

Esencias florales, efecto placebo y psicoterapia



Boris C. Rodríguez Martín¹
Leonardo Rodríguez Méndez²

Facultad de Psicología. Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas

La correspondencia sobre este trabajo debe dirigirse a:

¹ borisc@uclv.edu.cu

² leonardor@uclv.edu.cu



GC Bach

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

www.gcbach.uclv.edu.cu

La introducción de las esencias florales de Bach (EF) dentro del sistema de salud en Cuba, ha supuesto un importante reto para los profesionales que defienden su utilización. La presente revisión se propone como objetivo exponer las principales ideas que avalan la utilización de las mismas como un recurso de la acción terapéutica, de amplias posibilidades. En la exposición se abordan las razones para el uso científico de las EF en su relación con la Psicología Clínica, y en particular con la Psicoterapia; así como las diferencias probables entre su efecto y el del placebo.

Palabras clave: esencias florales de Bach, efecto placebo, psicoterapia

Bach's Flower Essences, Placebo Effect and Psychotherapy

The introduction of Bach Flower Essences (FE) within the health system in Cuba was a major challenge for professionals who defend their use. The aim of this review is to expose the main ideas that support the use of the flower essences as a source of the therapy with plenty of opportunities. Here we deal with the reasons for the scientific use of the essences in relation to clinical Psychology and psychotherapy in particular, as well as the likely differences between the effect and the placebo group.

Key Words: Bach Flower Essences, Placebo Effect, Psychotherapy

Introducción

El método de tratamiento mediante las esencias florales (EF), descubierto por Edward Bach, no ha sido sistemáticamente analizado por los profesionales de la psicología y la medicina, aun después de que la OMS en 1975 sugiriera su utilización como una modalidad de medicina alternativa.

El uso de las esencias florales, como todo lo que se presenta nuevo en el terreno asistencial, ha tenido que enfrentar resistencia. Sus principales detractores, ante la evidencia de que se ha impuesto su utilización y reconocimiento universal, se han visto obligados a realizar múltiples cuestionamientos, siendo el más frecuente el denominar placebo al efecto que se obtiene de este tratamiento.

Sin embargo, con tal objeción se ignora que está demostrado que los placebos son capaces de desatar el potencial curativo de las personas, lo cual justifica las aplicaciones intencionadas de los mismos tanto en Medicina como en Psicología (Pérez y Martínez, 1987), y que activar potenciales terapéuticos en el paciente no es ajeno a los propósitos que se persiguen en el tratamiento con las EF.

Aun si se consideraran las EF como placebo, pudiera argumentarse su utilización en los contextos clínicos afirmando, a modo de ejemplo, que se han convertido en recursos para la curación dada su capacidad de transformarse en un símbolo de curación para el paciente. Por lo tanto, fomentar su utilización, aun como placebo, ayudaría a reducir el consumo de fármacos, aceleraría los procesos terapéuticos, permitiría espaciar el intervalo entre las consultas y su empleo sería una buena alternativa complementaria en distintos momentos de la psicoterapia. Además, no debemos olvidar que en la práctica asistencial otros recursos terapéuticos como analgésicos, psicofármacos y antipiréticos en algún momento han sido utilizados como placebo, cuando al suministrarlo no trae efectos secundarios adversos en el paciente y se estén empleando más allá de su habitual prescripción.

Otro problema más preocupante relacionado con la resistencia que se le hace al uso de la EF radica en las pretensiones pseudocientíficas, místicas o metafísicas, de una parte de sus seguidores atraídos por la belleza y originalidad de esta terapia. Es increíble cómo algunos hacen de sus postulados una verdad incuestionable, mientras que otros han llegado al extremo de pretender convertirla en una práctica esotérica. En ambos casos el sustrato científico de esta terapia, al tiempo que no se desarrolla, se oscurece. Esto lamentablemente ha llegado a suceder porque muchas veces con una breve lectura de los escritos de su fundador, algunas personas sin preparación profesional especializada, se han creído capacitados para su utilización en los servicios de instituciones de salud.

Por esta razón Ricardo Orozco (2010) aborda la necesidad de profundizar en la formación de este tipo de terapeuta, e integrar la terapia floral en los cuerpos de otras ciencias. En esta línea afirma que:

«[...] a menudo oímos lo siguiente “las flores de Bach son simples” [...], pero aunque se apueste por la simplicidad, ¿acaso las emociones y la mente humana lo son?». (p. 17)

La utilización de las EF, concebidas dentro del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach (SDTB), es dinámica y admite con un trabajo de elaboración científica ser insertada en el cuerpo instrumental de la Psicología, específicamente en la clínica.

Somos de este criterio aun cuando los mecanismos de acción que se proponen para explicar su efecto son compatibles con la Fisiología, la Bioquímica, la Psiconeuroinmuno-endocrinología (PNIE) y la Farmacología (Rivas, 2009; Rivas y Cárdenas, en este volumen). No se necesita de duendes, hadas o mecanismos «ocultos» para explicar su acción. Las principales ideas se transforman en hipótesis, las cuales pueden ser contrastadas mediante la experimentación para ser verificadas o falsadas.

El presente trabajo pretende exponer las principales ideas que avalan la utilización de EF en contextos clínicos (en su comprensión de SDTB), como recurso complementario de la psicoterapia. Se defiende que la elección de las EF para la composición de la fórmula se realice con adecuación al método clínico, mediante el diagnóstico individual.

Consideraciones sobre el efecto placebo

Como hemos estado apuntando, cuando los profesionales de la salud especializados en el trabajo con las esencias florales exponen sus experiencias, muchos colegas o detractores les comunican que la mejoría del paciente «solo se debe» a un efecto placebo. Muchos entienden que se menosprecian estos resultados al realizar tal afirmación, y otros albergan la ingenua idea de que resultará sumamente fácil demostrar experimentalmente la diferencia, si se contara con los recursos necesarios.

