

INFERMERIA



escoles universitàries
gimbernàt



ADSCRITA A LA **UB** **CEI**
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA
INTERNACIONAL

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernàt

**Trabajo final de Grado
Curso académico 2013-2014**

Uso de la terapia floral en enfermería

Saskia Montes Rodríguez

Montserrat Edo Gual

Sant Cugat del Vallès, Junio 2014

Índice

	Pág.
Abstract.....	4
Introducción.....	6
Objetivos	8
Desarrollo.....	8
Antecedentes históricos de la terapia floral.....	8
Prehistoria.....	8
Asia y Antiguo Egipto.....	9
Antigua Grecia (1200 aC - 700 aC) y Imperio Romano (27 aC - 476).....	10
India y Avicena.....	10
Descubrimiento de América.....	11
Edad Media.....	12
Edad Moderna y Contemporánea.....	12
Los aceites esenciales en la terapia floral.....	13
Composición de los aceites esenciales.....	14
Procedimientos para la obtención de los aceites esenciales.....	14
Vías de administración de la terapia floral.....	15
Indicaciones de la terapia floral.....	17
La terapia floral en pacientes oncológicos.....	17
La terapia floral en trastornos ginecológicos y obstétricos.....	18
Flores de Bach y obstetricia.....	21
La terapia floral en pediatría.....	21
La terapia floral en el ámbito de la salud mental.....	22
La terapia floral y síntomas del sistema digestivo.....	24
La terapia floral y síntomas del sistema circulatorio.....	25
La terapia floral y trastornos dermatológicos.....	26

La terapia floral y Diabetes Mellitus.....	26
Estudios in vitro sobre la eficacia de la terapia floral.....	27
Utilización, regulación y praxis de las terapias complementarias.....	28
Europa.....	28
Asia.....	30
América.....	31
Australia.....	32
Utilización, regulación y praxis de las terapias complementarias en España y Catalunya.....	32
Terapia floral y rol de enfermería.....	34
Conclusiones.....	39
Bibliografía.....	41
Anexo.....	1

Abstract

La terapia floral es utilizada cada vez más popular para la población a pesar de haber formado parte de la humanidad a lo largo de la historia. La técnica de la terapia floral se realiza a partir de procedimientos no invasivos como los masajes, la inhalación, los baños terapéuticos, entre otros mediante la utilización de los aceites esenciales. Los aceites esenciales son extraídos de distintas partes de cada planta a través de varios métodos. Dependiendo de su composición química presentan unas propiedades u otras. Su efectividad es contemplada en distintas especialidades como la oncología, la salud mental, ginecología y obstetricia entre otros. Además estudios refieren óptimos resultados en investigaciones in vitro concluyendo en ellas que sus propiedades podrían contribuir a la creación de nuevos medicamentos. La regulación de las terapias complementarias y de la terapia floral no es homogénea para todos los países. En algunos países está integrada dentro del sistema de salud mientras que en otros como en España y Cataluña no está regulada por la legislación. Enfermería es el profesional más indicado para ejercer la práctica de la terapia floral ya que mediante la terapia floral le permite realizar a través de un rol autónomo un cuidado holístico del paciente aumentando así la satisfacción del usuario y la suya propia como profesional. Es por esto que es importante realizar investigaciones en terapia floral para así poder introducir en nuestro sistema de salud una medicina integrativa y proporcionar al personal de enfermería una formación específica para proporcionar una asistencia profesional y de calidad.

Nowadays, the floral therapy is increasing ever more in use, even though its practice has been utilized since the dawn of humanity. The technique of the floral therapy is based on non-intrusive procedures, like massages, inhalations, therapeutic baths or the use of essential oils. These oils are extracted from different parts and types of plants, with various techniques. And depending on their chemical composition their properties vary. The oil efficiency is contemplated in different medical treatments like, oncology, mental health, gynecology, obstetrics and others. Furthermore, studies have shown excellent results regarding investigations in vitro, concluding that its properties can contribute in the creation of new medications. The regulation of the complementary therapies and floral therapies is not equal to all countries. In some countries these practices are integrated within the healthcare, on the contrary, in countries like Spain, they are not regulated by the legislation. Nursing is the most indicated profession to utilize the floral therapy, as this practice permits realizing holistic care of the patient independently, increasing the satisfaction of both: the client and the medical professional. Investigations in floral therapies are important for the medical community, for this practice to be integrated into our healthcare system. They are also important to provide the nurses with specific skills, which will lead to a more complementary medical assistance.

Palabras claves: terapia floral, enfermería.

Keywords: floral therapy, nursing.

Introducción

En la actualidad, cada vez coexiste más la medicina tradicional con la medicina complementaria, que es usada por un 80% de la población (OMS, 2002), ya que permiten satisfacer algunas de las necesidades sanitarias de la población. Una encuesta realizada en el año 1997 muestra que en los Estados Unidos el 38% de la población utilizaba terapias complementarias. Su uso también se ha extendido a otros países, como Australia, donde un 62% de la población las utiliza (Potts, 2009), Bélgica con un 31% de uso, Francia con un 49% o Canadá con un 70% (MSSSI, 2011); en Reino Unido, el 40% de la población las utiliza, son aconsejadas por médicos alopáticos dentro del sistema sanitario 40% (Buckle, 2007). Con frecuencia la medicina tradicional y la medicina complementaria se confunden dándose un incorrecto uso de los mismos. La medicina tradicional es aquella resultante de la suma total de conocimientos, capacidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (OMS, 2014). Por su parte, la medicina complementaria es aquella medicina que no se encuentra integrada en la tradición del país ni en su sistema sanitario (OMS, 2014).

A lo largo de la historia, culturas como la asiática, árabe, nativa americana, oceánica o latinoamericana han utilizado y desarrollado un sistema de medicina tradicional. En el caso de Europa y Norteamérica incluye la homeopatía, la osteopatía, la reflexología podal, las sales de Schüssler (medicamento homeopático basado en los compuestos inorgánicos presentes en las células del organismo), o la terapia floral. A partir del siglo XVIII y tras la introducción de la medicina alopática, las terapias mencionadas pasan a formar parte de la medicina alternativa.

Dentro de la medicina alternativa, cabe destacar la terapia floral, relacionada con la naturopatía y que forma parte del grupo de terapias herbales (Tillett y

Ames, 2010). Esta terapia utiliza los aceites esenciales de las plantas para tratar afecciones físicas, mentales y emocionales considerándose una terapia holística (Aranda y Ramírez, 2004).

En referencia a la regulación en la praxis de la medicina tradicional y alternativa no existe consenso entre los diferentes países. Existen países como China, en los que la medicina tradicional se encuentra integrada en el sistema de salud del país. En otros países, como Israel (Shuval y Averbuch, 2012), es utilizada por 1.7 millones de israelitas, a pesar de no estar regulada a nivel estatal. En nuestro país, las terapias complementarias no están reguladas y aunque cada vez existe más demanda por parte de los usuarios, su utilización aún es menor que en otros países.

La terapia floral se utiliza en distintas especialidades médicas como la oncología, la ginecología o la salud mental. Además varios estudios realizados mediante prácticas in vitro han concluido que la terapia floral podría ser beneficiosa para la creación de futuros medicamentos. En este contexto, considerando que los principales objetivos de la terapia floral son proporcionar confort y aumentar el bienestar del paciente, se sugiere que el personal de enfermería es el más adecuado para la práctica de esta terapia ya que las competencias enfermeras incluyen el cuidado holístico de la persona, así como disminuir su sufrimiento y aumentar su bienestar. En este sentido, en países como Reino Unido y Australia la terapia floral forma parte de las competencias diarias de la práctica profesional de enfermería.

Por todo lo expuesto anteriormente es importante profundizar en el conocimiento de la terapia floral, sus indicaciones, su praxis y el rol de enfermería en este ámbito.

Objetivos

- Explicar el uso de la terapia floral y su evolución a lo largo de la historia.
- Describir las indicaciones y efectos de la terapia floral en diferentes trastornos de salud.
- Identificar el papel de enfermería en la aplicación de la terapia floral dentro del sistema sanitario.
- Conocer la regulación de la práctica de las terapias tradicionales y alternativas, en especial de la terapia floral y su situación en España y Cataluña.

Desarrollo

Antecedentes históricos de la terapia floral

La terapia floral es una terapia que forma parte del grupo de las terapias herbales, por lo que para entender su uso y orígenes debe incluirse la explicación de la historia de la terapia herbal y su uso dentro de la historia de la medicina.

Prehistoria

Nuestros ancestros se dedicaban a la recolección y la caza. Para poder llevar a cabo estas actividades debían de observar su entorno y la naturaleza para poder así abastecerse de la mejor manera posible. El tratamiento de sus patologías se basaba principalmente en el empirismo, descubriendo así hierbas curativas y detectando las que eran tóxicas para el organismo (Cortez - Gallardo, Macedo - Ceja, Hernández - Arroyo, Arteaga - Aureoles, Espinosa - Galván, Rodríguez - Landa, 2004).

Asia y Antiguo Egipto

Ya en el año 2500 aC los ideogramas sumerios mencionan varias medicinas de origen de herbal, y distintas tablillas de origen mesopotámico muestran una lista de 250 plantas distintas. Uno de los primeros documentos es el Códice de Hammurabi en el cual se recogen numerosos remedios a base de plantas. La medicina babilónica se basaba principalmente en el uso de remedios de origen vegetal. Entre las hierbas utilizadas más destacadas se encuentran el beleño, el eléboro, la mandrágora, el cáñamo y la adormidera (Cortez - Gallardo et al. 2004).

