

Tratamiento Complementario del Trastorno de Asperger con Esencias Florales de Bach  
(BFR). Un estudio de caso.

*Complementary therapy on Asperger's Syndrome with Bach Flowers Remedies. A case study.*

Paula Isabel Martínez-Chaigneau <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La autora es psicóloga clínica acreditada por la Sociedad de Psicología Clínica de Chile, Esp. en Psicología del Desarrollo, Terapeuta Familiar, Master en Psicoterapia Humanista y Terapeuta Floral. Preside la Corporación ARTEMISA para la Investigación en Medicinas Complementarias, Santiago de Chile. Comunicaciones a: paulaisamar@hotmail.cl

## Resumen

Se expone un estudio de caso. Un adolescente con Trastorno de Asperger fue tratado con Bach Flowers Remedies (BFR) en forma complementaria al esquema psiquiátrico convencional. Se aplicó una fórmula floral ajustada durante cuatro meses, recogiendo el autoinforme del paciente y el informe de la madre, así como el test de la Figura Humana. El tratamiento permitió una evolución positiva del repertorio de intereses y de las habilidades escolares del paciente. Se destaca la experiencia subjetiva de alegría, asociada a la esencia floral de *Water Violet*, que le permitió aventurarse hacia los cambios conductuales observados. Se concluye que la intervención fue eficaz en el tratamiento complementario de alteraciones en el ámbito afectivo y cognitivo, especialmente gracias al fortalecimiento del Yo.

Palabras clave: Asperger, BFR (Terapia Floral), CAM (Medicinas Complementarias y Alternativas)

## Abstract

*A case study is exposed, in which a patient diagnosed with Asperger's syndrome was treated with Bach Flowers Remedies (BFR) in a complementary way to conventional psychiatric scheme. A monthly adjusted BFR formula was provided for four months, considering the report of the patient and his mother, as well as the human body test. The treatment allowed a positive evolution the range of interest and the academic skills. A personal experience of joy is highlighted, associated to the floral essence Water Violet, which allowed him to adventure into the previously seen conduct paths. It's concluded that the intervention was efficient on the complementary treatment of change in affective and cognitive fields, especially because to strengthen the ego.*

*Key words: Asperger, BFR (Bach Flowers Remedies), CAM (Complementary and Alternative Medicines)*

## Tratamiento Complementario del Trastorno de Asperger con Bach Flowers Remedies. Un estudio de caso

La primera pregunta que surgió de la petición de ayuda en el caso de N fue *¿podrían ayudarlo las flores de Bach?* El diagnóstico de su psiquiatra indicaba Trastorno de Asperger, una manifestación menor dentro del espectro autista, pero que es considerada como una lesión muy primaria en el desarrollo. Según el modelo evolutivo de Wilber (1994), las lesiones en este escaño pre-egóico o pre-personal del ciclo evolutivo determinan una fragilidad estructural de la personalidad en la cual se ha dicho que los BFR tienen escasa acción (Veilati, 2000), debido en parte a la interferencia de la medicación y respecto a los cuales, por añadidura, "...no hay suficiente investigación floral" (Veilati, 2000, p.364), siendo las esencias florales del Sistema Bach más adecuadas para trastornos del tercer nivel del ciclo evolutivo (neurosis) en adelante.

En segundo lugar, el chico se encontraba ya atendido por su psiquiatra bajo tratamiento farmacológico y acompañamiento psicológico con otro profesional, que en este caso apoyaba la labor del médico, entonces ¿Qué esperaba su familia de la intervención solicitada? ¿Qué importante expectativa no había sido cubierta por el manejo convencional del trastorno?