Estos criterios son meras distorsiones y se basan en un pobre conocimiento del placebo y sus efectos, que están muy lejos de ser «solo un efecto». En ocasiones ha resultado sumamente difícil diferenciar las acciones de estos con algunos fármacos de uso recomendado, probado y potente para los problemas de las personas.

Sobre este tema la evidencia que se acumula es cada vez más abrumadora. Ramón Bayés (1987b) aborda un tópico interesante sobre las drogas psicótropas: «Shapiro (1979) llega a la conclusión, quizás excesiva, de que el 95 por 100 de las veces estas drogas se utilizan por el efecto placebo que produce su consumo» (p. 101). No escapan tampoco el diazepam y otras benzodiazepinas que (Shapiro et al., 1993, citado por Pérez y Martínez, 1987), «cuando se utilizan como agentes ansiolíticos, pueden ser los mayores placebos de la actualidad» (p. 85). Tampoco le fue mejor al litio en el tratamiento de los trastornos bipolares (Vieta et al., 2002): «ni el valproato (fármaco experimental) ni el litio (tratamiento convencional) pudieron separarse del placebo en su eficacia en la prevención de manía o depresión». (p. 390)

Los que peor han salido son los antidepresivos: en un meta-análisis que evalúa el efecto de estos en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, los autores llegan a la conclusión de que los beneficios de la medicación sobre el placebo puede considerarse como insustancial (Fournier et al., 2010), cuestión que confirma los resultados obtenidos en meta-análisis anteriores (Kirsch et al., 1998 y 2008; Khan et al., 2002), incluso reportando a los placebos como los más efectivos (Ker, Stadler & Viljoen, 2000). De hecho, ya se evalúan nuevos esquemas que regulen la utilización del placebo para el caso de nuevos fármacos que se propongan para tratar el trastorno depresivo mayor (Lahuerta et al., 2004).

Obviamente, no se pone en tela de juicio la acción de los medicamentos, lo que sí sugieren todas estas evidencias es que se ha subestimado o silenciado al placebo. La connotación negativa del placebo (Critelli y Newman, 1987) tiene mucho que ver con un posicionamiento médico que lo considera como algo que debe controlarse, pero no estudiarse, es algo que «interfiere» con el estudio de los mecanismos «reales» de la curación y parte de una jerarquización donde se prioriza la acción farmacológica por

sobre la acción psicológica. En fin, el placebo no debe ser subestimado pues ha llegado a ser calificado como poderoso (Beecher, 1955; Kienle y Kiene, 1997, y Kaptchuk, 1998) e incontrolable (Hrobjartsson, 1996).

Se considera placebo (Morón y Levi, 2002) a: «un preparado sin sustancias farmacológicamente activas, pero de idéntica apariencia y características organolépticas que el preparado de experimentación, utilizado para tratar a los controles con el fin de enmascarar los tratamientos». (p. 46)

Una visión más integradora (García, 2001) lo define como «cualquier procedimiento terapéutico o de intervención [...] con conocimiento de causa de que objetivamente no tiene actividad específica para la condición que es tratada, pero que puede sin embargo tener un efecto en quien la recibe». (p. 5)

Entonces, el efecto placebo puede ser definido (Ramos, 2007) como «la mejoría que se observa tras el tratamiento simulado [...] un buen modelo para investigar cómo [...] los procesos cognitivos asociados a las expectativas de curación, interactúan con los diferentes sistemas cerebrales para promover respuestas fisiológicas y conductuales más adaptativas». (p. 100)

Otra definición más amplia es la siguiente (Tempone, 2007): «modificación inducida de síntomas, signos u otros indicadores, que experimenta el organismo, que no es atribuible al mecanismo de acción específico de una terapéutica, ya sea mecánica, farmacológica, quirúrgica, ambiental o debida a cualquier otra situación curativa» (p. 250). Expresado de manera más sencilla (Demirdjian, 2006): «efecto favorable que ocurre en un paciente por el simple hecho de recibir una intervención potencialmente curativa». (p. 56)

Son numerosos los elementos que pueden desencadenar un efecto placebo. Se ha observado que el mismo medicamento ha mostrado efectos diferentes cuando lo administra un médico «entusiasmado» comparado con uno «no entusiasmado» (Shapiro et al, citado por Campagne, 2002). También las instrucciones del médico modifican la intensidad y la dirección de las evaluaciones de las mejorías de los pacientes (Amigo, citado por Campagne, 2002). Incluso el precio del medicamento puede reforzar el efecto placebo (Ariely, 2008). En relación con esta línea de ideas, más allá del efecto placebo que se establece en la relación médico-paciente (González, 2004), diversos autores han calificado al médico mismo como un placebo (Tempone, 2007; González, Benedetto y Ramírez, 2008), y además, de lujo (Bayés, 1882).

De hecho, el efecto placebo ha sido analizado más allá del proceso terapéutico (Avia, Senén y Simón, 1987); en la evaluación se ha observado que el individuo tiende a «rendirse» ante la «evidencia» del informe, muchas veces sin ser cierta. En fin, puede decirse del placebo (Avia, 1987) que «se trata de un término inventado para denotar nuestra ignorancia». (p. 25)

Las «medicinas alternativas» se van convirtiendo, cada vez con mayor fuerza, en un tema que no puede ser ignorado (Wharen y de Cunto, 2004). Sin embargo, este hecho aumenta el rigor con el que deben ser estudiadas y enfocadas las mismas. El principal problema que enfrentan las investigaciones que se decidan a comparar el efecto de las EF con el del placebo, radica en que la acción de ambos, al ser preparados sin sustancias farmacológicamente activas, puede ser confundida.

Si se analizan los mecanismos que se proponen para la acción de las EF (Rivas, 2009), se puede señalar que es altamente probable que el efecto de estas se encuentre en la zona de convergencia del área de acción de la psicoterapia y la de los psicofármacos.

