



ESCUELA DE EDUCACIÓN

**“SISTEMA FLORAL DE EDWARD BACH: UNA HERRAMIENTA
COMPLEMENTARIA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS
DIAGNOSTICADOS CON SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL CON Y SIN
HIPERACTIVIDAD”**

Alumna (s): Burgos Hernández, Viviana

Estay Palma, Fabiola

González Alcaíno, Sonia

Profesor Guía: Alarcón Carvacho, Patricio

Profesor Informante: López, Vicente

Tesis para optar al título de Educación Diferencial con Mención en
Deficiencia Mental y Trastorno Específico del Lenguaje Oral y Licenciatura en Educación.

Santiago, noviembre 2011

DEDICATORIA

Hay una luz, en algún lugar,
dónde van los sueños de la humanidad.

Hay una luz, dentro de ti,
dónde están los sueños que van a venir.

Para volver a despertar,
no te olvides nunca, dejes de soñar.
Nunca dejes de soñar.

Hay una luz, que no se ve,
brilla desde adentro, desde la niñez,

Más allá del sol, más allá del mar,
más allá del tiempo, sé que hay un lugar,
donde quiero ir, donde quiero estar,
hoy la fantasía se hace realidad.

Dedicado a nuestras familias, por su apoyo incondicional.

*A Patricio Alarcón, por su tiempo, por su entrega,
porque nos permitió ampliar la mirada.*

*Gracias a nuestros estudiantes,
porque nos enseñaron que lo esencial es invisible a los ojos.*

ÍNDICE

Dedicatoria	2
Índice	3
Introducción	5
Antecedentes del Problema	7
Problema de Investigación	12

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

1.1. Paradigma de la Complejidad	19
1.2. Medicina Vibracional	22
1.3. Física Cuántica	25
1.4. Psicología Transpersonal	26
1.5. Naturopatía	28
1.6. Homeopatía	30
1.7. Medicina Holística Integrativa	31

CAPÍTULO 2: SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL

2.1. Antecedentes Históricos y Principales Conceptos	34
2.2. Etiologías del SDA/H	40
2.3. Clasificación y Subtipos	48
2.4. Síntomas o Criterios Diagnósticos	50
2.4.1. Criterios diagnósticos según el DSM – IV	52
2.4.2. Criterios diagnósticos según el CIE – 10	54
2.5. Evaluación Diagnóstica	55
2.5.1. Tipos de evaluaciones para el diagnóstico de SDA/H	58

2.6.	Tratamiento farmacológico y sus efectos secundarios.....	61
2.6.1.	Fármacos que actúan preferentemente sobre las Vías Dopaminérgicas	62
2.6.2.	Fármacos que actúan preferentemente sobre las Vías de la Noradrenalina	67
2.6.3.	Fármacos que actúan preferentemente sobre la Recaptación de la Serotonina	70

CAPITULO 3: SISTEMA FLORAL DE EDWARD BACH

3.1.	Biografía de Edward Bach	73
3.2.	Sistema Floral	84
3.2.1.	Breve reseña histórica de las flores de Bach	84
3.2.2.	Fundamentos Filosóficos del Sistema Floral	85
3.2.3.	Los Siete Defectos Arquetípicos	91
3.2.4.	Personalidad y tipos personalidad	97
3.3.	Esencias Florales del Sistema de Edward Bach	102
3.4.	Esencias Florales en el Síndrome de Déficit Atencional	108

CAPITULO 4: ANÁLISIS CRÍTICO Y CONCLUSIONES

Análisis Crítico y Conclusiones	113
Bibliografía	121

INTRODUCCIÓN

La presente monografía, sobre “Sistema Floral de Edward Bach: Una herramienta complementaria en el tratamiento de niños y niñas diagnosticados con Síndrome de Déficit Atencional con y sin Hiperactividad”, se abordaría desde dos paradigmas:

A. **Modelo Biomédico:** Una que ha cobrado importancia a lo largo de la historia, mediante la validación de todo lo empíricamente observable, comprobable y medible. Es en este contexto donde se ubica el modelo biomédico respecto del SDA/H, donde “la medicina tradicional se ocupa de hacerlo desaparecer rápidamente, sin considerar que es expresión de una enfermedad más profunda que proviene del alma” (Selowsky, 2008). La medicina convencional da una sanación pronta con la química y con el uso de fármacos, que abarcaría la expresión más superficial de la enfermedad. Se aborda todo el proceso evolutivo del concepto de déficit atencional, sus posibles etiologías, tipos y subtipos, criterios y evaluaciones diagnósticas, abordaje biomédico desde la Organización Mundial de la Salud, con el DSM – IV y el CIE – 10. Se incluye, además el tratamiento farmacológico asociados al Síndrome de Déficit Atencional y sus efectos secundarios.

B. **Paradigma de la Complejidad:** Este modelo, va surgiendo, lentamente, con el quiebre del primero y que considera no sólo la realidad física – material, sino desde lo anímico y espiritual, “constituye una forma de situarse en el mundo que ofrece un marco creador de nuevas formas de sentir, pensar y actuar que orientan el conocimiento de la realidad y la adquisición de criterios para posicionarse y cambiarla” (Morín, 2004). Supone una opción ideológica orientadora de valores, pensamiento y acción. Desde aquí, se integraría el Sistema Floral de Edward Bach, como terapia complementaria que favorecerían el desarrollo integral del sujeto, en este caso el niño (a) con SDA/H.

C. **Flores de Bach:** Para ello, se abordan conceptos que forman parte del fundamento epistemológico del Sistema de Bach, tales como: energía vibracional, psicología transpersonal, homeopatía, entre otros. Por otra parte, se incluye directamente fundamentos filosóficos de la terapia floral, esencias florales que conforman el sistema y, las esencias que se utilizan en la terapia que acompaña a los niños (as) diagnosticados con SDA/H.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Estudios realizados por el Ministerio de Educación (MINEDUC, 2005), señalan que un 5% de la población escolar chilena presenta SDA/H. Por su parte, Amanda Céspedes, plantea que “si se considera sólo el SDAH, la prevalencia es de un 3% a un 5% de la población entre los tres y los 20 años; sin embargo, si se incluye a el SDA sin hiperactividad, esta cifra aumenta entre un 12% y un 15%” (Céspedes & Céspedes, 2007). Feliú señala “que hay otros autores, como Manuzza, Barckley y Schroter, entre otros, estiman que el SDA/H en adultos es, aproximadamente, de un 4%” (Feliú, 2008). Respecto de esto mismo, Roizblatt señala que “este trastorno puede persistir en la edad adulta con una prevalencia entre el 3% y el 6% de la población en general” (Roizblatt A. -B.-B., 2003). Este síndrome, durante mucho tiempo ha sido tratado en base a la suministración de tratamientos farmacológicos, en los cuales se utilizan determinados medicamentos cuya única función, es lograr estabilizar químicamente las supuestas alteraciones neurológicas de estos menores.

Es en este escenario, donde han surgido con fuerza diversos temas relacionados con las terapias complementarias para tratar dificultades a nivel físico y mental que están afectando a distintos actores de la sociedad post-moderna actual. Con respecto al SDA/H, muchos padres, en constantes búsquedas, se

han alejado de la medicina tradicional- convencional y, por ende, de tratamientos farmacológicos. La permanencia en el tiempo de procedimientos que no tienen resultados palpables, las altas sumas de dinero gastadas en medicamentos, la resistencia para suministrar fármacos anfetamínicos a sus hijos e hijas y el frío trato que algunos médicos tienen con las personas, han hecho que algunos desvíen la mirada hacia la medicina complementaria. Por ello, en la actualidad, se ha otorgado reconocimiento a la Terapia Floral, como terapia complementaria, promoviendo su regulación: “El decreto ley 42 reconoce a las terapias alternativas su capacidad para sanar y conservar la salud, y establece su regulación legal” (MINSAL, 2005).¹

En relación a estos antecedentes, se han realizado distintas investigaciones en función al SDA/H y los efectos de la Terapia Floral en niños y niñas, se ha ido ampliando el campo investigativo con pequeños estudios de caso en colegios o comunidades educativas que, de alguna manera y aplicando ciertas metodologías científicas, entregan resultados e información importante, favoreciendo el desarrollo integral de los niños y niñas de esos establecimientos educacionales. Una de ellas es la realizada en el Colegio Carlos Oviedo, de la comuna de Maipú, por un grupo de estudiantes de la carrera de Salud Integrativa de la UPV, “los

¹ Para efecto de esta investigación se utiliza el término de terapia complementaria desde el modelo del Pensamiento Complejo. Es necesario destacar, que las citas expuestas son oficiales, por lo tanto, sería inadecuado cambiar conceptos.

resultados obtenidos en esta investigación, indican que la terapia floral sería un tratamiento eficaz de aplicar para mejorar el SDA/H y provocarían un impacto positivo en el niño, ya que le ayudarían a mejorar su nivel académico y su proceso de integración social” (Alfaro, M., Zamorano, L., 2010). Por otra parte, el CIDETEF, en el año 2010 (Centro de Investigación, Desarrollo y expansión de la Terapia Floral), hizo una investigación respecto de lo mismo, en el Colegio Mariano Egaña de la comuna de Peñalolén, en donde se aplican, actualmente las Terapias Florales.

Se debe señalar que, dentro de los especialistas que diagnostican a estos niños como un niño (a) portador de SDA/H están los neurólogos, los cuales, mencionan que existen distintos aspectos relevantes asociados al síndrome, algunos de estos podrían ser: “Mecanismos monoaminérgicos, metabolismo de la glucosa cerebral y flujo sanguíneo cerebral, efectos de nutrientes, resistencia a la hormona tiroidea, neuroanatomía y sistemas neurotransmisores” (Colombo, 1999).

En el ámbito psiquiátrico, la doctora Ximena Keith, considera que es “imposible separar entre sí aspectos como el cerebro, mente y ambiente, considerando la unidad en el tiempo de pensamiento, sentimiento y contexto” (Keith, 1999).

Según la terapeuta floral María Ester Céspedes y la neuropsiquiatra Amanda Céspedes, “los niños con SDA/H, presentan un desequilibrio emocional, lo cual se manifiesta corporalmente, cada niño tiene un temperamento, que es biológico y trae como carga genética, además, es modificado por el medio ambiente” (Céspedes & Céspedes, 2007).

Por su parte, los profesores, pasan a ser protagonistas de este cuadro, ya que son ellos los que empiezan a percibir los primeros indicios dentro de la sala de clases: mal comportamiento, bajo rendimiento escolar, desmotivación por aprender, falta de compromiso en las tareas escolares, desorganización con los materiales de trabajo. Asociado a lo anterior, y considerando los aprendizajes curriculares, estos niños comienzan a manifestar dificultades en la etapa escolar, especialmente con la adquisición de la lectoescritura; es así como, presenta dificultades desde problemas grafomotores (motricidad fina y/o gruesa), habilidades de comprensión lectora y seguimiento de instrucciones tanto orales como escritas. Es en esta instancia cuando los niños presentan los primeros fracasos conductuales y de rendimiento.

En relación a este tema, los padres se quejan constantemente de las llamadas al colegio porque su hijo(a) posee muchas anotaciones negativas, no se queda quieto en la sala, no se concentra, posee bajas calificaciones, etc.; además

de la insistencia de la profesora por la derivación urgente a un especialista, hacen que estos padres entren en la angustia de buscar una solución al problema que aqueja a sus hijos(as). Muchos de ellos negándose a un tratamiento farmacológico, debido a los efectos secundarios que provocan estos fármacos y que, de alguna manera, se observan dentro del aula y en el hogar.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las características que presentan los niños con SDA con y sin hiperactividad, desde lo emocional, lo conductual y desde su interacción con el contexto, alteran o desarmonizan el ambiente en el que se desenvuelven debido a su falta de atención, impulsividad y resistencia a métodos educativos (generalmente los que se manifiestan como académicos). Por otra parte, los niños que presentan hipoactividad, se manifiestan como pasivos, no captan información entregada por el docente, pierden detalles esenciales de la información entregada, no terminan lo que comienzan, ya que su memoria es vaga y dispersa, lo que le impide realizar en conjunto de manera satisfactoria la tarea requerida. Desde estas conductas, es que los adultos que los rodean (padres, familiares, educadores, etc.) rechazan su comportamiento y se convierte en problema porque estos niños pasan a ser “rotulados” y tratados farmacológicamente. Otro factor que influye en el proceso pedagógico de estos niños, es el ámbito emocional, ya que, producto de las frustraciones reiteradas, las conductas características y las deficiencias en la motricidad, comienzan a aparecer síntomas del área emocional y conductual que van complicando el cuadro: “aparece el hábito de mentir y robar como mecanismo compensatorio, a fin de evitar múltiples castigos y de obtener aquellos beneficios que no pueden lograr a través de un canal socialmente aceptable. Luego comienza el deterioro de la autoimagen y la autoestima y ello

influye negativamente en el área emocional e interacciones sociales. Se sienten rechazados socialmente y es en este momento crítico donde pueden ser acogidos por grupos sociales anómalos (drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, conductas delictuales antisociales, etc.)” (Pinto, 1999).

Frente a esta diversidad de síntomas, son los profesionales de la educación que comienzan a alertar a los padres de la problemática que está ocurriendo, al mismo tiempo que inician una serie de estrategias de trabajo intentando hacerlos participes del proceso de aprendizaje de sus hijos. Respecto al niño (a), muchas veces inician su trabajo dentro de la línea de la conversación intentando ganar la confianza de su estudiante y además, ciertas estrategias metodológicas para favorecer el aprendizaje en distintas áreas. Sin embargo, cuando este procedimiento no produce ningún efecto positivo, procede a realizar las derivaciones correspondientes en donde intervendrán otros profesionales (psicólogos educacionales, orientadores, psicopedagogos, profesores de apoyo, neurólogos). Esto conlleva a que el profesional de la educación ponga mayor preocupación en las conductas antes descritas y no en lo que realmente es importante, que es el problema de atención.

No es novedad que en las escuelas de hoy, muchas veces, los profesionales de la educación necesitan cuerpos dóciles. Pero si antes debían

esforzarse para lograr “conductas” disciplinarias efectivas en los estudiantes, hoy en día, el mecanismo de control, la sumisión a la norma se logra con una pastilla. Los niños la toman para “*portarse bien*”, “*para no molestar*”. “Los padres, a su vez, los mandan al colegio medicados en lugar de buscar respuestas alternativas, ya que la oferta actual de los fármacos está en sintonía con una de las demandas de la sociedad actual: las soluciones inmediatas” (Zicavo, 2010). Rápidamente los químicos suministrados hacen desaparecer los síntomas incómodos permitiendo mantener los patrones de rendimiento esperado.

Desde esta perspectiva, surge la necesidad de ampliar la mirada hacia paradigma de la complejidad, desplazando la mirada positivista, disgregadora y reduccionista, dando cabida a otras cosmovisiones incluyentes, integrativas, complementarias, que logren superar la lógica clásica excluyente que rige a la sociedad postmoderna. Y es aquí donde toman protagonismos las terapias complementarias, que permiten el surgimiento de construcciones del sujeto desde una mirada de la complejidad ².

² Para efecto de esta investigación se utiliza el término de terapia complementaria desde el modelo del Pensamiento Complejo. Es necesario destacar, que las citas expuestas son oficiales, por lo tanto, sería inadecuado cambiar conceptos.

“Las Flores de Bach se inscriben dentro de las denominadas terapias naturales energéticas³ o vibracionales⁴” (Orozco R. , 2002) .

“La terapia floral es un modelo de terapias complementarias que incide tanto en el plano afectivo como en el energético del individuo, esta puede contribuir a una mejor disposición emocional de los pacientes, en aras de que los resultados terapéuticos que ellos reciban sean más acertados y se alcancen los propósitos deseados, ayuda en el reajuste emocional, en el equilibrio y la regulación de la atención y la memoria, y por tanto favorece los comportamientos” (Orozco, 2002).

Sin embargo, con todo lo expuesto anteriormente, habría que concluir que, cuando de salud se trata, las culturas milenarias del planeta, al hablar de medicinas complementarias, se refieren a una versión más integrativa y amplia del sujeto, en este caso el niño (a) que presenta SDA/H, logre valorarse como ser único e irreplicable, considerando su propia realidad y haciéndose cargo de sus propias emociones, en los distintos contextos a los que pertenece (escolar, familiar, social). Se ubica al sujeto desde una mirada holística, considerando su

³ Las Terapias Energéticas son terapias que tratan de lograr el bienestar y equilibrio del paciente a través de la canalización de la energía. Véase: <http://www.saludterapia.com/articulos/terapias-y-tecnicas/188.html> , consultado en enero, 13 de 2011.

⁴ Las Terapias Vibracionales son las técnicas de curación basadas en el concepto de que cuerpo, mente y espíritu tienen que trabajar holísticamente para mantener la salud. Véase: <http://www.todoterapias.com/terapias.php?id=78>, consultado en enero, 15 de 2011.

mente, emoción, aspectos físicos y espirituales que, de alguna manera, están siempre interconectados. “Las Flores de Bach no están concebidas sólo para enfermos: *<<no tratamos problemas, sino personas con situaciones problemáticas>>*, puesto que las flores sobre todo ayudan a desarrollar recursos personales y habilidades interpersonales” (Orozco R. , 2008)

Desde esta mirada nace la siguiente interrogante:

¿Qué impacto tiene la terapia floral del sistema de Edward Bach en los niños diagnosticados con Síndrome de Déficit Atencional?

Por lo tanto, los objetivos de esta investigación serán identificar los efectos que provocan los medicamentos en los niños con SDA/H y conocer e identificar los beneficios que produce la terapia del sistema floral de Edward Bach en ellos. “El sistema floral de Edward Bach, actúa como una terapia suscitadora, una forma eficaz y natural de provocar los cambios que permiten enfrentar con éxito o de mejor forma la tensión excesiva que produce desestabilización emocional y anímica en los niños. Se convierte así en aliada y complemento de otras formas de terapias: alópata, homeopática, psicológica, fonoaudiológica, psicopedagógica, etc.” (Céspedes, 2007). Tanto es así, que esta realidad de la que habla A. Céspedes, se aprueba en el ya mencionado decreto 42, del Ministerio de Salud de Chile, del año 2005, señalando lo siguiente, en su artículo 1: “Se entenderá por

Prácticas Médicas Alternativas a todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial, que se ejerzan de modo coadyuvante o auxiliar de la anterior” (MINSAL, 2005).

Para lograr responder la pregunta del problema de investigación, es necesario describir los pasos que se siguieron. En primer lugar, se consideraron fuentes primarias, en donde se destaca las “Obras Completas” de Edward Bach. También se han revisados autores como Edgar Morín, con su teoría del pensamiento complejo, en diversos artículos; autores más actuales como la neuropsiquiatra A. Céspedes. Posteriormente, se realizó una revisión de fuentes secundarias y terciarias, profundizando los dos conceptos fundamentales que son Síndrome de Déficit Atencional y Sistema Floral de Edward Bach, que son transversales en esta investigación. En relación al SDA/H, se revisaron los conceptos desde el modelo biomédico (DSM-IV, CIE-10), algunos artículos de neurociencia, de revistas electrónicas. En función al Sistema Floral de Edward Bach, se encontraron investigaciones provenientes de distintas casas de estudios que hablan sobre el tema, así como también, textos de autores que hacen un análisis a los fundamentos teóricos de Bach y revisión de documentos en la web. Es necesario mencionar, sin embargo, que la principal dificultad, respecto a la

terapia Floral de Bach, radica principalmente en las pocas investigaciones de carácter científico que se han realizado basándose en este tema.