Finalmente, la decisión de aceptar el caso tuvo que ver con dos consideraciones:

a) Desde el punto de vista metodológico, la búsqueda de evidencias válidas respecto a la acción de los BFR con los que trabajamos, que de revelarse útiles para Nico

estarían demostrando una acción positiva, más allá del efecto placebo. Dadas determinadas características del TA, el auto-informe del paciente adquiere un valor especial, el de ser casi inmune al placebo: esta persona sólo elabora datos racionales del entorno, su expectativa respecto a este tratamiento es prácticamente nula y asiste sólo a instancias de su madre; lo que se esperaba de nuestra intervención se limitaba a la administración de BFR, lo cual se presentaba como un escenario ideal para aislar lo específico de esta terapia.

b) Según una consideración clínica, si la madre de N, después de haber sentido el efecto benéfico de las esencias florales en ella misma, pensaba que también ayudarían a su hijo, entonces yo estaba dispuesta a tomar el riesgo con ella. Si éstas podían hacer algo más de lo que ya se había hecho por N, esto sería un dato muy positivo para él y su familia.

Es decir, se esperaba que los BFR actuasen en un ámbito distinto y complementario tanto respecto de la intervención terapéutica convencional ¿cuál sería este ámbito de acción? De encontrar una respuesta a esta interrogante, estaríamos encontrando también un ámbito específico de la acción de los BFR, distinto de ambas intervenciones previas.

### **Método**

Para la organización del estudio de este caso, hemos seguido las líneas expuesta en León y Montero (2003). En la exposición, hemos adaptado la pauta sugerida por Buela Casal y Sierra (2002) de la Universidad de Granada. Así, las preguntas de investigación en este caso serán una reformulación de las planteadas en el inicio de su tratamiento:

1. ¿qué necesidad no satisfecha con dicho tratamiento convencional percibe la familia y espera cubrir con BFR?
2. ¿pueden los BFR aportar un complemento en el tratamiento convencional (farmacológico y psicoterapéutico) de un paciente adolescente con Trastorno de Asperger?
3. ¿habría una esfera de acción específica en este tratamiento complementario con BFR?  
Y en caso de haberla ¿cuál sería?

### **Instrumentos**

Las fuentes de información fueron los informes de la madre y los propios auto-informes del paciente en entrevistas. Cabe señalar que los efectos de cada esencia floral no fueron anunciados a ninguno de ellos, por lo que tomaremos sus reportes verbales directos como la medida de eficacia en tanto coincidan con lo esperado según la literatura sobre BFR.

Por otra parte, las pruebas proyectivas administradas constituyen un material adicional, que completa la información de los reportes verbales.

### **Caracterización del paciente**

Al momento de iniciar el tratamiento, N tenía 16 años, se encontraba cursando 3er año de Educación Media en una escuela de integración. Había sido diagnosticado con Trastorno de Asperger cuatro años antes, a la edad de 12 años, por su psiquiatra, después de un diagnóstico previo de Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. Sus padres

estaban separados desde que él tenía 9 años; vivía con su madre y la actual pareja de ésta. Tenía un contacto esporádico pero cálido con su padre; muy cercano y dependiente de su madre; se llevaba amistosamente con su padrastro, a quien admiraba por su capacidad intelectual. Su desarrollo cognitivo, físico y sexual estaba acorde a la edad cronológica.

Según el DSM-IV, el Trastorno de Asperger se clasifica dentro de los Trastornos de Inicio en la Infancia, dentro del apartado de Trastornos Generalizados del Desarrollo. El Manual lo describe así (pp. 79-80):

*Las características esenciales del trastorno de Asperger son una alteración grave y persistente de la interacción social (Criterio A) y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivos y repetitivos (Criterio B) (v. pág. 71 en «Trastorno autista» para un análisis de los Criterios A y B). El trastorno puede dar lugar a un deterioro clínicamente significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). En contraste con el trastorno autista, no existen retrasos del lenguaje clínicamente significativos (p. ej., se utilizan palabras simples a los 2 años de edad y frases comunicativas a los 3 años de edad) (Criterio D). Además, no se observan retrasos clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del sujeto, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia (Criterio E).*

*No se establece el diagnóstico si se cumplen criterios de cualquier otro trastorno generalizado del desarrollo específico o de esquizofrenia (Criterio F).*

N presentaba las características esenciales del TA, además de la torpeza motora que suele estar asociada a éste. También presentaba una característica restricción de sus experiencias e intereses dentro de una zona segura, determinada por los ámbitos de la escuela y la familia, sin exploraciones fuera de éstas, como es característico durante la adolescencia. Se interesaba intensamente por el fútbol en la TV (no lo practicaba) y por la política, con ideas conservadoras, que contradicen las de su padrastro.