Se afirma que las EF son placebos; pero eso es algo que también se ha dicho de la psicoterapia (Pérez y Martínez, 1987): «es apropiado señalar que las psicoterapias son placebos (Prioleau, Murdoch y Brody, 1983; Wilkins, 1984) en el mismo sentido en que se podría decir inversamente que el placebo es psicoterapia (Frank, 1983)» (p. 85). Numerosas investigaciones muestran índices de efectividad semejantes entre los distintos enfoques psicoterapéuticos y el placebo. Este aspecto (Torres-Torrija, 2009) «lejos de descalificar a las psicoterapias, nos plantea la necesidad de considerar con mayor cuidado en qué consiste verdaderamente el efecto placebo». (p. 185) Dentro de las investigaciones reseñadas, pueden citarse (Machado, 1994):

1) El meta-análisis de Robinson, Berman y Neimeyer (1990), acerca de los resultados de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión, que no mostraron diferencias significativas al ser controlado el enfoque teórico del investigador y «llevaron a estos autores a afirmar que, al menos en relación con la depresión la investigación se debería enfocar hacia el “cómo” funciona la terapia y no hacia el ‘si’ funciona». (p. 115)

2) El Estudio Cooperativo para el Tratamiento de la Depresión (Elkin et al., 1989), citado como un clásico por el autor del artículo, donde se comparaban la terapia cognitiva (Bec, et al, 1987), interpersonal (Klerman et al., 1984), Imipramina y condición placebo-control constituida por apoyo social. «Los resultados de este estudio volvieron a mostrar que [...] Todos los tratamientos fueron eficaces pero ninguno fue más eficaz que el otro». (p. 116)

Otro interesante análisis lo realiza Eysenk (1994) sobre los resultados de Smith, Glass y Millar (1980), reinterpretándolos a través del tamaño del efecto de las distintas terapias estudiadas; así los resultados obtenidos con el placebo le parecen interesantes. Fundamenta este criterio atendiendo a: 1) las deficiencias en el diseño de los mismos, y 2) el hecho de que las personas que los administraran no creyesen en ellos.

Como se ha visto, la Psicoterapia no ha estado libre de cuestionamientos para ser reconocida

plenamente como disciplina científica (Campo-Redondo, 2004) y se plantea (Colom, 2000) que la mayoría de las intervenciones psicológicas están lastradas por problemas metodológicos difícilmente subsanables, siendo el primero de ellos la propia definición y el segundo el estilo de la intervención, referido a la posición teórica del terapeuta.

Todas estas dificultades convergen en un punto (Machado, 1994), como «sugirió Greenberg (1991), el campo de investigación en psicoterapia empezó adoptando una posición defensiva al intentar probar que la psicoterapia funcionaba, en vez de intentar descubrir cómo funcionaba, a contrario de lo que sucedió en otras ciencias, donde el proceso de descubrimiento precede a la prueba». (p. 117)

Jerome Frank en entrevista concedida a Saldaña (1987), plantea que de toda psicoterapia pueden extraerse dos componentes: (1) aquellos que la teoría ve como característicos o propios, y (2) aquellos componentes que la teoría considera como meramente fortuitos o incidentales ¹. En Psicoterapia, el efecto placebo «hace referencia a la mejoría de un desorden dado debido a las características de cualquier terapia que se consideren fortuitos» (p. 5). Este autor, entiende que si el placebo es entendido como un símbolo del poder de curación de un terapeuta, puede ser una forma de psicoterapia y agrega que, puede ser utilizado en «los pacientes que responden mejor a símbolos de curación que a palabras o rituales [siempre y cuando] el alivio mediante el placebo ayude a modificar el problema para el que el síntoma es una respuesta» (p. 7).

En este contexto, no pueden perderse de vista los postulados de Vygotski (Riviere, 1988; citado por Aguilar, 2006), sobre la interiorización de significados y su relación con el efecto placebo, pues el ser humano:

«...es capaz de registrar y reflejar la realidad mediante los significados colectivos, generalizados, analíticos, convencionales y abstractos del lenguaje; no requiere del proceso lento, gradual de la formación de asociaciones temporales a través del condicionamiento y el refuerzo [...] La eficacia del placebo radicaría en los procesos simbólicos del ritual curativo y la resolución del padecimiento se daría mediante las vías neurales descendentes de la expectación originadas en los sistemas funcionales cognitivo-afectivos de la corteza prefrontal y del cíngulo» (p. 304).

Otra explicación para el efecto del placebo en psicoterapia radica en el concepto de autoeficacia, basado en tres elementos medulares (Bayés, 1987a): los cambios experimentados en diferentes tratamientos tienen como base un mecanismo cognitivo común; cualquiera que sea la forma de un tratamiento puede afectar la expectativa de los pacientes y siempre que el tratamiento altere las expectativas de eficacia del paciente, puede tornarse efectivo. Se plantea que los investigadores deben ser capaces de separar la

¹ Se hace referencia a Zaldívar, Vega y Roca (2004): relación terapeuta-paciente, encuadre terapéutico fijo (ambiente seguro); esquema cognitivo o marco de referencia y procedimiento terapéutico fijo; que a su vez se correlacionan con efectos comunes: inducción emocional; ampliación de horizontes del paciente y desarrollo de expectativas de mejoría y recuperación.

expectativa de resultados,¹ de la expectativa de eficacia.² (Villamarín, 1987)

El problema para explicar el efecto del placebo y las definiciones operacionales establecidas para su comparación, pudiera radicar en el manejo del término «inespecificidad» (Critelli y Newman, 1987), con tres aristas básicas de análisis: (1) sin actividad, concepto más relacionado con la medicina, donde se busca la diferencia con la acción química; (2) características no especificadas, elementos explicativos de la acción de un tratamiento como los «ingredientes activos» de una psicoterapia (o de las esencias florales); y (3) factores comunes de todas las terapias como persuasión, sugestión, credibilidad del tratamiento, atención del terapeuta, expectativas de curación y demandas de mejoría. Sin embargo, para las EF no puede hablarse de «inespecificidad» del efecto, sino de una acción selectiva en dependencia de la esencia que se ingiera. (Rivas y Cárdenas, en este volumen)

En Cuba, donde la utilización de las EF³ ha sido restringida a los profesionales de la salud capacitados para ello, la representación social de la misma en la población brinda indicios de ser positiva (Guerra y Quevedo, 2009). En el contexto donde se desarrolla esta práctica y sus condiciones de aplicación, indicadores como el poder de sugestión del terapeuta, la generación de expectativas, la calidad de la relación terapéutica, la confianza en el símbolo o la potenciación de la autoeficacia, por solo citar algunos, es altamente probable que no sean mayores que cuando se prescribe un fármaco o se realiza cualquier tipo de intervención psicológica.