En China el Pen Tsao o Gran Herbal fue escrito bajo la dinastía del emperador Shen Nung (1000 aC – 700 aC). En el Gran Herbal se mencionan más de 350 plantas y remedios distintos como el cannabis o el opio utilizado contra la disentería (Brailowsky, 1995). Los antiguos egipcios fueron la primera civilización en estudiar las diversas enfermedades y sus causas, porque sanaban o morían las personas. (Cortez - Gallardo et al. 2004). En este contexto, los aceites esenciales formaban parte de su vida cotidiana ya que eran utilizados en los rituales, la astrología, la cosmética, la medicina e incluso en los famosos embalsamientos. Las esencias aromáticas eran mezcladas por sacerdotes y alquimistas para elaborar medicamentos y perfumes. En 1500 aC se escribió el papiro Ebers en el cual se enumeran más de 800 recetas y remedios. Gracias a otros manuscritos sabemos también que los egipcios utilizaban por ejemplo, una mezcla de miel, aloe, antimonio y mirra para la curación de la fiebre del heno o un remedio para la contracepción, introduciendo una pasta en la vagina a base de acacia, miel, dátiles y coloquinto la cual fermentaba produciendo una acción espermicida. Respecto a los embalsamientos se ha encontrado en las vendas de las momias, resinas como el gálbano y especias como el clavo, la canela y la nuez moscada, utilizadas por su gran capacidad conservante para mantener al máximo la integridad de los cadáveres. (Ryman, 1994).

Antigua Grecia (1200 aC - 700 aC) y Imperio Romano (27 aC - 476)

En la Antigua Grecia, Hipócrates (460 aC - 370 aC) afirmaba que para mantenerse sano se debía realizar diariamente un baño perfumado y un masaje con gotas de aceites esenciales. Tampoco ignoró las propiedades desinfectantes de ciertas plantas y aconsejó su quema en las esquinas de las calles para prevenir el contagio y expansión de la epidemia de Atenas (430 aC). (Ryman, 1994).

En el Imperio Romano (27 aC – 476) fue también importante la aportación de Dioscórides (40 dC – 90 dC) cirujano del ejército de Nerón, quien escribió “De Materia Médica”, un tratado extenso sobre las propiedades y uso de las plantas medicinales. También fue Dioscórides quien a través de la decocción del sauce aliviaba los dolores producidos por el ácido úrico. Los preparados eran realizados por los esclavos principalmente; sus conocimientos de las hierbas se deben a los etruscos, grandes conocedores de las mismas (Cortez - Gallardo et al. 2004).

India y Avicena

En los países islamistas destaca la figura de Avicena (980 dC – 1037 dC), personaje muy importante dentro de la historia de la terapia floral, ya que fue quién inició el proceso de destilación para la extracción de las esencias de las plantas, siendo algunas de sus reglas todavía vigentes en la actualidad. (Ryman, 1994).

En la India la práctica de la cirugía era ya muy avanzada, y por ello utilizaban muchas plantas con propiedades anestésicas y narcotizantes. Además fueron los primeros en utilizar ungüentos, infusiones, maceraciones y electuarios. (Cortez - Gallardo et al. 2004). Para la industria de los aceites esenciales los conocimientos de la medicina hindú fueron muy importantes, ya que conocían que dependiendo de la hora de recolección de la planta,

ésta presenta mayores propiedades. Por ejemplo, la amapola produce cuatro veces más cantidad de savia por la mañana que por la noche, y el jazmín al tener un perfume más fuerte al atardecer su aceite esencial tiene más principios activos si sus flores son recogidas por la noche. (Cortez - Gallardo et al. 2004 y Ryman, 1994).

Descubrimiento de América

Gracias al descubrimiento del continente americano los conocimientos ya adquiridos fueron reforzados por los chamanes indígenas. Los preparados más frecuentes se aplicaban en forma de emplastos, aceites, ungüentos, infusiones y cocimientos. La cultura que más ha aportado estos conocimientos es la azteca, así como la cultura maya con amplios conocimientos de cirugía, quiropráxia y terapia herbal. También los mayas utilizaban los baños calientes y el vapor de hierbas para tratar distintos dolores (Cortez - Gallardo et al. 2004).

Edad Media

El continente europeo no utilizó las propiedades de las plantas hasta el siglo VIII y la primera extracción de esencia de romero no se llevó a cabo hasta el siglo XIII. Dos siglos después, en Europa se destilaban una decena de aceites esenciales: almendra amarga, rosa, espliego, canela, salvia, eneldo... y en el siglo XVI la cantidad ya superaba los 50 aceites esenciales y comenzaba la destilación industrial del espliego en la Provenza Francesa.

Edad moderna y Edad Contemporánea

Durante la epidemia inglesa de 1666 se utilizaban a modo de collar las esencias de clavo y ajo debido a su poder antiséptico. En el siglo XVII la mayoría de esencias ya habían sido destiladas.

Durante los siguientes años, el aceite esencial sólo se utilizaba como perfume siendo un bien muypreciado por la alta sociedad. Es a partir de este hecho que se empiezan a crear los aceites sintéticos. Por otro lado, la medicina moderna introducida en Europa en el siglo XIX, sustituyó a la terapia floral generando, en este sentido, una etapa de decadencia. (Ryman, 1994)

En el siglo XX el químico francés René Gattefosse (Ryman, 1994) se quemó en uno de sus experimentos y utilizó el aceite de lavanda para curar la quemadura observando grandes mejoras. A partir de este incidente, empezó a estudiar las propiedades medicinales de los aceites esenciales. Sus conocimientos fueron utilizados durante la Primera Guerra Mundial (1914 - 1918) utilizando aceites de clavo, limón, tomillo y manzanilla. Las aplicaciones fueron también utilizadas durante la Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945) como desinfectantes y antisépticos para evitar la gangrena, curar quemaduras y sanar heridas en corto espacio de tiempo, además de fumigar los pabellones de los hospitales y esterilizar el instrumental quirúrgico (Ryman, 1994).

Finalmente es en este mismo siglo surge la figura del Dr. Edward Bach (1886 – 1936), médico, cirujano y patólogo además del creador del método terapéutico de las flores de Bach. Las flores de Bach son un conjunto de 38 remedios elaborados a partir de la decocción en agua de flores de la región de Gales diluidas en brandy (Ver Anexo, tabla 1). Las Flores de Bach están indicadas para la mejora de los trastornos mentales leves. Para su conservación se utilizan gotas de brandy, vinagre de vino o manzana, jarabe de arce, glicerina vegetal o coñac. Los remedios son dispensados en

dosificaciones homeopáticas y no presentan interacciones con ningún otro medicamento. La dosis administrada suele ser de al menos 4 gotas, cuatro veces al día y se ingieren con un poco de agua, leche o zumo. Si se trata de una situación urgente se puede administrar la dosis cada pocos minutos, en casos graves cada media hora y en casos crónicos cada dos o tres horas. El efecto se relaciona con la frecuencia de las tomas (Muñoz, 2007). Las 38 esencias florales se encuentran clasificadas en cinco grupos según la emoción a tratar. Además existe un compuesto de emergencia: Rescue Remedy. El Rescue remedy está formado por cinco (Star of bethlehem, Rock rose, Cherry plum, Impatiens y Clematis) de las 38 esencias y es utilizada para combatir el miedo, la sensación de pánico, el shock y la sensación de perder el control (Muñoz, 2007).

El Dr. Bach afirmaba que el uso de esta terapia floral concreta está destinado al alivio de los desequilibrios psicoemocionales y de carácter, como la impaciencia, miedo, angustia, incertidumbre, ira, confusión, timidez, entre otros ya que su persistencia en la persona pueden causar patología física. El Dr. Bach basó su uso en la hipótesis de que la enfermedad es consecuencia del desequilibrio en la dimensión emocional y mental de la persona (Tresidder, 2013).

Los aceites esenciales en la terapia floral

Algunas plantas medicinales tienen un alto contenido en aceites esenciales, que se almacenan en sus células, tallo, corteza, flores, hojas, semillas y raíces (Aranda y Ramírez, 2004, Tillett y Ames, 2010 y Pérez, 2007). Según Aranda, para considerar una planta medicinal como una planta aromática ha de contener más de 0.1% de aceite esencial (Aranda y Ramírez, 2004).

Composición de los aceites esenciales

Los distintos aceites esenciales están compuestos de ésteres, alcoholes, aldehídos, terpenos, sesquiterpenos, cetonas, fenoles, éteres, y óxidos. Dependiendo de las concentraciones de los distintos grupos químicos que forman el aceite esencial, cada aceite tendrá unas propiedades u otras. Por ejemplo, las propiedades relajantes son propias de los aceites esenciales con una alta concentración de ésteres, como el de lavanda (Blunt, 2010) mientras que las propiedades energéticas se producen por una alta concentración de alcohol en los aceites esenciales como, por ejemplo, en el aceite esencial de cilantro (Blunt, 2010). (Ver anexo, tabla 2)

Para identificar sus componentes y determinar la aplicación terapéutica de cada aceite esencial se utiliza la cromatografía gaseosa y la espectrometría de masas. La calidad y composición de los aceites esenciales depende del clima y de la destilación de la planta. (Tillet y Ames, 2010). También es importante la variedad de especie de la planta ya que dependiendo de la variedad tendrá unas propiedades u otras. Por ejemplo, existen 3 variedades distintas de lavanda, 60 de tomillo y 600 de eucalipto (Buckle, 1998).