6

### **Motivo de consulta**

Consulta inicialmente por dificultades en la socialización y el consecuente aislamiento de sus compañeros, con frecuentes desencuentros y malentendidos en su relación con ellos ya que, al intentar comunicar a otros sus impresiones, resultaba inadecuado, hiriente o incluso agresivo, sin tener la intención de dañar o agredir, lo cual hacía que los demás se alejaran, aumentando su sentimiento de soledad, inadecuación y frustración por “*ser diferente*”. Decía que le gustaría “*no tener esto*”, refiriéndose al Asperger, porque entonces “*sería como los demás y no estaría tan solo*”.

Por otra parte, reducía cada vez más su ámbito de relaciones ya que evitaba sumarse a las actividades de los demás chicos, como salir en bicicleta o visitar a algún compañero, por miedo a perderse o a tener un accidente. No realizaba ni intentaba ninguna actividad deportiva. Necesitaba recibir las instrucciones precisas de un adulto (su madre, casi siempre) para orientarse en sus decisiones; no tomaba iniciativas y su autonomía era muy limitada respecto a su edad cronológica. Durante la entrevista, mira constantemente a su madre y sólo

responde cuando ella lo estimula; sin embargo, cuando habla lo hace en forma asertiva y con mucha propiedad, mirando fijamente a los ojos.

### **Historia clínica**

No habría presentado otros problemas relevantes de salud durante su desarrollo. Al momento de iniciar con BFR, está recibiendo medicación por indicación psiquiátrica, con fármaco anti-psicótico como inductor del sueño y manejo de ansiedad. Si bien se encontraba estable, seguía sufriendo de ansiedad, atención dispersa, trastornos del sueño, irritabilidad, escasa motivación para tareas escolares, retraimiento social y rigidez física y mental.

7

### **Objetivos terapéuticos**

Distinguiremos las metas u objetivos terapéuticos de los patrones que son objeto de la intervención por considerarse como generadores directos del malestar.

Metas de la intervención.- El tratamiento se inicia con el objetivo general de ayudarlo a mejorar su adaptación social, dentro de las limitaciones impuestas por el TA. Nico parecía rebelarse contra su condición, que lo señalaba como un chico “diferente” con limitaciones en lo social y un pobre concepto de sí mismo en relación a sus pares. Este cuadro general conduce a dos grandes metas que fueron definidas como el desarrollo de habilidades sociales y el fortalecimiento de su auto-estima.



Patrones objeto de la intervención (POI).- En el abordaje de la primera meta trabajamos en la comunicación verbal con pares, la cual carecía de la calibración afectiva necesaria para ser asertiva. En lugar de un “entrenamiento” en la habilidad comunicativa, el enfoque terapéutico con BFR se dirigió hacia una mayor concordancia ideo-afectiva al hablar (POI-1), tratada con la esencia de CLEMATIS, que aporta conexión en todos los niveles de la experiencia.

La segunda meta -en segundo lugar por ser de mayor profundidad, requiriendo para su abordaje mayor atención, tiempo y esfuerzo- tendría arraigo en dos patrones-objeto tan relacionados entre sí que muchas veces no será posible identificar por separado: auto-imagen corporal (POI-2) y auto-concepto (POI-3). Cabe recordar que estos dos patrones son especialmente sensibles durante la adolescencia, están sujetos a los cambios propios de la maduración y, además, serán de suma relevancia psicológica en todo el resto de su desarrollo vital. La seguridad en sí mismo en esta etapa se basa en gran medida en la identificación del yo con el cuerpo; N necesitaba sentirse fuerte y hábil como sus pares, pero tenía miedo a perderse al salir de su rutina o hacerse daño al enfrentar desafíos corporales. Desde nuestro enfoque, la esencia de LARCH lo ayudaría a sentir que era tan capaz como sus pares para entrenar su cuerpo y la esencia de MIMULUS para perder el miedo a salir de sus áreas seguras. Finalmente, su idea de sí mismo como un ser “diferente” o “fábula personal” (auto-concepto: POI-3), tan propia del adolescente, estaba exacerbada en él por su condición, lo cual lo sumía en intenso malestar y ansiedad, que lo inducía a refugiarse en los videojuegos, a estar generalmente de mal humor, a dormir mal y a asumir una actitud pasiva respecto a su tratamiento. Sentirse diferente y alejado de otros es un patrón característico que tratamos con la esencia WATER VIOLET.