Esta recopilación bibliográfica, favoreció la lectura hermenéutica, desde una mirada interpretativa, considerando las complejidades de cada uno de los autores que se van mencionando. Esto, alguna forma, se verá reflejado en el análisis del trabajo monográfico que se presenta.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

A continuación se presentarán los fundamentos epistemológicos que estarán a la base de esta investigación monográfica, con la finalidad de comprender y comprobar la etiología y la raíz en la que se sustenta este trabajo investigativo.

1.1. Paradigma de la Complejidad

Edgar Morín, basado en la teoría de la información y de los sistemas, la cibernética y en los procesos de auto-organización biológica, construye un método que intenta estar a la altura del desafío de la complejidad. L. Solís, señala que Morín hace referencia al concepto de complejidad como “un fenómeno cuantitativo, una cantidad extrema de interacciones e interferencias entre un número muy grande de unidades” (Solís., 2003). Refiriéndose al contexto actual, el sujeto está ubicado “en la prehistoria del espíritu humano y sólo el pensamiento complejo nos permitirá civilizar el conocimiento” (Solís., 2003).

“El Pensamiento Complejo tiene su esencia en la tradición perdida de abordar el mundo y el ser humano desde un punto de vista hermenéutico. Sin embargo, su desarrollo es reciente y tiene que ver con el empuje dado por los

descubrimientos científicos en la física y la biología (referidos a procesos de incertidumbre, irreversibilidad en los procesos, procesos caóticos o imposibles de predecir, etc.), desarrollo de la teoría de sistemas en las ciencias sociales, e ingeniería informática, y consolidación de metodologías de investigación diferentes al método científico tradicional” (Tobón & Núñez, 2006).

“El conocimiento científico moderno tiene por objeto el disipar la aparente complejidad de los fenómenos a fin de revelar el orden simple al que obedecen. A lo largo de los últimos tres siglos se han adquirido conocimientos sobre el mundo basados en los métodos de verificación empírica y lógica. También han progresado los errores derivados del modo mutilador de organización del conocimiento incapaz de reconocer y aprehender la complejidad de lo real. El conocimiento científico moderno opera mediante la selección de datos significativos y rechazo de los no significativos: separa (distingue) y une (asocia), jerarquiza y centraliza” (Gringber, 2003).

Según Morín, y haciendo referencia al pensamiento simplificador señala: “La necesidad del pensamiento complejo surge a lo largo de un camino en el que aparecen los límites, las insuficiencias y las carencias del pensamiento simplificador. El pensamiento simplificador no puede dar cabida a la conjunción de lo uno y lo múltiple (*unitas multiplex*), o bien unifica en lo abstracto anulando la diversidad, o bien yuxtapone lo diverso sin poder concebir la unidad” (Morín, 1995).

Así opera la inteligencia ciega: “destruye los conjuntos y las totalidades, aísla los objetos de sus ambientes y al observador de la cosa observada. Las realidades desaparecen por obra de disciplinas que sólo ven un segmento ellas, y entre unas disciplinas y otras no se establecen conexiones. Las ciencias humanas no necesitan de la noción de hombre. El principio de reducción conduce restringir lo complejo a lo simple. La inteligencia parcelada, mecanicista, reduccionista rompe lo complejo del mundo en fragmentos separados, fraccionando el problema, es una inteligencia miope” (Solís., 2003)

Morín señala: “el pensamiento complejo es ante todo un pensamiento que relaciona. Es el significado más cercano del término *complexus* (lo que está tejido en conjunto)” (Morín, 1995). Esto quiere decir que en oposición al modo de pensar tradicional, que divide el campo de los conocimientos en disciplinas, el pensamiento complejo es un modo de mirar el mundo con una mirada amplia, considerando todos los vértices que la constituyen. Está contra de la fragmentación del todo, considerando el contexto, y de ser posible la globalidad a la que se pertenece. Este pensamiento complejo debiera aportar los principios de los que emergiera el nuevo paradigma de la complejidad.

“El ideal del conocimiento científico clásico era descubrir, detrás de la complejidad aparente de los fenómenos, las leyes de una máquina perfecta, el cosmos, sometida a un Orden perfecto” (Solís., 2003).

“Claramente en la actualidad, contradictoriamente, el sujeto se ve enfrentado a la fragmentación del conocimiento y el mundo llamado global. Se tiende a entender las partes sin un todo, partiendo desde la especialización de las disciplinas que, muchas veces, continúan encerradas dentro de sus propias relaciones y discusiones. Y con esto, la misma sociedad sufre de fragmentación e incomprensión” (Ainsa, 1996). El pensamiento complejo es pensar complejamente como lo es la realidad, sin separar o fragmentar, sino uniendo y tratando de cohesionar y comprender las partes como dentro de un todo. Un todo, diverso, complejo, interconectado.

1.2. Medicina Vibracional

Para abordar el tema de la medicina vibracional, será necesario conocer la definición del término, para eso se ha dispuesto la lectura de algunos autores como Richard Gerber, uno de los expositores que han dedicado investigaciones sobre las medicinas y la curación mediante la energía vibracional, exponiendo desde la base del concepto y nombrando a Einstein como uno de los postulados dentro de la investigaciones sobre la teoría de la energía, así como también, otros autores que han dedicado mucho tiempo en investigar sobre la curación mediante la energía como Ricardo Orozco.

“La medicina vibracional aspira a una reunificación más completa y plena de la personalidad con el Yo Superior. Las modalidades terapéuticas vibracionales tienden a vigorizar las conexiones energéticas entre la personalidad y el alma propiamente dicha, por cuanto reequilibran el complejo cuerpo/ mente/espíritu” (Gerber, 1993).

Según Orozco: “la dinámica básica de la vibración es la oscilación entre dos polos opuestos. Esta oscilación / vibración es la base de la energía. La energía eléctrica se manifiesta de forma similar con una oscilación entre los polos positivos y negativos” (Orozco, 2002).

Para introducirse en el tema, Alfaro y Zamorano sostienen que: “todo lo que existe en el Universo es una manifestación de la energía expresada en distintos grados de densidad que se encuentra en un estado de vibración y frecuencia; esta vibración y frecuencia en la que cada ser vibra es lo que se conoce como resonancia. Cada parte de nuestro ser tiene su propia nota y su propia resonancia. Pues bien, bajo esta visión, se puede entender que en ocasiones algún órgano o parte de nuestro cuerpo se encuentra vibrando fuera de su tono, de aquel que le es propio y le caracteriza; en ese instante aparece un bloqueo y entonces el órgano o la parte afectada deja de vibrar en armonía con el resto del sistema produciendo como resultado la enfermedad. La medicina

vibracional actúa en este nivel energético/vibracional, modificando la frecuencia vibratoria alterada en el hombre a fin de restablecer su equilibrio en forma integral". (Alfaro & Zamorano, 2010)

“La medicina vibracional intenta curar las enfermedades manipulando positivamente aquellos sistemas energéticos que pierden su equilibrio por el estado de enfermedad. Se intenta restablecer el orden en un plano más alto de la funcionalidad humana, por el procedimiento de aportar energía al cuerpo, en vez de manipular sus células y sus órganos con productos químicos o con el bisturí”. (Gerber, 1993). Desde la mirada compleja de mente-cuerpo-espíritu, es que confluye una fuerza energética que logra mantener esta totalidad en completo equilibrio. Sin embargo, este sistema energético se ve expuesto a factores que influyen directamente en su mecanismo defensor, el cual se ve afectado de manera negativa, provocando un desequilibrio, y, por ende, la enfermedad.

Respecto del tratamiento de esta terapia vibracional, si bien el protagonista es el sujeto mismo, el terapeuta vibracional también cobra importancia: “El futuro médico vibracional será algo más que un expendedor de recetas para píldoras y jarabes. Será un sanador y un sensitivo. Diagnosticará los desequilibrios emocionales y las anomalías bioenergéticas antes de que se manifiesten como enfermedades en el organismo de sus pacientes. Será capaz de identificar los

factores biopsicoenergéticos que motivan la predisposición patológica del paciente, y le ayudará a prevenir las enfermedades enseñándole cómo se modifican esos elementos de desequilibrio”. (Gerber, 1993). Como ya se mencionó anteriormente, todo sujeto es energía. Generalmente, ésta se ve interferida por elementos que provocan un alteración: el estrés, inadecuados hábitos alimenticios, falta de ejercicio, pesimismo y negatividad respecto de situaciones cotidianas, malestar y depresión, provocando bloqueos en el mecanismo curador, llevando al organismo a un estado de enfermedad. La curación espiritual proporciona energía necesaria para poner de nuevo en acción el propio mecanismo curador.

1.3. Física Cuántica

La Física Cuántica explica los fenómenos que ocurren en el microcosmo; explica el comportamiento de la materia a nivel atómico. Gracias a la física cuántica, se logra entender por qué los átomos son estables o por qué emiten o absorben radiación.

“Una característica importante de la física cuántica es que la energía radiada o absorbida por un átomo, una molécula o un sólido, es siempre un múltiplo entero de un valor fijo llamado cuanto de energía. Se dice que la energía

esta cuantizada. Esa energía sólo puede tomar un valor de un conjunto discreto de valores. Ese conjunto discreto de valores se denominan niveles de energía, y se dirá que el átomo está en un estado estable cuando su energía toma uno de esos valores. Si un átomo aumenta o disminuye su energía, pasando de una energía inicial a otra final, lo hace a saltos, absorbiendo o emitiendo un cuanto de energía, en forma de energía radiante”. (Montoto, 2005).

1.4. Psicología Transpersonal

Partiendo del esfuerzo por ampliar el conocimiento del ser humano en sus distintas dimensiones, surge un movimiento, dentro del ámbito de la Psicología que supone una expansión de la investigación para incluir aspectos de la experiencia y del comportamiento humanos asociados a la salud y el bienestar. “Este movimiento se nutre tanto de los conocimientos de la ciencia de occidente como de la sabiduría tradicional de oriente, en un intento de integrar ambas fuentes de conocimiento” (Vazquez, 2005).

“La Psicología Transpersonal surge en los años 60, siendo Maslow uno de los precursores de la Psicología Humanista, quién apuntó la posibilidad de alcanzar un estado del ser más allá de la autorrealización. Estado que supone la trascendencia por el ser humano de los límites de la propia identidad y

experiencia, alcanzando niveles superiores de conciencia, que estando por encima de las necesidades e intereses materiales tienen sobre estos efectos muy positivos” (Grof, 1998).

“La Psicología Transpersonal consiste en el estudio psicológico de las experiencias transpersonales y sus correlatos, entendiendo estas experiencias como aquellas en las que la sensación de identidad - el self - se extiende más allá (trans) de la persona, abarcando aspectos de la humanidad, la vida, el psiquismo y el cosmos, que antes eran experimentados como ajenos. Además se puede señalar que las experiencias transpersonales suelen ir acompañadas de cambios psicológicos dramáticos, duraderos y beneficiosos, ya que estas experiencias pueden proporcionar una sensación de sentido y objetivo a nuestra vida, pueden ayudarnos a superar crisis existenciales y despertar en nosotros una preocupación compasiva por la humanidad y el planeta. También evidencia la existencia de un amplio abanico de posibilidades humanas y nos sugieren que ciertas emociones, motivaciones, capacidades cognitivas y estados de conciencia pueden ser cultivados y refinados hasta grados mucho más elevados hasta ahora considerado normal” (Wilber, 1994).

En definitiva, esta teoría psicológica se hace relevante en la medida que proporciona herramientas que permiten al sujeto crecer en lo personal y en lo

espiritual, desde una mirada holística, considerando todas sus dimensiones. Así, esta disciplina no excluye ningún elemento que el sujeto considere importante; por el contrario, los integra en un marco de mayor envergadura, reconociendo la importancia de las experiencias personales como de las transpersonales.

1.5. Naturopatía

La medicina naturista engloba distintas terapias complementarias: Hidroterapia, hipoterapia, fitorepia, dietorapia, entre otras, Gennaro, postula que se integra en este tipo de medicina, de manera específica, las siguientes terapias: “... acupuntura, hidroterapia, homeopatía, masaje, abstinencia, dietas y alimentos, terapia vitamínica y mineral, shiatsu, medicina herbal china y occidental y varias técnicas de trabajo corporal” (Gennaro, 2003).

“Cuando se habla de medicina naturista, principalmente, es sobre la gran capacidad que tiene el propio organismo para mantener la salud y recuperarse del proceso de la enfermedad. Con este término se engloban terapias muy distintas entre sí y con un grado de eficacia comprobado muy diferente entre unas y otras. Todas estas tienen en común que bajo cada una de ellas subyace un concepto holístico del hombre en perfecta interacción con la naturaleza, una filosofía humanística y un determinado modelo de vida” (Saz, 2007).

“La naturopatía evita la medicina de alta tecnología a cambio del enfoque no invasivo de la curación, orientado hacia la prevención y se centra en el paciente”. (Gennaro, 2003).

Otro concepto importante dentro de las terapias naturales es la auto – curación, la cual se “produce empleando estímulos naturales que hagan reaccionar al cuerpo, llevándolo de nuevo hacia un estado saludable. La filosofía naturista se coloca de parte del hombre y lo contempla como un ser de la naturaleza. En este tipo de terapias el hombre es el protagonista de su curación” (Saz, 2007).

Este tipo de medicina, ayuda al sujeto a mejorar su estado en general de la manera más natural posible, mejorando así, sus dolencias particulares y logrando un estado de bienestar que involucra su totalidad. La naturopatía “es una medicina completamente personalizada que sigue además la evolución del proceso y analiza las reacciones de crisis, normalización y adaptación que pueden aparecer”. (Saz, 2007).

Desde lo anterior, es importante señalar que el concepto hombre, nuevamente, se visualiza como un ser completo, complejo, integral; en donde él mismo es el protagonista de su equilibrio y sanación.

1.6. Homeopatía

El descubrimiento de la medicina homeopática y su desarrollo se atribuyen al médico alemán Samuel Hahnemann (1755-1843), quien desarrolló un sistema de tratamiento basado en el principio original de que «los semejantes curan los semejantes». “Este principio se basaba en los escritos médicos de los antiguos griegos (homeopatía viene a significar en griego «tratamiento mediante los similares), más adelante formalizada por él como principio básico de la homeopatía, la ley de la similitud” (Gerber, 1993).

Hahnemann, concluyó que existía un remedio que se correspondía con los síntomas de cada dolencia; descubriendo aquella dolencia, el paciente lograba la salud (equilibrio, según las terapias vibratoriales)

“Esta recopilación de síntomas comunes, es el de «cuadro homeopático medicamentoso», es el retrato de una persona idealizada que ha ingerido el medicamento en cuestión, especificando todo el complejo de síntomas individuales, inclusive las disfunciones físicas, las emocionales y las psíquicas”. (Gerber, 1993).

Este tipo de medicina fue una de las primeras disciplinas holísticas que fijó su atención en los síntomas que alteran el bienestar de mente – cuerpo y busca

una cura adecuada. Le interesa observar más los síntomas mentales y emocionales, más que los síntomas físicos.

Con respecto a los remedios, la homeopatía "... producirá una transferencia de energía resonante que podrá ser asimilada por el sistema bioenergético del paciente, permitiéndole expulsar las toxicidades y recuperar un nuevo punto de equilibrio de la salud". (Gerber, 1993). "... los remedios homeopáticos son medicamentos energéticos sutiles que contienen la frecuencia energética o «signatura vibracional» de la planta de donde se tomaron para efectuar la preparación. Al establecer la igualdad del complejo de síntomas del paciente con el «modelo homeopático» descrito para el remedio, se obtiene la sintonía vibracional correcta entre paciente y remedio" (Gerber, 1993).

Este tipo de medicina complementaria confluye sus conceptos y parte de su filosofía desde lo que postula la terapia vibracional en cuanto considera que la terapia actúa como energía, logrando la salud y el bienestar integral del sujeto.

1.7. Medicina Holística Integrativa

Una de las definiciones postuladas por Gerber, señala que: "Holística es una filosofía médica que pretende observar a la persona en su totalidad más que

analizar cada una de sus partes, es decir que combina los aspectos físico, mental, emocional y espiritual de la salud y la enfermedad” (Gerber, 1993).

Etimológicamente, el término holístico proviene de la palabra *holo*, que a su vez procede del griego *holos*. En inglés se encuentra esta palabra en *whole* (entero) y *holy* (santo, sagrado). Su significado es por ende, “entero”, “total”, tomado en su “conjunto”.

A su vez, considerando el concepto de ser humano, como un conjunto, una totalidad, Selowsky señala: “... el ser humano es un holograma, un todo en el que cada una de las partes contiene la información del conjunto. Todos los diferentes cuerpos, visibles e invisibles, son completamente interdependientes, por lo cual, restableciendo la salud del órgano afectado se corrige el desequilibrio originado en el resto del organismo” (Selowsky, 2008).

Según Gerber: “el terapeuta holístico y el vibracional, plantea el «bienestar» como meta del tratamiento. Considera deseable una mayor individualización de las terapias y los consejos médicos, más allá de la mera desaparición de los síntomas, teniendo en cuenta que el mayor tiempo dedicado al paciente redundará en un estado de salud mejor y la prevención de dolencias futuras” (Gerber, 1993).

En conclusión, haciendo referencia al concepto postulado por Gerber, se puede señalar, una vez más, que la persona, desde esta mirada, se observa y se atiende como a un todo, sin fragmentación del sujeto. En relación a esto, el médico holístico admite el concepto del bienestar en el ser humano como función de una correcta integración de los elementos vitales físicos, emocionales, mentales y espirituales.

En síntesis, estos fundamentos epistemológicos, resumen lo fundamental de la Terapia Floral de Bach, donde todo es energía, donde se considera al sujeto como un ser integral (alineación mente/cuerpo/espíritu) logrando armonía y equilibrio. Cuando se pierde la armonía, llega la enfermedad. Por otra parte, concuerdan con que es el mismo ser humano el encargado de lograr el propio equilibrio, desde el contacto con la energía vibracional entendida dentro de un cosmos ordenado.

CAPÍTULO 2: SÍNDROME DE DÉFICIT ATENCIONAL

2.1. Antecedentes Históricos y Principales Conceptos

El Trastorno por Déficit de la Atención⁵ (conocido como ADD por sus siglas en inglés) es un síndrome que ha cambiado definiciones a través de la historia. “Antes la condición se conocía como <<Disfunción Mínima Cerebral>>, <<Hiperquinesis>> o simplemente como el <<Síndrome del Niño Hiperactivo>>. Las anormalidades en el comportamiento incluían, pero no estaban limitadas, a la hiperactividad, inatención, distractabilidad, cambios abruptos de ánimo, hostilidad, <<inmadurez>>, relaciones conflictivas con compañeros, desafíos, desobediencia, problemas severos de conducta o delincuencia, junto a la “dislexia” y otros <<problemas del aprendizaje>>” (Biaggi, 2003).