Procedimientos para la obtención de los aceites esenciales

Para la obtención de los aceites esenciales, Aranda y Ramírez, 2004 hacen referencia a cuatro métodos:

- Destilación: proceso por el cual a través de vaporizar con presión la planta, su esencia se libera en forma de vapor y al enfriarse flota sobre el agua.
- Disolución: utilizada para extraer los aceites esenciales de flores delicadas como la rosa, el jazmín y los azahares. Las flores son lavadas con alcohol para que la esencia se disuelva en él. Seguidamente se realiza el proceso de destilación para condensar el aceite, llamado aceite absoluto al ser de gran calidad.

- Absorción: es el método más caro y costoso siendo únicamente utilizado para obtener el aceite esencial de nardo. En este caso, las flores frescas son colocadas entre láminas de vidrio y untadas con manteca de cerdo. Durante el proceso se van sustituyendo las flores secas por otras flores frescas mientras la manteca de cerdo se impregna de los aceites. Una vez impregnada la grasa se licua con alcohol durante varias horas para separar el aceite esencial de la grasa.
- Prensado: utilizada en los cítricos y esencias obtenidas de pieles y cortezas. En este caso las pieles y cortezas se prensan entre escudillas con púas colocadas una dentro de la otra. Estas se giran en sentido contrario y estallan las vesículas; el aceite esencial obtenido es recogido con una esponja.

Vías de administración de la terapia floral

Para la aplicación de la terapia floral se utiliza sobre todo la vía tópica y la vía nasal. En el caso de la vía nasal la recepción de los aromas se realiza a través del nervio olfatorio que conecta con el sistema límbico; también el córtex cerebral, organizado en 53 regiones distintas y 35 fibras distintas y la amígdala y el hipotálamo son dos regiones importantes para la recepción aromática (Buckle, 1998). En el caso de la vía tópica al ser los aceites esenciales liposolubles penetran a través de los conductos pilosebáceos, absorbiéndose en la hipodermis y entrando en contacto con los capilares y el torrente sanguíneo (Aranda y Ramírez, 2004).

La excreción de los aceites esenciales de nuestro organismo se produce a través del sistema urinario y a través del CO₂ expulsado durante la espiración (Maddocks - Jennings y Wilkinson, 2004).

Teniendo en cuenta que la terapia floral mayoritariamente se aplica por vía nasal y vía tópica, se identifican cinco procedimientos para su aplicación:

- **Inhalación:** Es una forma rápida y directa que permite la absorción de los aceites esenciales a través del sistema respiratorio. Dentro de esta modalidad están incluidos los baños de vapor, recomendados para personas con problemas respiratorios. Los baños de vapor se realizan introduciendo cuatro o cinco gotas de aceite esencial en un recipiente con agua hirviendo, seguidamente el paciente debe cubrirse la cabeza con una toalla e inhalar los vapores hasta que el vapor se acabe; en el caso de infección en el tracto respiratorio inferior se mezclarán de utilizarán de una a dos gotas de aceite esencial, si es una infección en el tracto respiratorio superior el número de gotas utilizadas de aceite esencial puede llegar hasta cinco. (Buckle, 1998). Este procedimiento está contraindicado en personas que padezcan asma.

- **Vaporización:** Mediante un difusor que contiene agua mezclada con aceite esencial se esparce a nivel ambiental en el espacio elegido. Otra forma de vaporizar es mediante un hervidero, que contiene por una parte un objeto que proporciona calor, por ejemplo una vela, y otra parte con un recipiente donde se introduce el agua mezclada con las gotas de aceite esencial. La vaporización se recomienda para trastornos como la depresión y ansiedad (Buckle, 1998) y también en problemas respiratorios (Buckle, 1998).

- **Baños aromáticos:** Es un procedimiento similar a la inhalación. El calor dilata los poros acelerando la penetración de los aceites esenciales. En este caso las gotas se disuelven en un aceite vegetal base como son los aceites de aguacate, almendra o germen de trigo; también se puede verter media taza de leche en el agua y agitar antes de echar las gotas de aceite esencial. Respecto al aceite esencial se iniciará el tratamiento con dos gotas para valorar la reacción que puede ocasionar. Una vez observada su tolerancia, se aplican 8 gotas más, es decir, un total de 10 gotas. La temperatura del agua también es importante en el propósito del baño, ya que el agua tibia produce relajación y es sedante, mientras que el agua caliente es más

tonificante; por otra parte, si la temperatura del agua es excesiva puede provocar debilitamiento.

- **Masajes terapéuticos:** Es el procedimiento más solicitado ya que estimula la circulación y el sistema nervioso. Para una mayor eficacia primero se ha de masajear y aplicar calor local para abrir bien los poros. Los aceites antes de ser aplicados se tienen que disolver (en 50 ml de aceite base se introducen un máximo de 20 gotas de aceite esencial). Es importante no mezclar más de cuatro aceites esenciales.

- **Compresas:** Su utilización más frecuente es en el caso de lumbalgias, hernias discal, artritis, cólicos menstruales, otalgia y furúnculos. Este es el procedimiento que reemplaza a los baños aromáticos y al masaje terapéutico en el caso que no se puedan realizar. En este procedimiento la preparación se realiza añadiendo diez gotas de aceite por litro de agua caliente, seguidamente sin remover el líquido se introduce la compresa, se escurre y se coloca en la zona afectada. Una vez la compresa se ha enfriado, se repite el procedimiento. El aceite esencial debe de ser diluido en un aceite vegetal, crema, gel o agua (Buckle, 1998).

Buckle,(2007, 1998) también hace referencia a otros procedimientos para la aplicación de la terapia floral, como las cremas ,enjuagues bucales, pesarios y supositorios.

Indicaciones de la terapia floral

La terapia floral en pacientes oncológicos

Boehm, Büssing y Ostermann, (2012) exponen que la terapia floral tiene efectos positivos en el dolor y la depresión en pacientes oncológicos terminales; estos autores explican que tras la inhalación de bergamota (*Citrus bergamia*), lavanda (*Lavandula angustifolia*) e incienso y la realización

de un masaje terapéutico con aceite esencial de lavanda o de manzanilla romana, observaron una disminución de los signos vitales como la tensión arterial y frecuencias cardiaca y respiratoria. Además, después de una semana, los mismos pacientes refieren sentirse más relajados y afirman que hacer gárgaras con aceite esencial mejora la mucositis provocada por la radioterapia en el caso de pacientes con cáncer de cuello. Khiewkhern, Promthet, Sukprasert, Eunhpinitpong y Bradshaw,(2013) relacionan un aumento de linfocitos con la la realización de un masaje thai con aceite esencial de jengibre (*Zingiber officinale*) mezclado con aceite de coco a paciente con cáncer colorrectal en tratamiento con quimioterapia; de manera más específica, después de este procedimiento los pacientes que reciben la terapia floral han aumentado ($p < 0.05$) el número de linfocitos con una diferencia de 218 linfocitos respecto el grupo control.; a su vez también se aprecia una disminución de la fatiga ($p < 0.01$), dolor ($p < 0.01$) y estrés/ansiedad ($p < 0.05$).

Srivastava, Shankar y Guptar (2010), mencionan las propiedades anticancerígenas de la manzanilla, y explican que el aceite esencial de manzanilla reduce la vascularización tumoral en distintos tipos de cáncer, y que induce la apoptosis de las células cancerígenas sin afectar a las células normales.

La terapia floral en trastornos ginecológicos y obstétricos

Marzouk, El – Nemer y Baraka, (2013) realizan un estudio para comprobar la efectividad de la terapia floral en mujeres con dismenorrea. Los resultados muestran que desde el primer día de menstruación las mujeres del grupo experimental expresan una mejoría significativa respecto el grupo control ($p < 0.05$). Tillet y Ames, (2010) refieren el uso de los aceites esenciales de manzanilla romana, menta, pimienta negra, romero, ylang ylang y mejorana dulce. En el caso de realizar un masaje terapéutico o compresas en el abdomen se utilizan los aceites esenciales de salvia, manzanilla romana,

angélica o mielenrama. Matsumoto, Asakura y Hayashi, (2013) exponen que la inhalación de aceite esencial de lavanda (*Lavandula angustifolia*), disminuye los síntomas del síndrome premenstrual demostrando su eficacia 15 minutos después de su inhalación ($p < 0.05$) y a los 25 minutos de inhalación ($p < 0.05$). Tillet y Ames, (2010) exponen el beneficio de los baños terapéuticos con aceite esencial de lavanda (*Lavandula angustifolia*) o aceite esencial de enebro para reducir la retención de líquidos; también explican el uso de el aceite esencial de nerolí, ylang ylang, salvia mediante masaje terapéutico, y que es útil para tratar el estrés; finalmente, exponen el uso del aceite esencial de geranio o enebro para la sensibilidad mamaria en mujeres que sufren el síndrome premenstrual.

Panda, Suneetha, Cleave y Suresh, (2012) afirman que el masaje abdominal realizado con aceites esenciales actúa a nivel del sistema límbico y ayuda a disminuir el dolor por endometriosis. Por otra parte, los síntomas de la menopausia debidos a la disminución de estrógenos en la mujer, también pueden ser tratados con terapia floral. Hur, Yang y Lee, (2007) explican que después de 8 semanas de recibir un masaje con aceites esenciales de lavanda, rosa y geranio, rosa y jazmín disminuyen los síntomas de diaforesis, melancolía, dolor artrítico y dolor muscular relacionados con el climaterio ($p < 0.05$). Por otro lado, Tillet y Ames, (2010), hacen referencia a la eficacia de la mezcla de aceites esenciales de nerolí, mandarina y salvia, aplicados en el plexo solar mediante un masaje terapéutico, para disminuir los síntomas de la menopausia.

Parece que para las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con receptores de estrógenos positivo es beneficioso el uso del aceite esencial de salvia e hinojo por su alta concentración de estrógenos.