## Tratamiento seleccionado

Seleccionamos entonces para cubrir esta serie de patrones objeto de intervención una combinación floral: POI-1: CLE; POI-2: LAR, MIM; POI-3: WVI; agregando esencias que apoyarían el conjunto del proceso terapéutico, como Rock Water (RWA) y Walnut (WAL). Para su exposición, organizamos este esquema según el modelo multiaxial del DSM-IV adaptado a la Terapia con BFR<sup>2</sup>:

Eje I/Motivo de consulta: CLE/MIM/LAR

Clematis (CLE) fue la primera candidata como Gran Curador para N, ya que este patrón floral en su dimensión transpersonal se caracteriza por la desconexión a todo nivel (Orozco, 2011). Suaviza la descoordinación ideó-afectiva en la comunicación (POI-1).

Mimulus (MIM); como aliada de CLE, MIM es la maestra de los miedos y en particular de la ansiedad anticipatoria. Actúa sobre el temor a hacerse daño o perderse (POI-2).

Larch, (LAR); seleccionada para eliminar la inseguridad respecto a su capacidad para auto-regularse en sus experiencias con el entorno físico y social (POI-2).

Eje II/Estructura de la personalidad: WVI, RWA, CLE

Water Violet (WVI); el aislamiento social parecía ser el denominador común de la serie de molestias motivo de consulta. Debería actuar especialmente sobre el auto-concepto (POI-3) de ser diferente, separado de los demás.

---

<sup>2</sup> Esta aplicación del modelo multiaxial fue sugerida por el Dr Luis Herrera (Cuba), según informa Boris Rodríguez (2009, p. 53).

Rock Water (RWA); es una clásica extensión de WVI (Orozco, 2006), ya que la rigidez parece ser una consecuencia de la defensa del retraimiento. En N era sumamente visible en lo corporal y en su excesivo apego a las normas y su dependencia de rutinas, estructuras e instrucciones recibidas. Apoya la acción de WVI (POI-3).

Eje III/Enfermedad médica: WVI

Water Violet; este eje quedó identificado con la caracterización de la personalidad, ya que esta condición es generalmente considerada y tratada como enfermedad médica.

Eje IV/Estresores psicosociales: WAL

Walnut (WAL); las estrategias familiares de manejo que dieron resultado durante la infancia comenzaban a resultar inadecuadas para la etapa adolescente; N necesitaba y deseaba mayor independencia y nuevos modos de relacionarse con el mundo, aún dentro de las limitaciones de su condición. La esencia le permitiría atreverse y adaptarse a estos cambios, apoyando la acción del conjunto en los POI-1 y 2.

Eje V: Alteración moderada de la actividad escolar y social (EEAG<sup>3</sup>: 60).

## **Respuestas a la intervención**

Reproducimos algunos de los informes y auto-informes más relevantes para el objeto de este estudio, relacionándolos con el patrón objeto de intervención y la esencia floral utilizada:

---

<sup>3</sup> En el eje V del Diagnóstico Multiaxial se consigna la funcionalidad del paciente dentro de su evolución; esto nos permite monitorear la eficacia global a lo largo de la intervención.

Figura 1: Evolución de las respuestas a la intervención

FECHA	EJE	POI vs BFR	RESULTADOS SIGUIENTE SESIÓN
			INFORME DE MADRE (M) y AUTO-INFORME (N)
4/02	II	POI-3: WVI	N: <i>“Las gotitas son fundamentales porque me dan alegría”</i>
	I	POI-2: MIM LAR	M: Inicia clases de natación; se acerca a una niña que le gusta.
	I	POI-1: CLE	N: Tristeza y <i>“mal genio”</i> por un proyecto familiar que anuncia un cambio
2/03	I	POI-4:CHP	M: Menor agresividad, mayor tolerancia a la frustración; 1 día sin gotas <i>“explotó”</i> .
	IV	POI-2: MIM,LAR, WAL	M: Más motivado por el colegio y más responsable; más seguro.
	I	POI-1 LAR, CLE	N: Se siente más seguro, pero <i>“mucho estímulo”</i> le impide conciliar el sueño.