Según lo señalado en la investigación de R. Frías, a pesar de los cambios de la conceptualización del SDA/H “su descripción no ha variado significativamente hasta hoy, constituyéndose los problemas de atención e hiperactividad como elementos centrales para su identificación” (Frías, 2000).

⁵ El DSM-IV define el SDA como un Trastorno (Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador), sin embargo, para efectos de esta investigación se hará referencia al concepto de Síndrome, entendido como, agrupaciones de signos y síntomas basada en su concurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes . Véase en www.psicomed.net/principal/dsmiv.html , consultado en enero, 15 de 2011).

Siguiendo con la investigación de R. Frías: “En 1845, Hoffman, médico alemán, describió por primera vez las características conductuales de algunos menores excesivamente inquietos y distráctiles y dio origen al término “hiperactividad”. Desde entonces se han efectuado múltiples investigaciones con el fin de establecer las causas de este síndrome” (Frías, 2000).

En 1902, Frederick Still, desarrolló una concepción muy particular de la hipercinesia asociándola a <<fallos en el control moral>> que no obedecían a deficiencias intelectuales. Además, señaló “como correlatos de esta escasa capacidad para interiorizar reglas los problemas atencionales, la mentira, el robo, una aparente reducción de la sensibilidad al castigo, acusada inmadurez, labilidad emocional y elevada frecuencia de anomalías físicas sin importancia. En los años siguientes, distintos autores encontraron en niños que habían sufrido un daño cerebral síntomas similares a los descritos por Still, lo que propició que se adscribiera claramente la hiperactividad a una alteración neurológica” (Miranda, Jaque, & Soriano, 1999).

Durante los años 30 y 40, este término es sustituido por el de <<Disfunción Cerebral Mínima>>, apoyando la posibilidad de un origen funcional, que recogería niños con hiperactividad y disfunción atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves. “Apuntan teorías neuroquímicas o neurofisiológicas como base añadida de este espectro comportamental. De forma

paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil recogen el término «síndrome de disfunción cerebral mínima» para clasificar pacientes con: hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional” (Fernández - Jaén, 2004).

Es en este período donde aparecen las anfetaminas como forma de “controlar” la hiperactividad. “Por otra parte, se creía que este «trastorno» se limitaba a la niñez y se esperaba que a comienzos o a mediados de la adolescencia estos síntomas desaparecieran” (Condemarín, 2005).

A partir de la década de los sesenta comienzan a aparecer múltiples definiciones: “El DSM II, habla de una «Reacción hipercinética». Hacia finales de la década de los 70, el CIE – 9, hace referencia, esta vez, a un «síndrome hipercinético»” (Condemarín, 2005).

Hacia 1980, se publicó en los Estados Unidos el Manual de Diagnóstico y Estadística III (DSM-III)⁶, donde por primera vez se define el síndrome utilizando una serie de síntomas. Desde éstos, se denomina como el «Trastorno por Déficit de la Atención» (ADD), agrupando otros problemas de comportamiento bajo la categoría de Trastornos de la Conducta. El DSM-III estableció que “las

⁶ La siguiente información se recoge del Manual de Diagnóstico y Estadística III (DSM-III), analizando su contenido y extrayendo información relevante asociada al SDA/H

características esenciales son signos de inatención e impulsividad percibidas como anormales desde un punto de vista del desarrollo”. La hiperactividad se describía como presente con frecuencia (ADD-H), pero no era esencial para el diagnóstico. Luego de un breve párrafo donde se describe la condición, se requería al menos tres de cinco síntomas de inatención, tres de seis síntomas de impulsividad, y al menos dos de cinco síntomas de hiperactividad. El DSM-III completó la descripción del diagnóstico especificando que la condición tenía que comenzar antes de los siete años y durar al menos seis meses. La presencia de otras condiciones clínicas como la esquizofrenia, trastornos de tipo afectivo o retardación mental severa tenían que ser descartadas.

En el DSM-III los síntomas fueron agrupados bajo titulares de inatención, impulsividad e hiperactividad, en un modelo tridimensional. Se conocía el diagnóstico en adultos como “Trastorno y Déficit de la Atención tipo Residual”, y se le dejaba al clínico determinar qué tipo de comportamientos era relevante mencionar cuando se consideraban las áreas de la inatención e impulsividad en adultos.

La versión revisada del DSM-III (DSM-III-R) publicada en el 1987, introdujo varias modificaciones al diagnóstico. Se le cambió el nombre al Trastorno por Déficit de la Atención, llamándole “Trastorno por Déficit de la Atención e

Hiperactividad” (ADHD), clasificada como uno de tres diagnósticos del grupo de los trastornos del comportamiento, junto a los Trastornos de la Conducta y de tipo Oposicional. Agrupó en una sola área todos los síntomas en lugar de dividirlos en tres áreas, cambiando el modelo a uno de tipo unidimensional. El clínico debía asegurarse que al menos ocho de catorce síntomas estuvieran presentes para así hacer el diagnóstico. Estos catorce síntomas eran básicamente los dieciséis descritos en el DSM-III con un poco de refinamiento.

El DSM-III y el DSM-III-R definieron el síndrome en términos de la atención, impulsividad y (casi siempre) hiperactividad. “Las características descritas como <<asociadas>> eran los síntomas descritos en definiciones previas como la <<disfunción mínima cerebral>> y el <<síndrome del niño hiperactivo>>” (Biaggi, 2003).

En el CIE – 10, se incluye dentro del grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas a otras anomalías. “Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los

accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima. El CIE excluye esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo y trastornos de humor” (Férrandez - Jaén, 2004).

El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, se ha definido en el *Manual de diagnósticos y estadística de los trastornos mentales* (DSM-IV) “como una alteración del desarrollo de inicio en la infancia. Se caracteriza por un patrón persistente de desatención y /o hiperactividad-impulsividad que se presenta con una mayor gravedad de lo esperable por el nivel de desarrollo”. “Según predominen los síntomas de hiperactividad impulsividad, de desatención o ambos, puede diagnosticarse uno de los tres subtipos: predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDA/H-HI), predominantemente desatento (DESAT) o combinado (COMB). Las diferencias halladas entre los subtipos con y sin hiperactividad han

llevado a creer que estarían mejor conceptualizados como trastornos diferentes”.
(Capdevila, Artigas, Ballarés, Ramírez, López - Rosendo, & Real, 2005).

Según el MINEDUC, “el déficit atencional puede tener consecuencias en: el rendimiento escolar del niño(a) (bajas calificaciones), y/o el desarrollo de la personalidad (baja autoestima, sentimiento de inutilidad y frustración), y/o proceso de integración social (dificultad para relacionarse con otros, aislamiento, problemas de disciplina, rechazo social y discriminación” (MINEDUC, 2005).

Para la Dra. Amanda Céspedes Calderón “...el SDA, no es una enfermedad por tanto el hecho de denominarla síndrome sería incorrecto, tampoco sería un problema de atención sino de concentración, así que la nomenclatura para este déficit debería cambiarse” (Pérez, 2004).

2.2. Etiologías del SDA/H

Respecto del origen del SDA, los conocimientos actuales aún no permiten establecer una etiología precisa para este cuadro. “Algunos neurólogos, postulan que es probable la existencia de una base biológica, en la cual influirían factores heredados y factores ambientales y sociales” (Colombo M. , 1999).

a. Factores Neuroquímicos

Una primera teoría etiológica, aborda aspectos neuroquímicos relevantes y que, de alguna manera, se han asociado a este síndrome, son los referentes a los mecanismos monoaminérgicos.

“El sistema monoaminérgico se origina en grupos de neuronas que se encuentran ubicadas en el tronco cerebral, luego se proyectan a distintas áreas del SNC. En todas sus ubicaciones se une a un gran número de receptores, lo cual hace que su acción sea compleja. Constituyen el grupo principal de neurotransmisores del sistema nervioso. La diferencia de estas sustancias es la presencia de un grupo amino (-NH₂) de ahí que se denominan monoaminas, proceden de aminoácidos precursores y forman dos grupos: las catecolaminas, las cuales se derivan de la fenilalanina, en la biosíntesis nerviosa acortan el camino iniciándolo en la paratirosina; y las indolaminas que derivan del triptofano. Las catecolaminas incluyen la dopamina, la adrenalina y la noradrenalina y las indolaminas el neurotransmisor es la serotonina” (Narbona - García & Sánchez - Carpintero, 1999).

En condiciones normales, la dopamina liberada se adhiere a los receptores dopaminérgicos de ciertas neuronas para transmitir su mensaje, mientras que los transportadores dopaminérgicos la absorben para que posteriormente pueda ser

reutilizada. Sin embargo, “las personas con TDAH pueden sufrir alteraciones en el gen de los receptores de la dopamina, o en el gen de los transportadores de la dopamina. La consecuencia es que se generan receptores menos sensibles a la dopamina, o transportadores muy eficaces que absorben la dopamina tan rápidamente que no dejan al neurotransmisor tiempo suficiente para adherirse a los receptores dopaminérgicos de una neurona vecina. El resultado, en resumen, es un proceso de transmisión de la dopamina defectuoso” (Miranda, Jaque, & Soriano, 1999).

“Hay que tener en cuenta que los primeros intentos de correlacionar la condición con un defecto intrínseco de tipo neurológico se remontan a los años 1917 y 1918” (Frías, 2000). “Se cree que durante este período se describió por primera vez el síndrome de una forma generalizada entre un sector amplio de la población. Luego de un brote extenso de encefalitis letárgica (Encefalitis de Von Economo), los niños que sobrevivieron desarrollaron un cuadro similar al desorden conocido como Disfunción Mínima Cerebral, mientras que los adultos tuvieron un síndrome similar al de la enfermedad de Parkinson” (Narbona - Gacía & Sánchez - Carpintero, 1999). “Hoy en día se cree que este tipo de resultado tanto en niños como en adultos pudo deberse a la destrucción selectiva de las neuronas generadoras de la dopamina, creando un cuadro de hiperquinesia en los niños y bradiquinesia en los adultos” (Colombo M. , 1999).

b. Factores Genéticos.

La transmisión hereditaria del TDAH está siendo también respaldada por los hallazgos de los estudios de familias. “Se ha demostrado que los hijos de padres con un TDAH tienen hasta un 50% de probabilidades de sufrir el mismo problema y las investigaciones realizadas con gemelos indican que los factores genéticos explican entre un 50 y un 70% los síntomas del TDAH” (Miranda, Jaque, & Soriano, 1999).

Según la Psiquiatra, Ximena Keith, es de vital importancia considerar la predisposición constitucional: “La vulnerabilidad biológica parece estar en una disfunción neuroquímica que implica diferentes neurotransmisores, en parte genéticamente determinados que ejercerían una influencia en la formación de algunos defectos cognitivos [...] Los estudios han demostrado claramente la existencia de mayores factores sociales en las mujeres que en los hombres, mostrando con fuerza la evidencia de una base genética en la etiología de este Síndrome” (Keith, 1999).

Además de lo anterior, el psiquiatra infantil, César Soutullo, afirma que “[...] existe una etiología genética de tipo conductual [...] y se han realizado estudios desde el ámbito de la familia, donde se ha observado una mayor prevalencia de TDAH y otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad,

trastorno antisocial, dependencia a drogas y alcohol) en los familiares de estos pacientes. También en estudios de adopciones se ha visto una mayor prevalencia del TDAH en los padres biológicos frente a los adoptivos y la población normal de 18,6 y 3%, respectivamente. En estudios realizados a gemelos, hay una concordancia para los síntomas del TDAH del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos. El coeficiente de heredabilidad es del 0,65-0,91” (Soutullo & Hidalgo, 2006).

Investigaciones realizadas, afirman que “existe una cierta probabilidad de que el SDA/H tenga su origen en sujetos que presentan resistencia a la hormona tiroidea, enfermedad heredada, que consiste en una mutación en el gen beta, receptor de la hormona” (Colombo, 1999). “Cuando los tirotrópos son hiporreactivos, la hipófisis detecta erróneamente un déficit de hormonas tiroideas y aumenta TSH hasta que el nivel de hormonas tiroideas alcance un equilibrio y la TSH se mantenga moderadamente alta o normal” (Narbona - Gacía & Sánchez - Carpintero, 1999). “La presencia de eutiroidismo o hipertiroidismo dependerá del grado de compromiso de los tejidos periféricos, de modo que si éste es leve, habrá hipermetabolismo” (López, 2004). “Los estudios realizados, comprobaron una mayor prevalencia de SDA/H en sujetos que presentaban anomalías de la tiroides (5,4%)” (Colombo, 1999).

c. Factores Neurofisiológicos

En tercer lugar, existe la hipótesis sobre la etiología que involucra antecedentes neurofisiológicos.

“En los pacientes con TDAH se han observado alteraciones de la actividad cerebral como: reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la córtex sensorio-motora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal” (Miranda, Jaque, & Soriano, 1999). Según la neuróloga M. Colombo, “[...] las áreas prefrontales son importantes determinantes biológicos de la atención. Trastornos de esta región produce falta de atención, distractibilidad, inhabilidad de inhibir respuestas apropiadamente [...]” (Colombo, 1999).

d. Factores Biológicos Adquiridos

Otra causa que apunta a la hipótesis etiológica del SDA, radica en factores, que si bien afectan aspectos biológicos del sujeto, no necesariamente están relacionados con el ámbito genético.

Esta hipótesis etiológica, hace referencia a factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal. “Durante el período prenatal, existen antecedentes como la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), altos niveles en la hormona tiroidea en la madre en el transcurso del período gestacional, infecciones, insuficiencia placentaria, toxemia, preeclampsia, mala salud o desnutrición de la madre durante el embarazo” (Rodríguez & Cardo, 2007). En el transcurso del período perinatal, “probabilidades de <<hipoxia>> en el feto, mal uso y administración de sedentes en la madre al momento del parto, uso deficiente de fórceps, expulsión demasiado rápida, sufrimiento fetal y/o cesárea” (Roizblatt A., 2003), “...la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza prefrontal o la hipoglucemia” (Rodríguez & Cardo, 2007).

e. Factores Psicosociales (Ambientales)

Los factores psicosociales pueden influir y modular las manifestaciones del SDA/H. “La severidad y expresión de los síntomas puede verse afectado a través de la interacción gen-ambiente (ciertos factores ambientales pueden tener distinto

impacto en individuos que tienen un gen en particular, frente a personas que no lo tienen” (Soutullo & Hidalgo, 2006).

Una serie de investigaciones recientes sugieren que “las interacciones que operan entre los factores orgánicos y ambientales tales como un pobre ejercicio de la paternidad, psicopatologías de los padres, baja situación socioeconómica o estrés psicosocial de la familia, tienen una gran importancia en la modulación del síndrome” (Miranda, Jaque, & Soriano, 1999).

A. Céspedes, explica que “el SDA/H, proviene fundamentalmente de la deuda de sueño de niños y jóvenes, la mala alimentación, el exceso de azúcar, el estrés crónico, el empleo de fármacos de uso social en exceso (alcohol, etcétera) y el abuso de los videojuegos”. Señala que, “en los últimos años, se está diagnosticando entre el 50 y 70% de déficit atencional que no lo es. Y ese sobrediagnóstico es de los niños que provienen de lo que ha denominado el grupo del mal vivir; hijos de la sociedad posmoderna, del acostarse a las doce de la noche, cero reglas, cero normas, que viven en esta sociedad light donde todo se improvisa” (A. Céspedes en Navarro, 2008).

Luego, también hay otro grupo que induce a error de diagnóstico, que son los niños con problemas emocionales. Hoy van en franco aumento. Sus comportamientos se enmascaran como si fuesen un déficit atencional, lo que dificulta el diagnóstico. Por ejemplo, la ansiedad extrema genera hiperactividad y

la depresión crónica provoca desmotivación escolar. Céspedes, señala que: “[...]estas graves fallas hacen urgente que los neurólogos infantiles aprendan psiquiatría infantil o dejen definitivamente de diagnosticar ese trastorno [...] la gran mayoría de los errores de diagnósticos están hechos por neurólogos y no por psiquiatras. Los psiquiatras infantiles nos damos más tiempo”. (A. Céspedes en Navarro, 2008).

2.3. Clasificación y Subtipos.

“A partir de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su cuarta edición, así como la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, sustituyen el término disfunción cerebral mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (DSM-IV-TR) o el de <<Trastornos Hiperactivos>> (CIE-10)” (Soutullo & Hidalgo, 2006).

En la actualidad hay 2 sistemas de clasificación internacional que han ido convergiendo con el tiempo, aunque todavía existen diferencias. Por una parte, el DSM-IV describe 3 subtipos según los síntomas que estén presentes:

- a. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado:

“Cuando 6 ó más síntomas de desatención y 6 ó más síntomas de

hiperactividad-impulsividad han persistido durante 6 ó más meses, éste es el subtipo más frecuente en niños y adolescentes” (Pinto, 1999).

- b. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: “Cuando 6 ó más síntomas de desatención y menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por más de 6 meses” (Soutullo & Hidalgo, 2006).
- c. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo - impulsivo: “Cuando 6 ó más síntomas de hiperactividad-impulsividad y menos de 6 síntomas de desatención han persistido durante 6 meses” (Pinto, 1999).

“Si no se satisface claramente las características clínicas en uno de estos 3 Subtipos, el paciente debe ser clasificado como: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no Especificado” (Fernández - Jaén, 2004).

En segundo lugar, la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS) sostiene que “es necesaria la existencia simultánea de los 3 tipos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, constituyendo el cuadro de <<alteración de la actividad y la atención>>”. Reconoce, además, una categoría separada, “<<el trastorno hiperquinético de la conducta>>”, cuando coinciden, además de los 3 síntomas, una alteración de la conducta. De este

modo con el CIE-10, al ser los criterios más restrictivos, se diagnostican menos cuadros que con el DSM-IV” (Soutullo & Hidalgo, 2006).

2.4. Síntomas o Criterios Diagnósticos

Los criterios en los cuales se basan los especialistas para diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se basa en tres síntomas esenciales:

- I. El déficit de atención (falta de perseverancia en la atención o atención dispersa).
- II. La hiperactividad (excesivo movimiento).
- III. La impulsividad (dificultad en el control de impulsos).

El déficit de atención guarda una mayor relación con las dificultades académicas y el logro de metas, mientras que la hiperactividad e impulsividad están más relacionadas con las relaciones sociales y los resultados psiquiátricos.

A. Fernández – Jaén, señala que “las manifestaciones clínicas varían en grado e intensidad según la edad del paciente en el momento del diagnóstico”. Para ello, realiza una descripción breve de los síntomas en cada una de las etapas cronológicas de los posibles sujetos y que se presentan a continuación⁷

^{7 7} Todas las etapas mencionadas se recogen de la siguiente bibliografía: Fernández - Jaén, A. (2004). Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH), aspectos históricos. Madrid, España.