Las mujeres diagnosticadas de cistitis pueden utilizar el aceite esencial del árbol del té aplicado a nivel vaginal, y/o aceites esenciales de enebro y pino aplicados mediante masaje a nivel abdominal. No obstante, el tratamiento de

la terapia floral no es sustitutivo del tratamiento antibiótico si este está prescrito (Tillet y Ames, 2010).

En el caso de infertilidad, parecen útiles los aceites esenciales de rosa, ciprés, ylang ylang, geranio, anís, hinojo y salvia ya que disminuyen el estrés y la ansiedad favoreciendo la fecundación (Tillet y Ames, 2010). Otras aplicaciones de los aceites esenciales en la mujer son el aceite esencial del árbol del té utilizado para la candidiasis vaginal, la vaginitis bacteriana y el virus del herpes simple, y el uso de aceite esencial de enebro y ciprés para la fibrosis de mama. Durante la gestación los aceites esenciales son utilizados para proporcionar un mayor confort y mejorar el estado emocional de la gestante. La dosis, el procedimiento de aplicación, la toxicidad del aceite esencial, la potencial toxicidad de los metabolitos y el aceite vehicular son factores importantes ante la aplicación de la terapia floral en una mujer gestante (Tillet y Ames, 2010).

Las vías y procedimientos de administración más utilizadas para aplicar los aceites esenciales son la dérmica, la inhalación y el masaje terapéutico. Se ha de considerar que los aceites esenciales con una concentración alta en fenoles, cetonas y los fenilpropanoides están contraindicados ya que al traspasar la barrera placentaria pueden ser tóxicos para el feto. Muchos terapeutas no realizan tratamientos de terapia floral en mujeres gestantes durante el primer trimestre de embarazo por el alto riesgo de aborto durante esta etapa (Tillet y Ames, 2010).

Los aceites utilizados en gestantes para problemas de insomnio son el aceite esencial lavanda y bergamota; en el caso de dolor lumbar están indicados el incienso, lavanda, manzanilla romana o pimienta negra; el ciprés o enebro están indicados para las hemorroides; en el caso de cefaleas se utilizan el ciprés, lavanda o albahaca; el incienso, menta y lavanda están indicados para los edemas, la manzanilla alemana para las fisuras anales y la manzanilla romana para la pirosis. También son utilizados de eucalipto (*Eucalyptus globulus*) para la congestión nasal; incienso (*Boswellia carteri*),

lavanda (*Lavandula angustifolia*) y rosa (*Rosa centifolia*) para para la ansiedad; eucalipto (*Eucalyptus globulus*), incienso (*Boswellia carteri*), manzanilla romana (*Chamaemelum nobile*) y lavanda (*Lavandula angustifolia*) para lo el dolor; jazmín (*Jasminum grandiflorum*), lavanda (*Lavandula angustifolia*) y ylang ylang (*Cananga odorata*) para la depresión; limón (*Citrus limon*) para aumentar el estado de ánimo; mandarina (*Citrus reticulata*), neroli (*Citrus aurantium var. flos*) y ylang ylang (*Cananga odorata*) para aumentar la relajación; menta (*Mentha piperita*) para las náuseas y vómitos y la manzanilla romana (*Chamaemelum nobile*) para el dolor lumbar. (Tillet y Ames, 2010).

Durante el trabajo de parto la terapia floral se utiliza para disminuir el estrés del parto. Dos de los aceites esenciales utilizados para el estrés intraparto son el de lavanda (*Lavandula angustifolia*) y el de incienso (*Boswellia carteri*). También se utilizan el aceite esencial de salvia (*Salvia sclerae*) para aumentar las contracciones uterinas.

Flores de Bach y paciente obstetricia

Muñoz, (2007) explica el uso de las Flores de Bach y sus beneficios como una terapia utilizada por las matronas. El estudio confirma que es una de las terapias más utilizadas para los procesos de adaptación a la gestación, al parto y en el puerperio. Las flores de Bach son útiles en casos de adaptación, miedo y partos traumáticos. Además también se utilizan ante problemas obstétricos de dificultad de concepción, abortos, amenaza de partos prematuros, cesáreas y situación de muerte perinatal (Ver anexo, tabla 3).

La terapia floral en pediatría

La terapia floral ha mostrado beneficios en niños con insomnio que sufren autismo (Mallow, Byars, Johnson, Weiss, Bernal, Goldman, Panzer, Coury, Glaze, 2012). En un estudio realizado en el Sheppard Pratt Hospital System

en Jefferson (Maryland), a 43 adolescentes con problemas psiquiátricos y crisis de agitación se les aplicó la inhalación de aceite de jojoba mezclado con el 3% de aceite esencial de ylang ylang (*Canang odorata*), orégano dulce (*Origanum majoranum*) y bergamota (*Citrus bergamia*) durante tres meses; los resultados mostraron que la frecuencia del uso de medicamentos de rescate fue disminuida. (Buckle, 2007). También es útil la utilización de manzanilla en neonatos de 2 a 8 semanas de vida que presentan cólicos, con una eficacia del 57%. Por otra parte también son útiles en el 85% de los casos de diarreas en niños entre 0 - 5 años (Srivastava et al., 2010).

La terapia floral en el ámbito de la salud mental

En el ámbito de la salud mental, la aromaterapia se utiliza en patologías mentales leves como la ansiedad (Zhang, Wu, Chen, Yao, Liu, Pan, Hu, Zhao, Xie, Jia, 2013, Cho, Min, Hur y Lee, 2013 y Fayazi, Babashahi y Rezaei, 2011), el insomnio (Cho et al., 2003) y el control de signos y síntomas de pacientes con demencia o patología psiquiátrica (Rao, Descamps, John y Bredesen, 2012, Buckle, 2007, Fu, Moyle y Cooke, 2013). Zhang et al., (2013) muestran un estudio realizado con 31 mujeres con leves síntomas de ansiedad a las que administraron la inhalación de 4 aceites esenciales: Lavanda (*Lavandula angustifolia*), salvia (*Salvia sclarea L.*), sándalo (*Santalum album*) y naranja (*Citrus sinensis*) durante 10 días. Después de comparar las analíticas de orina realizadas anterior y posteriormente a la inhalación, se observó que los niveles de arginina, homocisteína y betaína aumentaban, a la vez que disminuían los niveles de alcohol (threitol, sorbitol y histidinol), carbohidratos (inositol, sacarosa y xilosa), pirimidina y ácidos orgánicos. Cho et al., (2013) hacen referencia al uso de la terapia floral con aceites esenciales de lavanda, camomila y neroli para la disminución de la ansiedad, el insomnio y los signos vitales en pacientes con angioplastia hospitalizados en UCI; después de cuatro meses de investigación observaron una disminución de los niveles de ansiedad (t= -

4.90 $p < 0.01$) y una estabilización del insomnio. También hace referencia al uso del aceite esencial de lavanda para el insomnio en un total de 64 pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos cardíacos de los Hospitales de Al-zahra y Chamra, observando una diferencia significativa ($p < 0.01$) entre el grupo de estudio y el grupo control. Referente a la disminución de la ansiedad Fayazi, et al., (2011) hacen mención a la disminución significativa ($p < 0.01$) de la ansiedad en pacientes en periodo preoperatorio después de inhalar aceite esencial de lavanda.

Rao et al., (2012) explican en un estudio preliminar el uso de la terapia floral mediante el masaje terapéutico en pacientes diagnosticados de la enfermedad de Alzheimer y que presentan agitación. Fu et al., (2013) muestran los efectos positivos del aceite esencial de lavanda en pacientes con demencia hospitalizados en centros geriátricos que presentan crisis agresivas. Por otra parte, Buckle, (2007) expone que un estudio realizado por enfermeras en el Marie Health Center en Holyoke (Massachusetts), muestra unos resultados muy positivos en el caso de agitación en pacientes con demencia después de inhalar aceite esencial de lavanda francesa (*Lavandula angustifolia*). Los resultados del estudio demuestran que después de una semana disminuye la agresividad, la agitación y el nerviosismo de los ancianos. En el Ridgewood Healthcare Facility in Cromwell, (Connecticut) estudiaron el impacto de la inhalación de aceite esencial de bergamota (*Citrus bergamia*) en pacientes ancianos con patología psiquiátrica que necesitaban medicación psiquiátrica de rescate; el estudio duró cuatro semanas y durante las dos primeras semanas los pacientes recurrían a los fármacos de rescate. Tres de los sujetos ($n=10$) hacían uso de las máximas dosis de morfina, lorazepam, quetiapina, donepezilo hidrocloreuro, paracetamol, olanzapina y haloperidol.; durante las dos semanas en las que los usuarios recibieron la terapia floral, siete de los 10 pacientes mostraron efectividad en la disminución de la agitación después de la inhalación de los aceites esenciales. Actualmente el aceite esencial de bergamota se utiliza

como medicamento de rescate en primera opción. Holt, Birks, Thorgrimsen, Spector, Wiles y Orrell, (2009) hace referencia a que la terapia floral es la terapia alternativa más utilizada en el Reino Unido en pacientes con demencia.