En el análisis de las dificultades teórico-metodológicas del uso del placebo en psicología, se toma como referente la reconceptualización del término, realizada por Choliz y Capafons (1991), en la cual plantean que lo que es considerado placebo por una ciencia puede no serlo para otra, ya que las variables analizadas dejan de ser inocuas, inespecíficas o inertes y se convierten en parte del cuerpo categorial de la misma: «la pastilla de glucosa utilizada como analgésico no puede considerarse como un placebo en psicología [...] sino que los efectos de la intervención han sido debidos a la sugestión, expectativas o cualquier factor planteado como hipótesis» (p. 328).

1 Entendida como la creencia de relación entre un comportamiento y una consecuencia.

2 Entendida como: (Villamarín, 1987) la capacidad personal de ejecutar exitosamente un comportamiento, como premisa necesaria para obtener determinado resultado. Las expectativas de eficacia tienen tres dimensiones fundamentales: magnitud o nivel, serán mayores en la medida en que el sujeto se sienta capaz de realizar tareas del mismo tipo pero aumentando la complejidad de las mismas; fuerza, es proporcional a la perseverancia y el esfuerzo realizado, y generalidad, va transitando de una tarea a otra y de un área a otra, en dependencia de la semejanza que tengan entre sí.

3 Oficialmente aprobada desde 1999 y refrendada en la resolución 291 de agosto de 2009 por el Ministerio de Salud Pública.

Recientes estudios con neuroimágenes (Wager et al., 2004) de la analgesia mediante placebo, confirman el papel de la expectativa de alivio durante la fase de anticipación del estímulo doloroso.¹

Resulta hoy insostenible, con los conocimientos que se han acumulado sobre PNEI y Psicología Positiva, que se siga pensando que un procedimiento que active la esperanza o cualquier otra emoción positiva con respecto al proceso de curación pueda únicamente considerarse una medicina para complacer, o sea, un placebo. De hecho, un minucioso análisis de los denominados factores no específicos (Duckworth, Steen y Seligman, 2005), revela que muchos son estrategias del cuerpo teórico e instrumental de la psicología positiva.

Como se ha podido observar, no resulta una tarea fácil diseñar placebos para la intervención psicológica, ya sea porque el diseño de los mismos entraña dificultades metodológicas tremendas (Bayés, 1987); porque las personas que los aplican no creen en ellos tanto como en el tratamiento que sustenta sus teorías (Eysenk, 1994), o porque simplemente lo que es considerado placebo para otras ciencias no debería serlo para la psicología (Choliz y Capafons, 1991).

También han sido analizadas las dificultades que numerosos fármacos enfrentan al intentar diferenciar su efecto del placebo (Kirsch et al., 1998 y 2008; Ker, Stadler & Viljoen, 2000; Khan et al., 2002, y Fournier et al., 2010). Entonces, si se toma en consideración que los mecanismos de acción propuestos para las esencias florales y las variables psicológicas que su acción modifica, resulta evidente el rigor que se requiere en el diseño de los experimentos que pretendan separar ambos efectos.

Además, es necesario señalar que aunque para muchos sería lo ideal, no todo el conocimiento en psicología se genera en diseños experimentales contra placebo; existen alternativas metodológicas muy serias como los cuasi-experimentos y los diseños de línea base (Montero y León, 2005; Martín, 2008), por no hablar de una metodología cualitativa de estudio de caso (Montero y León, 2005). En fin, la psicología en las últimas décadas avanza para definir nuevas posibilidades metodológicas, pasando de la mono-metodología a la metodología mixta (Anguera, 2010; Anguera e Izquierdo, 2006).

¹ En la activación de la región dorsolateral de la corteza prefrontal y el cerebro medio (cercano a la sustancia gris periaqueductal, con grandes concentraciones de neuronas opoides con eferentes a la médula).

La esencia de las flores desde la esencia de la Psicología

Realizar un análisis sobre la pertinencia de incluir las esencias florales de Bach dentro de la Psicología resulta un tema extremadamente complejo. Sobre todo si se toma en cuenta que (Arana, Melián y Pérez, 2006): «[...] son muchos los que pueden sentirse confundidos cuando se embarquen en la lectura de trabajos sobre aspectos conceptuales y epistemológicos de la Psicología en busca de una definición de la misma». (p. 121). Esto se debe, como bien señalara Vygotski (1997a):

«En ninguna ciencia hay tantas dificultades, controversias irresolubles, uniones de cuestiones diversas [...] El objeto de estudio de la psicología es lo más difícil que existe en el mundo, lo que menos se deja estudiar; su manera de conocer ha de estar llena de subterfugios y precauciones especiales para proporcionar lo que de ella se espera». (p. 387)

La Psicología es, como señalan Arana, Melián y Pérez (2006), una «ciencia plural y compleja». (p. 123) En la actualidad estamos más cerca de comprender completamente este hecho, pues se asiste a (Najmanovich, 2001):

«...una revolución epistemológica que ha llevado a una puesta en cuestionamiento del “Mito objetivista” y que como correlato necesario abrió la puerta para poner en tela de juicio el “Mito del Sujeto” [donde] la subjetividad no puede ser un carrozo, una estructura fija, un núcleo estable e independiente [...] a principios del siglo XX [...] el quiebre de la certidumbre de las ciencias duras fue recibido con alborozo en el mundo de las humanidades; pero la satisfacción dio paso al temor y la inquietud cuando le llegó el turno de ajustar cuentas con el sujeto». (pp. 107-108)

Lo que hoy se cuestiona desde la complejidad es la figura epistemológica sujeto-objeto y se desplaza esta hacia otros núcleos de análisis: los contextos de praxis (Sotolongo, 2009). Vygotski (1997a) se acercó a la comprensión de esta postura, al señalar que «la práctica reestructura toda la metodología de la ciencia» (p. 357). Por ello, no es de extrañar que la psicología comience a establecer relaciones con las dinámicas no lineales y las bio-ciencias, aunque sin diluirse en ellas.