- **Niños pequeños (1-3 años):** Se pueden apreciar cambios temperamentales, impulsividad y una adaptación social limitada en la interacción del niño con el ambiente y los padres. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan y pueden tener alteraciones del sueño, del lenguaje y del desarrollo motor. A esta edad el diagnóstico es muy difícil.
- **Preescolares (3-6 años):** Se puede observar una inquietud motriz, menor intensidad y duración en el juego y distintos problemas asociados: déficit en el desarrollo, dificultad en la coordinación motora, conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social y accidentes, entre otras. El diagnóstico sigue siendo difícil ya que la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden ser propios de la edad; es importante ver si se afecta la socialización, el aprendizaje y la interacción padres-hijos. A esta edad es muy complicado conocer el rango normal de conducta y no hay instrumentos fiables y válidos para evaluar el TDAH. Se sugieren de forma orientativa los síntomas mencionados por expertos clínicos y deben verse como factores de riesgo más que como signos diagnósticos.
- **Escolares (6-12 años):** A esta edad suele ser cuando se producen más consultas a profesionales de la salud. Son niños que se distraen con facilidad, presentan inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, y

con diferentes problemas asociados: trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), repetición de cursos, rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas, baja autoestima y comportamiento agresivo.

- **Adolescentes (13-20 años):** Hasta el 70% de los niños con TDAH evolucionarán con manifestaciones clínicas hasta la adolescencia. Con la edad va disminuyendo la hiperactividad motora y se transforma en hiperactividad mental o sensación de impaciencia. Se mantiene el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse lo que conlleva mal rendimiento escolar, rechazo de amigos, disminución de la autoestima y búsqueda de afecto de forma indiscriminada con la implicación en conductas de riesgo: conducta agresiva, antisocial y delincuente, problemas con el alcohol y drogas, problemas emocionales (depresión, ansiedad), embarazos y accidentes que constituyen su principal causa de muerte.

2.4.1. Criterios diagnósticos según el DSM – IV

“El DSM-IV requiere que estén presentes al menos 6 de los 9 síntomas siguientes, tanto para el subtipo con predominio del déficit de atención como para el subtipo hiperactivo-impulsivo. El TDAH de tipo combinado requiere una combinación de ambos tipos de síntomas de déficit de atención y de hiperactividad impulsividad, 6 más 6” (Soutullo & Hidalgo, 2006). Además, “estos síntomas

debiesen presentarse antes de los 7 años, en más de dos lugares (casa, escuela), el niño debiese evidenciar afectación social, académica u ocupacional. Por último, exclusión previa de trastornos del desarrollo” (Fernández - Jaén, 2004).

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos según la clasificación del DSM, en su cuarta versión (DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995):

Déficit de atención
<ol style="list-style-type: none">1. No pone atención a los detalles y comete errores frecuentes por descuido.2. Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos.3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente.4. No sigue las instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no termina los “recados”, a pesar de entenderlos.5. Dificultades para organizar sus tareas y actividades.6. Evita o rechaza realizar tareas que le demanden esfuerzo.7. Pierde sus útiles o cosas necesarias para hacer sus actividades obligatorias (lapiceros, libros...).8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria.
Hiperactividad-impulsividad
<ol style="list-style-type: none">1. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado.2. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado.3. Corretea, trepa... en situaciones inadecuadas.4. Dificultad para relajarse o practicar juegos donde debe permanecer quieto.5. Está continuamente en marcha como si tuviera un motor por dentro.

6. Habla excesivamente.
7. Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas.
8. Tiene dificultad para esperar turnos en los juegos.
9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.

2.4.2. Criterios diagnósticos según el CIE – 10:

“Los criterios de la CIE-10 en comparación con el DSM-IV, son menos estrictos con respecto al número de síntomas necesarios, pero más estrictos en cuanto a la disfunción/ubicuidad. Requiere 6/9 síntomas de déficit de atención, además de al menos 3/5 síntomas de hiperactividad y 1/4 síntomas de impulsividad” (Soutullo & Hidalgo, 2006). A continuación, se presentan los criterios diagnósticos según la clasificación del CIE – 10 (CIE - 10, 1995):

F90. Trastornos hipercinéticos.

Grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hipercinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones

secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.
Excluye: esquizofrenia, trastornos de ansiedad, generalizados del desarrollo y humor (afectivos).

F90.0. Perturbación de la actividad y de la atención.

- Trastorno o síndrome deficitario de la atención con hiperactividad
- Trastorno hiperactivo con déficit de la atención

Excluye: trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta.

F90.1. Trastorno hiperactivo de la conducta

- Trastorno hiperactivo asociado con trastorno de la conducta

F90.8 Otros trastornos hiperactivos.

F90.9. Trastorno hiperactivo, no especificado

- Reacción hiperactiva de la niñez o de la adolescencia.
- Síndrome hiperactivo.

2.5. Evaluación Diagnóstica

La evaluación diagnóstica constituye un complejo proceso desde la mirada holística, ya que debe involucrar a todos los actores que conforman la realidad del niño(a) que presentaría ciertos síntomas que coinciden con los ya mencionados anteriormente.

El diagnóstico del SDA/H se basa en una historia clínica detallada y observación directa por los padres, profesores y profesionales. "Cualquier niño (especialmente los más pequeños), puede presentar de forma aislada y/o transitoria conductas impulsivas, desatentas, o un exceso de actividad, sin

constituir necesariamente un trastorno. Por el contrario, el SDA/H es un síndrome que cumple la mayoría de los requisitos de un trastorno clínico, es decir, tiene un curso, duración, y respuesta al tratamiento que se manifiestan de forma específica” (Martínez & González, 2007).

La evaluación del SDA/H es un aspecto complejo. ya que pueden aparecer síntomas que, no necesariamente coinciden con los específicos para diagnosticar este tipo de síndrome, sino más bien dependerán de los contextos naturales en los que el niño se desenvuelve. Por ejemplo: “puede aparecer un perfil en el que desde el contexto familiar muestren a su hijo como un niño muy movido, aunque la severidad de los síntomas no alcance el mínimo suficiente y sin dificultades atencionales, mientras que en el contexto escolar aparezca como un niño inquieto, algo impulsivo, pero sobre todo con muchos problemas en el control de la atención sostenida. También puede ocurrir que el nivel socio-cultural de los padres sea muy bajo, y por lo tanto tengamos dificultades para que cumplan las escalas comportamentales” (Félix & Vilaplana, 2007)

Frente a un niño con posible SDA/H debe considerarse un diagnóstico diferencial evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social. Según el psiquiatra infantil J. Martínez: “esto es importante cuando el pediatra de Atención Primaria reciba a niños derivados directamente de los colegios donde se ha detectado otro

caso” (Félix & Vilaplana, 2007). Con lo anteriormente expuesto, habría que señalar que un niño(a) no puede ser diagnosticado desde lo unidimensional, sino más bien desde la mirada multidisciplinar.

“Desde el punto de vista médico, debe diferenciarse de problemas de visión o de audición, epilepsia (especialmente ausencias), secuelas de traumatismo craneoencefálico, problemas médicos agudos (infecciones) o crónicos (anemia, hipotiroidismo), malnutrición o sueño insuficiente debido a un trastorno del sueño o a un problema en el ambiente (Félix & Vilaplana, 2007). “También deben descartarse los trastornos respiratorios del sueño (TRS) en niños que roncan con frecuencia. Pacientes con el síndrome de Tourette pueden distraerse por la urgencia premonitoria anterior al tic, o por intentar inhibir los tics. Algunos fármacos como fenobarbital, carbamazepina y, posiblemente, teofilina, y drogas como alcohol o cannabis, reducen la atención. Debe descartarse un retraso mental, cociente intelectual bajo y trastornos del aprendizaje (verbal, no verbal, de la lectura, matemáticas o escritura). Debe hacerse un diagnóstico diferencial psiquiátrico con trastornos de ansiedad, del humor, generalizados del desarrollo (espectro autista), y negativista desafiante sin SDAH” (Soutullo & Hidalgo, 2006).

Desde el punto de vista social, “las secuelas de abuso o abandono del niño, una estimulación insuficiente o una sobreestimulación excesiva y exigencias o

expectativas de padres y profesores no adecuadas para el nivel de desarrollo del niño, pueden interferir con la atención” (Félix & Vilaplana, 2007).

2.5.1. Tipos de evaluaciones para el diagnóstico de SDA/H

El cuestionario de hiperactividad de Conners es el instrumento más usado en la actualidad en las investigaciones sobre los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. “El cuestionario ésta integrado por 10 ítems de fácil redacción que describen conductas relevantes del trastorno hiperactivo, impulsividad, comportamiento inadecuado de los niños con otros niños y grados de excitabilidad. Además, evalúa cambios del humor y de la afectividad tales como llanto fácil, pataletas, frustraciones, entre otras características. Cada ítem oferta cuatro alternativas de respuesta en función de la frecuencia de la ocurrencia de la conducta mencionada. Los profesores deben poner una cruz en la casilla correspondiente, que puede ser siempre, muchas veces, a veces o nunca” (Félix, 2006).

“El Cuestionario para padres y profesores es una prueba que recoge los criterios diagnósticos propuestos por el A.P.A. (Asociación Psiquiátrica Americana) para la categoría de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad. Los nueve primeros ítems recogen aspectos relacionados con la Inatención-Desorganización y los nueve siguientes se dirigen a evaluar la hiperactividad-

Impulsividad. Existen cuatro alternativas de respuesta (nunca, algunas veces, bastantes veces y muchas veces) y se considera que un niño cumple los criterios del SDA/H, subtipo combinado, si es valorado por su profesor y por sus padres en las alternativas de respuesta: bastantes veces o muchas veces; en al menos 6 items de cada una de las dos partes de esta prueba” (Félix, 2006).

Existen test y pruebas específicas para la evaluación de aptitudes perceptivas y de atención/concentración como el Test de Porteus-Maze o Laberinto. “Consiste en trazar con un lápiz el camino de un laberinto delimitado entre dos líneas, hasta llegar a la única salida entre varias posibilidades. Se cuentan como errores el tocar las líneas laterales, cruzar las líneas o parar, discontinuando la línea trazada. Su aplicación está estandarizada para cada edad” (Valdivieso, Cornejo, & Sánchez, 2000).

Entre las pruebas para medir la impulsividad se pueden encontrar: “el Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT: *Matching Familiar Figures Test*); comprende 12 ensayos. Se registran el tiempo de latencia y la precisión de las respuestas. Un patrón de latencias de decisión breve, unido a una elevada tasa de errores, es indicativo de impulsividad” (Soprano, 2003). Otra prueba que mide este síntoma es el Test de Ejecución Continua (CPT: *Continuous Performance Test*), “donde se presentan una serie de estímulos en una pantalla de computador, en

una sucesión muy rápida, y se pide, a la persona que se evalúa, que responda (que pulse una tecla o un botón del ratón) cuando aparezca un estímulo determinado” (Amador, Forns, & Kirchner (Amador, Forns, & Kirchner, 1995).

Otro examen importante es la aplicación del encefalograma. “A lo largo de los últimos años, son varios los estudios que, de acuerdo con el avance tecnológico, se han venido desarrollando en apoyo del diagnóstico clínico de los trastornos del neurodesarrollo. Entre los estudios paraclínicos más comúnmente utilizados se encuentra el electroencefalograma, cuya contribución al estudio del SDA ha tenido diferentes interpretaciones: algunos autores han señalado la presencia de anormalidades menores e inespecíficas y otros, que las alteraciones del EEG son rasgos frecuentes asociados con esta entidad. Se ha encontrado, en 30 a 60% de los casos, que la anormalidad más común es una lentificación de la actividad eléctrica cerebral, fuera de los límites normales establecidos para la edad cronológica del paciente” (Reyes-Zamorano, Ricardo-Garcell, Galindo y Villa, Cortés, & Otero, 2003).

Otra técnica electrofisiológica de especial interés en el paciente con SDA/H es el estudio polisomnográfico. El sueño es una técnica de activación, ya que durante el sueño se producen más descargas de tipo epileptiforme. “Resulta importante el estudio del sueño nocturno en todo niño con sospecha de SDA/H,

sobre todo si no responde a un adecuado tratamiento farmacológico. Se han detectado anomalías de tipo epileptiforme (punta-onda) en estadios del sueño de niños con SDA/H. Se describen las llamadas ‘descargas epileptiformes focales benignas’. Estas alteraciones pueden tener repercusiones en el área del comportamiento y producir alteraciones del aprendizaje” (Mulas, Téllez de Meneses, Hernández - Muela, Mattos, & Pitrach, 2004).

2.6. Tratamiento farmacológico asociados al Síndrome de Déficit Atencional y sus efectos secundarios

Un plan de tratamiento para el SDA/H debiese ser individualizado y con un carácter multidisciplinar, que abordara las necesidades propias del niño y su familia. Este tratamiento, casi siempre debe incluir aspectos tales como acompañamiento a los padres que involucre psicoeducación respecto del SDA/H y, por su puesto, entrenamiento en técnicas de manejo conductual del niño (a). involucrar al colegio en tanto sistema, considerando ámbitos académicos y relaciones con su grupo de pares. Finalmente, un tercer factor, sería la medicamentación específica para tratar el SDA/H.

En esta investigación, se profundizará respecto del tercer factor, que, de alguna manera, respondería al objetivo de la misma.

2.6.1. Fármacos que actúan preferentemente sobre las Vías Dopaminérgicas

El fármaco más utilizado en el tratamiento del SDA/H es el metilfenidato (MTF). “Se ha constatado su eficacia en el rendimiento escolar, en la conducta y en la interacción social con los compañeros. La acción del MTF viene mediada por una inhibición selectiva de la recaptación de dopamina” (Artigas - Pallarés, 2004). “El efecto del MTF es ligeramente distinto en pacientes diagnosticados de SDA/H que en individuos normales. En los pacientes con SDA/H, el MTF tiene un efecto paradójico, puesto que disminuye la hiperactividad y permite focalizar y mantener la atención; por otra parte, apenas crea tolerancia y, por tanto, generalmente no es necesario escalar dosis” (Sinzig & Manfred, 2009).

“La forma de MTF más utilizada es el MTF de liberación inmediata (Rubifen®). Si bien la tolerancia del MTF de liberación inmediata suele ser buena, no deja de presentar algunos inconvenientes” (Soutullo & Hidalgo, 2006).

Los problemas más relevantes son los siguientes:

“El efecto tiene una duración de entre dos y cuatro horas, lo cual condiciona que en muchos casos se deban utilizar tres o incluso cuatro tomas para conseguir un efecto sostenido. Este problema se incrementa por el hecho de requerir una o dos tomas durante el horario escolar. Algunos niños toleran mal el MTF a causa de efectos indeseables: cefalea, dolor abdominal, anorexia, insomnio, ansiedad, irritabilidad y tendencia al llanto. Algunas molestias como la cefalea y el dolor abdominal, aunque suelen ser leves, se han informado en un tercio de los pacientes” (Mulas, Mattos, Hernández - Muelas, & Gandía, 2005).

“Los estimulantes pueden empeorar los tics o desencadenar tics en un niño predispuesto, no por ello deja de ser un problema que impide el uso del MTF en algunos niños. El efecto rebote consiste en un estado de nerviosismo e irritabilidad, con el consiguiente empeoramiento de la conducta, a las tres o cuatro horas de haber administrado el MTF. Esto representa, en algunos niños, un serio problema. Lo presentan alrededor de un tercio de los niños tratados con MTF, aunque la magnitud del mismo varía mucho entre unos casos y otros. Un ligero aumento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca” (Mulas, Mattos, Hernández - Muelas, & Gandía, 2005).

El MTF no sólo no es eficaz en algunos de los aspectos comórbidos del TDAH, sino que incluso puede empeorarlos. “Tal es el caso de la ansiedad, de la

depresión, del trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, no por ello cualquiera de estas situaciones representa de entrada una contraindicación absoluta para utilizar el MTF” (Artigas - Pallarés, 2004).

Con el fin de obviar los problemas derivados de las limitaciones en la duración del efecto, se han desarrollado preparados que permiten una liberación sostenida del principio activo y, por tanto, una acción más prolongada.

“La primera opción fue el Ritalin SR (Ritalin hydrochloride USP). Con las tabletas SR, el MTF se absorbe más lentamente, lo cual permite que su efecto se mantenga a partir de las 1,3 hasta las 8,2 horas, a partir de su administración, con un máximo a las 4,7 horas. Si bien su eficacia es idéntica al MTF de liberación inmediata, el retraso en el inicio del efecto puede representar un inconveniente en algunos casos. Por ello, puede ser una buena opción la administración concomitante de una pequeña dosis de MTF de liberación inmediata. Ello obliga a un control ajustado sobre el nivel de respuesta a lo largo del día. La dosis de MTF SR es la misma dosis total de MTF de liberación inmediata, o sea, la suma de tres tomas” (Artigas - Pallarés, 2004).

Otra formulación del MTF es el Ritalin LA. “La cápsula está formada por una cubierta que contiene la mitad de la dosis de MTF en forma de MTF de liberación inmediata, en tanto que la otra mitad se reviste de una capa de protección entérica

que permite la liberación del principio activo a las 4 horas (técnica SODAS del inglés, Spheroidal Oral Drug Absorption System). En realidad, la forma LA mimetiza, en una sola toma, la administración de dos tomas de MTF de liberación inmediata con una separación de 4 horas. No añade ninguna otra ventaja que no sea la comodidad de administración” (Ávila, 2004).

Otra variante del MTF es la suministrada con el nombre de Metadate CD. “En este caso se ha asociado, en una misma cápsula, un 30% de MTF y un 70% de MTF de liberación lenta. De este modo se alcanza un efecto prolongado y sostenido durante unas 9 horas. Utiliza una técnica similar a la técnica SODA” (Ávila, 2004).

Más recientemente se ha introducido la tecnología OROS (MTF OROS, Concerta ®). Esta técnica, de mayor sofisticación, “permite una liberación sostenida del MTF gracias a una cápsula que contiene dos compartimientos de MTF. Un compartimiento permite la liberación inmediata del MTF, mientras que el otro libera de forma sostenida su contenido mediante un mecanismo determinado por la penetración de contenido gástrico en el compartimiento. Con ello se obtiene un efecto sostenido durante 10-12 horas, con la misma respuesta, a corto plazo, que con el MTF de liberación inmediata. Sus ventajas más evidentes son que requiere una sola toma, con lo que se evitan descuidos y, sobre todo, la necesidad

de implicar a maestros y personal de la escuela en el tratamiento, se evita el efecto rebote, el rendimiento escolar no queda tan vinculado temporalmente a la administración de un fármaco, mantiene su eficacia durante las horas siguientes al horario escolar, con lo cual actúa sobre la conducta en el entorno familiar y permite realizar el trabajo extraescolar bajo el efecto del MTF” (Montañés - Roda, Gangoso - Feroso, & Martínez, 2009).

“Las desventajas del MTF OROS son: menor flexibilidad para ajustar las dosis, en caso de insomnio no es posible reducir la dosis de la última toma, problemas para conciliar el sueño y pérdida de apetito” (Montañés - Roda, Gangoso - Feroso, & Martínez, 2009).

Dentro del grupo de los estimulantes está el Adderall. Este preparado está formado por “la combinación de cuatro sales anfetamínicas. Aunque su efecto no es sensiblemente distinto del MTF, un reciente metanálisis, comparando ambos estimulantes, sugiere una eficacia ligeramente superior en el Adderall. El efecto de Adderall se mantiene durante unas 6 horas” (Artigas - Pallarés, 2004).