En la tercera sesión, parece agobiado y se reporta lo siguiente:

M: Comienza a alterar las tomas, dejando días sin ingesta. Ritmo lento, demora mucho en cada cosa.

N: Dice no poder *“compatibilizar tantas cosas al mismo tiempo”*; estado de ánimo depresivo, desánimo.

Esta queja de agobio se trató con la esencia ELM sin éxito, cambiándose luego por White Chestnut (WCH), con mejor resultado.

En esta tercera sesión, se aplica gotas de *stock bottle* directamente sobre la piel en la zona de cada chacra<sup>4</sup>; al entrar en contacto con WVI en el Chacra 5, reporta la sensación de *“tener una olla de agua no potable, sucia, contaminada”* en la garganta. Se mantiene la

<sup>4</sup> Según el protocolo de Jordi Cañellas (2010)

aplicación local durante la sesión y esta sensación va desapareciendo poco a poco lo que sugiere la importancia de esta esencia como Gran Curador dentro del esquema de tratamiento.

Nótese también cómo la evolución de sus respuestas fue demandando nuevos blancos de intervención, que se van sumando a medida que se van aliviando las mayores molestias iniciales y aumentan las expectativas de mejoría, de manera que los 3 POI del principio pasan sutilmente a segundo plano, complejizando el esquema de tratamiento y trayendo consigo un freno al progreso terapéutico. Estos nuevos patrones son: POI-4: Tolerancia a la frustración; POI-5: Calidad del sueño; POI-6: Hábitos de estudio; POI-7: Adherencia al tratamiento. Como veremos en el seguimiento que al volver al esquema inicial los beneficios se recuperan.

### **Instrumentos de evaluación aplicados**

Se eligió el test Dibujo de la Figura Humana como instrumento de evaluación complementario para tener un registro no verbal de la evolución de N durante su tratamiento. La FH puede usarse como un test de representación proyectiva del Yo que aporta elementos simbólicos de gran utilidad en la comprensión del mundo interno del niño y del adolescente. En los dibujos de N encontramos una notable evolución en la proyección del Yo, desde la difusión de la identidad en la masa hasta la identificación de sí mismo como ser individualizado.

#### Figura Humana 1 (abril 2012)

Bajo la consigna “Dibuja una persona”, N dibuja a los 17 años esta serie de “esquemas humanos” dentro de una bandera, con una leyenda explicativa acerca del simbolismo

expresado. Hace énfasis en éste y en los valores que representan, dejando totalmente en segundo plano a la “persona”; ésta no sólo se pierde en la masa, sino que es inexistente como tal, estando todas las figuras enlazadas como una sola, con trazos continuos, sin individualidad ni separación. En el plano del contenido, vemos la proyección de un yo desdibujado, o más bien sin un desarrollo acorde a la edad cronológica de Nico; la hipótesis de que haya sido escondido o anulado no se ve confirmada por un trazo gráfico; más bien la imagen sugiere una escasa definición de sí mismo, siendo ésta remplazada por un alto grado de simbolismo personal asociado a los colores azul, blanco, verde, rojo y negro. Por último, la disposición vertical de la superficie denota apego a las convenciones.