En definitiva, las consecuencias de toda esta división de teorías y sistemas en psicología, la sufren las ramas aplicadas. No es de extrañar que las primeras voces que se levantaran abogando por la construcción de una psicología general (Vygotski, 1997a), partieran «de los psicólogos prácticos, que estudian aspectos concretos de la psicología aplicada». (p. 259)

En la psicología clínica puede citarse, a manera de ejemplo lo que Calviño (2005) define como «actuaciones profesionales de inspiración posmoderna [...] manifestaciones quien sabe si actitudinales que redefinen el sentido de las prácticas psicológicas» (p. 83), dentro de las que incluye la terapia floral.

Coincidimos con este autor cuando afirma:

«Los supuestos sustentos teóricos de dichas prácticas responden o bien a creencias estructuradas y sin mayor certeza que la fe, o a elaboraciones empíricas sin la más elemental verificación [...], en estos grupos se promueve una confusión entre lo místico-religioso, lo cultural y lo científico que facilita la irrupción de “mercaderes del sufrimiento y la esperanza” con sus conocidas prácticas explotadoras y alienantes». (p. 86)

Por razones como esta, puede suponer el lector que este trabajo no se erige como una apología a la obra de Bach, ni pretende validar toda práctica que con las EF se realice. Solamente intenta explicar el espacio que deben ocupar dentro de la praxis clínica del psicólogo.

Para ello, debe reconocerse que ha existido en nuestro medio un uso pragmático, y si se quiere práctico, de las EF, pero este empleo no ha venido sustentado en un fundamento teórico y argumentado que explique su efectividad, y más aún su eficacia. Esto es un gran reto científico, que se acrecienta por el alcance bioético que su empleo puede, llegado un momento, contraer, como el uso de las múltiples diluciones que se hacen del stock original.

La problemática se nos presenta bien clara, y se trata de responder a la pregunta ¿Cuál es el espacio epistemológico de las EF? Para esto es necesario partir de determinados supuestos de carácter teórico y práctico que nos atrevemos a resumir del modo siguiente:

1. Si los mecanismos de acción que se proponen para explicar su efecto son compatibles, como ya se ha señalado, con la Bioquímica, la Fisiología, la PNIE y la Farmacología, es indudable que el espectro investigativo y asistencial de las EF se reparte multidisciplinariamente. Esto hace de las mismas un recurso que no es prerrogativa única de la Psicología, como tampoco lo es de otras ciencias afines, sino que estas muestran su utilidad en determinados contextos de praxis.

2. En su prescripción y dosificación, nacieron históricamente orientadas por un diagnóstico de emociones, estados de ánimo y estilos de personalidad característicos, conjeturados por Edward Bach, que requieren de una actualización y confirmación por parte del pensamiento psicológico; lo cual resulta una responsabilidad inmediata para los psicólogos que incursionan en esta área.

3. La identificación del patrón que compone la fórmula se hace en un marco de relación y, por tanto, están sujetas al poder de la sugestión, la generación de expectativas de curación y del potencial simbólico. Por lo que es indudable que también abren las potencialidades de su uso como placebo (como en el caso de los «creativos» sistemas de diagnóstico ajenos al método clínico), sin negar el efecto de su acción a un nivel biológico.

Este camino se inicia con la definición de lo que se entiende como Sistema Diagnóstico-Terapéutico

de Edward Bach y la función de las EF dentro del mismo (Rodríguez Martín, 2009):

«un esquema de trabajo para realizar el diagnóstico y tratamiento de los 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 38 esencias florales que entran al esquema como catalizadoras de las conversaciones terapéuticas». (p.8)

Es necesario aclarar que la función de la esencia no consiste en guiar la relación terapéutica, sino en catalizar la consecución de los objetivos estratégicos previamente establecidos.

En esta definición puede observarse que se hace alusión a una dimensión psicológica de los procesos salud-enfermedad, mediante el estudio integral de la personalidad, y se plantean acciones de aprendizaje y cambio para, de forma implícita, optimizar las relaciones del individuo con el medio. La mayoría de estas razones conforman el concepto con el que se define en nuestro país la psicología clínica (Roca, 2000), rama aplicada donde el psicólogo puede indicar las EF.

El desarrollo de la patología en la personalidad (Rodríguez Martín, 2009) es consistente con los factores biológicos y fuentes de aprendizaje patógeno, del cuerpo de la Teoría del Aprendizaje Biosocial. (Millon y Davis, 1998)

En cuanto a la pertinencia de los métodos, indudablemente el de elección sería el método clínico. Roca (2000) lo define como «el estudio profundo, prolongado y multilateral de sujetos individuales —tanto sanos como enfermos— cuya individualidad es reconocida en su unicidad e irrepetibilidad, en la dimensión de su historia personal y su situación actual» (p. 11), y para González (1997) es «esencial para la investigación científica en psicología». (p. 75)

En este contexto, la elección de la esencia que se corresponde con cada emoción, estado de ánimo o estilo de personalidad, debe hacerse a través del diagnóstico individual, considerado por el último de los autores citados «como una de las funciones más complejas y creativas de la psicología». (p. 77)

De hecho, puede considerarse que el método clínico permitirá realmente la utilización plena de EF como recurso psicoterapéutico alternativo y complementario. Las aplicaciones terapéuticas de las mismas estarán relacionadas con los constructos de la psicología, extraídos de una práctica investigativa y sistematizada, que irían rechazando o confirmando las observaciones iniciales de Bach.