Siguiendo el mismo diseño que con el Ritalin LA, se ha desarrollado el Adderall XR. “Con ello se consigue un efecto mantenido durante unas 10-12 horas. Adderall XR contiene en la misma cápsula una mitad de Adderall de

liberación inmediata, y otra mitad que se libera a las 4 horas” (Artigas - Pallarés, 2004).

“Se han estudiado con resultado positivo los Inhibidores de la monoaminoxidasa, en el tratamiento del SDA/H. como el selegilina (Plurimen ®). Es un inhibidor de la monoaminoxidasa B, que es la responsable principal de la degradación de dopamina. Mediante esta acción se produce un aumento de la concentración de dopamina en los segmentos cerebrales nigroestriados” (Mulas, Mattos, Hernández - Muelas, & Gandía, 2005).

“La limitación más importante para el uso de la monoaminoxidasa B es el riesgo de crisis hipertensivas asociadas a transgresiones dietéticas (consumo de queso u otros alimentos, ricos en tiramina) e interacción con otros fármacos. La asociación a Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina puede desencadenar un síndrome serotoninérgico” (Artigas - Pallarés, 2004).

2.6.2. Fármacos que actúan preferentemente sobre las vías de la Noradrenalina

La reboxetina (Irenor) es un antidepresivo con un mecanismo de acción novedoso: “se trata de un inhibidor puro de la concentración de la noradrenalina y el primer psicofármaco que inicia una nueva familia, los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina” (Artigas - Pallarés, 2004). “La reboxetina se ha mostrado eficaz en la fatiga, la apatía y el SDA/H. Debe considerarse el uso de la

reboxetina en el tratamiento del SDA/H cuando éste se asocia a depresión, es decir, cuando predominan los síntomas de fatiga y apatía y, además, han fracasado fármacos más específicos. Posee algunos efectos secundarios como sequedad de la boca e insomnio” (San Molina, López - Muñoz, García, Alamo, & Rubio, 2003).

La atomoxetina (ATM), “es un potente inhibidor de la recaptación presináptica de noradrenalina, en tanto que su acción sobre los receptores noradrenérgicos o sobre otros transportadores o receptores de otros neurotransmisores es mínima. Su interés viene avalado por el hecho de ser diseñado y propuesto como un fármaco de acción específica para el SDA/H” (Artigas - Pallarés, 2004).

“Los primeros estudios comparativos de la ATM con el MTF de liberación inmediata sugieren resultados similares en cuanto a eficacia sobre el SDA/H. Un campo en el que parece especialmente interesante el uso de la ATM es en el de SDA/H con ansiedad y depresión. En este sentido, la ATM se ha mostrado eficaz en dicha comorbilidad, tanto si se administra la ATM aisladamente como si se asocia a fluoxetina. La asociación de ATM y fluoxetina ha mostrado mejor respuesta que la ATM aislada” (Díaz, 2006).

“Otra situación en la que la ATM podría desempeñar un papel interesante es en la asociación de SDA/H y tics. En casos concretos el MTF puede resultar problemático en niños con tics. Un estudio de ATM en pacientes con SDA/H y tics ha mostrado resultados satisfactorios, tanto para el SDA/H como para los tics. Se han observado efectos secundarios como vómitos y somnolencia en algunos pacientes, además de un ligero aumento de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca, como sería de esperar en un fármaco noradrenérgico. También se ha observado un ligero estancamiento en el peso, que se recupera a lo largo del tratamiento, cefalea y dolor abdominal” (Díaz, 2006).

“La clonidina (Catapresan ®) es un agonista noradrenérgico que se utiliza principalmente como hipotensor, con efecto positivo en los problemas de conducta derivados de la hiperactividad en el SDA/H. La Clonidina mejora la actividad motora excesiva y la impulsividad. Sin embargo, no mejora la atención. Las dosis recomendadas se reparten en tres tomas, aunque es necesario ajustar las dosis de acuerdo con la respuesta de cada niño. Su principal efecto secundario es la sedación excesiva y la hipotensión. La administración simultánea de clonidina y MTF, debe ser monitoreada con un electrocardiograma” (Pozo, De la Gándara, García, & X., 2005).

2.6.3. Fármacos que actúan preferentemente sobre la Recaptación de la Serotonina

“Los antidepresivos tricíclicos (ADT) actúan mediante el bloqueo de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Sin embargo, tienen efectos presinápticos y postsinápticos variables, lo cual genera respuestas frecuentemente impredecibles. Los ADT han demostrado efectos positivos en el SDA/H, especialmente en los síntomas conductuales, pero en los aspectos cognitivos la eficacia de los ADT es más limitada. En cualquier caso, no han podido demostrar una eficacia similar a la del MTF. Los ADT son fármacos cuyo uso no resulta fácil, pues debe ajustarse la dosis de acuerdo con la respuesta individual. El principal problema de los ADT son los efectos sobre la conducción cardiaca, lo cual limita su uso, sequedad de boca y visión borrosa” (Artigas - Pallarés, 2004).

“El Bupropión es un antidepresivo que tiene efectos agonistas dopaminérgicos y noradrenérgicos. Ha demostrado efectos favorables en el SDA/H en estudios controlados con grupos grandes de pacientes, tanto de edad infantil como de edad adulta. Como efectos no deseados se encuentran Irritabilidad e insomnio” (Villar, 2001).

“La Venlafaxina es un fármaco que consiste en la inhibición selectiva de la recaptación de serotonina y noradrenalina en la sinapsis, incrementando las

concentraciones de ambos tipos de neurotransmisores. Inhibe, pues, las bombas de serotonina y de noradrenalina. Además, inhibe débilmente la recaptación de dopamina. Los estudios sobre SDA/H para este fármaco se han realizado casi exclusivamente en adultos, y si bien los resultados son positivos, se observan efectos secundarios, tales como, un aumento de la hiperactividad o hipertensión diastólica, irritabilidad e insomnio (Sáiz Ruiz, y otros, 1999).

“La Buspirona (Buspar ®) tiene como mecanismo de acción su efecto agonista sobre los receptores serotoninérgicos. También, tiene un moderado efecto dopaminérgico y adrenérgico. Los estudios iniciales dan soporte a su utilización para mejorar tanto los síntomas propios del SDA/H, como la conducta disruptiva. Su administración presenta algunos efectos negativos como mareos, cefalea, somnolencia” (Montañés - Roda, Gangoso - Fermoso, & Martínez, 2009).

“La carbamacepina, además de ser un anticonvulsionante, también es un estabilizador del estado de ánimo. Su ayuda en el SDA/H está vinculada a su acción antidepresiva, que presentan algunos pacientes con SDA/H. El principal problema de la carbamacepina es la posible aparición de rash, que en raras ocasiones puede ser grave, disminución del número de leucocitos y provocar descoordinación en el movimiento de las partes del cuerpo” (Artigas - Pallarés, 2004). Otro fármaco que cumple la misma función de la carbamacepina es el

Topiramato, aunque varían sus efectos secundarios. “Sus efectos secundarios más frecuentes son pérdida de apetito y litiasis renal (presencia de cálculos al interior de los riñones o las vías urinarias)” (Montañés - Roda, Gangoso - Feroso, & Martínez, 2009).

CAPITULO 3: SISTEMA FLORAL DE EDWARD BACH

3.1. Biografía de Edward Bach ⁸.

Edward Bach nació en Moseley, un pueblo cerca de Birmingham, en 1886. Desde pequeño demostró un gran amor por la Naturaleza. Cuando tenía 16 años terminó la escuela, y todavía persistía en él la idea de ser médico, pero consideró que no les podía pedir a sus padres el dinero para los largos y caros estudios de medicina, por lo que ingresó en la fundición de su padre, donde trabajó hasta los 19 años. Ocupó momentáneamente el puesto de agente comercial.

A los 20 años ingresó en la Universidad de Birmingham. Terminó sus estudios en el University College Hospital, en Londres, donde se graduó en 1912. No abandonó Londres hasta el año 1930. Se esforzó cuanto pudo para mantenerse por sí mismo y no depender económicamente de sus padres. Su salud no era muy buena.

Ya en sus primeras experiencias con enfermos, se dio cuenta de que era más importante la observación del paciente más que el estudio teórico de las enfermedades. Vio que el mismo tratamiento actuaba de diferente manera en uno u otro paciente. También pudo comprobar que pacientes con el mismo temperamento o personalidad respondían de la misma manera ante el mismo

⁸ Para dicha biografía, los datos fueron extraídos y analizados desde el texto “Curación Energética de R. Gerber y complementados con otros autores que serán debidamente citados.

tratamiento, mientras personas de diferente temperamento reaccionaban de diferente manera aunque padecieran la misma enfermedad. Así llegó al conocimiento de que los sentimientos, emociones, etc. del paciente eran más importantes que el nombre científico de la enfermedad que padecían. Lo que había intuido correctamente Bach era que los diferentes factores emocionales y rasgos de la personalidad contribuyen a la predisposición general patológica. Entre esos factores, los más significativos eran el miedo, las actitudes negativas y demás tendencias por el estilo. Es reciente la atención de la ciencia médica a este notable vínculo entre la enfermedad y la vida emotiva; pero Bach había llegado a esta conclusión más de 50 años antes de que existieran las actuales investigaciones psiconeuroinmunológicas.

“Hasta 1913, Bach trabajó en el University College Hospital, y ese mismo año ingresó como cirujano en el National Temperance Hospital, pero su delicada salud le hizo abandonar ese puesto. Cuando se recuperó, abrió una consulta médica en Harley Street, donde pronto tuvo mucho trabajo. Allí creció más y más su insatisfacción con los métodos de la medicina ortodoxa. Pensaba que los médicos olvidaban lo más importante: la personalidad; y se centraban exclusivamente en lo más superfluo: los síntomas. Pensó que debería investigar en el campo de la Inmunología. Así, ingresó en el University College Hospital como bacteriólogo asistente” (Ribal, 1999).

Bach, desempeñándose como médico ortodoxo, especialista en bacteriología de este gran hospital de Londres, descubrió y logró identificar cierto número de bacterias que contaminaban la flora intestinal produciendo algunas afecciones crónicas muy molestas como la artritis y los dolores reumáticos. Para esto, Bach elaboró vacunas con cultivos atenuados de los gérmenes patógenos intestinales identificados como responsables de las citadas afecciones. Administradas en inyección a los pacientes de diversas dolencias crónicas, las vacunas produjeron mejorías significativas de los síntomas artríticos y otros de carácter crónico (Gerber, 1993).

Pronto, se dio cuenta de su malestar, al señalar que no le gustaba el hecho de que los tratamientos eran frecuentemente más dolorosos y agresivos que los síntomas de la enfermedad. Así, llegó a declarar: *“me costará cinco años olvidar todo lo que me han enseñado”* (Gerber, 1993).

En 1914, durante la I Guerra Mundial, solicitó varias veces prestar sus servicios en el extranjero, pero para su disgusto se le denegó una y otra vez. De todas maneras él estaba a cargo de más de 400 camas de heridos de guerra en el University College Hospital, además de tener un cargo de asistente de bacteriología en el Hospital Medical School (1915-1919), y además de sus trabajos de investigación (Gerber, 1993).

En 1917 tuvo una severa hemorragia, debido al excesivo trabajo que tenía, lo que hizo necesaria una intervención quirúrgica urgente con el consentimiento de sus padres, pues él se hallaba inconsciente. Terminada la operación, se le pronosticaron tres meses de vida. Para él representaban tres cortos meses que aprovechar al máximo. Reflexionando acerca de este milagro, llegó a la conclusión de que un propósito definido en la vida de un hombre, es el factor decisivo para la felicidad, y que fue el seguimiento de su propio propósito lo que le había devuelto a la vida. El éxito de sus vacunas fue finalmente adoptado por toda la profesión médica. Durante la gripe epidémica de 1918, Bach salvó la vida de miles de soldados de las tropas inglesas con su vacuna (Gerber, 1993).

“En el año 1919, Bach ingresó al London Homeopathic Hospital, donde estuvo hasta el año 1922” (Ribal, 1999). Fue allí donde cayó en sus manos el libro “*El órgano de la medicina*”, es decir el famoso tratado en el que Hahnemann expuso los fundamentos de la homeopatía. Bach simpatizó enseguida con las ideas de la práctica homeópata; al fin y al cabo, su propia idea de administrar muy pequeñas dosis de sustancia tóxica para curar una enfermedad era bastante similar a los principios homeopáticos de Hahnemann. Bach había llegado a sus conclusiones empíricamente, a través de un proceso de error y nuevo ensayo. Además, le interesaba encontrar un método alternativo para administrar sus vacunas, ya que la inyección subcutánea solía producir fuertes reacciones locales.

Bach decidió preparar concentraciones homeopáticas de las bacterias intestinales asociadas con aquellas dolencias, para su administración en dosis sublinguales. Cuando algunos pacientes hubieron tomado la medicina por esta vía oral, los resultados fueron mucho más notables que los obtenidos hasta entonces con las vacunas inyectables (Gerber, 1993). La coincidencia entre los descubrimientos de Bach y los de Hahnemann (relación entre enfermedad crónica y envenenamiento intestinal; aplicación de subsiguientes dosis cuando la anterior deja de actuar; relación entre enfermedad y personalidad), le hizo interesarse grandemente por la homeopatía. Así, el principio *“tratar al paciente y no a la enfermedad”* se hizo ya inquebrantable para Bach. Para ese entonces, el departamento de bacteriología del hospital había estado largamente descuidado por sus antecesores, y Bach le dio un impulso, levantándolo de nuevo hasta que las investigaciones prosiguieron, superando los prejuicios de los homeópatas contra los métodos ortodoxos.

“Finalmente, realizó Bach unas vacunas orales homeopáticas que sustituían a la anterior vacuna inyectable. Bach clasificó en siete grupos la gran variedad de bacterias presentes en el intestino, y preparó una vacuna diferente para cada tipo de bacteria. Eran los llamados siete **nosodes** de Bach. Un nuevo descubrimiento le llenó de júbilo: la presencia intestinal de uno u otro de los 7 tipos se correspondía con impresionante fiabilidad a un tipo concreto de personalidad. De esta manera se podía saltar el paso del diagnóstico, que retardaba el inicio del

tratamiento. Se podía deducir el nosode adecuado haciendo un simple estudio de la personalidad del paciente, evitando las molestias de las pruebas del diagnóstico y acelerando el inicio del tratamiento” (Ribal, 1999).

A Bach le desagradaba tener que administrar nosodes preparados a partir de agentes patógenos, pareciéndole que debía ser posible hallar en la naturaleza diversos remedios vibracionalmente análogos, que reprodujeran los efectos de aquellos nosodes, o los superasen incluso en cuanto a eficacia terapéutica. De esta manera se lanzó a la búsqueda de agentes naturales cuya eficacia residiría, no en la acción sobre la patología ya establecida, sino mejor en sus efectos sobre los precursores emocionales de la dolencia (Gerber, 1993).

Bach empezó a confiar cada vez más en su intuición y percepción, y cada vez menos en los métodos ortodoxos de investigación. Este aumento de su sensibilidad empezó a darle conocimientos a través de canales más espirituales. Un día de 1930 tuvo el fuerte impulso de desplazarse a Gales. Obedeciendo ese impulso fue recompensado con el descubrimiento de las plantas *Impatiens* y *Mimulus*, las cuales preparó de manera similar a los nosodes, y añadió a éstos, prescribiéndolos según la personalidad del paciente, con excelentes resultados. Ese mismo año hizo lo propio con *Clematis*. Todo ello le acabó de convencer de que estaba naciendo por fin su trabajo definitivo, y que debía abandonarlo todo

(trabajo, laboratorio, consulta, etc.) y trasladarse a Gales para buscar sus remedios en su amada Naturaleza.

El año 1930 destruyó todo el trabajo de su laboratorio, quemó sus notas y partió hacia Gales abandonándolo todo, con el firme propósito de culminar su obra. Estuvo viviendo en varios pueblos de Gales, cambiando a menudo de domicilio, según marcaba el curso de sus investigaciones.

Bach sabía que sus remedios debían ser preparados mediante una potenciación distinta a la de la homeopatía, pues en esta última, la sustancia primitiva es nociva para el hombre, y mediante la potenciación se vuelve curativa. En cambio, tenía claro que debería partir de sustancias de por sí puras e inofensivas. El verano de 1930, encontró ese método de potenciación. Efectivamente, mediante su intuición comprobó que las propiedades de las flores se transferían al rocío de sus pétalos cuando el sol lo calentaba. Así, pudo comprobar que llenando de agua un bol de vidrio y cubriéndolo con flores, se transferían las propiedades de la flor al agua, cuando se dejaba el bol al sol durante unas cuatro horas. Además, podía notar cuáles eran las propiedades curativas de una flor, simplemente poniéndose un pétalo en la palma de la mano o debajo de la lengua. Como diría él mismo, nunca hasta entonces había tenido un laboratorio tan bien equipado.

Ese verano escribió el libro **“Cúrese Usted Mismo”**. En él, define cuál es la causa de toda enfermedad: la falta de armonía entre la personalidad y el alma. Es decir, las enfermedades son debidas a errores psicológicos, y solamente atacando esa causa se puede curar plena y completamente la enfermedad. Atacar los síntomas o efectos que producen esos errores no soluciona el problema. En dicho libro expresa la necesidad de que cada uno realice en esta vida su particular propósito o misión, sin ser influenciado por los demás. Escribió también el libro **“Los Doce Curadores”**, en este escrito, describe los doce primeros remedios encontrados en sus largas excursiones por los bosques de Gales, asistido por su intuición. Cada uno de dichos remedios (doce flores diferentes preparadas mediante el método de solarización antes descrito) corresponde a un tipo concreto de personalidad. Aplicando la flor adecuada a la personalidad del paciente, éste debe sanar independientemente de la enfermedad que tenga, pues cada flor “repara” un determinado tipo de error psicológico.

En 1932, escribió el libro **“Libérese Usted Mismo”**. Más tarde descubrió siete remedios más que añadió a los doce anteriores. En 1934, se trasladó a Sotwell, a una pequeña casa llamada Mount Vernon. Estando allí, encontró los restantes 19 remedios en sólo 6 meses. La forma en que los encontró difiere de los 19 anteriores: pocos días antes del descubrimiento de cada uno de ellos, sufría en sí mismo graves síntomas de enfermedad. Dicha enfermedad, que en condiciones

normales debía venir provocada por un determinado error psicológico, podía ser curada por la siguiente flor que debía descubrir. Así, padecía tremendas agonías mentales y graves síntomas físicos. Entonces salía a buscar el remedio; si no podía andar, iba en vehículo. Hasta que no lo descubría, no sanaba. Bach preparó la mayoría de estos últimos remedios por ebullición y no por solarización.

Durante todo este proceso de investigación, se rodeó de asistentes que le ayudaban en sus visitas médicas y demás actividades. Dichos asistentes no poseían estudios de medicina, cosa que propició uno de sus problemas con el Consejo General de Medicina, el cual le amenazó con retirarle la licencia médica. En relación a esto, Bach escribió en 1935 esta carta al Presidente del Consejo:

“Estimado Señor:

Habiendo recibido una notificación del Consejo respecto a trabajar con asistentes no cualificados, me siento muy honrado de comunicarles que estoy trabajando con varios, y que continuaré haciéndolo.