Figura 2: Primer dibujo de una persona

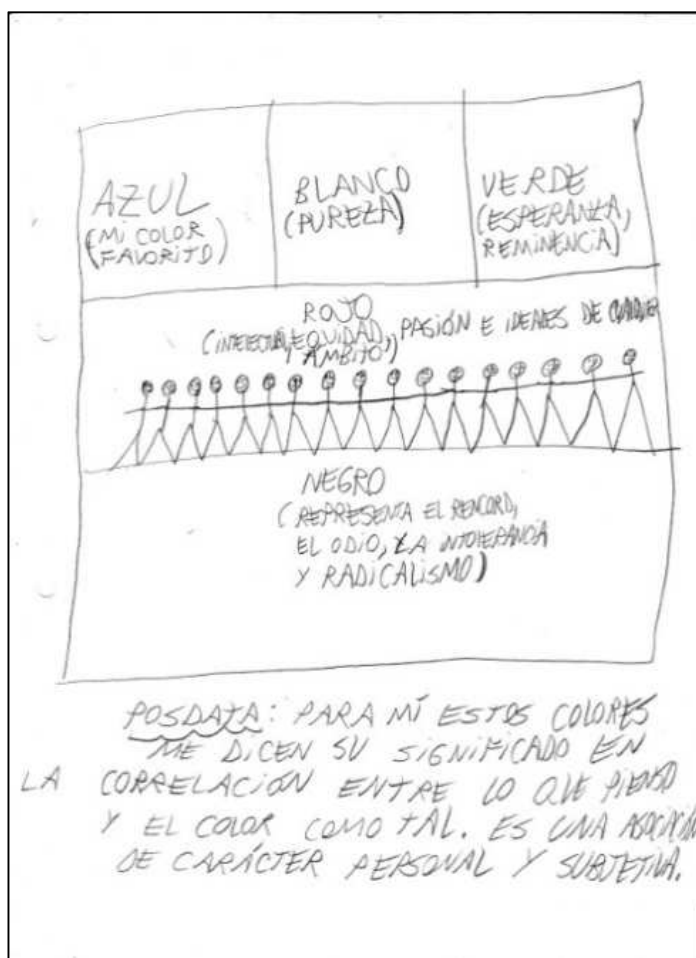


Figura Humana 2 (marzo 2013)

Un año después (18 años), vemos cómo aparece la persona en el dibujo, con la leyenda “PROXIMIDAD A PASO PEATONAL”. Cabe señalar que N es zurdo, lo cual explica la orientación de su dibujo hacia la izquierda. La leyenda es significativa, ya que indica estar en el umbral de un tránsito “sólo para personas”, desde un lugar en el pasado (mitad derecha en el plano gráfico del zurdo) hacia un futuro desconocido (lado izquierdo del espacio). Utiliza la hoja en sentido horizontal, indicando una mayor flexibilidad respecto a las normas.

14

Figura 3: Segundo Dibujo de una persona

En el plano motor, podemos observar en ambos dibujos la rigidez del trazo, que indica tensión interna respecto del auto concepto; en la interpretación simbólica de la FH, la ausencia de manos aparece como dificultad en la comunicación con otros y la ausencia de pies como escaso arraigo y autonomía en relación con el entorno; la ausencia de ropa y atributos culturales como escasa asimilación de los códigos sociales.

Sin embargo, a pesar de los rasgos de inmadurez mencionados, lo notorio es la evolución del Yo si se compara con el primer dibujo, ya que en este segundo dibujo hay un importante avance: desde un yo débil asimilado en figuras esquemáticas dentro de la masa hasta un yo individuado, con volumen y en claras vías de desarrollo vital.