La optimización de las relaciones individuo-medio en función de las potencialidades del primero se encuentra definido explícitamente en el segundo objetivo estratégico de la terapia en SDTB, contrarrestar las perpetuaciones. (Rodríguez Martín, 2009)

«En un lenguaje sencillo [...] quiere decir prevenir la cronificación de hábitos y actitudes patológicas

[...] el terapeuta no solo debe neutralizarlas sino [...] conseguir que no generen nuevas dificultades. Para ello Bach nos hace una interesante recomendación: el defecto solo se erradica verdaderamente si se potencia la virtud que lo anula [...] Orientarnos hacia el desarrollo de virtudes describe tácticas específicas...» (p. 69)

Es necesario aclarar que el aprendizaje y el cambio sobrepasan la indicación de la esencia floral y necesitan de un proceso de aprendizaje. De hecho, cuando Bach describe sus primeras ideas para la autocuración, no describe ninguna esencia floral, sino que incita al enfermo a buscar por sí mismo el defecto y potenciar la virtud que lo anula. En *Cúrese usted mismo*, publicado en 1931 (Bach, 1994), no describe ninguna de las doce esencias que había elaborado (nueve que quedaron en el sistema y tres que fueron descartadas).

Estas ideas pudieran encontrar su lugar natural dentro de la psicología positiva, la cual orienta sus intervenciones apoyándose en las fortalezas personales, procurando desarrollar las competencias del paciente (Mariñelarena-Donceda, 2008). Se ha propuesto (Rodríguez Martín y Orozco, 2005), la utilización de las EF para potenciar el desarrollo de las competencias emocionales.

Resulta importante señalar que la utilización de las EF no está reñida con el cumplimiento de ninguna de las funciones del psicólogo clínico. En la brevedad de sus obras, y de forma implícita (Rodríguez Martín, 2009), Edward Bach recorre un camino para convertir al consultorio médico del futuro «en un centro de orientación y psicoterapia, donde además deberán realizarse labores de prevención y promoción de salud». (p. 11)

Ahora bien, en estos momentos se requiere por razones técnicas y éticas el uso de las EF como recurso terapéutico en el entorno de las acciones de intervención psicológica (Zaldívar, 2007), y específicamente en relación con la psicoterapia. La definición que se toma de psicoterapia es la ofrecida por Zaldívar, Vega y Roca (2004): «conjunto de conocimientos, actitudes, recursos terapéuticos y habilidades terapéuticas empleadas en el marco de una relación profesional de ayuda psicológica, en el tratamiento de los trastornos y los problemas de personalidad». (p. 3)

Estos autores plantean que existen tres categorías para los recursos terapéuticos: (1) psicológicos, basados en los aspectos comunicativos de la relación, (2) biológicos, la acción sobre neurotransmisores que inducen cambios físicos, psicológicos o conductuales, y (3) ambientales y sociales, acciones vinculadas básicamente con modificación de roles, estatus o cambio de ambiente del sujeto. ¿En cuál de ellos se ubican las EF?

Ciertamente, aunque las EF carecen de principios activos, las particularidades de su efecto sobre el SNC (Rivas y Cárdenas, en prensa), permitirían ubicarla como un recurso biológico. Sin embargo, hoy

existe evidencia a su vez, de la acción «biológica» de los recursos psicológicos (Lingan y Kay, 1998; citados por Torres-Torrija, 2009): «en tanto proceso de aprendizaje, la psicoterapia actúa en la psinapsis al igual que los psicofármacos, lo que produce nuevas conexiones e incluso cambios estructurales en el cerebro» (p. 186), Eric Kandel (2001) llega más lejos, al afirmar:

«Resulta fascinante pensar que, en tanto la psicoterapia tiene éxito en modificar la conducta, puede que lo haga provocando alteraciones en la expresión de los genes. Si es así, el éxito del tratamiento psicoterapéutico de la neurosis o de los trastornos del carácter deberían producir también alteraciones estructurales en el sistema nervioso [...] El desarrollo, las hormonas, el estrés, la adicción a drogas, el alcoholismo y el aprendizaje son factores que modifican la expresión de los genes alterando la unión de proteínas reguladoras de la transcripción entre sí y con las regiones reguladoras de los genes. Es probable que al menos algunas enfermedades neuróticas (o componentes de las mismas), así como diferentes formas de drogadicción, sean el resultado de defectos reversibles de la regulación de los genes». (pp. 1276-1277)

Entonces, se hace necesario aclarar que el patrón de información que se almacena en el agua y se transmite al organismo (Rivas, 2009), opera sobre los neurotransmisores de forma más cercana a los recursos psicológicos, pero no puede ser circunscrito a estos al no basar su efecto en los aspectos comunicativos de relación. Las EF pudieran considerarse, en este sentido, como psicomoduladores. (Rivas y Cárdenas, en prensa)

A diferencia de los psicofármacos, con las EF no se reportan interacciones, efectos adversos o contraindicaciones, y pueden ser utilizadas sin necesidad de supervisión médica. Lo anteriormente expresado, unido a que la indicación se basa en el diagnóstico de emociones, estados de ánimo o estilos de personalidad característicos, convierten al psicólogo en el profesional idóneo para ejercer la prescripción clínica de las mismas.

Sin embargo, consideramos que el instrumento de la psicoterapia lo constituye la movilidad de la actividad psíquica o mental del enfermo en los marcos de una relación de ayuda. En este sentido se consideran las EF como un recurso complementario de la acción psicoterapéutica.

Partiendo de estos presupuestos y otros que puedan omitirse en el presente análisis, consideramos que la misión investigativa de la Psicología en relación con las esencias florales debe dirigirse hacia las direcciones siguientes:

1. Relacionar su eficiencia terapéutica con determinados estados emocionales y características personalógicas del paciente, distanciándose hasta donde sea necesario de los modelos emocionales

conjeturados por Edward Bach. Área en la que se han venido realizando investigaciones (GC-Bach, 2009).

2. Investigar las potencialidades de su uso y empleo eficiente como recurso complementario de la acción psicoterapéutica, con el cuidado y rigor ético de no confundir la mera prescripción de las EF como un acto psicoterapéutico.