En otro estudio realizado en Harris Methodist Medical Center en Forth Worth, (Texas) a 29 pacientes agitados del ámbito de cuidados paliativos, se les administró de manera tópica el 1% de aceite esencial de lavanda, sándalo e incienso en un gel de aloe vera a través de un masaje. Los resultados fueron muy positivos y actualmente son utilizados en pacientes paliativos que presentan dolor, disnea, insomnio y agitación. En el Scranton Hospice en Pennsylvania en un estudio con 20 pacientes ingresados, se constató que después de 20 minutos de masaje con aceite que incluía el 3% de aceite esencial de lavanda, en la totalidad de los pacientes disminuía la frecuencia cardíaca y respiratoria y el 70% de familiares afirmaron la disminución de síntomas físicos. Actualmente este procedimiento es utilizado por enfermeras del hospital para estas situaciones. Por último, en el Beth Israel Hospice en New York City actualmente utilizan como medida ante el dolor moderado y severo, aceite de semillas de uva mezclado con un 1% de aceite esencial de incienso en pacientes terminales (Buckle, 2007).

La terapia floral y síntomas del sistema digestivo

En una revisión bibliográfica realizada por Lua y Zakaria (2012) destaca que la inhalación del aceite esencial de menta puede ser eficaz para las náuseas y emesis secundarios a la administración de anestesia después de una cirugía ambulatoria. Referente a trastornos gastrointestinales van Tilburg, Palsson, Levy, Feld, Turner, Drossman y Whitehead, (2008), en un estudio sobre el manejo del dolor abdominal llevado a cabo por Group Health Cooperative of Puget Sound, observaron que el 7.2% (N=419) de los pacientes con síndrome del colon irritable, el 5,6% (N=251) con dolor abdominal, 3.3% con diarrea (N=183) y el 5.7% con estreñimiento (N=159)

utilizaban la terapia floral como tratamiento para estos trastornos. En El Banner Desert Medical Center en Mesa, (Arizona), en un estudio con 100 pacientes quirúrgicos que recibieron anestesia, aplicaron bajo la nariz mediante vía tópica un 5% de aceite esencial de jengibre mezclado con aceite de pepitas de uva inmediatamente después de la intervención quirúrgica. El estudio concluyó que el 80% de los pacientes con antecedentes de náuseas postquirúrgicas no requirieron uso de antieméticos después de la aplicación de la terapia floral. En referencia a las náuseas, otro estudio realizado en el Sentara Williamsburg Hospital en Suffolk, Virginia, se dio la opción a 17 pacientes de inhalar durante 5 segundos aceite esencial de menta (*Mentha piperita*); en todos ellos las náuseas disminuyeron de manera significativa ($p < 0.05$). Por último, Srivastava et al., (2010) exponen que la manzanilla disminuye la inflamación asociada a afecciones gastrointestinales como el reflujo esofágico y la diverticulitis, además de ayudar en la inhibición de la bacteria *Helicobacter pylori*.

La terapia floral y síntomas del sistema circulatorio

En el Harris Methodist Medical Centre en Fort Worth, Texas., después de la aplicación tópica 15 minutos antes de realizar una venopunción, usando aceite de almendras dulces con un 5% de aceite esencial de pimienta negra (*Piper nigrum*) mejoraba la visibilidad y palpación de las venas. (Buckle, 2007). En relación a la hipertensión arterial, Walsh, Reis y Jones, (2011) exponen el uso de la terapia floral por parte de enfermería como tratamiento integrativo; en este caso los aceites esenciales utilizados en el tratamiento de la HTA son el de lavanda (*Lavandula angustifolia*), ya que su alto contenido en esteres disminuye la actividad del sistema nervioso; el ylang ylang (*Cananga odorata*) con un alto contenido en sesquiterpenos, es decir, terpenos de 10 a 15 átomos de carbono (Martínez, 2001) que regulan la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca; la siempreviva (*Helichrysum italicum*) que mejora la circulación sanguínea; el aceite de orégano

(*Origanum majorana*) debido a su alto contenido en ésteres que actúa como vasodilatador disminuyendo así la presión arterial; el aceite de limón (*Citrus limon*) con alto contenido de monoterpenos, es decir, terpenos de 10 carbonos (Martínez, 2001) que mejoran la circulación sanguínea y disminuyen la tensión arterial.

Srivastava et al., (2010), exponen que la ingesta de flavonoides, presentes en la manzanilla disminuye el riesgo de muerte por enfermedad coronaria en edad avanzada. Además en pacientes sometidos a un cateterismo cardiaco después de 30 minutos de la ingesta de manzanilla en infusión, se observó un aumento significativo de la presión de la arteria braquial media.

La terapia floral y trastornos dermatológicos

El uso de aceite esencial de manzanilla, en un 60% de los casos, es igual de efectivo que la administración de pomada con cortisona en personas que presentan eczema (Srivastava et al., 2010). Por otro lado, Agnew, Leach y Segal, (2013) seleccionaron 18 aceites esenciales para comprobar sus beneficios en personas con acné; estos aceites ya habían resultado efectivos en experimentos in vitro. Después de realizar el estudio los resultados mostraron que el tratamiento para el acné resultó efectivo para un 80% de los sujetos reduciéndose dos puntos de gravedad en la escala de Leeds. La escala de Leeds de manera visual mide el acné comparándolos con estándares fotográficos en tres localizaciones: pecho, espalda y facial. Los documentos escritos para determinar la gravedad del acné son la extensión de la inflamación, el tipo y tamaño de las lesiones y el eritema asociado. La gravedad del acné se clasifica en 12 grados siendo grado 1 el más leve y el grado 12 el más grave (Guerra - Tapia, Puig - Sanz, Conejo, Toribio - Pérez, Iglesias, Zsolt, 2010).

La Terapia floral en la Diabetes Mellitus

A pesar de que no existe ningún aceite esencial que cure la diabetes mellitus, la terapia floral es utilizada para complicaciones producidas por la enfermedad, como las úlceras vasculares o la pérdida de la integridad cutánea. Además es utilizada para disminuir el estrés causado por el hecho de padecer una patología crónica. Los aceites esenciales más utilizados en la cura de la integridad cutánea son el de lavanda (*Lavandula angustifolia*), incienso (*Boswellia carteri*), sándalo (*Santalum album*), árbol del té (*Melaleuca aternifolia*), eucalipto (*Eucalyptus globulus*), geranio (*Pelargonium graveolens*) y manzanilla alemana (*Matricaria recutita*). Por otro lado, los aceites más utilizados ante situaciones de estrés son el de manzanilla romana (*Chamomelum nobile*), neroli (*Citrus aurantium*), lavanda (*Lavandula angustifolia*), orégano (*Origanum majorana*), rosa (*Rosa damascena*), geranio (*Pelargonium graveolens*), mandarina (*Citrus reticulata*) y hoja de naranjo amargo (*Citrus amara*) (Buckle, 2001).

Estudios in vitro sobre la eficacia de la Terapia floral

Para conocer las propiedades de la terapia floral se han realizado estudios con células in vitro. Los resultados de estos estudios son útiles para la futura creación de medicamentos basados en los principios de la terapia floral (Chou y Shih, 2013). Chou y Shih, (2013) han realizado el primer estudio que demuestra que el cinamaldehído, el principal componente del aceite esencial de canela de Ceilán (*Cinnamomum cassia*), inhibe con eficacia la producción de melanina de las células del melanoma B16. Esta inhibición se realiza mediante la inhibición de la melanogénesis inducida por α – MSH a través de la inactivación de la tirosinasa y la supresión simultánea de estrés oxidativo de la célula. Otro estudio realizado in vitro es el de de Rapper, Kamatou, Viljoen van Vuuren, (2013), que investiga la mezcla de varios aceites esenciales con el aceite esencial de lavanda (*Lavandula angustifolia*) para evaluar su efectividad ante procesos infecciosos; después de estudiar la eficacia antimicrobiana contra 14 patógenos distintos llegaron a la conclusión

de que la mezcla del aceite esencial de lavanda con el aceite esencial de sándalo (*Santalum album*) es la mezcla antimicrobiana más efectiva con valores de MIC (Inhibición de la concentración mínima en microdilución) más bajos para *S. aureus* (0.25 mg/ml) y *P. aeruginosa* (0.50 mg/ml). Por otro lado, la mezcla de aceites esenciales que mostraba más sinergia era la de lavanda y ciprés común (*Cipresus sempervirens*) y de lavanda y verbena exótica (*Litsea cubeba*) para *C. Albicans*. En la Universidad de Aberdeen (Buckle, 2007) han demostrado que 10 aceites esenciales inhiben la resistencia de la meticilina ante el *Staphylococcus aureus* y la resistencia de la vancomicina ante el *Enterococcus*. Los aceites más efectivos en el estudio in vitro son el aceite esencial del árbol del té (*Melaleuca alternifolia*), aceite esencial de lavanda (*Lavandula angustifolia*) y aceite esencial de geranio (*Pelargonium graveolens*). Estos resultados, según Buckle (2007), podrían ayudar a ahorrar grandes cantidades de dinero y salvar numerosas vidas en el Reino Unido donde anualmente invierten 1 billón de libras en terapias para tratar la infección y donde las bacterias causan 5000 muertes.

Utilización, regulación y praxis de las terapias complementarias

Europa

Actualmente más de 100 millones de europeos utilizan algún tipo de terapia alternativa (OMS, 2014). En este sentido, en el Hospital Universitario de Gales existe una alta prevalencia del uso de terapias alternativas en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas como el cáncer (42%), la artritis reumatoide juvenil (70%) y el síndrome del colon irritable (72%) (Crawford, Cincotta, Lim y Powell, 2006). De esta práctica, el 6% fue propuesto por doctores alopáticos y el 14% por doctores naturópatas. En su estudio, Crawford et al., 2006 afirma que el coste de las terapias naturales es cinco veces inferior al coste de las terapias alopáticas.

En Bélgica el 40% de la población utiliza terapias complementarias. En Italia un 24%, siendo la terapia herbal la tercera más utilizada. En Alemania la terapia herbal en la que se incluyen los aceites esenciales es una de las más utilizadas, con un especial marco legal regulatorio además de estar incluidos dentro de la farmacopea del país. (MSSSI, 2011).