15

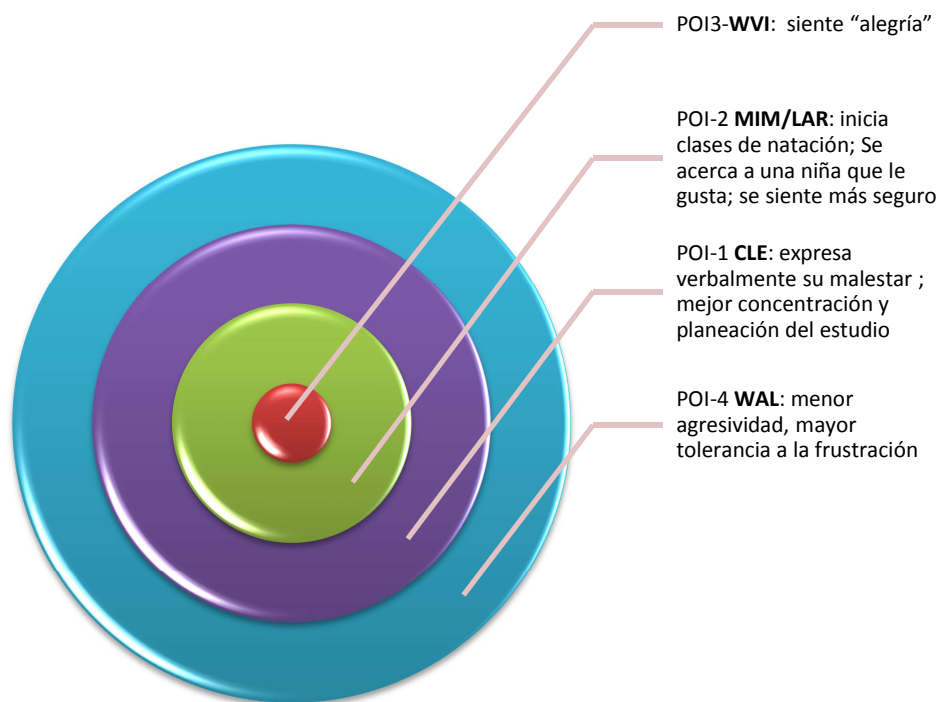
### **Análisis de eficacia**

La terapia con BFR aborda el conjunto de la experiencia, tanto desde los planos más estructurales de la personalidad como desde las circunstancias más pasajeras. En consecuencia, si bien los reportes analizados trascienden muchas veces los límites de los patrones-objeto de la intervención planeados al inicio del tratamiento, esta división artificial nos permite identificar y evaluar la eficacia particular de algunas de las esencias al comparar su efecto vivenciado con lo esperado según la literatura floral. Nótese que se expone el efecto de WVI como topográficamente nuclear respecto a los demás, que estarían actuando más en la periferia de la personalidad.

---



Figura 4: Análisis de Eficacia de las BFR en POI 1, 2 y 3



## Seguimiento

Se realizó una entrevista de seguimiento en marzo 2013, a ocho meses de la última entrevista y a un año del inicio de la terapia. N acude acompañado de su madre, con 18 años cumplidos y una actitud positiva y colaboradora, a primera vista más maduro física y mentalmente. Como resultado de la evaluación encontramos que:

- \* N y su madre confirman la valoración positiva de la intervención floral, reiterando cada uno de los efectos mencionados: alegría, mejor actitud hacia el estudio y mejor organización del mismo, mayor asertividad en la comunicación. Nico refiere que "si

*estuviera con gotas, habría participado en la fiesta de graduación, en cambio me porté como un amargado ...”*

- \* La intermitencia en la ingesta se debió al siguiente razonamiento de Nico: “...*si sólo puedo controlar mi personalidad con la ayuda de estas gotas, siempre dependeré de ellas... y tal vez no seré yo mismo...*”, lo que denota una preocupación por la identidad yóica, propia del desarrollo adolescente.
- \* La mayor parte de los síntomas iniciales volvió a manifestarse al alterar o suspender la ingesta, especialmente los que hacen referencia al ámbito afectivo y vegetativo: irritabilidad, inquietud durante el sueño e insomnio inicial y falta de motivación por la actividad física.
- \* Se ha mantenido, no obstante, como un aprendizaje instalado, la eficacia al organizar el tiempo de estudio, establecer prioridades y concentrarse adecuadamente para el trabajo académico, lo cual podemos catalogar como habilidades del área cognitiva, que generalmente se ven afectadas por la ansiedad característica del TA. Inferimos un efecto sostenido de **CLE** en el desarrollo de la atención y una disminución de la ansiedad, tributaria de **WCH**.

## Resultados

De acuerdo con lo expuesto en el estudio de este caso, nos parece posible responder de la siguiente manera a las preguntas que guiaron el análisis de los datos:

Pregunta 1: La familia percibía necesidades respecto a la modulación afectiva del paciente; la madre deseaba un mayor bienestar psicológico y social de N, una mejor calidad de vida.

Pregunta 2: El tratamiento con BFR fue capaz de complementar exitosamente el tratamiento convencional del TA en el presente caso. De ninguna manera se propone como un tratamiento alternativo, ya que el paciente mantuvo en todo momento su medicación.