3. Investigar sobre la base del concepto de mediatización (Vygotski, 1997b), el efecto que pueden provocar las EF en el plano intrapsicológico. Para ilustrarlo se realiza un análisis especulativo de la mediatización en Lach, cuyo patrón transpersonal (Orozco, 2010) supone una acción sobre «todo lo que suponga una limitación [...], tanto física como psíquica» (p. 243). En este sentido se produciría una mejora en la disposición al rendimiento en la actividad, con sus consecuencias sobre el desempeño. Esto reforzaría el proceso autovalorativo y por tanto afectaría de forma favorable la autoestima.

El severo pero imparcial análisis realizado lleva al psicólogo a plantearse la utilización de las esencias de las flores, pero haciéndolo desde la esencia de la Psicología y sobre todo, protegiendo la esencia de la Psicología.

Conclusiones

En primer lugar, el tipo de estudio e investigación que se propone para las EF se define como científico, pues las principales ideas esbozadas pueden transformarse en hipótesis para, de esta forma, ser contrastadas mediante la experimentación y ser verificadas o falsadas.

En segundo lugar se han ilustrado las dificultades teórico-metodológicas que encierra el término placebo, partiendo desde su definición hasta la separación de su efecto de las distintas modalidades de intervención: psicológica o farmacológica.

Por último, se han analizado las razones que permiten incluir las EF como un recurso complementario de la acción psicoterapéutica, y se arriba al supuesto de que es el psicólogo, el profesional más idóneo para realizar un uso efectivo de las mismas.

- Alvaredo-Mateo, J.C. (2009). Evaluación de la ansiedad ante un curso de matemáticas. Universidad de Puerto Rico. Recinto Universitario de Mayagüez. Disponible en <http://www.scribd.com/doc/22472175/tesis-completa>.
- Aguilar, E. (2006). Neurobiología del efecto placebo. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 7(4), 300-307.
- Anguera, M. T. (2010). Metodología cuantitativa y cualitativa. En C. Izquierdo y A. Perinat (Coords.), *Investigación en psicología de la comunicación. Nuevas perspectivas conceptuales y metodológicas*, Barcelona: Armentia, 209-229.
- Anguera, M. T. e Izquierdo, C. (2006). Methodological approaches in human communication. From complexity of situation to data analysis. In G. Riva, M. T. Anguera, F. Mantovani & H. Wierderhold. (Coord.), *From communication to presence. Cognition, emotion and culture towards the ultimate communicative experience*, Amsterdam: IOS Press, 203-222.
- Arana, J. M.; Melián, J. J. y Pérez, E. (2006). El concepto de Psicología. Entre la diversidad conceptual y la conveniencia de unificación: apreciaciones desde la Epistemología, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8 (1), 111-142.
- Ariely, D. (2008). *Las trampas del deseo*. Barcelona: Leader Sumaries.
- Avia, M. D. (1987). Los efectos del placebo en la psicología experimental y clínica, *Estudios de Psicología*, 31, 21-25.
- Avia, M. D.; Senén, J. y Simón, A. (1987). La falacia de la validación personal: más efectos placebo, *Estudios de Psicología*, 31, 11-18.
- Bach, E. (194). *Cúrese usted mismo*. En J. Barnard (Ed.) *Obras completas del doctor Bach* (pp. 137-66). Barcelona: Ibis.
- Bayés, R. (1982). El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre, *Análisis y modificación de la conducta*, 8 (18), 259-280.
- _____. (1987a). El efecto placebo en los procesos de cambio terapéutico. *Estudios de Psicología*. 31: 71-81.
- _____. (1987b). Aportaciones del conductismo a la Salud Mental Comunitaria, *Estudios de Psicología*, 31, 92-110.

- Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo, *Journal of the American Medical Association*, 159, 1602-1606.
- Calviño, M. (2005). *Temas de Psicología y Marxismo: tramas y subtramas*. Ciudad de La Habana: Félix Varela.
- Campagne, D. M. (2002). La gradación del efecto placebo. Un estudio N=1, doble ciego, con belladona homeopática 30C, *Psiquis*, 23 (4), 148-154.
- Campo-Redondo, M. (2004). Epistemología y Psicoterapia, *Opción*, 20 (44), 120-137.
- Choliz, M. y Capafons, A. (1991). Un intento de reconceptualización del fenómeno placebo, *Psicothema*, 3(2), 319-336.
- Colom, F. (2000). El problema de la evaluación en las intervenciones psicológicas, *Interpsiquis* (1er Congreso Virtual de Psiquiatría), Consultado el 12 de abril de 2010 <http://hdl.handle.net/10401/1211>.
- Critelli, J. W y Newman, K. F. (1987). Placebo: análisis conceptual de un constructo en transición, *Estudios de Psicología*, 31, 27-39.
- Demirdjian, G. (2006). Historia de los ensayos clínicos aleatorizados, *Archivos argentinos de pediatría*, 104(1), 56-61.
- Duckworth, A. L, Steen, T. A y Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice, *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-51.
- Eysenk, H. J. (1994). Psicoanálisis y terapia de conducta: el error freudiano, *Psicología Conductual*, 2 (2), 149-164.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shetlton, R.C. y Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis”, *JAMA*, 303 (1), 47-53.
- García, A. (2001) “El efecto placebo: ¿un enigma para la ciencia del siglo XXI?, *Interpsiquis*, Consultado el 12 de abril de 2010, en http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/2715/.
- GC-Bach. (2009). *Cuadernos de Investigación I*. Santa Clara: Feijóo.
- González, F. (1996). *Problemas epistemológicos de la psicología*, Ciudad de La Habana: Academia.
- González, P., de Benedetto, M. A. y Ramírez, I. (2008). El arte de curar: el médico como placebo, *Atención Primaria*, 40 (2), 93-5.
- González, R. (2004). Los efectos placebo de la relación médico-paciente, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20, 5-6