En Reino Unido, una de cada ocho personas ha utilizado las terapias naturales, siendo la terapia herbal la más utilizada. Los distintos gobiernos del país han proporcionado a la población el acceso a este tipo de terapias quedando garantizado cuando el paciente lo precise, siendo el único país que tiene hospitales públicos dedicados a las terapias naturales. Este tipo de hospitales se encuentran en Londres, Glasgow, Liverpool, Bristol y Tunbridge Wells. Además en el Hospital de Saint Mary disponen de la oferta de distintas terapias alternativas y los médicos trabajan de manera colaborativa con los profesionales que ejercen estas terapias. El principal motivo de recurrir a los centros médicos donde se ofrece algún tipo de terapia alternativa, es por la ineficacia de otros tratamientos, también por razones culturales o por efectos adversos causados por otros tratamientos. (OMS, 2014).

En un referéndum en Suiza, el 67% de la población votó a favor de que el seguro médico cubriera estas terapias. Una de las terapias propuestas fue la terapia herbal. En el año 2009 el 67% de los votantes apoyó la introducción de un nuevo artículo constitucional sobre las terapias alternativas gracias al cual algunas terapias se han incluido en el programa básico de seguro de todos los ciudadanos suizos. (OMS, 2014).

El 50% de los hospitales noruegos y una tercera parte de los suecos utilizan las terapias alternativas, y son las enfermeras y los fisioterapeutas los profesionales más predispuestos a recomendarlas a los usuarios. En estos países en el año 2006 el 25% de la población ha utilizado alguna terapia alternativa fuera del sistema de salud. Además el gobierno ha empezado a invertir en el NAFKAM (The National Research Centre in Complementary and Alternative Medicine) (Salomonsen et al, 2012).

Asia

En Taiwan el uso de las terapias alternativas es del 72,3% en pacientes crónicos, y en Japón de un 36%. (Gau, Yang, Huang y Lou, 2012.) En Indonesia la medicina tradicional ha sido una alternativa a la medicina alopática debido a su bajo coste, y el gobierno del país se ha esforzado en crear un sistema de medicina tradicional reglamentada, promocionando los avances técnicos y científicos, con la realización de inventarios para mejorar la calidad, inocuidad y la eficacia de estas terapias. En cuanto a la formación en este tipo de terapias, en Birmania se matriculan 100 estudiantes al año en la Universidad de Medicina Tradicional, optando al título de medicina tradicional birmana. En este país se ha integrado la medicina tradicional en el sistema sanitario. En Tailandia 150 centros de promoción de la salud basada en la medicina tradicional colaboran con hospitales del país.

En China, la medicina tradicional se encuentra totalmente integrada en el sistema de salud y se utiliza para enfermedades tanto crónicas, como para procesos más complejos como es el SIDA. Además, durante el año 2006, el 17.1% de la población acudió a hospitales de medicina tradicional en los que se encuentra integrada la medicina alopática con la medicina tradicional china además de la medicina tibetana y la medicina mongola. El 54,7% de los puestos comunitarios de atención de salud y el 50% de los dispensarios rurales, dispensan servicios de medicina tradicional china. En las zonas urbanas, la red de servicios incluye hospitales integrados, hospitales de medicina tradicional china, departamentos separados de medicina tradicional china en hospitales integrados, organizaciones de atención comunitaria de salud y departamentos y dispensarios ambulatorios de medicina tradicional china.

Por otra parte, en Mongolia un 71% utiliza una medicina integrativa. (OMS, 2007).

En Israel, desde 1980, ha aumentando el uso de las terapias alternativas, debido sobre todo a la disconformidad con las técnicas invasivas de la medicina alopática, y a la alta prescripción de fármacos, la población ha optado más por la medicina alternativa que ofrece una medicina no invasiva y holística. En 2008, mensualmente, 145.833 personas hicieron uso de la medicina alternativa; el 80% de este uso estaba relacionado con el tratamiento del dolor. Referente a la formación, existen 60 programas educativos distintos y 10 de 24 hospitales ofrece cualquier tipo de terapia alternativa (Salomonsen, Skovgaard, Nyborg, Launsø y Fønnebø, 2011). No obstante actualmente su praxis, no se encuentra regulada gubernamentalmente (Shuval y Averbuch, 2012).

América

En Estados Unidos un 38% de pacientes crónicos utilizan las terapias alternativas Gau et al., (2012). En Estados Unidos un paciente con una patología gastrointestinal gasta de media anual 200\$ si esta es tratada con medicina alternativa (van Tilburg et al., 2008) Referente a la aromaterapia ha sido utilizada por enfermeras en varios estudios pilotos en diferentes estados del país con resultados positivos ante problemas de úlceras, náuseas, agitación en demencia, agitación en pacientes ancianos, agitación en pacientes con dependencia y patología psiquiátrica, flebotomías, agitación en pacientes paliativos y ante la recerca de la resistencia del *Staphylococcus aureus* (Buckle, 2007).

En Canadá las terapias alternativas están sujetas a la regulación de alimentos y medicamentos, en las que se incluyen las hierbas medicinales. En Marzo de 1999, se aceptaron 53 recomendaciones realizadas por el Standing Committee on Health en su informe: "Productos sanitarios naturales: una nueva visión". Una de las recomendaciones condujo a la

creación de la Oficina de Productos Sanitarios Naturales, que regula la seguridad, la calidad y el correcto etiquetado de estos productos. (MSSSI, 2011).

Australia

En Australia las terapias complementarias son utilizadas por un 62 % de la población, y su utilización sigue en aumento; un 80% de los médicos recomiendan a sus pacientes estas terapias complementarias. Los motivos más frecuentes para el uso de las terapias alternativas son el fracaso de la medicina alopática y la motivación para seguir un estilo de vida saludable. (OMS, 2014).

Utilización, regulación y praxis en España y Cataluña

En España las terapias alternativas son cada vez más conocidas. En el año 2007 el 95,4% de la población conocía alguna terapia alternativa, y en la actualidad son utilizadas por un 40% de la población (OMS, 2014). Los usuarios de este tipo de terapia son mayoritariamente mujeres de clase media alta o alta, de entre 36 y 45 años que viven dentro de áreas metropolitanas; la terapia floral es la más utilizada (12%) (MSSSI, 2011). En España no existe la integración de las terapias alternativas en el sistema alopático, ni tampoco su financiación. No obstante, en 2005, en 12 unidades asistenciales, de las cuales seis eran a nivel hospitalario y seis de atención primaria, aplicaban con regularidad la acupuntura (MSSSI, 2011). Por otro lado existía formación médica y enfermera en reiki en algunos centros públicos y en 2009 se establecieron dos consultas, ampliadas después a cuatro, de homeopatía en el Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza atendiendo de manera programada a 40 pacientes cada viernes. También Muñoz – Sellès, Vallès – Segalès i Goberna – Tricas, (2013), realizaron un estudio sobre la utilización de las terapias complementarias por los equipos

de comadronas de 28 hospitales de Cataluña. Los 28 hospitales eran públicos y estaban acreditados como centros en los que se atendían partos. Los resultados del estudio mostraron que el 30.4% de las comadronas tenían formación en terapias alternativas, 13, 5% de las comadronas tenían formación en terapia floral y el 12,2% en esencias florales; en este contexto debe tenerse en cuenta que esta formación no está incluida en el plan de estudios de enfermera especialista en ginecología y obstetricia. El estudio también muestra que en el 3.6% de los casos las comadronas utilizan las flores de Bach como recurso ante el dolor de la parturienta al asistir un parto normal.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad realizó en el año 2011 un informe sobre la regulación de las terapias naturales. En el informe incluye la terapia floral dentro de uno de los cinco grupos en los cuales clasifica las terapias naturales, concretamente en el grupo de técnicas sobre la base de la energía. En nuestro país, la única regulación respecto a los medicamentos homeopáticos es la contemplada en la ley 29/2006; en la que en su artículo 50 señala que reglamentariamente se establecerán los requisitos de autorización de medicamentos homeopáticos atendiendo a sus condiciones especiales, y en el artículo 51 hace referencia a la lista creada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de plantas restringidas por su toxicidad y plantas de venta libre, quedando prohibida su venta ambulante (Orden SCO/190/2004). Por otro lado, el Decreto 1345/2007 dedica la sección 4 a los medicamentos a base de plantas donde se explican los criterios de regulación para formar parte de la lista elaborada por el Comité de medicamentos a base de plantas de la Agencia Europea de Medicamentos. En la Sección 5, se presta atención a los medicamentos homeopáticos. En ella se establecen las clases de medicamentos homeopáticos, los criterios que han de cumplir estos medicamentos para registrarse por el procedimiento simplificado especial, el procedimiento de dicho registro simplificado especial y el etiquetado de los medicamentos

homeopáticos. También existe el Real Decreto 1277/2003 que informa que “los centros dedicados a terapias alternativas son considerados como sanitarios en este real decreto cuando un médico es responsable de realizar los tratamientos de homeopatía, acupuntura y medicina naturista y, por consiguiente, están sujetos a la autorización sanitaria previa de la correspondiente Comunidad Autónoma” (MSSSI, 2012). En Cataluña existía el decreto 1277/2003 que pretendía regular las terapias alternativas en base a unas normas concretas. Este fue anulado en el año 2011 por el Tribunal Supremo. El decreto tenía como objetivo establecer unas condiciones de ejercicio de algunas terapias, crear la Comisión Asesora para la Regulación de las Terapias Naturales como órgano de consulta y exponer los requisitos de los establecimientos donde se practican así como los profesionales que hacen uso (MSSSI, 2012). A pesar de que en España no existe una regulación explícita para el uso de las terapias naturales, existen casos aislados en los cuales han resultado efectivas como en el Centro de Salud de Zaragoza (MSSSI, 2012) o el estudio realizado por Muñoz – Sellés et al., 2013 en hospitales públicos catalanes acreditados como centros donde se realizan partos normales. También existen datos que indican que son utilizadas por el 23, 6% de la población siendo la terapia floral utilizada en un 12 %.

Terapia floral y el rol de enfermería

Diferentes estudios (Aranda y Ramírez, 2004 y Cho et al 2013). Coinciden en identificar al profesional enfermero como el más indicado para la aplicación de la terapia floral.

Una enfermera con conocimientos relacionados con las terapias alternativas puede intervenir en distintas áreas asistenciales como la atención primaria, unidades de agudos, residencias geriátricas, unidades de ginecología y obstetricia, salud mental y escuelas.

Para que al personal de enfermería se le atribuya el rol de especialista en terapia floral, Buckle, (1998) afirma que la formación ofertada ha de incluir conocimientos sobre los nombres botánicos de las plantas utilizadas, el método de extracción del aceite esencial, la composición química del aceite esencial, el método de aplicación más correcto en cada caso, sus contraindicaciones y como los aceites esenciales pueden ser introducidos dentro de los planes de cuidados. En este ámbito existe formación específica en distintos cursos de postgrado, como el Posgrado en Terapias Naturales: Fundamentos y aplicaciones en la Escuela de Enfermería de Sant Joan de Déu, el programa de máster interuniversitario entre la UB y la UAB impulsado por el COIB y el COMB en terapia naturista. Además el propio COIB realiza formación en terapia floral del Dr. Bach de nivel básico y avanzado. En Alemania, las enfermeras están autorizadas para la práctica de las terapias alternativas. Además existe la formación en Heilkpraktiker para profesionales no médicos que quieren ejercer la práctica en terapias alternativas. Para poder acceder se exigen una serie de requisitos: tener una buena reputación profesional y tener los suficientes conocimientos para no causar un perjuicio en la salud pública. Por otra parte, en Bélgica también pueden ejercer la práctica de terapias complementarias las enfermeras y profesionales no médicos siempre y cuando los pacientes hayan sido antes valorados por un médico. En Francia, mayoritariamente la práctica de terapias alternativas las realiza el profesional médico, pero las matronas, dentistas y analistas pueden ejercerla dentro de sus competencias. En este mismo país, los enfermeros y podólogos también pueden ejercer algunas terapias alternativas de manera autónoma, y otras no, al ser consideradas competencias médicas. Respecto al Reino Unido, en el año 1999 existían 50.000 profesionales sanitarios que practicaban las terapias alternativas; de ellos una quinta parte estaban registrados oficialmente; en este país, actualmente la integración de la terapia floral dentro de las competencias de la enfermería es uno de los objetivos principales para aumentar el confort de

los pacientes británicos; el procedimiento menos utilizado para aplicar los aceites esenciales por parte de enfermería es el masaje (Buckle, 2007). No obstante, en Estados Unidos, el masaje es el procedimiento más utilizado. En este sentido, los masajistas estadounidenses realizan unas prácticas de entre 600 horas y 2000 horas dependiendo del estado para conseguir el título de masajista. Sin embargo, muchos terapeutas de la terapia floral no tienen esta formación, y los profesionales de enfermería coinciden en que la falta de tiempo para realizar los procedimientos de enfermería provoca que sólo un 10 % de los miembros de la International Federation of Aromatherapists (IFPA) sean profesionales de enfermería. En EEUU la formación en terapia floral incluye 50 horas de formación en anatomía y fisiología además de un curso de primeros auxilios. Como consecuencia la IFPA propone una formación en terapia floral específica para las enfermeras, para poder ser utilizada dentro de su práctica clínica. La formación incluye únicamente 60 horas de masaje holístico (Buckle, 2007 y Maddocks - Jennings y Wilkinson, 2004). El Massachusetts Board of Registration in Nursing es el primer colegio de enfermería americano que acepta el uso de las terapias alternativas como parte del cuidado holístico enfermero (Buckle, 1998).

En Suecia, la Junta Nacional de Salud y Bienestar mantiene un registro de los profesionales sanitarios que practican las terapias naturales, en el que están incluidas las enfermeras. Estas pueden realizar la práctica de las distintas terapias a excepción de algunas restringidas para los médicos. Las terapias naturales practicadas por los médicos son aquellas relacionadas con la anestesia, la oncología, la diabetes, la epilepsia, el parto, las enfermedades contagiosas y el tratamiento a niños menores de ocho años. (MSSSI, 2011).

En Australia el uso de terapias complementarias por parte de la población es del 62 % y sigue en aumento; actualmente el 80% de los médicos recomiendan a sus pacientes que se dirijan a estos profesionales. En el año 2001 se creó el Centre for Complementary Education and Research

(ACCMER) en el que se desarrollan cursos de postgrado en Medicina Complementaria basados en la evidencia científica y dirigidos a farmacéuticos, médicos y enfermeras concediéndoles el Graduate Certificate in Clinical Sciences (Complementary Medicine) de la Universidad Southern Cross. Actualmente en este el país las enfermeras han incrementado el uso de la terapia floral en pacientes oncológicos como parte de la práctica dentro de un cuidado holístico; la terapia floral se utiliza para el control de signos y síntomas, la promoción de salud y como medidas de confort y bienestar. Las enfermeras australianas también utilizan la terapia floral como analgésico, para relajar al paciente y para el dolor crónico de manera integrativa con la medicina alopática (Potts, 2011). Las enfermeras australianas están obligadas a realizar su actividad profesional de manera competente y segura dentro de su ámbito de conocimiento bajo el Code of Professional Conduct of the Australian Nursing and Midwifery Council. La terapia floral no está contemplada en este código, lo que puede justificar un nivel bajo de uso de la terapia por parte de las enfermeras. No obstante, muchos hospitales australianos aceptan el uso de terapias florales en beneficio del paciente a pesar de no tener guías clínicas que lo avalan. Las enfermeras se muestran de acuerdo en la incorporación de la terapia floral dentro de sus competencias, mediante una formación adecuada y reglada y guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica (Potts, 2009).

En Brasil, las enfermeras ejercen un rol de colaboración con los médicos, pero están autorizadas para la administración de aceites esenciales mediante baños terapéuticos y compresas. (Ministry of Health of Brasil, 2008).

En España, la formación en terapias alternativas por parte de las enfermeras va en aumento. Un ejemplo sería el ICO (Institut Català d'Oncologia), donde se han formado un 58% de enfermeras; de ellas, el 61% en la Universidad de Barcelona, el 8% en el centro de trabajo, el 7% en el Col·legi Oficial de Infermeria de Barcelona (COIB), el 4% en otras universidades y el 1% a

través de sindicatos y centros de atención primaria (Aranda y Ramírez, 2004). Respecto a la Terapia Floral puede ser considerada un instrumento más en los cuidados enfermeros. La justificación por la que la enfermera es el profesional más adecuado para practicar la terapia floral y las terapias alternativas dentro de la actividad asistencial, se sustenta en las mismas bases y teorías de la profesión enfermera. Florence Nightingale afirmaba que “Sólo la naturaleza cuida y lo que tiene que hacer la enfermera es poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe” y “la enfermera debería de proporcionar el uso apropiado de aire, la luz, el calor, la higiene y la selección de la dieta y de su administración con el menor coste de energía posible...” (COIB, 2001); Eunice Inghan elaboró el primer mapa de las zonas reflejas de los pies y ha sido referente en la enseñanza de la reflexología podal y de la reflexoterapia (COIB, 2001); Marie - Françoise Collière destaca como “las mujeres desde la más remota antigüedad han proporcionado cuidados utilizando sus manos, el propio cuerpo, las plantas, los aceites, los masajes... y lo han hecho para mantener la vida y para que esta continúe proporcionando cuidados de acompañamiento, curación y orientación en los diferentes pasajes de la vida y cuando esta se vea amenazada; y esto es lo que los cuidados de enfermería han de continuar haciendo.” (COIB, 2001).

Mediante el uso de las terapias alternativas el profesional de enfermería enriquece su práctica profesional además de permitirle estar en la vanguardia de la terapéutica. Por otra parte, su utilización aumenta la calidad asistencial y el índice de satisfacción del usuario, además de ofrecer un cuidado integral y aumentar la satisfacción personal como profesional. (AEEU, 2012). A través de la terapia floral el personal de enfermería puede actuar en todas las dimensiones del usuario, proporcionándole un cuidado holístico.

Conclusiones

La terapia floral es una terapia complementaria útil en el control de distintos signos y síntomas presentes en algunas patologías y trastornos. Algunas indicaciones son: el cáncer y la diabetes, los procesos de parto, la ansiedad causada ante un proceso quirúrgico, para la promoción de la salud y para aumentar el confort y bienestar del paciente (Potts, 2009). Por ello sería necesario valorar su inclusión dentro de los planes de cuidados, como complemento de la medicina alopática y evolucionando hacia una medicina integrativa.