Como ya he informado previamente, considero un deber y un privilegio de todo médico enseñar a los enfermos y a los demás cómo curarse a sí mismos. Dejo enteramente a su discreción el rumbo que tomarán ustedes en el futuro.

Habiendo demostrado que las hierbas de los campos son tan simples

de usar, como maravilloso su poder curativo, he desertado de las filas de la medicina ortodoxa” (E. Bach en Ribal, 1999)

Sorprendentemente, el Consejo nunca le retiró la licencia. Bach dio por concluido su sistema floral, pues expresó que todos los estados negativos del hombre quedaban cubiertos con las 38 flores descubiertas. Por lo tanto no tenía ningún sentido añadir más flores. Poco tiempo después, en noviembre de 1936 murió mientras dormía, en su casa de Sotwell.

Ribal, (1999) afirma que Bach escribió a su editor el mismo mes de su muerte, señalando lo siguiente:

“Mi estimado Sr. Daniel, cuando nos encontramos en el límite de internarnos en el Valle de las Sombras, quizá no nos comportamos con tanta reserva como cuando estamos en medio de la vorágine, especialmente cuando hemos tomado un brandy o dos para respaldarnos. El Trabajo que he puesto en sus manos es un Gran Trabajo; es un Trabajo Divino, y sólo Dios sabe por qué fui apartado en este momento de continuar mi lucha por la humanidad que sufre.”

(E. Bach en Ribal, 1999).

La carta que escribió ese mismo día a su equipo de colaboradores dice así:

“Querida gente maravillosa:

Existen momentos como éste, en que uno espera una invitación a

quién sabe dónde. Por ello, si esa llamada llega, como puede hacerlo en cualquier momento, les ruego, a los tres, que continúen con ese maravilloso trabajo que hemos comenzado. Un Trabajo que puede quitarle a la enfermedad todos sus poderes; un Trabajo que puede liberar al hombre de su esclavitud. Lo que he intentado escribir debe agregarse a la introducción de la próxima edición de Los Doce Curadores. Edward Bach.” (E. Bach en Ribal, 1999).

En definitiva, consiguió lo que siempre había buscado: una medicina simple, lo más simple posible, que pudiera ser practicada sin necesidad de conocimientos de medicina. La sencillez y efectividad de su obra fue su obsesión. “En su obra definitiva, **“Los Doce Curadores y Otros Remedios”**, Bach da la descripción de su método (es decir, la parte teórica de su método floral); dicha descripción abarca apenas un párrafo para cada flor. Más sencillo imposible. Y por experiencia, más efectivo imposible” (Ribal, 1999).

Después del fallecimiento de Bach en 1936, el <<Dr. Edward Bach Healing Center>> de Inglaterra, continuó con la preparación de las esencias florales con arreglo a la metodología exclusiva descubierta por aquel innovador. En Europa y Estados Unidos, varias escuelas naturópatas empezaron a utilizar los remedios florales de Bach, siguiendo los criterios emocionales y mentales establecidos por el creador, realizándose experimentos de varios tipos, empleando distintas flores

naturales. Pero no fue hasta el decenio de los setenta, cuando tuvo lugar el desarrollo de series completamente nuevas de esencias curativas derivadas de las flores.

En 1979, Richard Katz fundó la Flower Essence Society (FES). Con esta institución los investigadores y terapeutas de las esencias florales dispusieron de un centro en donde se pudiese estudiar e intercambiar información sobre el uso de las esencias. Con el paso del tiempo, esto condujo a la introducción de varias esencias nuevas, preparadas a partir de especies florales oriundas de Estados Unidos (y en especial de California, donde tiene su sede la FES). El grupo de trabajo de la FES, publicó datos acerca de diferentes métodos para el empleo de los remedios florales de Bach, así como de las nuevas esencias, divulgadas bajo el nombre de esencias FES. El descubridor de estas esencias FES fue Richard Katz, el fundador de la sociedad (Gerber, 1993).

3.2. Sistema Floral

3.2.1. Breve reseña histórica de las Flores de Bach

Como ya se señaló anteriormente, Bach descubre las primeras 12 esencias de flores (12 curadores) entre 1928 y 1932; posteriormente descubre

7 esencias más utilizando el método solar⁹. Estas esencias florales, cobran importancia a nivel mundial, propagándose por distintos países, lo que provoca que, “hacia el año 1970, debido al surgimiento del movimiento Pro Desarrollo de la Inteligencia, llegue a Latinoamérica, específicamente, en Argentina, a la ciudad de Córdoba” (Indi-go, 2004).

Luego, “a mediados de la década de los 70, el sistema floral es reconocido por la Organización Mundial de la Salud. Hacia los inicios de la década de los 90, se extiende esta terapia en Ibero América, en países como México, Argentina, España y Venezuela” (Casañas Morales, Olgueira Martell, & De Armas Ramírez, 2002).

Casi entrando en el siglo XXI, “en el año 1999, el Ministerio de Salud Pública Cubano la oficializó dentro de su Dirección Nacional de Medicina Natural y Tradicional” (Casañas Morales, Olgueira Martell, & De Armas Ramírez, 2002). En el año 2005, “tiene lugar la celebración del Primer Congreso Internacional de Terapia Floral” (ESENCIALIA, 2007).

3.2.2. Fundamentos Filosóficos del Sistema Floral

“Los fundamentos filosóficos del sistema floral de Bach, atraviesan toda su obra escrita, concentrándose más específicamente, en los 5 principios que

⁹ El método solar consiste en colocar una capa de flores flotando en un buen volumen de agua. El recipiente se deja sobre el suelo en un lugar expuesto al sol —cercano al lugar de cosecha—, cuyo efecto según Bach, es que el sol transmitirá “la vibración” de las flores al agua, que así quedará espiritual o energéticamente impregnada. Véase en www.florbach.es.org.html. Consultado el 14 de junio de 2011.

sustentan su propuesta, principios que él denomina, verdades fundamentales. Estas verdades básicas, permiten comprender y descifrar el sentido de la enfermedad y la razón de la presencia de síntomas en la vida de una persona” (Grecco, 2004). A continuación se presentan los 5 principios del pensamiento del doctor Bach:

a. Primer Principio: Principio de Divinidad - Humanidad

Este primer principio, se refiere a que el hombre tiene Alma, entendida, como: un Ser Divino, Poderoso, Hijo del Creador de todas las cosas, donde el cuerpo, templo terrenal del Alma, no es más que un reflejo. Esta Alma, genera la vida, ordenándola según el hombre se lo permita, para guiarlo, protegerlo y animarlo, llevándolo siempre a lo mejor, resultando, por tanto, invencible e inmortal.

Por otra parte, este principio, contiene una concepción de Ser Humano, que se expresa, a través de una dualidad: Alma- Cuerpo. El hombre es el poseedor de una naturaleza combinada: Divina y Humana.

“Esta polaridad, permite establecer que el Alma es entendida como lo permanente, inmortal, trascendente y representa todo el potencial que puede llegar a ser ese Hombre” (Cid, 2008). En cambio, “el Cuerpo, es entendido como lo

perecedero, como lo transitorio. El Alma necesita del cuerpo, ya que este le sirve de sostén material en la vida” (Cid, 2008).

“El alma es el ser real del hombre, un Ser Divino, Poderoso, el Ser Superior, que es «una chispa del Todopoderoso», por lo cual es «invencible e inmortal». El Alma es «nuestro Ser divino que reside en y en torno a nosotros» y que nos guía, protege y da la vida. Esta «Divinidad que hay dentro de nosotros, que es nosotros, es inconquistable e inmortal». Es preciso «tener conciencia de la Divinidad que hay dentro de nosotros y de nuestro consiguiente poder de superar las adversidades»” (Bach, 1980).

b. Segundo Principio de Perfectibilidad Humana: Un Sentido de Vida, una propuesta ética.

Este principio contiene una propuesta ética, que es a la vez, un sentido de vida: desarrollar todas las potencialidades del sujeto, hacia el logro de la excelencia humana. El doctor Bach propone un sentido de vida (ética), enfocado en un proceso de desarrollo y evolución integral del ser humano. Se hace preciso concluir que: Alma, Cuerpo y Personalidad conforman al ser humano completo.

“La mente o personalidad se encuentra en esta existencia temporal para «obtener todo el conocimiento y la experiencia que pueda

lograrse a lo largo de la existencia terrena, para desarrollar las virtudes que nos falten y para borrar de nosotros todo lo malo que haya, avanzando de ese modo hacia el perfeccionamiento de nuestras naturalezas» (Bach, 1980).

c. Tercer Principio de Eternidad – Transitoriedad: La inmortalidad del Alma, existir (reencarnar) para evolucionar.

En este principio, Bach plantea la vida como un proceso de construcción, que se desarrolla en una dimensión casi atemporal (más allá del hoy). Comprende la vida como un proceso, un continuo aprendizaje.

Habría que señalar, que para Bach, la vida espacio – temporal del ser humano está inserta al interior de un proceso de sucesivas encarnaciones, las cuales tienen un sentido evolutivo. Dicho proceso evolutivo está guiado por el Alma.

“...Nuestra intuición nos dice que nuestro nacimiento estaba infinitamente lejos de nuestro principio y que nuestra muerte estaba infinitamente lejos de nuestro final.

El cuerpo es templo terrenal del alma, un diminuto reflejo suyo. Es temporal, «como caballos que nos llevarán en un viaje o

instrumentos que utilizáramos para hacer un trabajo dado»” (Bach, 1980).

d. Cuarto Principio de Armonía – Salud: Concepto de Salud y Enfermedad

En el cuarto principio Bach, establece la relación que existe entre Salud y Enfermedad y cuál es el sentido y la causa de esta última. Postula que la salud implica una armonía entre el Alma y la Personalidad (cuerpo). Mientras que la enfermedad, es una disociación entre ambos elementos (Alma-Cuerpo), el sujeto desconoce su emoción, lo cual le genera un conflicto interno, expresado a través de una enfermedad. Respecto de esto, por lo tanto, corresponde esclarecer lo que Bach entiende como enfermedad: “Es un beneficio que le permite al ser humano darse cuenta de que algo está pasando, es decir, que hay una desarmonía entendida como lo que no se está queriendo ver y que si no es exteriorizado a través de ésta no hubiera sido visualizado” (Bach, 2001). “La enfermedad surge por un conflicto entre emoción y raciocinio, lo cual, representa la pugna entre la voluntad de transformación que alude al cambio por la toma de conciencia y la voluntad de conservación, que implica rigidez en patrones de funcionamiento” (Grecco & Espeche, 2001).

La visión de Bach, se enmarca dentro una mirada holística, una mirada integral de hombre, incluyendo a la enfermedad como parte de un proceso necesario para lograr la salud.

“La enfermedad es en esencia el resultado de un conflicto entre el Alma y la Mente, y no se erradicará a no ser con un esfuerzo espiritual y mental hay dos «errores fundamentales posibles: la disociación entre nuestra alma y nuestra personalidad, y la crueldad o el mal frente a los demás, pues ése es un pecado contra la Unidad. Cualquiera de estas dos cosas da lugar a un conflicto, que desemboca en la enfermedad” (Bach, 1980).

e. Quinto Principio de Unidad de todas las cosas.

En el quinto principio, Bach sostiene que *“la unidad de todas las cosas es el Amor, y todo aquello de lo que tenemos conciencia es en su infinito número de formas una manifestación de ese Amor, ya sea un planeta o un guijarro, una estrella o una gota de rocío, un hombre o la forma de vida más inferior” (Bach, 1980).*

Respecto de este principio, Bach señala, que todas las personas y cosas están relacionadas influyéndose constantemente en su evolución. Existe una unidad de todo lo viviente, a nivel personal, planetario y cósmico. Al interior de esta unidad, cada ser humano, tiene una misión personal que cumplir a modo de aporte, para que se cumpla el sentido evolutivo del todo.

3.2.3. Los Siete Defectos Arquetípicos

Teniendo como fundamento el cuarto principio, se ha querido incluir, el postulado de Bach frente a las primeras enfermedades del hombre, entendidas como defectos. “El plantear que la enfermedad es producto de defectos, es situar la enfermedad en el campo mental, de esa forma, el carácter de la persona es primordial para acceder a la comprensión del origen de la enfermedad, porque ahí, se ubica la forma en que se genera la patología de acuerdo a los defectos que habitan en la persona” (Lobo, 2010).

Según María Ester Céspedes y María Cecilia Gálvez en su libro “Flores Energía que Sana”, señalan que “la enfermedad, forma parte del proyecto de vida: es ontológica, inherente al ser” (Céspedes & Gálvez, 2009). La enfermedad, por tanto, no sólo es un simple acontecimiento, algo sucedido momentáneamente, sino que es una potencialidad, entendido como, algo que siempre estuvo ahí por lo cual, se manifiesta para ayudarnos a corregir el rumbo extraviado y aprender la lección de seguir y llevar adelante nuestro proceso evolutivo. Por tal motivo, las autoras señalan que la enfermedad sería:

“Inherente al ser (es parte de nuestra esencia). No es accidental (no está ahí por casualidad). Tiene un sentido. Es una oportunidad. No es algo

negativo. Nos enseña una lección. Forma parte de nuestro proyecto de vida. Incluye factores personales y transpersonales (entendido como factores del medio, como por ejemplo, el sometimiento continuo a fuentes de negativismo). Se relaciona lo individual como lo colectivo, pues la propia armonía o desarmonía afecta a todo el sistema. Se relaciona tanto con lo inherente a la persona, como a lo trascendente (nuestra alma y su camino)” (Céspedes & Gálvez, 2009).

Estas mismas autoras, señalan que la enfermedad tienen tres procesos fundamentales (Céspedes & Gálvez, 2009)¹⁰:

1. El primer proceso de la enfermedad surge del conflicto alma-personalidad y la personalidad se pone errática. Emergen los defectos arquetípicos. Un ejemplo real: el alma de un hijo enemistado con su padre por una herencia pide que el corazón se llena de amor, de perdón. Pero la personalidad del hijo toma el sendero del odio y el resentimiento.
2. En el segundo proceso de la enfermedad, aparecen el sufrimiento, el dolor, la confusión. El hijo enemistado con su padre dice: “Siento una continua

¹⁰ Los procesos que involucran la enfermedad se recogen de la siguiente bibliografía: Céspedes, M., & Gálvez, M. (2009). *Flores, Energía que sana*. Santiago: Editorial Vergara.

opresión en el pecho. Me sofoco. Me falta el aire. No logro conciliar el sueño, me punzan las sienes, perdí la paz”.

3. En el tercer proceso de la enfermedad, se produce el aprendizaje. La conciencia se amplía. El hijo dice: “Siento que es necesario conversar con mi padre. No podemos estar separados por asuntos materiales. Lo que vale es el profundo cariño que siento por él. He estado ciego y sordo de ira. Pero comienzo a ver claro. Desde su corazón, él también me llama”.

M. Céspedes y M. Gálvez, terapeutas florales, en su libro: “Flores, energía que sana”, señalan que “el enfoque terapéutico de Bach pone énfasis en los aspectos de la enfermedad, que la sitúa como un beneficio que es necesario comprender. Este enfoque se relaciona con los objetivos mismos de la terapia floral, que son los siguientes:

- **Aliviar el dolor:** Tanto psíquico o físico debe ser el objetivo primero de toda terapia. Además de lo anterior, en la terapia floral esto implica acompañar a la persona para que comprenda el sentido de su dolor, la lección que se le está enseñando.
- **Concientizar:** La comprensión del sentido del propio dolor es posible únicamente en la medida en que se ensancha la conciencia, no solo como

un entendimiento intelectual, sino también como aprendizaje de lo vivido, de la experiencia. Esto se conoce como concientización.

- **Introvisionar:** La lección debe ser puesta en perspectiva evolutiva, es decir, hay que comprender que el momento presente (con su dolor y su lección) es parte de un proceso, de un devenir. Este es el significado de introvisionar el aprendizaje de la lección.
- **Individuar:** Situar el proceso de la enfermedad desde la conciencia ensanchada y ubicarlo en la correcta perspectiva histórica le permite a la persona situarse también en su individualidad, en su ser único e irrepetible con un proyecto de vida en el camino evolutivo. Esto es la individuación” (Céspedes & Gálvez, 2009).

Bach, describe 7 defectos básicos o actitudes negativas que impiden la comunicación Alma-Personalidad, provocando el conflicto, estos defectos son:

- a. **Orgullo:** Se interpreta, como la falta de reconocimiento de la pequeñez de la Personalidad y de su absoluta dependencia del Alma.

“El orgullo se debe en primer lugar, a la falta de reconocimiento de la pequeñez de la personalidad y de su absoluta dependencia del alma, y a no ver que los éxitos que puedan tener no

se deben a ella sino que son bendiciones otorgadas por la Divinidad interna” (Bach, 1993).

- b. Crueldad:** Es la negación del criterio de unidad de todas las cosas (quinto principio del pensamiento de Bach).

“La crueldad es la negación de la unidad de todos y un no lograr entender que cualquier acción contraria a otra se opone al todo, y es por tanto una acción contra la Unidad (Bach, 1993).

- c. Odio:** Se puede interpretar como lo contrario al principio de la creación (principio del Amor); es una forma distinta de negar la vida.

“El odio es lo contrario del Amor, el reverso de la Ley de la Creación. Es contrario a todo el esquema Divino y es una negación del Creador; lleva sólo a acciones y pensamientos adversos a la Unidad y opuesto a los dictados por el Amor” (Bach, 1993)

- d. Egoísmo:** Se entiende como la ante-posición de los intereses personales en la relación con los demás.

“El egoísmo nuevamente es una negación de la Unidad y de nuestro deber para con nuestros hermanos los hombres, al

anteponer nuestros intereses al bien de la humanidad y al cuidado y protección de quienes nos rodean (Bach, 1993)

- e. Ignorancia:** Implica una negación a ver la verdad cuando se ofrece la oportunidad.

“La ignorancia es el fracaso del aprendizaje, el negarse a ver la Verdad cuando se nos ofrece la oportunidad, y lleva a muchos actos equivocados como los que sólo pueden existir en las tinieblas y no son posibles cuando nos rodea la luz de la Verdad y del Conocimiento (Bach, 1993).

- f. Inestabilidad, indecisión y debilidad:** La Personalidad se niega a ser gobernada por el Alma y lleva a que el sujeto se deje influir y manipular por los demás.

“La inestabilidad, la indecisión y la debilidad resultan cuando la personalidad se niega a dejarse gobernar por el Ser Superior, y nos lleva a traicionar a los demás por culpa de nuestra debilidad” (Bach, 1993)

- g. Codicia:** De alguna manera, representa el deseo de poder, el deseo de gobernar, de mandar.

“La codicia lleva al deseo de poder. Es una negación de la libertad y de la individualidad de todas las almas. En lugar de

reconocer que cada uno de nosotros está aquí para desarrollarse libremente en su propia línea según los dictados del alma solamente, para mejorar su individualidad y para trabajar con libertad y sin obstáculos, la personalidad codiciosa desea gobernar, moldear y mandar, usurpando el poder del Creador” (Bach, 1993).

“Los defectos que se presentan en cada organización, serán la ruta que las personalidades usarán para adquirir la perfección del alma. Para que estos defectos estén equilibrados, se deberá acudir al campo de las virtudes para activar el conocimiento que el sujeto requiere para conocer el aprendizaje que debe experimentar” (Lobo, 2010).

3.2.4. Personalidad y tipos de personalidad

Bach, define el concepto de personalidad como lo transitorio, lo mortal, lo accidental, lo inmanente, lo imperfecto. “El hombre, según el doctor Bach, encarna (adquiere una personalidad) para obtener conocimiento y experiencia en el mundo terrenal y a así, corregir defectos y errores. La personalidad posee elementos hereditarios (dotación genética) y ambientales (pautas para darles significado a los estímulos y determinar formas de conducta)” (Céspedes & Gálvez, 2009).

Los elementos de la personalidad son: Constitución física, temperamento (determinado biológicamente), inteligencia, carácter. Ahora bien, las expresiones de la personalidad son: Cuerpo, mente, emociones y voluntad.

No se nace con una personalidad determinada, sino con cierta dotación que desarrolla posteriormente esta personalidad, la cual se afecta por el medio ambiente. La personalidad, por tanto, pasa a ser el vehículo espacio - temporal que el alma atemporal y anespacial necesita para guiar nuestra experiencia evolutiva.

Existen voces de la personalidad que tiene relación con el aquí y el ahora de la persona, estas son: las emociones, los instintos y los sentimientos. Las voces que vienen del camino ya recorrido por toda la humanidad se denominan arquetipos. Son lecciones de la memoria de la humanidad que se repiten porque las personas no las han podido aprender.

Las emociones, como la angustia, el miedo y la ansiedad, son mensajes no aprendidos que reiteran su pedido. Son tan intensas que atrapan a las personas. La mayoría de las veces son pasajeras, pero también pueden pasar a formar parte de la manera en que alguien se relaciona con el mundo, como una personalidad ansiosa. Pueden provocar bloqueos emocionales que impiden la armonía y el equilibrio. Según el médico psicoterapeuta argentino Norberto Levy: *“Las*

emociones son señales de alerta acerca de un problema particular y su función es remitir a ese problema” (N. Levy en Céspedes & Gálvez, 2009). Las emociones no son la causa del problema, sino las mensajeras que anuncian la existencia de un problema y cada persona posee los recursos propios para regular las emociones.

Los impulsos, son impulsiones, tendencias innatas, fuerzas poderosas surgidas desde el fondo mismo del inconsciente. El médico neurólogo y psiquiatra austriaco Víctor Frankl, dice que *“en el hombre los instintos están vinculados a la personalidad. Se hallan siempre dirigidos, matizados y modulados por el individuo: son personalizados”* (V. Frankl en Céspedes & Gálvez, 2009).

Finalmente, los sentimientos son emociones que se asientan y permanecen. Son más sutiles que las intensas y efímeras emociones, por lo que no tienen repercusiones somáticas. Son polarizaciones que nuestra mente hace de los hechos, luego, los hechos nos inclinan hacia un sentimiento u otro.

“Bach, describe 12 organizaciones que dan cuenta de un sentido de realidad. Estos doce compuestos son básicos para tratar patrones negativos tipológicos de la personalidad. Esto permitirá que el sujeto transite desde el camino del defecto hacia el camino de la virtud. A continuación se mencionan y se refieren las doce tipologías” (Lobo, 2010).

TABLA Nº 1: TIPOLOGÍAS DE LA PERSONALIDAD, ASOCIADO CON EL DEFECTO Y LA VIRTUD, SEGÚN EDWARD BACH

PERSONALIDAD	Flor Tipo	Defecto	Virtud
	Mimulus	Miedo	Compasión
	Impatiens	Impaciencia	Perdón
	Clematis	Indiferencia	Bondad
	Agrimony	Intranquilidad	Paz
	Chicory	Retraimiento	Amor
	Vervain	Entusiasmo exagerado	Tolerancia
	Centauro	Debilidad	Fortaleza
	Cerato	Ignorancia	Sabiduría
	Scleranthus	Indecisión	Estabilidad
	Water violet	Aflicción	Alegría
	Gentian	Duda	Comprensión
	Rock rose	Terror	Valor

3.3. Esencias Florales del Sistema de Edward Bach

Bach, sustenta la utilización de esencias florales para la cura del desequilibrio provocado entre la personalidad y el alma, para favorecer el diagnóstico de las esencias florales, Bach las ordenó en grupos emocionales. C. Lobo, las menciona de la siguiente manera:

Primer Grupo: Para aquellos que sienten miedo.

Segundo Grupo: Para aquellos que sufren incertidumbre.

Tercer Grupo: Para aquellos que no sienten interés en el presente.

Cuarto Grupo: Para aquellos que sufren de soledad.

Quinto Grupo: Para aquellos que sufren de vulnerabilidad a las influencias externas.

Sexto Grupo: Para aquellos que sufren de abatimiento y desesperación.

Séptimo Grupo: Para aquellos que se preocupan del bienestar de los demás (Lobo, 2010).

El doctor Ricardo Orozco, clasificó las esencias florales de Edward Bach según la preparación cronológica original. Las 12 tipológicas y las 7 ayudantes preparadas por el método solar, las 19 restantes (salvo White Chestnut), por cocción (Orozco, 2008).

A continuación se detalla un cuadro con las esencias propuesta por Bach según estados de ánimo y su correspondiente generación y uso¹¹:

TABLA N° 2: SISTEMA FLORAL DE EDWARD BACH

Esencia	Generación	Uso
Mimulus	Doce Curadores	Indicada para los miedos a cosas concretas y conocidas.
Impatiens	Doce Curadores	Indicada para los irritables, malhumorados, tercos, impacientes.
Clematis	Doce Curadores	Indicada para los adormilados o soñadores, los que necesitan enfrentar el presente con mayor energía para potenciar su actividad cerebral.
Agrimony	Doce Curadores	Indicada para las personas intranquilas, ansiosas, atormentadas.
Chicory	Doce Curadores	Indicada para las personas que sienten un amor egoísta y posesivo, que son fácilmente ofendidos y autocompasivos.
Vervain	Doce Curadores	Indicada para los obstinados y de fuerte voluntad. No les gustan los consejos

¹¹ El cuadro que presenta las esencias florales, generación y uso de las mismas en el Sistema Floral de Edward Bach, tiene como referencia, información obtenida de R. Orozco en “Flores de Bach, Manual de aplicaciones”, Ediciones Índigo, Barcelona, 2002 y de Ma. Ester Céspedes y María Gálvez, en “Flores, energía que sana”, Ediciones Vergara, Santiago, 2009.

Cerato	Doce Curadores	Indicada para los que buscan constantemente la opinión de los demás, por falta de confianza en la propia capacidad de juicio y discernimiento
Centaury	Doce Curadores	Indicada para los débiles, lánguidos, agotados, que no tienen energía
Scleranthus	Doce Curadores	Indicada para cuando haya indecisión, cuando nada parezca adecuado, cuando parece que se necesita una cosa y después otra
Water Violet	Doce Curadores	Indicada para los que desean estar solos, quizás para protegerse y no ser lastimadas ni invadidas y estar tranquilos
Gentian	Doce Curadores	Indicada para cuando hay depresión, cuando se siente que las cosas no marchan bien, o hay dudas de recuperar la salud
Rock Rose	Doce Curadores	Indicada para superar el terror y el miedo extremo
Oak	Siete Ayudantes	Indicada para las personas a darse permiso para delegar, pedir ayuda, compartir el trabajo y las responsabilidades
Heather	Siete Ayudantes	Indicada para las personas centradas en sí mismas, que tienen una excesiva necesidad de protagonismo originada, con frecuencia, en la falta de afecto

Rock Water	Siete Ayudantes	Indicada para evitar el excesivo autocontrol y la inflexibilidad
Wild Oat	Siete Ayudantes	Indicada para superar la confusión vital. Centra, orienta, permite reencontrar el propio eje vital
Olive	Siete Ayudantes	Indicada para el agotamiento después de un esfuerzo físico o mental, de enfermedades severas, de situaciones en exceso demandantes
Vine	Siete Ayudantes	Indicada para las personas dominantes, autoritarias, inflexibles en sus posturas
Elm	Diecinueve Restantes	Indicada para devolver la confianza y la seguridad, ayuda a superar los momentos de flaqueza
Pine	Diecinueve Restantes	Indicada para superar la ansiedad por sentimientos de culpa y la tendencia a pasarse cuentas permanente
Larch	Diecinueve Restantes	Indicada cuando hay falta de seguridad y de confianza en uno mismo, lo que impide alcanzar los grandes objetivos de la vida
Willow	Diecinueve Restantes	Indicada para las personas que sienten lástima de sí mismas, son resentidas y culpan a los demás sin hacerse cargo de las consecuencias de sus propios actos

Aspen	Diecinueve Restantes	Indicada para dar coraje, valentía, serenidad y calma
Hornbeam	Diecinueve Restantes	Indicada para combatir la sensación de cansancio, falta de energía, fatiga. Revitaliza
Sweet Chestnut	Diecinueve Restantes	Indicada en casos de angustia mental extrema, de sensación de no tener salida, de estar al límite
Beech	Diecinueve Restantes	Indicada para eliminar las actitudes hostiles, el sarcasmo, la descalificación y otros tipos de abusos psicológicos
Crab Apple	Diecinueve Restantes	Indicada para liberar, purificar, limpiar. Es eficaz para las personas que tienen dificultades para aceptar su apariencia física
Walnut	Diecinueve Restantes	Indicada para la adaptación, para enfrentar situaciones que impliquen correr riesgos, aceptar desafíos, avanzar en pos de metas y objetivos cuyo logro parece imposible
Chestnut Bud	Diecinueve Restantes	Indicada para las personas que repetidamente cometen errores y no aprenden de ellos
White Chestnut	Diecinueve Restantes	Indicada para combatir los pensamientos indeseados y repetitivos. Se usa para apaciguar la excesiva actividad mental
Red Chestnut	Diecinueve Restantes	Indicada para evitar la preocupación excesiva por el bienestar de los seres

		queridos
Holly	Diecinueve Restantes	Indicada para los sentimientos encontrados o muy negativos en el área de la afectividad
Wild Rose	Diecinueve Restantes	Indicada para liberar las emociones reprimidas y comprender posibilidades inexploradas hasta ese momento
Honeysuckle	Diecinueve Restantes	Indicada para aquellos que se aferran de algún modo al pasado
Star of Bethlehem	Diecinueve Restantes	Indicada para enfrentar estados de shock, estrés post traumático o secuelas del trauma
Hornbeam	Diecinueve Restantes	Indicada para estimular la energía vital y permite afrontar el desafío diario con ánimo, dinamismo, claridad y frescura. Combate la sensación de cansancio
Mustard	Diecinueve Restantes	Indicada para aliviar la tristeza enraizada, estados de melancolía o depresivos sin causa aparente. Disipa la sensación de amargura y tristeza.

3.4. Esencias Florales en el Síndrome de Déficit Atencional

Para señalar las esencias a utilizar en casos clínicos del SDAH, se tomarán *“los síntomas como expresión de la enfermedad y como una oportunidad de*

abordar la Personalidad”, tal como lo diría Bach (Bach, 2001), desde ahí se entrega una referencia desde la sintomatología y con la Flor que entrega el equilibrio. Es importante señalar que la sintomatología se recoge de la información que entrega el DSM-IV, respecto del SDA/H, y la esencia floral que se utiliza como tratamiento, está sintetizada en la información del libro “Flores de Bach, Manual de aplicaciones”, de R. Orozco. En los diagramas 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 se mencionan las esencias con las que se atiende el síntoma o indicador del SDA/H:

- ✓ **Movimiento corporal excesivo:** El niño aparece constantemente moviéndose, retorciéndose, caminando, tropezando, saltando. Raramente está sentado jugando tranquilo.

TABLA N° 3

Flor	Sistema	Patrón en desequilibrio	Virtud que entrega
Impatiens	Bach	Movimiento constante, intranquilidad.	Tranquilidad, calma.
Scleranthus	Bach	Desequilibrio de movimientos, falta de coordinación.	Equilibrio, coordinación.

- ✓ **Impulsividad:** Frecuentemente actúa y se mueve según el estímulo del momento, sin pensar en las consecuencias de sus actos, y aparentemente sin autocontrol o inhibición.

TABLA N° 4

Flor	Sistema	Patrón en desequilibrio	Virtud que entrega
Impatiens	Bach	Impulsividad.	Tranquilidad, calma.
Chestnut bud	Bach	Irreflexión de los propios actos.	Comprensión , aprendizaje y reflexión.
Cherry plum	Bach	Falta de control conductual.	Autocontrol.

- ✓ **Atención dispersa:** Está muy distraído, no puede concentrarse en la mayoría de las cosas durante algún tiempo o período de tiempo, no atiende a las órdenes o instrucciones y tiene un alto grado de dificultad para completar las tareas asignadas o proyectos.

TABLA N° 5

Flor	Sistema	Patrón en desequilibrio	Virtud que entrega
Clematis	Bach	Falta de concentración, no atención de órdenes. Dificultad en terminar tareas por evasión.	Concentración, concreción de las tareas.
Cerato	Bach	Atención dispersa, dificultad	Ayuda de

		terminar tareas por dispersión.	autoridad interna, focalización.
--	--	---------------------------------	----------------------------------

- ✓ **Variabilidad:** Tiene amplias variaciones en sus respuestas. Un día lo realiza todo bien y al siguiente puede tener problemas considerables con la misma tarea o actividad.

TABLA N° 6

Flor	Sistema	Patrón en desequilibrio	Virtud que entrega
Scleranthus	Bach	Variaciones en las respuestas.	Equilibrio, estabilidad.

- ✓ **Emotividad:** Frecuentemente reacciona o súper-reacciona a la estimulación con llanto, rabieta y otros estallidos emocionales. Su comportamiento puede tomar muchas formas: por ejemplo, agresión directa, tal como atacar a otro o retirada emocional de aquello que le rodea.

TABLA N° 7

Flor	Sistema	Patrón en desequilibrio	Virtud que entrega
Rock rose	Bach	Ansiedad ante los estímulos.	Sosiego, fortalece la capacidad de reaccionar.
Holly	Bach	Rabia.	Amor fraternal.
Vine	Bach	Agresión, ataque emocional.	Respeto y

			tolerancia.
--	--	--	-------------

- ✓ **Tendencia al fracaso:** Generalmente tiene un pobre concepto de sí mismo o baja autoestima, y tiende a renunciar rápidamente, debido a su extenso registro de fracasos. Si se le convence de intentar nuevas tareas, lo hace de mala gana y con frecuencia manifiesta abiertamente que es una pérdida de tiempo, ya que en cualquier caso "no puede hacerlo".

TABLA N° 8

Flor	Sistema	Patrón en desequilibrio	Virtud que entrega
Larch	Bach	Anticipación del fracaso.	Seguridad.
Crab Apple	Bach	Imagen pobre de sí misma.	Autoaceptación.

- ✓ **Influencia familiar:** El impacto del SDAH que produce en la familia, afecta al niño considerablemente, dado que se depositan sobre él grandes o pobres expectativas de su vida. En la familia estos sentimientos pueden llevar a los padres a adoptar conductas o estrategias poco asertivas, en la formación del niño, ejemplo castigo psicológico, físico, afectando profundamente al niño.

TABLA N° 9

Flor	Sistema	Patrón en desequilibrio	Virtud que entrega
Walnut	Bach	Influencia del entorno.	Adaptación.

S. Bethlehem	Bach	Traumata y heridas emocionales.	Sellador emocional.
-----------------	------	------------------------------------	------------------------

Las esencias florales del Sistema de Edward Bach utilizadas para los niños diagnosticados con SDA/H son los siguientes:

TABLA Nº 10: SISTEMA FLORAL DE EDWARD BACH EN EL TRATAMIENTO DEL SDA/H

Sistema Floral de Edward Bach en el tratamiento del SDA/H
• Cerato
• Cherry plum
• Chestnut bud
• Clematis
• Crab apple
• Gentian
• Holly
• Impatiens
• Larch
• Rock rose

<ul style="list-style-type: none">• Scleranthus
<ul style="list-style-type: none">• Star of Bethlehem
<ul style="list-style-type: none">• Vine
<ul style="list-style-type: none">• Walnut

Se podría afirmar que, si bien son estas esencias las que se suministran para el tratamiento de los niños (as) con SDA/H, los terapeutas consideran al niño desde su realidad, afirmación, que de alguna manera, atraviesa toda la investigación. Se considera al sujeto en su realidad y el acompañamiento terapéutico más las esencias florales, tenderán a responder a las necesidades de éstos mismos. Cada terapia es única, no existe otra igual.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS CRÍTICO Y CONCLUSIONES

El Síndrome de Déficit Atencional (SDA), con y sin Hiperactividad, constituye una de las dificultades más frecuentes, dentro de las salas de clases. No se puede dejar de considerar la realidad actual de los niños y niñas que forman parte de las aulas regulares y las aulas de recursos. Esta afirmación, surge de lo que se observa diaria y frecuentemente en la práctica pedagógica de los profesionales de la educación: niños y niñas que pelean fuertemente por cosas sin importancia, que lloran sin una razón aparente, presentan una actividad motora exacerbada, no terminan lo que comienzan, requieren supervisión constante. Debido a esto, los docentes, regularmente, manifiestan sus molestias a causa de las dificultades de atención y concentración de sus estudiantes y que, generalmente están asociadas a niños (as) que presentan SDA con y sin hiperactividad. En relación a esta realidad, se ven afectados, no sólo los docentes, sino también los padres, al no saber cómo ayudar a sus hijos y por ende los alumnos comienzan a sentir el desequilibrio y desarmonía emocional, perjudicándolos tanto a nivel personal, familiar y académico. Es en este sentido, que el foco de esta investigación, está dirigido a todas las personas de la institución educativa y principalmente a dar orientación e información respecto al tema.

Desde la mirada biomédica, se debe recordar que el SDA con y sin hiperactividad, pareciese ser una “enfermedad”, ya que presenta en algunas ocasiones, etiologías neurobiológicas y que de acuerdo a expertos clínicos, “es una <<enfermedad crónica>> de inicio en la infancia, además se considera una discapacidad del desarrollo que causa problemas serios en los niños y que puede provocar desórdenes durante toda la vida del sujeto (académico, social y laboral)” (Biaggi, 2001). Por lo tanto, los niños (as) que presentan algunas alteraciones en su conducta o niños Hipoactivos, específicamente los que están diagnosticados con SDA/H, resuelven su “problema”, mediante fármacos.

Así, si éste presenta algunos síntomas, se combaten con la aplicación de sustancias químicas que se oponen a dicha manifestación; si el niño (a) presenta conductas hipercinéticas, el químico, desacelera ciertos impulsos y los niños (as) logran adaptarse a la norma; niños (as) que evidencian conductas desadaptativas, le son suministrados químicos que le permiten “adaptarse”, niños que presentan síntomas de hipoactividad, logran concentrarse y terminar sus tareas. Generalmente, el resultado del tratamiento farmacológico es mantener al niño dopado, lo que implica el no desarrollo de su verdadero yo, además de provocar efectos secundarios de carácter negativo en su organismo.

En consecuencia, este modelo, fragmenta al sujeto, donde cada una de sus partes es estudiada y tratada por un especialista diferente, disgrega al hombre como un ser total e integral, sin tener en cuenta que se trata de una unidad bio-psico-espiritual, quien puede sufrir tanto de uno como de otro plano, la realidad compleja de cuerpo/mente/espíritu.

Sin embargo, con el correr del tiempo, la mirada se ha ido ampliando, “muchos hablan de un quiebre de paradigma: el positivismo, ubicado en un paradigma simplista, donde el científico es observador neutral y objetivo, no interfiere con su objeto de estudio, ajeno a sus deseos y sufrimientos, obteniendo una concepción objetivista del conocimiento, ha ido perdiendo espacio y dejando entrever que la realidad actual, se desarrolla en un Paradigma de la Complejidad” (Najmanovich, 1991), el cual constituye una forma de situarse en el mundo que ofrece un marco creador de nuevas formas de sentir, pensar y actuar que orientan el conocimiento de la realidad y la adquisición de criterios para posicionarse y cambiarla. Supone una opción ideológica orientadora de valores, pensamiento y acción.

Es debido a las múltiples implicancias negativas y los efectos que generan los tratamientos farmacológicos en los niños y niñas diagnosticados con el SDA/H, que se comenzó la indagación de formas complementarias que aportarían al

tratamiento, como una manera de ayudar al malestar propiciado por la administración de medicamentos. Por otra parte, se hace necesario mencionar, que, además, se ve afectada el área emocional, sentimental del niño, producto de su comportamiento. Es así, como a partir de experiencias personales, conocimientos previos y experiencias de padres, amigos, familiares y apoderados, que implementaron la terapias con sus hijos, obteniendo muchos cambios y buenos resultados, que nace la inquietud de indagar y conocer cómo funciona el Sistema Floral de Edward Bach.

Los elixires florales, según Bach, conservan parte del patrón vibracional de la planta, concentrado en la flor. Este patrón vibracional tiene cualidades terapéuticas, ya que coincide, en el ser humano, animales y plantas, con patrones vibratorios armónicos y en equilibrio, constitutivos de lo que se entiende por salud, equilibrio y armonía, conceptos ya desarrollados en los fundamentos epistemológicos de esta investigación. La enfermedad, se expresa mediante patrones vibratoriales en desarmonía o desequilibrio, ya sean estos mentales, emocionales o físicos.

Todas las flores trabajan en la repermeabilización del circuito alma/personalidad, por lo que pueden considerarse como repermeabilizadoras de una información que el sujeto posee, aunque en estado de bloqueo. Las esencias

florales son prescritas según diagnóstico y patrón caracterológico de cada niño, teniendo en cuenta el estado emocional en el que se encuentra y la referencia del familiar a partir de la situación comportamental más reciente en el hogar y en la escuela, así como las observaciones realizadas en consulta y durante las actividades psicoterapéuticas. “Al tomar esta esencia, poco a poco aparece la paciencia, baja el nivel de intolerancia e impulsividad, y mejora notoriamente la capacidad de empatía del niño en la casa y escuela. Poco a poco entra el amor a la vida del niño, puede alegrarse con los triunfos ajenos, reconoce cualidades de sus pares, se relaja y serena” (Céspedes & Céspedes, 2007).

De todo lo dicho, se puede deducir, que un manejo eficaz y responsable de las flores entiende al paciente como una globalidad mental, emocional, física y espiritual interconectada (visión holística); las Flores de Bach no están concebidas sólo para enfermos. Respecto de esto, R. Orozco plasma esto en la siguiente frase: “no tratamos problemas, sino personas con situaciones problemáticas” (Orozco R. , 2008), puesto que las flores sobre todo ayudan a desarrollar recursos personales y habilidades interpersonales.

“La esencia floral hace todo el esfuerzo por reestablecer la armonía del niño y sacarlo adelante, pero si el niño está en un medio de desamor, no pasará nada. Si está en un ambiente de agresión, de violencia intrafamiliar o indiferencia,

ninguna fórmula, por precisa que sea, logrará hacer algo. Los medicamentos tampoco hacen efecto si no se hace modificación del entorno” (Céspedes, 2009).

“Las Flores de Bach, no curan enfermedades, sino que equilibran emociones. Los niños tienen fuerzas internas potenciales, que cuando no se pueden expresar es porque están ausentes, como un niño triste, abatido, que le falta la alegría natural. En ese plano entrará a actuar la esencia floral, en el desequilibrio emocional, y eso naturalmente tendrá un correlato en su cuerpecito. Por eso se dice que no curan males específicos, sino los desequilibrios emocionales que se producen con estos problemas. Cada niño tiene un temperamento, que es biológico y que trae como carga genética, y que es modificado por el medioambiente” (Céspedes & Céspedes, 2007).

Con todo lo anterior, se hace necesario destacar que la terapia floral no está exenta de dificultades y obstáculos, como la inasistencia del paciente a la sesión floral, la sensación que el tratamiento no está haciendo efecto debido a la lentitud de los resultados, poca sistematicidad en la administración de las esencias, mal diagnóstico realizado por el terapeuta floral, y por último la incredulidad y final abandono de la terapia floral.

Contrastando con lo anterior, son múltiples los beneficios que aportan la terapia floral a los niños, algunos de ellos, son la capacidad de activar sus propios

recursos, permitiéndoles administrar sus emociones y sentirse equilibrados internamente, los ayuda a desarrollar el sentido de la responsabilidad, disminuir la impulsividad, debido a que logran un autocontrol moderando sus emociones, aumentan su concentración y mejora su autoestima, moderan sus niveles de frustración y sus miedos, logrando un ser íntegro, equilibrado, emocional y espiritualmente.

Dentro de sus múltiples ventajas, se pueden señalar la carencia de contraindicaciones, no producen efectos secundarios, adversos, colaterales, siendo compatibles con otros medicamentos, actuando a nivel energético sutil, en la posible causa real de la enfermedad, o sea, un efecto holístico.

Finalmente, se debe señalar, que la falta de material bibliográfico respecto de información reciente sobre el tratamiento del Síndrome de Déficit Atencional con el Sistema Floral de Edward Bach es escasa, debido al poco tiempo que lleva implementándose en niños diagnosticados con estas patologías. El material que se encuentra disponible son pequeños estudios investigativos, tesis, en las cuales se han realizado estudios de casos e investigaciones cuasi-experimentales en las que se han aplicado esencias florales del Sistema de Edward Bach.

Por consiguiente, esta monografía es un aporte a la investigación de la Terapia Floral de Edward Bach, como una herramienta complementaria en el tratamiento de niños (as) diagnosticados con SDA/H en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsa, F. (1996). Los desafíos de la Postmodernidad y la Globalización: ¿identidad múltiple o identidad fragmentada? *Revista del Centro de Ciencias del Lenguaje* , 21-23.
- Alfaro, M., & Zamorano, L. (Diciembre de 2010). Efectos de la Terapia Floral en niños on Trastorno de Deficit Atencional en el colegio Cardenal Carlos Oviedo Cavada. *Efectos de la Terapia Floral en niños on Trastorno de Deficit Atencional en el colegio Cardenal Carlos Oviedo Cavad* . Santiago, Santiago, Chile: Universidad Pedro de Valdivia.
- Alfaro, M., Zamorano, L. (Diciembre de 2010). Efectos de la terapia floral en niños con trastorno de Deficit Atencional en el colegio Cardenal Carlos Oviedo Cavada. *Tesis* . Santiago, Chile: Universidad Pedro de Valdivia.
- Amador, J., Forns, M., & Kirchner, T. (1995). Repertorio Cognoscitivo de Atención, Percepción y Memoria. Barcelona, España.
- Artigas - Pallarés, A. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología* , 117-123.
- Ávila, M. (2004). Datos y reflexiones acerca del uso del metilfenidato (ritalín) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* , 31-34.
- Bach, E. (2001). *Bach por Bach, obras completas. Escritos Florales*. Buenos Aires: Ediciones Continente.

- Bach, E. (1980). *La curación por las flores*. Madrid: Editorial EDAF.
- Bach, E. (1993). *Los remedios florales*. Madrid: Editorial EDAF.
- Biaggi, H. (2003). *Déficit Atencional*. Madrid, España.
- Biaggi, R. (2001). *Trastorno por Déficit de Atención, un resumen actualizado*. Santiago, Chile.
- Capdevila, C., Artigas, J., Ballarés, A., Ramírez, M., López - Rosendo, J., & Real, J. (2005). *Fenotipo neuropsicológico de Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad ¿existen diferencias entre los subtipos?* Navarra, España.
- Casañas Morales, B., Olgueira Martell, E., & De Armas Ramírez, C. (2002). *escenciasflorales.net*. Recuperado el 21 de Octubre de 2011, de [escenciasflorales.net](http://www.esenciasflorales.net):
<http://www.esenciasflorales.net/inicio/ARTICULOS/miedo.htm>
- Céspedes, M. E., & Céspedes, A. (2007). *Cómo benefician a los niños las flores de Bach*. *Ya*, 38.
- Céspedes, M., & Gálvez, M. (2009). *Flores, Energía que sana*. Santiago: Editorial Vergara.
- Cid, L. (2008). *La terapia floral de Edward Bach, una herramienta coadyuvante para la terapia psicológica*. *Tesis*. Santiago, Región Metropolitana, Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- CIDETEF. (2010). *Manual de Trabajo Clínico. Experiencias/Investigación clínica*. Santiago, Chile.

- *CIE - 10, Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud.* (1995). barcelona, Décima Edición: organización Panamericana de la Salud.
- Colombo, M. (1999). Síndrome de Deficit Atencional, neurobiología, diagnostico y tratamiento. En J. Forster, & T. Mesa, *Síndrome de Deficit Atencional, neurobiología, diagnostico y tratamiento* (pág. 53). Santiago: Universitaria.
- *Complejidad .org.* (2007). Recuperado el 13 de Julio de 2011, de Complejidad.org: <http://www.complejidad.org/cms/?q=node/3>.
- Condemarín, M. G. (2005). *Déficit Atencional, estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa.* Santiago: Editorial Planeta.
- Díaz, J. (2006). Tratameinto Farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente* , 20-43.
- *DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* (1995). Barcelona: Edición Española.
- *ESENCIALIA.* (2007). Recuperado el 21 de Octubre de 2011, de ESENCIALIA: <http://www.esencialia.com/noticias/congreso.html>
- Félix, M. (2006). Recursos para el Diagnóstico Psicopedagógico del TDHA y Comorbilidades. *Revista Electrónica de Investigación Psico-Educativa* , 628 - 629.
- Félix, M., & Vilaplana, A. (15 de diciembre de 2007). *Quaderns Digitals.* Recuperado el 29 de Octubre de 2011, de quadernsdigitals.net:

http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_72/nr_769/a_10377/10377.pdf

- Fernández - Jaén, A. (2004). Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH), epidemiología. Madrid, España.
- Fernández - Jaén, A. (2004). Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH), aspectos históricos. Madrid, España.
- Frías, R. (2000). Tesis. *El Trastorno por Déficit Atencional con hiperactividad, una aproximación al fenómeno desde el enfoque vincular*. Santiago, Chile: Universidad Academia Humanismo Cristiano.
- Gennaro, A. (2003). *Remington Farmacia*. Buenos Aires: Editoria Médica Panamericana.
- Gerber, R. (1993). *La curación energética - Traducción de Josep A. Bermell*. Barcelona: Editorial Robinbook.
- Grecco, E. (2004). *El legado del Dr. Edward Bach. Antecedentes, contexto y significado de su descubrimiento terapéutico*. Argentina: Editorial Continente.
- Grecco, E., & Espeche, B. (2001). *Jung y Flores de Bach*. Buenos Aires: Ediciones Continente.
- Gringber, M. (2003). *Pensamiento Complejo.com.ar*. Recuperado el 13 de Julio de 2011, de Pensamiento Complejo.com.ar: http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/_mgrinberg_0803.pdf.
- Grof, S. (1998). *Psicología Transpersonal*. Barcelona: Editorial Kairós.

- Indi-go, F. (2004). *La conciencia Indigo, futuro presente*. Ecuador: Ediciones Indi-go.
- Keith, X. (1999). Deficit atencional. Consideraciones diagnósticas Psiquiátricas. En J. Forster, & T. Mesa, *Síndrome de Deficit Atencional, Neurobiología, diagnóstico y tratamiento* (pág. 107). Santiago: Universitaria.
- Lobo, Y. (07 de Enero de 2010). Estudio de la aplicación del modelo terapéutico de Edward Bach, en las practicas clínicas de los Terapeutas Florales. *Tesis*. Santiago, Metropolitana, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- López, J. (2004). Resistencia generalizada a hormonas tiroideas de carácter familiar. *Revista Médica de Chile*, 1096-1099.
- Martínez, J., & González, C. (2007). Diagnóstico Diferencial entre Manía y Déficit Atencional Hiperactivo. *Revista Chilena de Pediatría*, 13 - 19.
- MINEDUC. (2005). *Ministerio de Educación*. Recuperado el 15 de Julio de 2011, de http://600.mineduc.cl/resguardo/resg_disc/disc_defi/defi_preg.php/5
- MINSAL. (2005). Obtenido de http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_busqueda/resultado_busqueda.html?q=TERAPIAS+ALTERNATIVAS&hl=es&as_dt=i&as_sitesearch=redsalud.gov.cl&client=pub-8513779941474461&forid=1&channel=6801625507&safe=active&flav=0000&sig=NdyQdGFpJnNH_B3d&cof=

- Miranda, A., Jaque, S., & Soriano, S. (1999). Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención: Polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. Valencia, España.
- Montañés - Roda, F., Gangoso - Feroso, A., & Martínez, M. (2009). Fármacos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología* , 469 - 481.
- Montoto, L. (2005). *Fundamentos Físicos de la Informática y las Comunicaciones*. Madrid: Editorial Paraninfos.
- Morín, E. (2004). *Gazeta de Antropología*. Recuperado el 15 de Julio de 2011, de http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.pdf
- Morín, E. (1995). *Introducción al Pensamiento Complejo*. España: Gedisa.
- Morrell, P. (2005). *Hahnemann y la homeopatía*. Nueva Deli: J. J. Offset Printers.
- Mulas, F., Mattos, L., Hernández - Muelas, S., & Gandía, R. (2005). Actualización terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. *Revista de Neurología* , 49 - 55.
- Mulas, F., Téllez de Meneses, M., Hernández - Muela, S., Mattos, I., & Pitrach, I. (2004). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Epilepsia. *Revista de Neurología* , 192-195.
- Najmanovich, D. (1991). Interdisciplina y nuevos Paradigmas, la ciencia de fin de siglo. Buenos Aires, Argentina.

- Narbona - Gacía, J., & Sánchez - Carpintero, R. (1999). Neurobiología del Trastorno a la Atención e hiperactividad en el niño. *Revista de Neurología*, 160-162.
- Navarro, C. (13 de Mayo de 2008). *Niños Indigo Chile*. Recuperado el 26 de Junio de 2011, de niñosindigo Chile. cl: www.ninosindigo Chile. cl/textos/deficit11.doc
- Orozco, R. (2002). Flores de Bach. En R. Orozco, *Flores de Bach* (pág. 43). Barcelona: Indigo.
- Orozco, R. (Enero de 2008). Las Flores de Bach hoy: Una terapia en auge. La Habana.
- Pérez, F. (2004). Niños Índigos. Santiago, Chile.
- Pinto, F. (1999). Diagnóstico Clínico del Síndrome de Déficit Atencional (SDA). En J. Föster, *Síndrome del Déficit Atencional: neurobiología, Diagnóstico y Tratamiento*. (págs. 98-100). Santiago: Editorial Universitaria.
- Psicomed.net: www.psicomed.net/principal/dsmiv.html. Recuperado el 15 de enero de 2011.
- Pozo, J., De la Gándara, J., García, V., & X., G. (2005). Tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Burgos, España.
- Reyes-Zamorano, E., Ricardo-Garcell, J., Galindo y Villa, G., Cortés, J., & Otero, G. (Febrero de 2003). Los procesos de atención y el electroencefalograma cuantificados en un grupo de pacientes con Trastorno por Déficit de . México.

- Ribal, J. (1999). Florbach. En J. Ribal, *Florbach* (pág. 4). www.florbach.es.org.
- Rodríguez, P., & Cardo, E. (2007). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Tenerife, Isla Baleares, España.
- Roizblatt, A. -B.-B. (2003). *Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad*. Recuperado el 13 de enero de 2011, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003001000015&script=sci_arttext.
- Roizblatt, A. (2003). Trastorno ppor Déficit Atencional. *Revista Médica de Chile* , 1197 - 1198.
- Sáiz Ruiz, J., Ibáñez, A., Díaz-Marsá, M., Arias, F., Padín, J., Martín-Carrasco, M., y otros. (1999). Eficacia de venlafaxina en pacientes depresivos resistentes o que no toleran inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- San Molina, L., López - Muñoz, F., García, P., Alamo, C., & Rubio, G. (2003). Tratamiento de combinación con reboxetina en pacientes con depresión mayor no respondedores o con respuesta parcial a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Actas Españolas de Psiquiatría* , 315-324.
- Saz, P. O. (2007). La Medicina Natutista, una visión de la investigación científica en los últimos años. *Revista Medicina Naturista* , 68-75.
- Selowsky, S. (2008). Medicinas Complementarias: para revelar lo oculto. *Patrimonio Cultural* , 30-31.

- Sinzig, J., & Manfred, D. (21 de Diciembre de 2009). El metilfenidato de acción prolongada tiene un efecto sobre la conducta agresiva en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Estados Unidos.
- Solís., L. (2003). *Pensamiento Complejo*. Recuperado el 15 de julio de 2011, de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:KWpMkUNKgesJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5
- Soprano, A. (2003). Evaluación de las funciones ejecutivas del niño. *Revista de Neurología* , 44 - 47.
- Soutullo, C., & Hidalgo, M. (2006). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Pamplona, Madrid, España.
- Tobón, S., & Núñez, A. (2006). la gestión del conocimiento desde el Pensamiento Complejo: Un compromiso ético con el desarrollo humano. *EAN* , 27-29.
- Valdivieso, A., Cornejo, A., & Sánchez, M. (2000). Tratamiento del Síndrome de Déficit Atencional (SDA) en niños: evaluación de la moclobemida, una alternativa no psicoestimulante. *Revista Chilena de neuro-Psiquiatría* , 7-14.
- Vazquez, M. (2005). *Psicología Transpersonal*. Recuperado el 8 de Septiembre de 2011, de Desarrollo Integral.org: <http://www.desarrollo-integral.org/psicologia-transpersonal.pdf>.

- Villar, L. (2001). Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (ADHD): Tratamiento Farmacológico. *Revista Psiquiátrica y psicológica del Niño y el Adolescente*, 103 - 110.
- Wilber, K. (1996). *Los Tres Ojos del Conocimiento*. Barcelona: Editorial Kairón.
- Wilber, K. H. (1994). *Trascender el Ego*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Zicavo, E. (2010). *Revista de la Cultura*. Recuperado el 15 de Enero de 2011, de <http://alternativasterapias.logspot.com/2010/12/farmacos-sin-limites.html>.