- Guerra, L. y Quevedo, T. (2009). Terapia Floral: representaciones sociales. En GC-Bach, Cuadernos de Investigación I, Santa Clara: Feijóo, 6-24.
- Hrobjartsson, A. (1996). The uncontrollable placebo effect, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 50 (15), 345-348.
- Kandel, E.R. (1999) *Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited*, *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- _____. (2001). Mecanismos celulares del aprendizaje y sustrato biológico de la individualidad. En E. Kandel, J. Schwartz y T. Jessel, *Principios de neurociencias* (pp.1247-79), Barcelona: McGraw-Hill.
- Kaptchuk, T. J. (1998). Powerful placebo: the dark side of the randomized controlled trial, *Lancet*, 321(9117), 1722-1725.
- Ker, M.E., Stadler, J., Viljoen, M. (2000). The Role of Placebo and the Placebo Response in Clinical Research, *Geneeskunde: The Medicine Journal*, 42 (8).
- Khan, A., Leventhal, R.M., Khan, S.R. & Brown, W.A. (2002). Severity of depression and response to antidepressants and placebo: an analysis of the Food and Drug Administration database, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22 (1), 40-45.
- Kienle, G.S & Kiene, H. (1997). The powerful placebo effect: fact or fiction?, *J. Clin Epidemiol Dec*. 50 (12): 1411-8
- Kirsch, I y Sapirstein, G. (1998) «Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Antidepressant Medication». *Prevention & Treatment*, Volume 1, Article 0002a, posted June 26.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., Johnson, B.T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration, *PLoS Medicine*, 5 (2), e45.
- Lahuerta, J, García, D., Casas, M. y Baca, E. (2004) ¿Es ético realizar ensayos clínicos controlados con placebo en el desarrollo de un nuevo fármaco para el trastorno depresivo mayor? (VII), *Medicina Clínica* (Barcelona). 123(15): 585-90.
- Machado, P.P. (1994). Retos actuales en la investigación en psicoterapia, *Psicología Conductual*, 2 (1), 113-120.
- Mariñelarena-Donceda, L. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia, *Fundamentos en Humanidades*, 9 (2), 55-69.
- Martín, D. W. (2008). *Psicología experimental ¿Cómo hacer experimentos en psicología?* (7ª. edición, México D. F: CENGAGE Learning.

- Millon, T. y Davis, R. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV, Barcelona: Masson.
- Montero, I. y León, I. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 115-127.
- Morón, F. y Levy, M. (2002). Farmacología general. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
- Najmanovich, D. (2001). Pensar en la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia, *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 6 (14), 106-111.
- Orozco, R. (2010). Flores de Bach. 38 caracterizaciones dinámicas, Barcelona: El Grano de Mostaza.
- Pérez, M y Martínez, J. R. (1987). Psicología del “efecto placebo” y fundamentos para su uso clínico intencionado, *Estudios de Psicología*, 31, 82-115.
- Piloto, L. y Romero, D. (2009). Beneficios del Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach para el tratamiento de la ansiedad en internos con trastorno adaptativo crónico. Tesis en opción al título de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas (Inédito, fecha de defensa: julio de 2009).
- Ramos, J. M. (2007). Efecto placebo y dolor: bases cerebrales, *Neurología*. 22(2), 99-105.
- Rivas, S. (2009). Mecanismos de acción de las esencias florales: una aproximación. En GC-Bach, Cuadernos de Investigación I, Santa Clara: Feijóo, 102-119.
- Roca, M. A. (2000). Psicología Clínica. Una visión integral, Ciudad de La Habana: Félix Varela.
- Rodríguez Martín, B. (2009). El Sistema Diagnóstico-Terapéutico de Edward Bach: apuntes para una sistematización necesaria. Hereford: Twelve Healers Trust.
- Rodríguez Martín, B. y Orozco, R. (2005). Inteligencia emocional y flores de Bach. Tipos de personalidad en psicología contemporánea, Barcelona: Índigo.
- Saldaña, C. (1987). Entrevista con J. D. Frank, *Estudios de Psicología*, 31, 3-8.
- Sotolongo, P. (2009). La incidencia en el saber social de una epistemología ‘de la complejidad’ contextualizada, En Curso de Pensamiento y Ciencias de la Complejidad, Facultad de Psicología, Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas, 11-15 de mayo de 2009.
- Tempone, S. G. (2007). El placebo en la práctica y la investigación clínica, *Anales de Medicina Interna*, 24 (5), 249-252.
- Torres-Torrija, J. (2009). Psicoterapia y Psiquiatría: una relación paradójica, *Salud Mental*, 32 (3), 185-187.

- Vieta, E., Martínez, A., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Comes, M., Reinares, M., Bernabarre, A., Goikolea, J. M., Corbella, B. y Colom, F. (2002). Nuevos eutimizantes: cuestiones metodológicas relativas a los ensayos clínicos controlados con placebo, *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 36 (2), 390-392.
- Villamarín, F. (1987). Evaluación de las expectativas en las investigaciones sobre tratamientos psicológicos, *Estudios de Psicología*, 31, 117-124.
- Vygotski, L.S. (1997a). El significado histórico de la crisis de la psicología. Una investigación. En A. Alvarez y P. Del Río (Eds.), *Obras escogidas (Tomo I)*, Visor: Madrid.
- _____. (1997b). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. A. Álvarez y P. Del Río (Eds.), *Obras escogidas (Tomo III)*, Visor: Madrid.
- Payer, T. D., Rilling, J. K., Smith, E. E., Sokolik, A., Casey, K. L., Davidson, R. J., Kosslyn, S. M., Rose, R. M. & Cohen, J. D. (2004). Placebo-Induced Changes in fMRI in the anticipation and experience of pain, *Science Magazine*, 303 (5661), 1162-1167.
- Wharren, C. G. y De Cunto, C. (2004). Medicinas alternativas: un tema que no puede ser ignorado. *Archivos argentinos de pediatría*, 102 (2), 85-87.
- Zaldívar, D. (2007). *La intervención psicológica*. Ciudad de La Habana: Félix Varela.
- Zaldívar, D., Vega, R. y Roca, M. A. (2004). *Psicoterapia general*, Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales.