, y los significados que están en peligro son fundamentales para nuestro ser, la ansiedad resultante puede ser intensa y constituir una crisis personal importante.

Cuando una persona se siente ansiosa no se puede relajar, tiene la sensación de que algo va mal en la situación o en la vida en general. Se sienten intranquilos, preocupados, les invaden pensamientos que no se pueden aquietar y quieren evitar o escapar de confrontaciones que se avecinan y que son las manifestaciones concretas de su preocupación.

Lazarus (2000), para resumir la trama de la ansiedad, plantea que la provocación es algún acontecimiento que se avecina, cuyas manifestaciones concretas están caracterizadas por una amenaza incierta, como el resultado de una enfermedad, una actuación que tiene que ser evaluada, una interacción social con potencial de crítica o desaprobación social.

El significado personal subyacente a la amenaza es existencial por cuanto trata de quienes somos en el mundo, de nuestro futuro bienestar y de la vida y de la muerte. Este significado lo construyen las personas con la situación a la que se enfrentan y los objetivos y creencias personales sobre ellos mismos y el mundo que han adquirido a lo largo de la vida. Nos enfrentamos a la amenaza concreta intentándonos preparar para lo que podría ocurrir no pensando en ella, o construyendo nuevos significados que reduzcan la amenaza y así poderla manejar. No obstante, es difícil enfrentarse a una amenaza que produce ansiedad debido a sus raíces vagas y existenciales, que nos hacen sentir inseguros sobre lo que ocurrirá, cuándo lo hará, y qué podemos hacer al respecto.

1.3- Tratamiento del trastorno adaptativo.

El tratamiento de los trastornos adaptativos se basa fundamentalmente en las medidas psicoterapéuticas que permiten una reducción del agente estresante, potenciar el afrontamiento con el agente estresante que no pueda reducirse o eliminarse y establecer un sistema de apoyo para lograr la mayor adaptación posible.

Aunque fundamentalmente se utiliza la verbalización, en algunos pacientes se puede indicar el uso de dosis bajas de antidepresivos y ansiolíticos.

Actualmente la psicoterapia formal es el tratamiento de elección, aunque también se utiliza la psicoterapia combinada con benzodiazepinas, sobre todo en pacientes con estrés vital grave y un componente ansioso significativo. Strain, Newcorn, Fulop, Sokolyanskaya (citado en Hales, Yudofsky, Talbott, 2000).

1.4- El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.

El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach constituye un esquema de trabajo para realizar el diagnóstico y tratamiento de estados de ánimo patológicos y estilos desadaptativos de personalidad, que se encuentran en la base de las enfermedades. El diagnóstico se realiza siguiendo un grupo de clasificaciones “autónomas” y la curación se produce mediante el aprendizaje y el cambio, guiados por la acción de las treinta y ocho esencias florales, que entran al esquema como catalizadoras de las conversaciones terapéuticas. (Rodríguez, 2009)

Aunque en su concepción más global, el proceso terapéutico se propone que sea realizado a través de conversaciones con un nivel adecuado de estructuración, basado en la idea de que la acción de la palabra repercute de forma directa en la mejoría de enfermedades médicas. Para la presente investigación, se decide asumir el término Psicoterapia, pues las características propias del trastorno en estudio hacen más adecuada la utilización de la misma dentro de nuestro esquema. Por tanto, puede afirmarse que, para la presente investigación, “la curación se produce mediante el aprendizaje y el cambio, guiados por la acción de las treinta y ocho esencias florales, que entran al esquema como catalizadoras de” la psicoterapia.

El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, a pesar de ofrecer numerosos beneficios en el tratamiento de los distintos estados emocionales resulta uno de los más desconocidos por los diversos profesionales de la salud.

Bach fue un médico brillante de su generación, que se propuso buscar las causas de muchas de las enfermedades que aquejaban a sus pacientes y poco a poco, sin

proponérselo, se encontró con la Psicología. Evolucionó su forma de pensar desde el tratamiento quirúrgico de las enfermedades, hasta el tratamiento de los estados de ánimo. Tenía una concepción holística del hombre y entendió que el desequilibrio emocional constituía el primer momento de la enfermedad y que si se dirigían los esfuerzos terapéuticos a equilibrar emocionalmente al paciente, se lograba la curación (Rodríguez y Orozco, 2005).

El origen de la enfermedad según Bach estaba en la mente, siendo el resultado de un conflicto entre el alma y la mente, que solamente puede ser erradicado a través de un esfuerzo espiritual y mental. (Bach, 1994)

Siguiendo esta línea de trabajo, Bach elaboró un Sistema Diagnóstico- Terapéutico de los estados emocionales, mentales y características más generales de la personalidad, donde el agente curativo, por consiguiente debía actuar sobre las causas y no sobre los efectos, o sea, corrigiendo el desequilibrio emocional.

Este sistema incluye un grupo de 38 esencias individuales, extraídas en su mayoría de flores silvestres y los “esquemas terapéuticos”, que quedaron esbozados de forma implícita en su obra, que se basan en la conversación terapéutica (Rodríguez, 2009).

Aunque diversos estudiosos del tema, describen las esencias atendiendo a los siete grupos de trabajo propuestos por Bach, es válido destacar que esta propuesta fue adoptada con el objetivo de simplificar el diagnóstico de forma tal que cualquier persona, adquiriendo las esencias pudiera prescribirse su propio tratamiento. Otros autores (Orozco, 1996; Barnard, 2002; Rodríguez, 2009) consideran que el adoptar esta posición limita una explotación a fondo de todo el potencial que el sistema contiene, dándole muy poca importancia a las clasificaciones de curadores y ayudantes tan abundantes en los escritos iniciales de Bach. Además resulta sumamente difícil para algunos casos darse cuenta del propio estado emocional que se vivencia, por las características del mismo.

Se considera entonces que resulta más factible analizar las distintas clasificaciones en las que se agrupan estas esencias, permitiendo así que se exploren las clasificaciones iniciales y la evolución de las descripciones diagnósticas ofrecidas por Bach en sus obras. Por otro

lado se valora que la autoprescripción es posible, pero no permite un uso fructífero de todo el potencial que el sistema contiene (Orozco, 1996; Rodríguez y Orozco, 2005).

Por su parte, Orozco (1996) destaca la ventaja de adoptar la metodología de curadores, ayudantes y segunda serie.

Los Doce Curadores: Se fundamentan principalmente en los doce tipos de personalidad descritos por Bach, centrándose el trabajo de los sanadores en aquellos aspectos negativos de estos doce tipos. Con su acción se equipara lo primario de la personalidad con aquello que traemos en el momento del nacimiento; es decir, revelan aquellas cualidades con las que nacemos, las disposiciones genético-temperamentales de cada individuo (Rodríguez, 2009).

En este grupo se encuentran: Rock Rose, Mimulus, Cerato, Scleranthus, Gentian, Clematis, Water Violet, Impatiens, Agrimony, Centaury y Vervain.

Los Siete Ayudantes: Constituyen estilos de respuesta cronificados, estados emocionales que se han ido desarrollando con el tiempo y se han hecho tan habituales que pueden enmascarar la tipología de nacimiento. Son maneras con las que los individuos suelen enfrentarse a la vida. (Barnard, 2002; Rodríguez, 2009): Gorse, Wild Oat, Olive, Heather, Oak, Vine y Rock Water.

Segunda Serie de Diecinueve Remedios: Describen una serie de reacciones emocionales y estados mentales que surgen como respuesta a situaciones concretas de la vida, de una intensidad capaz de modificar el patrón de respuesta de un individuo, o sea, que ocurren como respuesta a los traumas de la vida. (Barnard, 2002). En ella se agrupan: Cherry Plum, Aspen, Red Chestnut, Hornbeam, Honeysuckle, Wild Rose, White Chestnut, Mustard, Chestnut Bud, Walnut, Holly, Larch, Pine, Elm, Sweet Chestnut, Start of Bethelhem, Willow, Crab Apple y Beech.

1.4.1- Reglas básicas para la prescripción de los Remedios Florales.

Este sistema terapéutico propuesto por Bach, no requiere de ningún conocimiento médico para su prescripción aunque se hace imprescindible que el terapeuta domine una serie de

aspectos para su correcta utilización dentro de la terapia; es el propio Bach quien esboza los lineamientos más generales que debe seguir todo aquel que pretenda curar con sus remedios (Pastorino, 1989).

- Indagar en las causas de los síntomas relatados.
- No prescribir demasiados remedios.
- Jerarquizar las emociones en desequilibrio que hayan sido observadas.
- Las flores deben indicarse para los estados emocionales, o que sin ser del todo conscientes pueden ser detectadas en un plano superficial.
- Los remedios florales actúan por capas: superficie-profundidad.

Dosificación de los Remedios.

Debido a que los remedios florales no actúan a causa de su contenido activo, sino por la información que le transmiten al organismo, su acción no va a relacionarse en porción directa a la cantidad que se tome, sino a la frecuencia con que se haga. La frecuencia mínima de uso es de 4 gotas, 6 veces al día, cuando se trata de casos crónicos. En los casos agudos, oscila desde de 6-8 tomas diarias; mientras que en los casos urgentes se utilizan frecuencias variables que pueden ser cada minuto o cada diez minutos. (Bach, 1994).

Son muchos los sistemas existentes y muchas las flores de las que se conocen sus propiedades curativas, de la misma forma son cada vez más los individuos que se dirigen hacia este tipo de terapia; libre de efectos secundarios, convencidos que para el mejoramiento de la salud se necesita un conocimiento lo más completo posible de sí mismos.

Esquemas terapéuticos basados en el Sistema Bach.

Aunque Edward Bach no sistematizó ningún esquema terapéutico de forma explícita, pues decide descartar toda regla y regulación, un análisis minucioso de su obra hace pensar que

más allá de la utilización de las esencias florales, existen determinados postulados que pueden servir como guía en una conversación terapéutica con la persuasión como recurso fundamental (Rodríguez, 2009).