Diferentes estudios muestran que (Buckle, 2007, Buckle 1998 y Potts 2009) el personal sanitario más adecuado para realizar esta práctica son las enfermeras, ya que muchas de sus aplicaciones forman parte de las competencias del profesional de enfermería. La enfermera está capacitada para realizar esta terapia tanto en su rol autónomo como en el rol de colaboración, hecho ya demostrado en países como Australia (Potts, 2009). No obstante, es importante ofertar una formación reglada y completa para que su uso sea seguro. Existen países donde las terapias complementarias forman parte del sistema sanitario del país, y son recomendadas por los profesionales de la medicina alopática e incluso existen hospitales que basan gran parte de su tratamiento en ellas. En estos casos, su coste es inferior a los tratamientos alopáticos utilizados en los mismos procesos (Crawford et al. 2006). Por último, para poder ofertar un Sistema Sanitario que pueda incluir el uso de las terapias alternativas, y en concreto de la terapia floral en nuestro país se deberían de tener en cuenta los siguientes puntos:

1. La implicación por parte del gobierno para introducir programas de salud nacional que integren las terapias alternativas en base a las necesidades de la población.

2. Elaborar un plan de salud basado en la medicina integrativa que incluya tanto la medicina alopática como las terapias alternativas, con el objetivo de mejorar s los cuidados del paciente y comunidad.

3. Estudiar los costes-beneficios del uso de las terapias alternativas para realizar una correcta gestión de los recursos económicos.

4. Aumentar y fomentar la investigación empírica sobre la utilidad de la terapia floral para conocer sus indicaciones específicas y mejorar la calidad de los cuidados.

5. Elaborar leyes que regulen el uso y aplicación de las terapias alternativas en nuestro país para ofrecer un servicio basado en la eficacia y seguridad para los usuarios.

6. Facilitar una formación reglada para los profesionales que fomente la seguridad, calidad y eficacia de la terapia.

7. Fomentar el rol enfermero en el cuidado holístico a la persona incluyendo en su práctica el uso de la terapia floral.

8. Introducir en los planes de estudio de Enfermería la formación en Terapias complementarias.

Bibliografía:

Agnew T, Leach M, Segal L. The Clinical Impact Cost - Effectiveness of Essential Oils and Aromatherapy for the Treatment of Acne Vulgaris: A protocol of a randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 20 (5). doi: 10.1089/acm.2013.0137.

Aranda AM, Ramírez ER. (2004) Aromaterapia: cuidado alternativo de enfermería. *Revista Desarrollo Científico en Enfermería*, 12(7), 217 – 220.

Asociación Española en Enfermería en Urología. (2012). Las terapias naturales en enfermería. Aplicación en los procesos urológicos. *ENFICO*, 122, 35 - 38.

Boehm K, Büssing A, Ostermann T. (2012). Aromatherapy as an Adjuvant Treatment in Cancer Care — A Descriptive Systematic Review. *African Journal of Tradition and Alternative Medicine*, 9 (4), 503 – 518.

Brailowsky S. Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.

Buckle J. (1998). Clinical aromatherapy and touch: practice for nursing practice. *Critical Care Nurse*, 5 (18), 54.

Buckle J. (2001). Aromatherapy and Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 14 (3), 124 - 126.

Buckle J. (2007). Literature review: should nursing take aromatherapy more seriously? *British Journal of Nursing*, 16 (2), 116 - 120.

Cho, M. Y., Min, E.S., Hur, M.H. & Lee, M.S. (2013). Effects of Aromatherapy on the Anxiety, Vital Signs and Sleep Quality of Percutaneous Coronary Intervention Patients in Intensive Care Units. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013 (381381). doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/381381>

Chou ST, Shih Y. (2013). Cinnamomum cassia Essential Oil Inhibits α -MSH-Induced Melanin Production and Oxidative Stress in Murine B16 Melanoma

Cells. *International Journal of Molecular Sciences*, 14 (19186–19201). doi: 10.3390/ijms140919186

COIB. La teràpia floral: Instrument complementari de les cures d'infermeria. Novembre 21, 2001.

Cooke B, Ernst E. (2000). Aromatherapy: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 50, 493 – 496.

Crawford NW, Cincotta DR, Lim A, Powell C. (2006). A cross - sectional survey of complementary and alternative use by children and adolescent attending the University Hospital of Wales. *BMC Complementary Alternative Medicine*, 6 (16). doi: 10.1186/1472-6882-6-16

Fayazi S, Babashahi M, Rezaei M. (2011). The effect of inhalation aromatherapy on anxiety level of the patients in preoperative period. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(4), 274 - 283.

Frisch NC. (2001). Nursing as a context for alternative/complementary modalities. *The Online Journal of Issues in Nursing*. [En línea]. 2001, nº 2 [fecha de consulta: 11 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No2May01/AlternativeComplementaryModalities.html>

Fu Y, Moyle W, Cooke M. (2013). A randomised controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13 (165). doi: 10.1186/1472-6882-13-165

Gau BS, Yang HL, Huang SJ, Lou MF. (2012). The use of complementary and alternative medicine for patients with traumatic pain brain injury in Taiwan. *BMC Complementary and alternative medicine*. 12 (211). doi: 10.1186/1472-6882-12-211

Holt FE, Birks TPH, Thorgrimsen LM, Spector AE, Wiles A, Orrell M. Aromatherapy for dementia (Review). Londres: The Cochrane Library.

Hur MH, Yang YS, Lee MS (2008). Aromatherapy massage affects menopausal symptoms in Korean climacteric women: a pilot - controlled clinical trial. *Evidence - Based Complementary and Alternative Medicine*, 5(3), 325 - 328.

Khiewkhern S, Promthet S, Sujprasert A, Eunhpinitpong W, Bradshaw P. (2008) Effectiveness of aromatherapy with light Thai massage for cellular immunity improvement of colorectal cancer patient receiving chemotherapy. *The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14, 3093 – 3907.

Maddocks - Jennings W, Wilkinson JM. (2004). Aromatherapy practice in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), 93 - 103.

Mallow BA, Byars K, Johnson K, Weiss S, Bernal P, Goldman SE, Panzer R, Coury DL, Glaze DG. (2012). A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 130 (2), 103 - 124.

Marzouk TMF, El – Nemer AMR, Baraka HN. (2013). The effect of aromatherapy abdominal massage on alleviating menstrual pain in nursing students: a prospective randomized cross – over study. *Evidence – Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013 (7242421). doi: 10.1155/2013/742421.

Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. (2013). Does lavender aromatherapy alleviate premenstrual emotional symptoms?: A randomized crossover trial. *BioPsychoSocial Medicine*, 7 (12). doi: 10.1186/1751-0759-7-12

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Nota resumen informe terapias naturales. Diciembre 19, 2011.

Ministry of Health in Brazil. (2008). National Policy on Integrative and Complementary Practices of the SUS. Brasilia - DF: Series B. Basic Health Texts.

Muñoz E. (2007). Las flores de Bach en obstetricia. *Matronas Profesión*, 8 (2), 20-25.

Muñoz – Sellés E, Vallés – Segalés A, Goberna – Tricas J. Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross – sectionals study of midwives' training in catalan hospitals accredited as center for normal birth. *BMC Complmentary and Alternative Medicine*. 13 (318). doi: 10.1186/1472-6882-13-318

Organización Mundial de la Salud. (2002). Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005.

Panda R, Suneetha SC, Suresh PK. (2013). Complementary and Alternative Medicine (CAM), Therapies Management of pain related to endometriosis. *International Research Journal of Pharmacy*. 3 (3): 30 – 34.

Perez C. Clinical aromatherapy part I: An introduction into nursing practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7 (5), 595 - 596.

Potts J. (2009). Aromatherapy in nursing practice. *Australian Nursing Journal*, 16 (11), 55.

Rao RV, Descamps O, Varghese J, Bredesen DE. (2012). Ayurvedic medicinal plants for Alzheimer disease: a review. *Alzheimer's research and therapy*, 4, 22.

Rapper S, Kamatou G, Viljoen A, van Vuuren S. (2013) The In Vitro Antimicrobial Activity of Lavandula angustifolia Essential Oil in Combination with Other Aroma-Therapeutic Oils. Evidence - Based Complementary and Alternative Medicine.

Ryman D. (1994). Aromaterapia. Barcelona: Editorial Kairós S.A.

Salomonsen LJ, Skovgaard L, la Cour S, Nyborg L, Launsø L, Fønnebø V. Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals.(2011). *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 11 (4). doi: 10.1186/1472-6882-11-4

Shuval JT, Averbuch E. (2012). Complementary and alternative health in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1 (7). doi: 10.1186/2045-4015-1-7

Srivastava JK, Shankar E, Gupta S. (2010). Chamomile: A herbal medicine of the past with bright future. *Molecular Medicine Reports*, 3 (6), 895 - 901.

Tresidder A. (2013). Vibrational medicine, allopathic medicine, flower essence use and paradigms and challenges in Healthcare. *International Journal of Integrative Medicine*. 1 (29). doi: 10.5772/56864

Tillett J, Ames D. (2010). The uses of aromatherapy in women's health. *Journal of perinatal & neonatal nursing*, 24(3), 238 -245.

Vanegas BC, Calderón AY, Lara PM, Forero A, Marín DA, Celis A. 2008. Experiencias de profesionales de enfermería en terapias alternativas y complementarias aplicadas a personas en situaciones de dolor. *Avances de enfermería*, 26 (1), 59 – 64.

van Tilburg M, Palsson OS, Levy RL, Feld AD, Turner MJ, Douglas AD, William EW. (2008) Complementary and alternative medicine use and cost in functional bowel disorder: A six month prospective study in a large HMO. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 8 (46). doi: 10.1186/1472-6882-8-46

Zhang Y, Wu Y, Chen T, Yao L , Liu J , Pan X, Hu Y, Zhao A, Xie G, Jia W. (2013). Assessing the metabolic effects of aromatherapy in human volunteers. *Evidence - Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013 (356281). doi:10.1155/2013/356381