Pregunta 3: Este complemento cubrió aspectos importantes de las esferas afectiva y cognitiva del desarrollo del paciente, de importancia concreta para su calidad de vida, en particular: estado de ánimo (WVI), motivación hacia nuevos intereses (WAL-RWA), autoestima y auto-concepto (WVI-LAR-MIM), planeación y jerarquización de tareas (CLE), capacidad para enfocar y sostener la atención (CLE), calidad del sueño y reducción de la ansiedad (WCH).

Adicionalmente, el análisis de los dibujos de la Figura Humana nos permiten suponer que el tratamiento significó un apoyo al proceso identitario del paciente. Si bien dicho proceso es inherente a la etapa adolescente, pensamos que la terapia con BFR (especialmente la esencia WVI) contribuyó en este proceso fortaleciendo el sentido del Yo, tarea central en la adolescencia, ya que organiza desde el interior de la psique todos los demás aspectos del desarrollo, subyaciendo a los efectos visibles mencionados en el apartado anterior. El progreso mostrado en la proyección gráfica del Yo constituye un fenómeno de interés para la caracterización y el tratamiento del TA, a la vez que sugiere la hipótesis de una fragilidad especial en la estructura yóica como base de este trastorno. En consecuencia, si la esencia WVI aparece como clave en el tratamiento floral de este paciente con TA, esta esencia podría adquirir un nuevo valor terapéutico como apoyo a los procesos de consolidación de la identidad, de interés en otros objetos de atención clínica.

## Discusión

En este estudio nos propusimos aplicar un modelo académico para el estudio de casos en terapia con BFR, con el fin de compartir sus métodos y resultados, como una propuesta más en el esfuerzo de llegar a un cuerpo de evidencias en nuestro quehacer. Habiendo expuesto los resultados y hallazgos en el apartado anterior, conviene aquí puntualizar sus limitaciones:

- a) El esquema del tratamiento relatado no constituye una fórmula para casos diagnosticados con TA. Las esencias utilizadas corresponden al caso analizado y todo nuevo paciente diagnosticado debe ser evaluado en su particularidad.
- b) Existe un factor maduracional en el desarrollo de la identidad durante la adolescencia que hay que tomar en cuenta al evaluar los resultados. Si bien consideramos relevante el fenómeno observado al respecto, recomendamos someter a nuevos estudios la evolución del Yo en pacientes con TA.
- c) El tratamiento de este trastorno tiene carácter de paliativo y no curativo, ya que busca una mejoría en la calidad de vida del paciente. La intervención con BFR sólo puede ser complementaria respecto al protocolo psiquiátrico establecido según evidencias médicas.

## Referencias

1. Buela Casal, G. y Sierra, J. C. (2002) Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* febrero-marzo año/vol 2, n° 003. Granada, España.
2. Cañellas, J. (2010). *Las Flores de Bach para la Personalidad*. Barcelona. España. Editado por J. Cañellas.
3. DSM-IV (1995) Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Versión electrónica Masson S.A.
4. Fernández-Jaén, D. Martín Fernández-Mayoralas, B. Calleja-Pérez, N. Muñoz Jareño (2007) Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *REV NEUROL* 2007; 44 (Supl 2): S53-S55
5. León, O. y Montero, I. (2003) Estudio de casos. En *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (3ra ed. 2004) (pp.149-155). Madrid, España: Mc Graw-Hill Interamericana.
6. Orozco, R. (2010). *Flores de Bach. 38 descripciones dinámicas*. Barcelona, España: Editorial Índigo.
7. Rodríguez, B. (2009). *El sistema diagnóstico-terapéutico de Edward Bach*. Reino Unido: The twelve healers trust.

8. Veilati, S. (2000) Apartado para profesionales de la terapia floral. En *Tratado completo de Terapia Floral* (pp. 343-362). Madrid, España: Editorial Edaf.
9. Wilber, K. (1981) *Después del Edén* (2ta edición en español, 2001). Barcelona, España: editorial Kairos.
10. Wilber, K. (1986) *Psicología integral* (4ta edición en español, 2007). Barcelona, España: editorial Kairos.