Este esquema incluye tres líneas fundamentales de trabajo en dependencia de las especificidades de cada caso: Reestructurar la autoimagen del paciente, el sentido vital, así como la responsabilidad personal; no centrándose en el defecto sino en la virtud. Estos postulados tienen un correlato en la Psicología con la Terapia Centrada en el Cliente, la Logoterapia; el Análisis Existencial y la terapia de la Integridad y la Responsabilidad (Rodríguez, 2009). Evidentemente, aunque con puntos en común, no puede pertenecer a ninguno de estos referentes teóricos, pues los planteamientos de Bach preceden a dichos enfoques.

1.4.2- Terapia Floral y Ansiedad.

La efectividad de la Terapia Floral en la ansiedad ha sido abordada por diversos terapeutas florales. (Benítez y Moreno, 1999; González y Ayes, 1999; Pedrosa, Rodríguez y Alba, 2000; Rodríguez y González, 2003).

Los autores del libro *Inteligencia Emocional y Flores de Bach* (Rodríguez y Orozco, 2005) ofrecen dentro del sistema de las treinta y ocho esencias, una excelente función a dúo para tratar la ansiedad: White Chestnut y Agrimony. El White Chestnut es el complemento terapéutico que necesita Agrimony para una vez desenmascarado el tormento en la conciencia, mitigar la tortura mental. Se considera también que las esencias: Impatiens, Vervain, Red Chestnut, Cherry Plum, Sweet Chestnut y Rock Rose, por sus características son de gran efectividad en el tratamiento de la ansiedad, aunque se debe señalar que todas las esencias florales que conforman el grupo terapéutico de Edward Bach son importantes y necesarias en el tratamiento de cualquier alteración emocional incluyendo la ansiedad. La efectividad del tratamiento va a radicar en la elección adecuada de la esencia en correspondencia con las características propias de cada sujeto.

1.5 - Características de la etapa de la juventud.

Los inicios de la adolescencia se conciben en línea generales entre los 11-12 años, pero su

culminación, que marca el inicio de la juventud, para algunos se sitúa en los 14-15 años y para otros en los 17-18. En este sentido, quizás la solución consista en reconocer, como lo hace I. S. Kon, la existencia de una juventud temprana de 14-15 a 17-18 años y de una juventud tardía de 17-25 años, aproximadamente (Domínguez, 2003).

Aunque casi la totalidad de los autores, independientemente de la concepción teórica que asuman, consideran que la determinación de estas etapas no corresponde, como criterio principal para su delimitación, a la edad cronológica, la mayoría de los estudiosos de estas edades proponen límites etéreos para las mismas.

En la actualidad existe consenso en cuanto a considerar a la adolescencia y juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo. En el transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera profesional como en la de sus relaciones con otras personas de la familia, con la pareja y con los amigos. (Domínguez, 2003).

El joven participa en grupos formales y espontáneos que le permite establecer relaciones de comunicación con sus iguales. Estos grupos se convierten en importantes espacios de reflexión, de expresión y conformación de sus puntos de vista, y además, contribuyen a la organización y al empleo del tiempo libre. El desarrollo de estos grupos juveniles en condiciones socioeconómicas desfavorables, puede derivar hacia el ejercicio de conductas inadecuadas, como es el caso de la delincuencia, lo que puede traer como consecuencia que sean recluidos en centros penitenciarios. Considerándose a los internos como una población especial debido a las interacciones sociales a las que son sometidos.

1.6- La vida en prisión.

El ingreso de una persona en prisión supone su aislamiento afectivo y social, conlleva la pérdida de sus roles sexuales, familiares y sociales, y produce un deterioro de su propia identidad y de su autoestima. Su comportamiento es supervisado continuamente por los funcionarios de la prisión y corregido predominantemente por un sistema de normas formales que le exigen una subordinación que llega a lo servil y que invaden su intimidad. Como consecuencia se desarrolla un código de normas y valores en contra de las normas y fines

oficialmente declarados por la institución (Valverde, 2007).

Este mismo autor refiere que en el sistema social de los internos hay pocos roles y status y una vez asignados, son mantenidos con una gran presión grupal. En la posición de líder se encuentran los internos con larga experiencia delictiva y penitenciaria que cumplen largas condenas por delitos de robo con violencia. En los más bajos, se encuentran los internos físicos y psíquicamente débiles o perturbados, siendo objeto de aislamiento y rechazo los violadores, sobre todo los de niños, y los delatores. Estos líderes se sienten expulsados por la sociedad, optando por la delincuencia como forma de vida conscientemente elegida.

Celmer, (citado en Valverde, 1997) definió la prisionización como el proceso de adopción de los usos, costumbres, valores, normas y cultura general de la prisión, es decir, la asimilación o interiorización de la subcultura carcelaria.

La prisionización comienza con el ingreso en prisión, asumiendo el rol inferior del grupo al que pertenece (los internos). Se desarrollan nuevas formas de comer, vestir, dormir, trabajar, comunicarse, ocurren cambios en el consumo de drogas, se aprende a practicar juegos de azar, a realizar actividades homosexuales, a desconfiar, incluso a odiar a los funcionarios y a aceptar las costumbres y valores de la comunidad de presos.

Valverde, (1997) plantea que la adaptación a la situación anormalizadora de la prisión supone la adopción de pautas comportamentales adaptadas a dicho contexto y por tanto desadaptadas desde la protectora distancia con que suelen trabajar las ciencias sociales.

En la cárcel, la adopción de muchas conductas consideradas adaptadas en la sociedad de fuera, resultarían inadaptadas, ineficaces y peligrosas. Este proceso de adaptación tiene unas consecuencias concretas, como por ejemplo que toda la vida del preso se va a estructurar en torno a la prisión desde el momento en que entre en ella. También hay una exageración de las situaciones, las que adquieren gran relevancia. Esta es una de las causas de que, acontecimientos insignificantes, pueden derivar hacia situaciones conflictivas, incluso de gran violencia.

El joven infractor internado en un centro de régimen cerrado presenta la circunstancia

traumática añadida de privación temporal de libertad. Como consecuencia, resulta pertinente esperar un incremento considerable de su nivel de ansiedad. En este sentido, parece que los niveles extremos de ansiedad en los primeros períodos del internamiento, no sólo no favorecen, sino que interfieren en los procesos de cambio personal positivo, aunque este sea uno de los objetivos perseguidos por este tipo de instituciones. De hecho, el aislamiento del internamiento genera rechazo hacia la institución (Gover, Mackenzie, Armstrong, 2000; Smith, Hepburn, 1979, citado en Ferrer, Sarrado, Carbonell, Virgili, Cebria, 2008).

Al coincidir el aislamiento del entorno, la separación de las personas referenciales, la desubicación y la incertidumbre sobre la duración del internamiento, frecuentemente aparecen o se intensifican sintomatologías añadidas como el negativismo, irritabilidad, impulsividad y la agresividad.

En este sentido, aunque las emociones negativas desempeñan una función adaptativa del ser humano, el problema emerge cuando dichas emociones afloran con excesiva frecuencia, intensidad y duración, influyendo negativamente en el bienestar personal (Echeburúa, De Corral y Amor, 2001, citado en Ferrer, " y cols", 2008).

Capítulo #2: Estrategia metodológica.

2.1- Presupuestos del tipo de estudio.

En este capítulo se ofrece la caracterización de la metodología empleada en la presente investigación y la conformación de los grupos muestrales; se explican, además, las técnicas psicológicas que la integran, así como el procedimiento de aplicación y de análisis.

La investigación presupone un estudio explicativo con un diseño experimental a doble ciego-placebo, donde se manipula deliberadamente al menos una variable independiente para ver su efecto y relación con una o más variables dependientes. Utilizando preprueba y posprueba para analizar la evolución de los grupos antes y después del tratamiento experimental. En este caso, la variable independiente la constituyó el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach que debe influir favorablemente sobre la variable dependiente, la ansiedad, que caracteriza el cuadro clínico presente en internos portadores de Trastorno Adaptativo crónico.

Los estudios experimentales de comparación de grupos pre-post incorporan la administración de prepruebas a los grupos que componen el experimento. Los sujetos se asignan al azar a los grupos, después a estos se les aplica simultáneamente la preprueba; un grupo recibe el tratamiento experimental y otro no (es el grupo testigo); por último, se les administra, también simultáneamente, una posprueba. (Baptista; Fernández; Hernández, 2006)

En la presente investigación se trabajó con una muestra conformada por dos grupos de internos portadores de Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad; a ambos grupos se les aplica el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach con el objetivo de determinar los beneficios de dicho tratamiento sobre la ansiedad. En el grupo estudio se aplica de forma íntegra el Sistema, que incluyen un grupo de conversaciones terapéuticas, unidas a las esencias florales como catalizador del proceso de intervención. En el grupo testigo, son aplicadas de igual manera las conversaciones terapéuticas pero, en este caso, el catalizador es un placebo.

Durante el desarrollo de la investigación se utilizó el Método Clínico, de gran vigencia y utilidad en la práctica profesional del psicólogo clínico, reconociéndose como principio la unidad de lo cuantitativo y cualitativo en la interpretación de los resultados, lo que posibilita ofrecer datos y cualificarlos (Phares, 1997, Rouchlin, 1993 citado en Guerra, 2001).

Consecuentemente con el método utilizado, se asume la aplicación de la metodología cuantitativa con interpretaciones cualitativas. La metodología cuantitativa somete la realidad a controles experimentales de variables, analiza hechos objetivos y establece leyes generales, prefiere el experimento y el test estandarizado y tiene predilección por los modelos estadísticos y análisis matemáticos. Sin embargo, en muchas ocasiones la exposición de un grupo de tablas, repletas de análisis estadísticos, no puede explicar por sí mismo toda la riqueza que encierra el fenómeno estudiado, por lo que hacen necesarias las interpretaciones cualitativas, ya que se aplican técnicas como la entrevista e incluso los test estandarizados que en su análisis necesitan de este tipo de interpretaciones.

2.2- Descripción de la Muestra.

La presente investigación se desarrolló en la Prisión Provincial de Cienfuegos, "Ariza 2"; con internos diagnosticados con Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad. La misma abarcó el período de tiempo comprendido entre los meses de enero y mayo de 2009.

Se realizó una selección probabilística de la muestra, mediante un muestreo aleatorio simple (fueron seleccionados todos los internos portadores de Trastorno de Adaptación crónico con ansiedad y divididos al azar en dos grupos, con posterioridad).

En las muestras probabilísticas la elección de los sujetos depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos. Es de gran utilidad para estudios que requieren no tanto de una "representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en planteamientos del problema", (Hernández, 2003).

En tal sentido para la conformación de la muestra se tomaron en cuenta una serie de criterios de selección con la intención de focalizar la misma de acuerdo a los objetivos propuestos en la presente investigación.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de Trastorno de Adaptación crónico, con subtipo ansiedad.
- Edad comprendida entre 18 y 25 años.
- Ausencia de tratamiento previo con esencias florales: Permite garantizar la homogeneidad de ambos grupos al inicio del tratamiento.
- Aparición de (trastorno adaptativo) los síntomas de ansiedad a partir de la entrada a la prisión.
- Consentimiento informado: Antes de iniciar el estudio se les explicaron a los internos los objetivos de la investigación, solicitando en ambos grupos su consentimiento para participar en la misma.

Criterios de exclusión:

- Presencia 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.
- Escolaridad menor de 6to grado para garantizar una adecuada comprensión de las técnicas que se utilizan, teniendo en cuenta que varios autores han señalado que en personas de baja escolaridad pueden aparecer dificultades en la comprensión de las técnicas (Cano-Vindel, 1995).

La muestra quedó conformada por un total de 21 internos, divididos en dos grupos, con un rango de edad comprendido entre dieciocho y veinticinco años.

El primer grupo (Grupo Estudio) estuvo integrado por 10 internos con diagnóstico de Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad, procedentes del centro penitenciario “Ariza 2”, ubicado en el municipio de Rodas, provincia Cienfuegos; en los que se intervino a través de

la aplicación íntegra del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Bach.

El segundo grupo (Grupo Testigo) quedó conformado por 11 internos diagnosticados también con Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad pertenecientes al mismo centro. El cual fue sometido al sistema de conversaciones terapéuticas, pero en lugar de esencias florales, como catalizador del proceso, se utilizó un placebo.

2.3- 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:

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

Entrevista Psicológica Semiestructurada.

Descripción: La entrevista semiestructurada se considera la más eficiente y utilizada por el psicólogo clínico ; la misma se construye a partir de una guía con una serie de preguntas preestablecidas que constituyen una “guía flexible” que puede ser manejada por el entrevistador de acuerdo a la información valiosa, útil o novedosa que vaya apareciendo, dándole a la persona entrevistada la opción de ser un participante más, un “sujeto activo” en el proceso de búsqueda de la información relevante de su propia vida (Roca, 2002).

Conforme a su propósito profesional, cumple con las funciones de obtener información, influir sobre ciertos aspectos de la conducta o ejercer un efecto terapéutico. Aunque el entrevistado puede solicitar la entrevista como consecuencia de sus propias motivaciones y necesidades, y así introducir su objetivo personal en la interacción. Los objetivos de la entrevista como un sistema diático son generalmente determinados por el entrevistador

(Pope, 1979, citado en Ballesteros, 2002).

Objetivos:

Explorar el cuadro clínico de la patología en estudio.

Indagar acerca de los estresantes que desencadenaron dicho cuadro y los matices emocionales mediante los cuales se expresa el mismo.

Procedimiento: Para el desarrollo de la entrevista a profundidad se realizaron preguntas de contenido y formato. Respecto al contenido se hicieron preguntas biográficas, sensoriales, vivenciales, de sentimientos, de conocimientos y de opinión. Respecto al formato se realizaron preguntas descriptivas de gran recorrido, de mini recorrido y de pequeño recorrido, de experiencia, de ejemplo y preguntas estructurales de verificación.

Materiales: Papel y lápiz.

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 estructurada, este formato incrementa la precisión, facilita la comparación de las respuestas intersujetos y asegura el proceso de toma de decisiones. (Fernández-Ballesteros, 2005)

Esta entrevista 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, 2009).

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 mini recorrido, 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 fue 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 #7. Descripción de las sub. - escalas.

| Tabla #7. Descripción de las sub. - escalas. | | | |
|---|-------|-------|-------------|
| Escala / sub. escala | Ítems | Rango | Descripción |
| | | | |

| | | | |
|--------------------|----|--------|---|
| Cognitiva (C) | 7 | 0 - 28 | <p>Se refieren a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.</p> <p>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.</p> |
| Fisiológica (F) | 10 | 0 - 40 | <p>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.</p> |
| | | | <p>Recoge conductas motoras que son</p> |

| | | | |
|--|----------|---------------|---|
| <p>Motora (M)</p> | <p>7</p> | <p>0 - 28</p> | <p>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.</p> |
| <p>Situaciones de evaluación (F-I)</p> | <p>7</p> | <p>0 - 28</p> | <p>Este factor viene definido por situaciones que implican ser evaluado y situaciones en que el individuo debe tomar decisiones o responsabilidades.</p> |

Objetivo: Evaluar la frecuencia de las respuestas de ansiedad que presentan los internos generalmente desde el punto de vista cognitivo, fisiológico y motor, así como la intensidad con que la misma es experimentada en diversas situaciones.

Procedimiento: Los internos deben evaluar la frecuencia con que en ellos se manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones, marcando 1 de las 5 alternativas de respuestas que se le 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, una muestra con ansiedad clínica y otra muestra de pacientes hipertensos.

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 cómo el paciente considera que se encuentra psíquicamente, qué estado psicológico presenta; si es la desconfianza, el miedo, la ansiedad, etc.

Objetivo:

Evaluar con qué grado o nivel de profundidad los internos 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.

2.4- Procedimientos.

La investigación realizada abarcó un período de tiempo de cuatro meses y estuvo conformada por tres etapas.

En todas las sesiones se trabajó en el horario matutino con una duración de 40 a 45 minutos. Teniéndose en cuenta las consideraciones bioéticas que debe tener toda investigación psicológica, como: son la iluminación, ventilación, privacidad, momento y lugar

adecuado; así como el consentimiento de los internos en la participación de la investigación, realizado por escrito (Ver anexo #1).

Etapas #1: Evaluación pre-experimental.

En esta etapa se realizaron dos sesiones de trabajo. En la primera se les aplicó a los internos el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B) y la entrevista psicológica Semiestructurada. En la segunda se realizó la entrevista Diagnóstica del Sistema Bach y el Autorreporte vivencial en ambos grupos muestrales. Posteriormente cada una de las pruebas fue calificada de acuerdo a los criterios establecidos con anterioridad.

Etapas #2: Implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.

Correspondió a la aplicación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en ambos grupos, el cual se aplicó de manera individual durante un período de tiempo de tres meses con un total de cinco sesiones y una frecuencia de cada quince días, de cuarenta minutos de duración cada una.

Las esencias florales prescritas se prepararon de un stock de Healing Herbs en segunda dilución, preservados en alcohol al 10%.

Sesión 1.

Objetivos:

Brindar información al interno sobre los principales elementos que caracterizan el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach.

Prescribir las esencias florales en dependencia de las particularidades de cada caso.

Definir los objetivos terapéuticos.

En esta sesión se orientó a cada interno de manera individual sobre la base de los conocimientos que poseían con relación al tema. A partir de los resultados obtenidos en las sesiones de la etapa anterior se prescribieron las esencias florales correspondientes a cada caso; además de establecer conjuntamente con los internos los objetivos terapéuticos.

En ambos grupos se les aplica el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, en el grupo estudio de forma íntegra. En el grupo testigo la diferencia radica en que las esencias son sustituidas por un placebo.

Sesión 2.

Objetivo:

Analizar las principales situaciones generadoras de ansiedad en los internos.

En esta sesión se trabajó con los esquemas terapéuticos del sistema Bach, en la detección de las pautas disfuncionales (ideas y pensamientos que conllevan al interno a experimentar ansiedad).

Sesiones 3 y 4.

Objetivo:

Reforzar el cambio a través de la ilustración de las pautas disfuncionales en el transcurso de su historia vital.

A través de la conversación terapéutica buscamos hacer consciente aquellas pautas disfuncionales que hacen que el sujeto experimente ansiedad, haciendo uso de la metáfora: “Eres el capitán de tu propio barco” y del Rol Playing (se le pone al interno una situación ansiógena donde está presente la pauta disfuncional y se le pide repetir la situación eliminando la pauta).

Sesión 5:

Objetivos:

Evaluar los resultados de la terapia.

Realizar el cierre del proceso terapéutico.

En esta sesión se procede a la evaluación del cumplimiento de los objetivos trazados y a la realización del cierre del proceso terapéutico.

Etapas #3: Evaluación post-experimental

Al finalizar la intervención se realizó en ambos grupos muestrales la misma batería de pruebas empleada en la primera etapa con el objetivo de determinar los beneficios que ofrece el Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de la ansiedad en internos con Trastorno Adaptativo crónico.

2.5- Análisis Estadístico.

El procesamiento de los datos se realizó a través de la utilización de programas de estadísticos-matemáticos contenidos en el paquete estadístico SPSS/Windows/Versión 13.0

Las pruebas estadísticas aplicadas son:

- **Mann Whitney Test:** se utiliza para comparar las diferencias existentes entre los grupos (*estudio y testigo*) para las diferentes variables. Solo permite hacer comparaciones por pares de grupos.
- **Rangos con signo de Wilcoxon:** compara los resultados de un grupo contra sí mismo en diferentes etapas de un tratamiento, las comparaciones sólo se pueden realizar por pares de variables.
- **Estadística Descriptiva:** constituyen un grupo de análisis que incluyen diferentes medidas descriptivas de la variable (media, moda).

Se trabajó con un nivel de significación de 0,05 y $n = 21$, para los que se establecen las siguientes hipótesis estadísticas.

H₀: No existen diferencias significativas al comparar los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas antes y después de la implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en la muestra.

H₁: Existen diferencias significativas al comparar los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas antes y después de la implementación del Sistema Diagnóstico- Terapéutico de Edward Bach en la muestra.

Capítulo #3: Presentación y análisis de los resultados.

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

Evaluación de la etapa pre-experimental.

Evaluación de la etapa post-experimental.

Análisis integral de los resultados.

En todos los casos se inicia con el análisis de las técnicas empleadas en cada etapa, caracterizando primero los resultados obtenidos en el *grupo estudio* y luego los del *grupo testigo*, realizando siempre valoraciones comparativas entre ambos grupos, identificando la existencia o no de diferencias estadísticas significativas; según los criterios de Hernández (2003).

P: Nivel de Significación <0,05 denota diferencias significativas.

Finalmente se realiza un análisis integral de los resultados obtenidos en la investigación, en el cual se resaltan los principales hallazgos.

3.1- Evaluación de la etapa de evaluación Pre-experimental.

Entrevista Psicológica Semiestructurada.

Como resultado de la Entrevista Psicológica Semiestructurada realizada a los internos que conformaron ambos grupos muestrales de la presente investigación, se obtuvo un gran cúmulo de información referente a las características generales de la muestra, como son: datos generales, sintomatología más frecuente, tiempo de evolución del trastorno, adherencia terapéutica, así como los matices emocionales experimentados por los internos en relación al trastorno diagnosticado. (Anexo #2)

A través del análisis de la entrevista se constató que el 100% de los internos de ambos grupos presentaron ansiedad como síntoma fundamental de su patología.

En ambos grupos se trabajó con el sexo masculino, la edad estuvo comprendida entre 18 y 25 años y el nivel de escolaridad más significativo, fue noveno grado, representando un 76,1% del total de la muestra.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales solamente se encontraron padecimientos en dos internos, alergia y gastritis, representando un 20% del total de la muestra del grupo estudio. En relación a los antecedentes patológicos familiares, las patologías descritas fueron hipertensión, diabetes y alcoholismo, representando en el grupo testigo, un 45,5%; y en el grupo estudio un 50%.

El Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad engloba toda una sintomatología, donde la preocupación, la inquietud y el nerviosismo constituyen los síntomas cardinales del cuadro clínico que distingue dicho trastorno, en el que se manifiestan desajustes a nivel cognitivo, fisiológico y motor.

Consecuentemente con las peculiaridades que caracterizan el cuadro clínico del Trastorno adaptativo crónico con ansiedad se confirmó que el 100% de la muestra estudiada, tanto en el *grupo estudio* como en el *grupo testigo* mostraron como síntoma capital la ansiedad.

De la misma manera la sintomatología más distintiva estuvo constituida por una serie de síntomas fisiológicos y psicológicos, entre los que se encontraban: alteraciones del sueño (pesadillas, insomnio matutino y vespertino), inquietud, impaciencia, dificultad en la concentración, salto epigástrico, sudoración, fatiga, miedo, movimientos repetitivos, inseguridad, preocupaciones excesivas y cefaleas.

La presencia de estos síntomas figuró en el *grupo estudio* un 90% del total de la muestra. Por su parte en el *grupo testigo* la sintomatología descrita simbolizó un 90,9% del total.

Al realizar un sondeo sobre las principales causas que los internos le atribuían al origen del trastorno se encontró en ambos grupos que las mismas se hallaban relacionadas con la inserción al centro penitenciario, viéndose afectadas la esferas laboral y social, lo que se evidenció con una representatividad de un 90% en el *grupo estudio* y un 81,8% en el *grupo testigo*.

Cuando se analizaron las características del cuadro clínico presente en estos internos, se percibió cómo repercutían de forma significativa sobre las diferentes áreas donde se desempeñaban los sujetos; al existir en ambos grupos una alta tasa de internos que declararon tener afectaciones en la esfera laboral, debido a la sintomatología característica del Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad, con 7 en el *grupo estudio* y 9 casos en el *grupo testigo*. Mientras que en la esfera social existieron 7 en el *grupo estudio* y 5 internos en el *grupo testigo*. Las afectaciones en la esfera familiar no fueron significativas, manifestándose solo un caso en el *grupo estudio*.

Las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales de los internos constituyen factores que influyen en la adherencia terapéutica. A través de los resultados obtenidos se pudo comprobar que no ha habido un tratamiento previo que nos indique el nivel de adherencia que poseen los internos, un 95,2% del total plantea que no ha llegado a ellos una forma de tratamiento que consideren efectivo para la atenuación de dichos síntomas.

Consideramos que esta ausencia de un tratamiento efectivo puede ser favorable para lograr un alto nivel de adherencia en los internos durante la intervención que se llevará a cabo, facilitando la implicación personal de estos por el tratamiento y garantizando en cierto modo el papel activo de los sujetos en el logro de su bienestar físico y emocional.

En relación a la presencia de hábitos tóxicos, podemos decir que en el grupo estudio, 6 internos fuman o beben, para un 60%, mientras que en el grupo testigo 10, para un 90,9% del total.

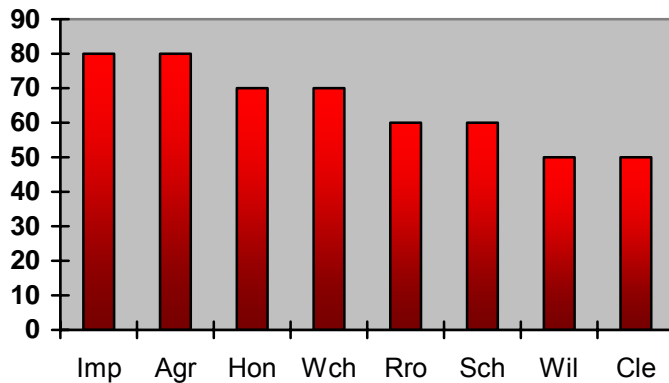
En relación al tiempo de evolución de la enfermedad se observó que en el *grupo estudio* el 40% de los internos presentaban esta sintomatología desde un período de 7 a 11 meses, un 30% lo padecía desde 1 a 1 año y medio y un 30% hace 2 años. Por su parte en el *grupo testigo* el 27, 2% padecía de Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad desde un período de 7 a 11 meses, mientras que el 45, 5% tenía una evolución de 1 a 1 año y medio y el 27, 7% 2 años; evidenciándose que la muestra en sentido general se encontró conformada por internos con un período de 7 meses a 2 años de evolución del trastorno adaptativo crónico con ansiedad.

De forma general, los resultados obtenidos del análisis de la entrevista, ponen en evidencia la homogeneidad existente entre ambos grupos muestrales.

Entrevista diagnóstica del Sistema Bach en ambos grupos.

Durante el análisis de la entrevista para realizar el diagnóstico siguiendo las caracterizaciones de Bach, en el *grupo estudio*, se apreció que los estados emocionales de mayor incidencia en los internos que conformaron este grupo muestral correspondieron a: Impatiens y Agrimony 80%; Honeysuckle; White Chestnut 70%; Rock Rose; Sweet Chestnut 60%; Willow, Clematis 50%.(anexo #3)

Gráfico #1: Descripciones diagnósticas de mayor registro en el grupo estudio.



Como se muestra en el gráfico #1 los estados emocionales en el *grupo estudio* estuvieron caracterizados por la presencia de la ansiedad, angustia, impaciencia, aceleración, tensión mental, rigidez, lo que responde a las características de Impatiens y Agrimony.

Se vivencia añoranza por el pasado, están presentes las preocupaciones excesivas y los pensamientos recurrentes e indeseables, lo cual afecta en gran medida su adaptación al medio. Estas caracterizaciones responden a los estados Honeysuckle y White Chestnut.

Estos sujetos padecen además de angustia, de un estado profundo de desesperación y situaciones fóbicas, lo que responde a las características de Sweet Chestnut y Rock Rose.

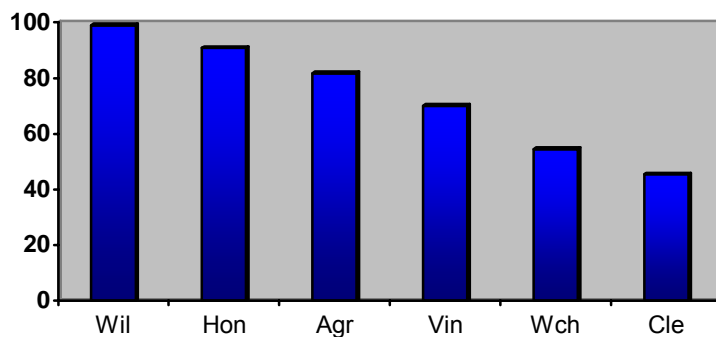
Los internos manifestaron tener dificultades con la atención, apatía, evasión mental, por lo que Clematis ocupó un lugar significativo dentro de la muestra.

Willow es otro de los estados emocionales que ocupó un alto porcentaje dentro de las caracterizaciones de este grupo, destacándose la irritabilidad, la ira, el negativismo, personas que culpabilizan a quienes les rodean.

En el análisis de la entrevista para realizar el diagnóstico siguiendo las caracterizaciones de Bach, en el *grupo testigo*, se apreció que los estados emocionales de mayor incidencia en los pacientes que conformaron este grupo muestral correspondieron a: Willow 99%; Honeysuckle, 90, 9%; Agrimony 81, 8%; Vine 70,1% White Chestnut 54,5% y Clematis 45, 4%.

Según las características de estas descripciones diagnósticas y la sintomatología instaurada en el *grupo testigo*, en los internos se distinguieron un conjunto de estados emocionales displacenteros caracterizados por: la presencia de irritabilidad e ira, viendo la vida desde una perspectiva negativa, siempre culpabilizando a las personas que le rodean, por lo que Willow constituyó la caracterización de mayor porcentaje en este grupo, como se muestra en el gráfico #2. Se observó además la presencia de una excesiva dependencia del pasado, recuerdos que irrumpen, principalmente relacionados con la vida fuera de prisión, lo que se corresponde con el estado Honeysuckle.

Gráfico #2: Descripciones diagnósticas de mayor registro en el grupo testigo.



Hay una tendencia en el grupo a la ansiedad, a la angustia y a evadir los problemas, lo cual conllevó a la existencia de una alta tasa de internos con temperamento Agrimony.

Se mostraron prepotentes, seguros de sí mismo, con elevado ego y gran bloqueo emocional, caracterizándose además, por ser rápidos en la toma de decisiones. Quedando esto expresado con un alto porcentaje de características Vine en la muestra.

Se evidencian excesivas preocupaciones por sí mismo y hacia los demás, pensamientos persistentes e indeseados que interfieren en el desempeño social, así como insomnio y cefalea; por lo que White Chestnut constituyó uno de los estados emocionales de gran incidencia en los internos que conformaron este grupo muestral.

Durante el transcurso de la entrevista, los sujetos manifestaron tener dificultades con la atención, apatía, por lo que Clematis ocupó un lugar significativo dentro de la muestra.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la entrevista realizada en ambos grupos, pudo observarse que los estados emocionales definidos por las caracterizaciones diagnósticas de Bach, convergen con las características que distinguen al cuadro clínico del Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad.

Análisis del Autorreporte vivencial.

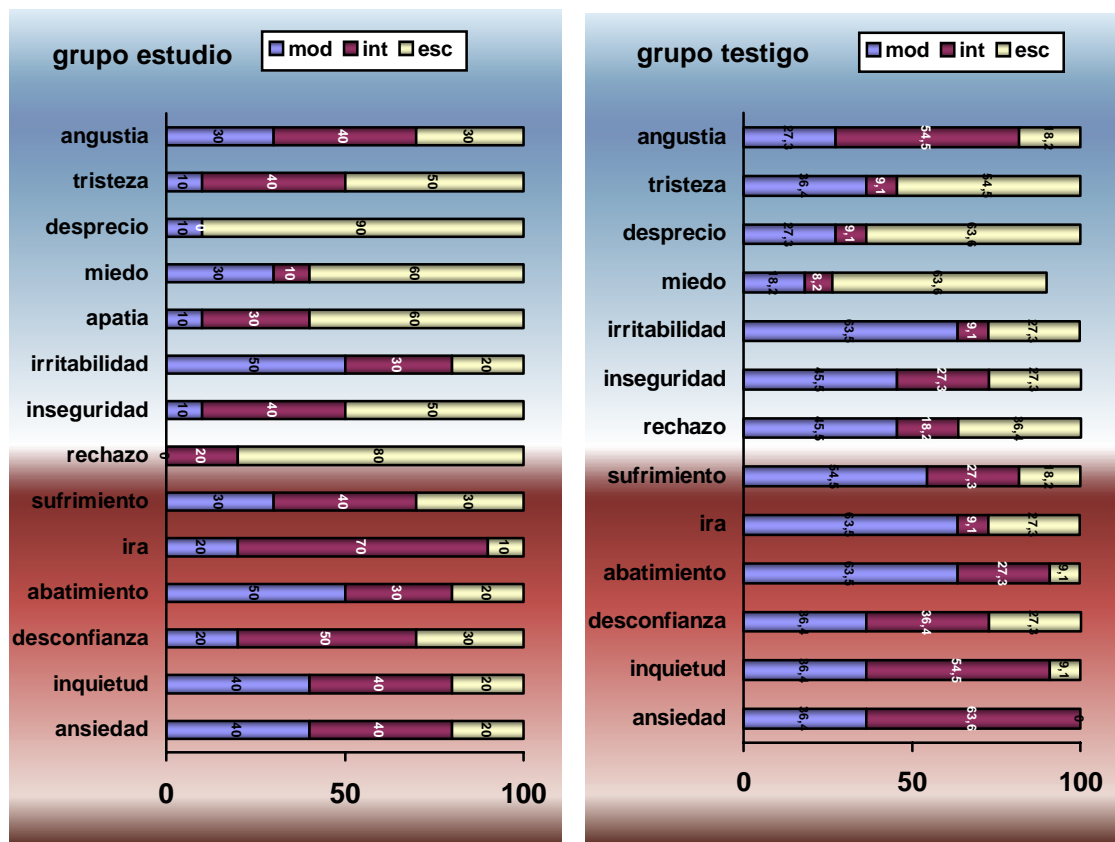
En los resultados del Autorreporte vivencial como se muestra en el gráfico #3, en el *grupo estudio*, las vivencias de mayor intensidad experimentadas las constituyeron la ira (70%), la inquietud (50%), la desconfianza, el sufrimiento, la angustia y la ansiedad (40%).(anexo #4)

Entre las vivencias experimentadas de forma *moderada* por los internos que conformaron el *grupo estudio*, se encontraron la irritabilidad y el abatimiento (50%).

En cuanto a las de menor *intensidad* se encontraron el desprecio (90%), el rechazo (80%), la apatía y el miedo (60%) y la inseguridad y la tristeza (50%).

Dentro de los estados emocionales que predominaron con mayor intensidad en el *grupo testigo*, en relación al trastorno que presentan fueron registrados: la ansiedad (63,6%), la inquietud (54,5%), la desconfianza y la angustia (36,4%).

Gráfico #3: Resultados del Autorreporte vivencial antes de iniciar la intervención.

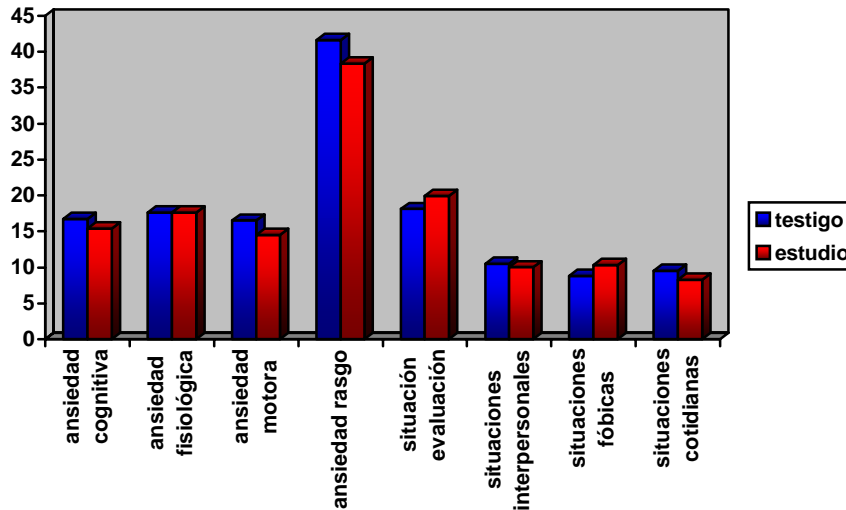


De moderados se calificaron: el abatimiento, la irritabilidad y la ira (63,5%), el sufrimiento (54,5%), el rechazo y la inseguridad (45,5%). Se considera necesario señalar que de las vivencias experimentadas, las de escasa incidencia fueron: el miedo y el desprecio (63,6%); la apatía, la tristeza (54,5%).

Los internos de ambos grupos experimentaron *intensa y moderadamente* casi la totalidad de las vivencias negativas. Datos que demuestran una homogeneidad entre los grupos, aunque no fueron vivenciadas de igual manera en cada grupo.

En el análisis realizado a la prueba Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, se obtuvo que no existan diferencias significativas entre ambos grupos. (Anexo # 5)

Gráfico #4: Comportamiento de las respuestas y situaciones de ansiedad según las sub-escalas del ISRA-B.



3.2 - Evaluación de la etapa de evaluación Post-experimental.

Evaluación de los grupos muestrales antes y después de la intervención.

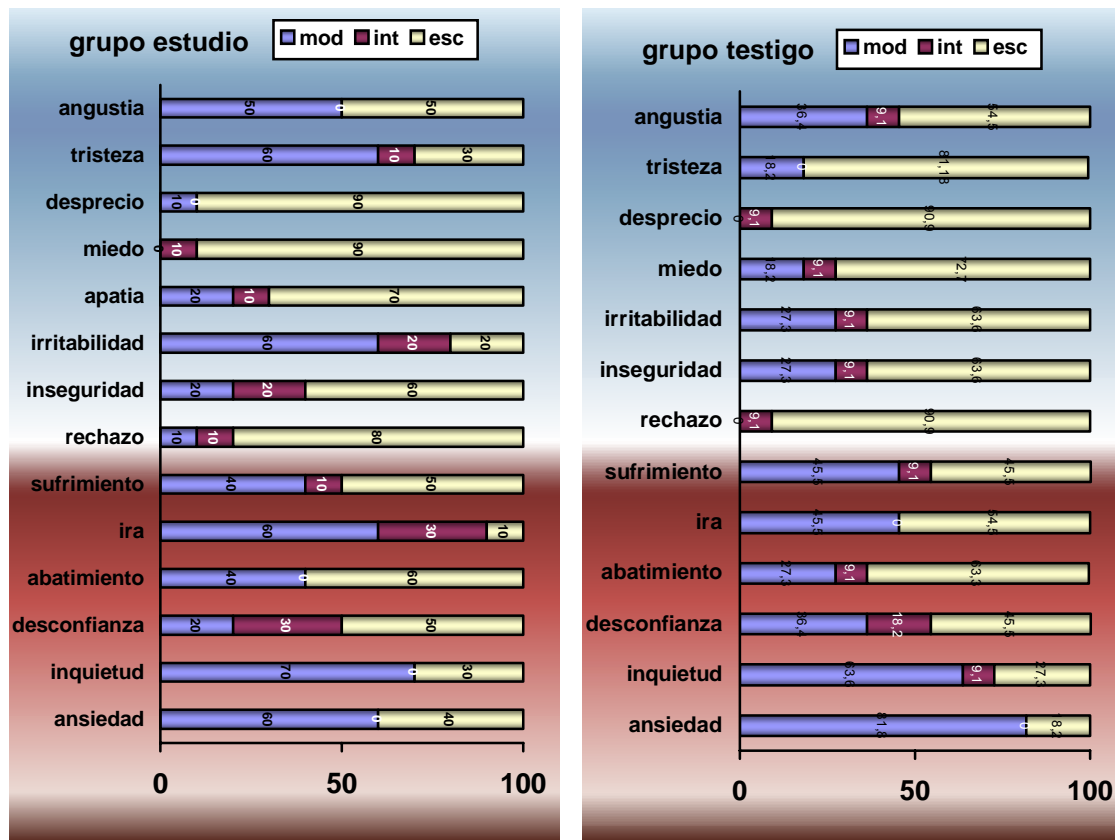
En un primer momento se procede a realizar la comparación entre los grupos al concluir el tratamiento pudiendo observar que, aunque en ambos se logra la reducción de la sintomatología, no se apreciaron diferencias significativas entre ambos grupos.

En el Autorreporte Vivencial, aunque no se apreciaron diferencias desde el punto de vista cuantitativo, es apreciable cómo en cada intervención psicoterapéutica, tanto en las que fueron llevadas a cabo con esencias, como aquella en las que fue utilizado el placebo, se obtuvieron diferentes resultados.

Puede observarse (gráfico #5) que para el grupo estudio se reportaron mejorías en aquellas vivencias emocionales que estaban relacionadas con los núcleos temáticos a los que se circunscriben las esencias que fueron prescritas (angustia, miedo, ansiedad, inquietud y abatimiento); mientras que en el grupo testigo las vivencias en las que reportaron mejorías oscilaban entre distintos estados emocionales (tristeza e ira).

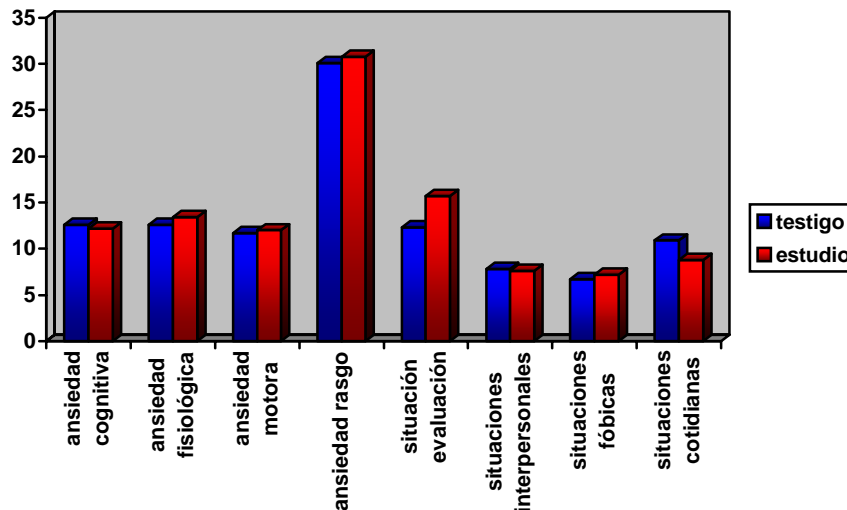
En otro momento, se procede a analizar las diferencias entre los resultados correspondientes al ISRA-B. Aunque los avances son notables para ambos grupos y no se aprecian diferencias significativas en la mayoría de las variables estudiadas, cabe destacar que el *grupo estudio* presenta una mejora de la ansiedad ante las situaciones cotidianas (es la no adaptación a la vida cotidiana en la prisión la que genera el trastorno) por encima del *grupo testigo*. (Gráfico #6)

Gráfico #5: Resultados del Autorreporte vivencial una vez concluida la intervención.



Sin embargo, el hecho de no encontrar diferencias significativas en la comparación de ambos grupos, no puede constituir por sí mismo un indicador de que las esencias florales no jugaran el rol de catalizadoras del proceso psicoterapéutico que se les suele atribuir.

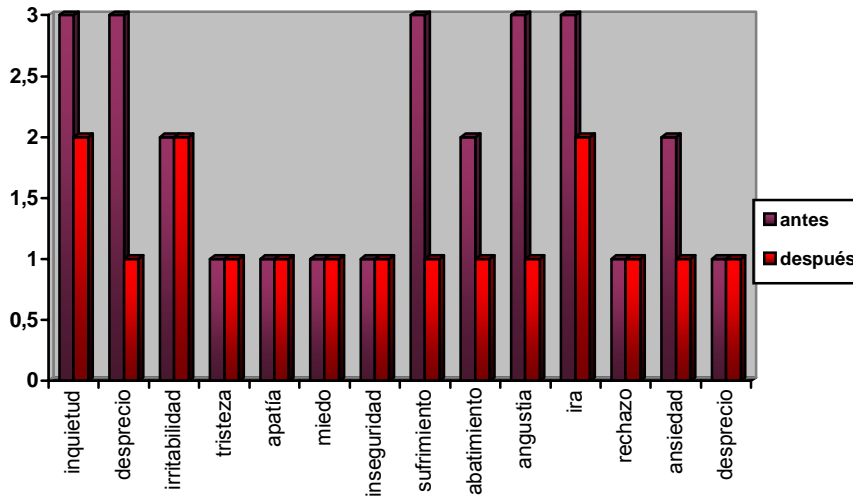
Gráfico #6: Comportamiento de las respuestas y situaciones de ansiedad según las sub-escalas del ISRA-B una vez concluida la intervención.



Al realizar una comparación entre las etapas pre y post experimental, se percibieron notables diferencias de matices en los resultados de ambos grupos muestrales, tal y como se muestran en los gráficos 7 y 8.

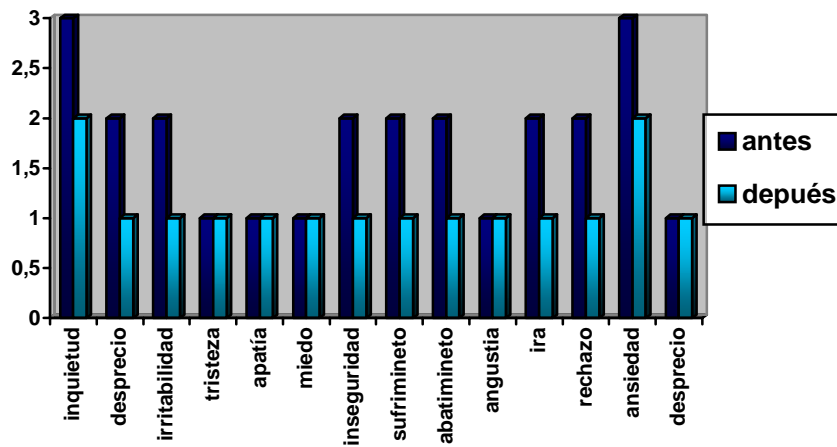
Al concluir el proceso de implementación del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach en el *grupo estudio* se encontraron cambios en la mayor cantidad de estados emocionales. En un inicio la mayoría de los estados emocionales experimentados por los internos fueron vivenciados de forma *intensa* y *moderada* en un 60%, al concluir la intervención las vivencias se reportaron de forma moderada y escasa en un 100%. Demostrándose en el análisis estadístico diferencias muy significativas en vivencias tales como: el abatimiento ($p = 0,008$), la ansiedad ($p = 0,014$), angustia ($p = 0,014$), la inquietud ($p = 0,25$), sufrimiento ($p = 0,25$) y la ira ($p = 0,046$).

Gráfico #7: Medias de los resultados del Autorreporte vivencial en el grupo estudio antes y después de la intervención.



Estos resultados se tornan muy consistentes con el campo de acción de las esencias más utilizadas: Agrimony (para catalizar las expresiones ansiedad y la angustia), Sweet Chestnut (para el estado profundo de desesperación), Elm (ante estados de desbordamiento), Impatiens (para los que sufren de impaciencia, aceleración, tensión y rigidez), y Willow (para la ira contenida e irritación latente).

Gráfico #8: Medias de los resultados del Autorreporte vivencial en el grupo testigo antes y después de la intervención.



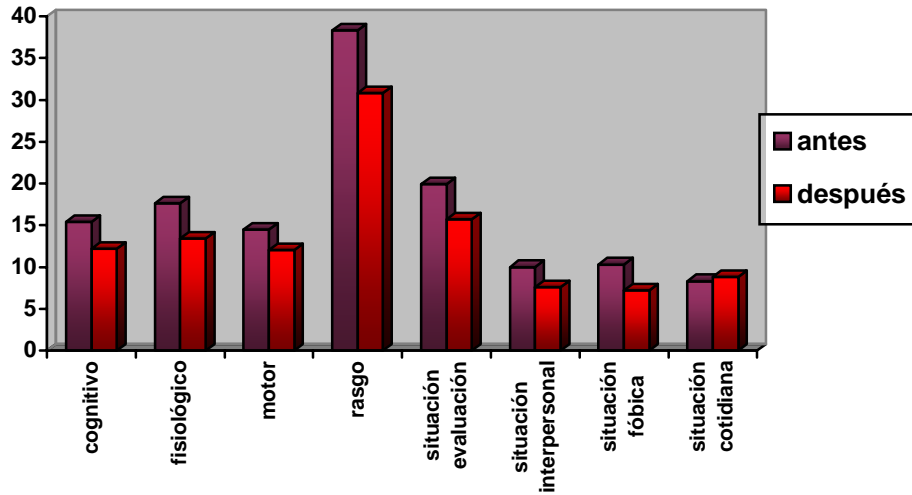
En el *grupo testigo* en un inicio la mayoría de los estados emocionales experimentados por los internos fueron vivenciados de forma *intensa y moderada* (72,7%), mientras que al concluir la intervención las vivencias se reportaron de forma *moderada y escasa* (90,9%). Constatándose en el análisis estadístico diferencias muy significativas en vivencias tales como: la ansiedad ($p = 0,003$), abatimiento ($p = 0,005$), la inquietud ($p = 0,008$) y el rechazo ($p = 0,020$). Estos cambios no se correspondieron con las esencias prescritas, ya que les fue suministrado un placebo; en estos casos la psicoterapia trabajó moviendo libremente distintos resortes emocionales.

En el análisis del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad antes de la implementación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach, se encontraron niveles severos en las expresiones de ansiedad en los *grupos estudio y testigo*. Observándose cambios en ambos. (Gráficos 9 y 10)

En el *grupo estudio* fueron más significativos estos cambios en cuanto a las respuestas de ansiedad cognitiva y a las situaciones fóbicas.

En relación a las sub-escalas evaluadas en el Inventario de Respuestas y Situaciones de Ansiedad, en el *grupo estudio*, antes de implementar el sistema se percibieron niveles severos en la sub-escala dirigida a evaluar la respuesta de ansiedad cognitiva (100%) sin embargo, una vez finalizado el proceso, el 50% de los internos se ubicaron en el nivel moderado, con un nivel de significación de 0,007. En estos resultados puede apreciarse la acción sistemática del White Chestnut, que es la esencia que actúa sobre las preocupaciones que se repiten una y otra vez en la mente (pensamientos rumiativos). De hecho se ha sugerido la existencia de una correlación positiva entre la experimentación de este estado y la ansiedad cognitiva. (Fernández, Díaz y Camejo, 2008).

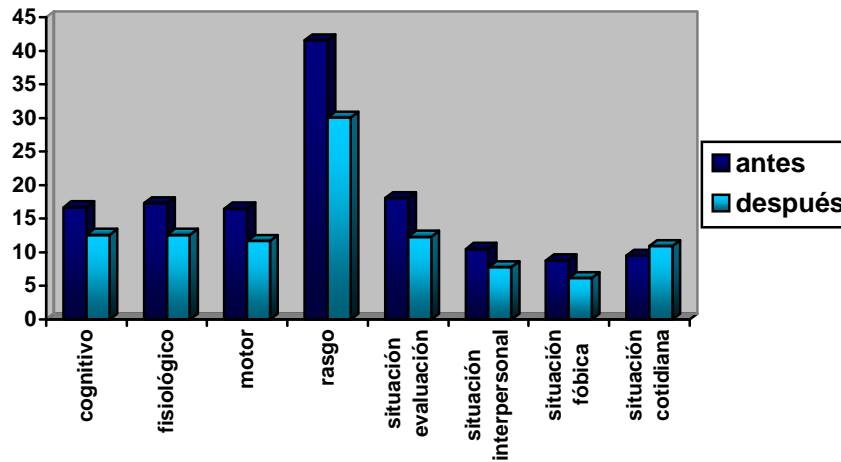
Gráfico #9: Medias de los resultados del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad en el grupo estudio antes y después de la intervención.



Antes de implementar el sistema también se percibieron niveles severos en la sub-escala dirigida a evaluar las situaciones fóbicas (80%), sin embargo una vez finalizado el proceso, el 60% de los internos se ubicaron en el nivel moderado, con un nivel de significación de 0,005. A este aspecto pueden haber contribuido la acción de esencias como Rock Rose, Aspen y Red Chestnut, que influyen sobre respuestas de miedo o pánico ante distintos desencadenantes (Rodríguez y Orozco, 2005; Rodríguez, 2006).

Es necesario señalar que aunque en el resto de las respuestas y situaciones no se evidenciaron cambios significativos, se aprecian algunas mejoras, las cuales son consistentes con el uso de diferentes esencias, como Cherry Plum que trabaja el descontrol, fundamentalmente en el nivel motor. Por otra parte, en la disminución de la respuesta fisiológica pueden haber influido esencias como Impatiens y Mimulus. Se ha referenciado que la ansiedad interpersonal puede ser disminuida mediante la ingestión de Mimulus, patrón que describe a una personalidad similar a la evitadota (Rodríguez y Orozco, 2005).

Gráfico # 10: Medias de los resultados del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA-B) en el grupo testigo antes y después de la intervención.



En el *grupo testigo* se evidenciaron cambios más significativos en la reducción de la ansiedad como rasgo. Este cambio es significativo, puesto que en el grupo estudio las esencias utilizadas tendían a incidir sobre los aspectos situacionales. En el grupo testigo, sin embargo, puede sugerirse que la acción de la psicoterapia pudo abarcar algunos resortes personalógicos que facilitaban la expresión de la ansiedad.

De manera general se reportaron en un inicio elevados niveles de ansiedad severa y extrema en las respuestas y situaciones de ansiedad, mientras que una vez culminada la intervención se apreciaron cambios, que aunque no fueron muy significativos, lo consideramos un logro debido a las características y al medio en que se desenvuelve la muestra.

Al realizar una valoración de los resultados obtenidos en las comparaciones entre ambos grupos muestrales antes y después de la implementación del sistema, se constató cómo en el *grupo estudio* hubo diferencias muy significativas en la generalidad de las variables evaluadas en las diferentes técnicas.

Del mismo modo existió una disminución en la sintomatología que caracteriza el trastorno, destacándose: la inquietud, nerviosismo, preocupaciones excesivas, ira, inseguridad, miedo, así como los pensamientos rumiativos, dificultades en la concentración, insomnio,

pesadillas frecuentes, sudoraciones, salto epigástrico y cefaleas. Estos cambios se relacionan con las esencias prescritas durante la intervención.

En el *grupo testigo* se registraron cambios significativos en algunas de las variables evaluadas en las diferentes técnicas, influyendo en la atenuación de la sintomatología característica del trastorno, como fueron: el nerviosismo, preocupaciones excesivas, inquietud, desconfianza, llanto frecuente, movimientos repetitivos con alguna parte del cuerpo e intranquilidad motora durante el sueño.

3.3-Análisis integral de los resultados.

En el transcurso de la presente investigación se trabajó con dos grupos muestrales (grupo estudio y grupo testigo), los mismos estuvieron conformados por internos del sexo masculino cuyas edades oscilan entre 18 y 25 años, con un diagnóstico previo de Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad.

El *grupo estudio* con una totalidad de 10 internos, en los que se intervino a través de la aplicación íntegra del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach. El *grupo testigo* conformado por 11 internos, en el cual, en lugar de esencias florales como catalizador del proceso, se utilizó un placebo.

En consecuencia con las particularidades que caracterizan el cuadro clínico del Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad se corroboró como síntomas principales de este trastorno las preocupaciones, el nerviosismo y la inquietud.

De igual forma figuraron entre los síntomas más distintivos: alteraciones del sueño (pesadillas, insomnio matutino y vespertino), nerviosismo, inquietud, impaciencia, dificultad en la concentración, salto epigástrico, sudoración, fatiga, miedo, movimientos repetitivos, inseguridad, preocupaciones excesivas y cefaleas, elementos que coinciden con las características descritas en la bibliografía consultada en relación a esta entidad psicopatológica.

A partir del análisis minucioso de todas las técnicas psicológicas empleadas se pudo constatar que en la etapa pre-experimental existió cierta similitud en cuanto a las vivencias negativas de mayor incidencia experimentadas por los internos que conformaron ambos grupos muestrales; figurando entre ellas: la ansiedad, inseguridad, inquietud, desconfianza, ira, abatimiento, sufrimiento, angustia e irritabilidad, constituyendo las de menor intensidad el desprecio, el miedo, la apatía y el rechazo. Percibiéndose además altos niveles de ansiedad severa y extrema con una generalidad en las esferas cognitiva, motora y fisiológica, que conlleva a la presencia de elevados índices de ansiedad rasgo; asimismo los comportamientos ansiosos ante situaciones de evaluación, fóbicas e interpersonales prevalecieron entre los niveles más altos de ansiedad (severa y extrema). No aportando en las comparaciones de los datos diferencias estadísticas significativas en esta primera etapa.

En relación a las esencias florales que se emplearon con mayor frecuencia en el tratamiento del Trastorno Adaptativo crónico con ansiedad resultaron ser: Willow, Honeysuckle, Agrimony, White Chestnut, Clematis, Impatiens, Rock Rose y Sweet Chestnut.

Al realizar una valoración de las comparaciones entre ambos grupos muestrales una vez concluido el proceso interventivo, pudo señalarse que en el *grupo estudio* se notaron diferencias muy significativas en la generalidad de las variables evaluadas en las diferentes técnicas.

Se distingue en el Autorreporte vivencial una disminución en cuanto a la intensidad y número de las vivencias manifestadas por los internos que conformaron este grupo. En un inicio la mayoría de los estados emocionales experimentados por los internos fueron vivenciados de forma *intensa* y *moderada*, mientras que al concluir la intervención las vivencias se reportaron de forma *moderada* y *escasa*. Se muestra en el análisis estadístico diferencias muy significativas en vivencias tales como: el abatimiento, ansiedad, angustia, inquietud, sufrimiento e ira. Estos cambios se encuentran relacionados con el campo de acción de las esencias más utilizadas: Agrimony, Sweet Chestnut, Elm, Impatiens y Willow.

De la misma manera en las sub-escalas de respuestas fisiológicas, cognitivas, motora y las situaciones de evaluación, fóbicas, cotidianas e interpersonales evaluadas en el ISRA-B, se presenciaron diferencias, siendo muy significativas, en las respuestas de ansiedad cognitiva y situaciones fóbicas, evidenciando una evolución de los internos en los que se implementó el sistema.

En estos casos la mejoría puede ser asociada a la acción sistemática del White Chestnut, Aspen, Red Chestnut, Cherry Plum, Impatiens y Mimulus, como catalizador del proceso psicoterapéutico.

De manera general se reportaron en un inicio elevados niveles de ansiedad severa y extrema en las respuestas y situaciones de ansiedad, mientras que una vez culminada la intervención se apreciaron cambios, que aunque no fueron muy significativos, lo consideramos un logro debido a las características y al medio en que se desenvuelve la muestra.

En el *grupo testigo* en un inicio la mayoría de los estados emocionales experimentados por los internos fueron vivenciados de forma *intensa y moderada*, mientras que al concluir la intervención las vivencias se reportaron de forma *moderada y escasa*. Se constató en el análisis estadístico diferencias muy significativas en vivencias tales como: la ansiedad, abatimiento, la inquietud y el rechazo. En el ISRA-B se evidenciaron cambios más significativos en la respuesta de ansiedad motora.

De forma general, luego de haber concluido la intervención, existió una disminución en la sintomatología que caracteriza el trastorno, destacándose: la inquietud, nerviosismo, movimientos repetitivos, preocupaciones excesivas, sufrimiento, ira, inseguridad, miedo, así como los pensamientos rumiativos, dificultades en la concentración, insomnio, pesadillas frecuentes, sudoraciones, salto epigástrico y cefaleas.

Los elementos expuestos con anterioridad avalan los beneficios que ofreció el empleo del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach en el tratamiento de la ansiedad en internos con Trastorno Adaptativo crónico.

Conclusiones

- Las principales manifestaciones de ansiedad de la muestra estudiada son: las preocupaciones, el nerviosismo y la inquietud, las alteraciones del sueño (pesadillas, insomnio matutino y vespertino), nerviosismo, inquietud, impaciencia, dificultad en la concentración, salto epigástrico, sudoración, fatiga, miedo, movimientos repetitivos, inseguridad, preocupaciones excesivas y cefaleas
- Las esencias que se utilizaron con mayor frecuencia en el tratamiento de la ansiedad en la muestra estudiada fueron: Agrimony, Sweet Chestnut, Impatiens, Honeysuckle, Willow, White Chestnut, Red Chestnut, Cherry Plum y Mimulus.
- Ambos grupos respondieron de manera favorable a la intervención; en el grupo estudio los cambios obtenidos mediante el proceso psicoterapéutico se circunscribieron al área de acción de los remedios prescritos, mientras que en el grupo testigo la psicoterapia no alcanzó el mismo nivel de especificidad al trabajar sobre los resortes emocionales de los sujetos.
- La aplicación del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach es beneficiosa en el tratamiento de la ansiedad en internos con Trastorno Adaptativo crónico.

Recomendaciones

1. Continuar con esta línea investigativa encaminada hacia la creación de intervenciones de este tipo, que permitan favorecer la integración del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach, con las modalidades tradicionales de tratamiento.
2. Poner a disposición del personal de salud los resultados obtenidos en la investigación.
3. Extender en los centros penitenciarios el uso del Sistema Diagnóstico Terapéutico de Edward Bach para el tratamiento de diferentes alteraciones psicopatológicas.
4. Realizar estudios con stock de prescripción, diluidos en un conservante de mayor durabilidad.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez, G. (1999). Cuadro interno de la enfermedad en pacientes con leucosis aguda. *Tesis en opción al grado de Master en Psicología Médica. Santa Clara, UCLV.*
2. Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales. 4ta Edic. Texto revisado (DSM-IV TR): American Psychiatric Press.
3. Autores, C. D. (2001). *Tercer glosario cubano de Psiquiatría.* Hospital Psiquiátrico de la Habana.
4. Bach, E. (2006). *Bach por Bach. Obras completas.* Ediciones continente.
5. Bach, E. (1994). *Obras completas del doctor Bach.* Barcelona: Ibis.
6. Ballesteros, R. (2002). *Evaluación Psicológica.* Madrid: Pirámide.
7. Barnad, J. (2002). *Bach flowers remedies form and functions.* Lindisfarne: Books.
8. Barragan, A., Parra L., Contreras, F y Pulido, F. (2003). La ansiedad como emoción. *Anales de la Psicología*, 20,100-119.
9. Benítez, Y., Moreno, R. (1999). Terapia floral en pacientes con grados de ansiedad moderado y grave. *Sedibac*, 35, 23-40.
10. CIE-10. (1992). *Trastornos mentales del comportamiento.* OMS: Meditor.
11. Dewey, J. (1896). The reflex and concept in Psychology. *Psychological Review*, 357-370.

12. Domínguez, L. (2003). *Selección de lecturas. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Félix Varela.*
13. Duchenne de Bologne, G.B. (1990). *The mechanism of human facial expressions.* New York: Cambridge University Press.
14. Fernández, C., Díaz, B y Camejo, Z. (2008). *Caracterización emocional de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el esquema diagnóstico de Edward Bach.* Trabajo de Curso. Santa Clara. UCLV.
15. Ferrer, M., Sarrado, J., Carbonell, X., Virgili, C., Cebria, J. (2008). Nivel de ansiedad de jóvenes infractores internados en un centro educativo de régimen cerrado. *Anales de Psicología.* 2, 271-276.
16. Gil, J. (2000). *Manual de Psicología de la Salud. Vol.II. Comportamiento y salud/enfermedad.* Granada: Némesis.
17. Goodman y Gilman, A. (1996). *Las bases farmacológicas de la terapéutica.* Vol. I. Mc Graw: Hill Interamericana. Editores S.A de C.V.
18. Goleman, D. (2004). *Inteligencia Emocional.* Barcelona: Editorial Kairós.
19. Gómez – Feria, I. (2003). Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en una muestra de pacientes psicogeriatricos. *Revista de Psiquiatría, Psicología médica y psicosomática,* 5, 42-46.
20. González, F. (1988). La Psicología: Reflexiones sobre su lugar en el campo de la salud. *Revista Cubana de Psicología,* 3, 55-61.
21. González, M., Ayés, A. (1999). Ansiedad: Un abordaje desde la terapia floral. *SEDIBAC,* 30,10-23.
22. González, R. (1998). *Clínica psiquiátrica básica actual.* La Habana: Félix Varela.
23. Goleman, Daniel, 1996, *Inteligencia Emocional,* Kairós, Barcelona

24. Grau, J. (1982). *Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica*. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Psicológicas. Moscú, Universidad de Moscú.
25. Guerra, V. M. (2001). *Particularidades psicológicas de la ansiedad clínica en escolares de 8 a 10 años*. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Psicológicas. Santa Clara, UCLV.
26. Hales, R., Yudofsky, S., Talbott, J. (2000). *Tratado de psiquiatría*. Tomo I. Masson.
27. Hernández, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. Tomo I. La Habana: Félix Varela.
28. Hernández, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. Tomo II. La Habana: Félix Varela.
29. Lazarus, R. y Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
30. Lazarus, R. (1991). *Emotions and adaptations*. New York: Oxford University Press.
31. Lazarus, R. (2000). *Stress and emotion, a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
32. Leventhal, H. (2000). *Emotions: Structure and adaptative functions*. San Diego: Academic Press.
33. Miguel-Tobal, J. y Casado, M. (1999). *Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención*. Barcelona: Ariel.
34. Miguel-Tobal, J. (1985). *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (ISRA)*. Tesis Doctoral. Madrid.

35. Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial*. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Psicológicas. Santa Clara, UCLV.
36. Molerio, O. Nieves, Z. Otero, I. y Casas, G. (2004). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B)*. Adaptación cubana. Informe de Investigación Científica. UCLV.
37. Orozco, R. (2003). *Flores de Bach. Manual de aplicaciones locales*. España: Índigo-Barcelona.
38. Orozco, R. (1996). *Flores de Bach. Manual para terapeutas avanzados*. España: Índigo-Barcelona.
39. Pastorino, M. L. (1989). *La medicina floral de Edward Bach*. Barcelona: Urano.
40. Pedroza, E., Alba, L, Rodríguez, D (2000). Terapia floral en las alteraciones anímicas que explican la respuesta de ansiedad. *SEDIBAC*, 25, 30-41.
41. Phares, E. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: El Manual Moderno.
42. Portero, D. (1996). *Las contradicciones internas de la personalidad en la determinación de los estados patológicos y no patológicos de la ansiedad*. Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Psicológicas. Santa Clara. UCLV.
43. Rivas, S. (2007). *Caracterización emocional de adolescentes de 16 y 17 años con hipertensión arterial sistemática utilizando las clasificaciones florales de Bach*. Tesis en opción al grado de Master en Psicología Médica. Santa Clara UCLV.
44. Rivas, S., Molerio, O. (2008). Caracterización emocional de adolescentes de 16 y 17 años con hipertensión arterial sistemática utilizando las clasificaciones florales de Bach. *SEDIBAC*, 48, 11-23.

45. Roca, M. A. (2002). *Psicología clínica. Una visión general*. La Habana: Félix Varela.
46. Rodríguez, B. (2009). Conferencias del Diplomado en Terapia Floral. UCLV.
47. Rodríguez, B., González, L (2003). Terapia floral y ansiedad. *SEDIBAC*, 32,15-29.
48. Rodríguez, B., Orozco, R (2005). *Inteligencia emocional y flores de Bach. Tipos de personalidad en psicología contemporánea*. España: Indigo-Barcelona.
49. Rodríguez, B. (2009). *El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: Apuntes para una sistematización necesaria*. Hereford, Twelve Healers Trust.
50. Valverde, J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*. Popular editorial.
51. Weeks, N. (2007). *Los descubrimientos del doctor Edward Bach. Las flores y su poder curativo*. Indigo- Barcelona.
52. Zaldivar, D. (2001). *La intervención psicológica*. México: IMCED.
53. Zaldivar, D., Vega, R. Roca, M. A. (2004). *Psicoterapia General*. La Habana: Félix Varela.

ANEXO 1**Acta de Consentimiento Informado.**

Nombre del Interno: _____.

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 Interno: _____. Firma del Psicólogo: _____.

ANEXO 2

Entrevista Semiestructurada.

Objetivo:

- Explorar el cuadro clínico de la patología en estudio.
- Indagar acerca de los estresantes que desencadenaron dicho cuadro y los matices emocionales mediante los cuales se expresa el mismo.

Indicadores de Análisis.

- Datos generales.
- Antecedentes patológicos personales (APP).
- Antecedentes patológicos familiares (APF).
- Sintomatología más frecuente (punto de vista cognitivo, fisiológico y motor).
- Causas directas e indirectas contribuyentes a la formación del cuadro clínico.
- Tiempo de evolución del trastorno.
- Áreas más afectadas a causa del trastorno.
- Tratamiento farmacológico prescrito.
- Adherencia terapéutica.
- Hábitos tóxicos.

ANEXO 3

Entrevista Diagnóstica del Sistema Bach.

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.

Indicadores de Análisis.

- Manifestaciones de miedo en los pacientes y sus diversas formas de expresión.
- Reacciones de ira e irritabilidad en los pacientes y sus diversas formas de expresión.
- Reacciones de inquietud, ansiedad y angustia en los pacientes y sus diversas formas de manifestación.
- Reacciones de tristeza, desaliento y desesperación en los pacientes y sus diversas formas de manifestación.
- Reacciones de inseguridad en los pacientes y sus diversas formas de manifestación.
- Formas en que los pacientes manejan la soledad.
- Estrategias para hacer valer su punto de vista.
- Reacciones ante influencias y opiniones ajenas.
- Formas en que las emociones influyen en la capacidad de concentración de los pacientes.
- Situaciones que producen culpa y sus diversas formas de expresión.
- Cuestiones que preocupan a los pacientes y su reacción ante ellas.

ANEXO 4

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.

Autorreporte Vivencial

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

ANEXO 5

ISRA-B

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

| | | | | |
|---------------|----------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|
| 0: CASI NUNCA | 1: POCAS VECES | 2: UNAS VECES 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: | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 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: | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 está en tensión. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Tengo palpitaciones, el corazón me late muy aprisa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Me falta el aire y mi respiración es muy agitada. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Siento náuseas o mareo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Tengo escalofríos y comienzo a titiritar aunque no haga mucho frío | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| M: | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 |

