



ESCUELA DE ARTES Y EDUCACIÓN

**LA TERAPIA FLORAL COMO SISTEMA DE APOYO COMPLEMENTARIO
PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIONAL**

Alumnas : Carrasco Morán, Katherine
González Carreño, Bárbara
Ramírez García, Dayeira

Profesora Guía: Ruíz Vera, María Elisa

Tesis para Optar al Título de Profesor de Educación Diferencial con Mención en
Discapacidad Intelectual y Trastornos Específicos del Lenguaje Oral.
Tesis para Optar al Grado de Licenciado en Educación.

Santiago, Mayo de 2012.

La educación es el arte de re-bautizarnos y/o de enseñarnos a sentir de otro modo.
Friedrich Nietzsche

AGRADECEMOS:

A nuestras familias, amigos/as y compañeros de la vida que nos han brindado su incondicional apoyo a lo largo de la construcción de nuestro ser, saber y hacer profesional.

A nuestros maestros por enseñarnos un universo infinito de nuevos aprendizajes y por generar en nosotras una inquietud de intelectualismo codicioso en el indagar más allá de lo que nos muestra la realidad.

Gracias especialmente a nuestra guía Elisa Ruiz por compartir con nosotras su gran sabiduría y auténtica humildad. Gracias sobretodo por darnos a conocer una nueva comprensión del ser humano, porque a causa de ello hemos podido encaminarnos hacia la innovación y potenciación de nuestra práctica pedagógica en el "educar para el bienestar".

Finalmente, agradecemos a la maestra Amanda Espinoza Yáñez por mostrarnos el valor genuino de enseñar en la diversidad, y porque a través de su labor perseverante en educación especial, visualizamos el verdadero sentido de la inclusión escolar.

INDICE

1 RESUMEN.....	5PÁG.
2 INTRODUCCION.....	6-9PÁG.
3 LOS TRASTORNO POR DE DEFICIT ATENCIONAL	
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DÉFICIT ATENCIONAL.....	10-11 PÁG.
3.2 PRINCIPALES CONCEPTUALIZACIONES RESPECTO AL DÉFICIT ATENCIONAL.....	12-14 PÁG.
3.3 PREVALENCIA.....	15 PÁG.
3.4 ETIOLOGÍA.....	16-22 PÁG.
3.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICO	
3.5.1 DIAGNÓSTICO BASADO EN CRITERIOS DEL CIE-10 Y DSM-IV-TR.....	24-26 PÁG.
3.5.2 DIAGNÓSTICO EN BASE A CRITERIOS NEUROPSICOLÓGICOS.....	27-29 PÁG.
3.6 EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DÉFICIT ATENCIONAL.....	30-33PÁG.
4. LA EDUCACION ESPECIAL EN CHILE	
4.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LA POLÍTICA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL.....	34-35 PÁG.
4.2 LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT ATENCIONAL EN EL MARCO DEL DECRETO N° 170.....	36-40 PÁG.
4.2.1. TEORÍA SISTÉMICA Y SISTEMA ESCOLAR.....	41-46 PÁG.
4.3 LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y LA TERAPIA FLORAL DE BACH.....	47-50 PÁG.
5. LA TERAPIA FLORAL DE EDWARD BACH	
5.1 ASPECTOS CONCEPTUALES DEL SISTEMA FLORAL DE EDWARD BACH.....	51-53 PÁG.
5.2 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA FLORAL DE EDWARD BACH.....	54-55 PÁG.
5.3 EL SISTEMA FLORAL DE BACH COMO TRATAMIENTO.....	56-57 PÁG.
5.3.1 PROCESO TERAPÉUTICO DEL SISTEMA FLORAL DE BACH.....	58-62 PÁG.
6. LA TERAPIA FLORAL DE EDWARD BACH Y LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT ATENCIONAL.....	63-71 PÁG.
7. PROPUESTA: LA TERAPIA FLORAL DE EDWARD BACH COMO SISTEMA DE APOYO COMPLEMENTARIO PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS POR DÉFICIT ATENCIONAL.....	72-73 PÁG.
8. CONCLUSIONES.....	74-75 PÁG.
9. REFERENCIAS.....	76-79 PÁG.
10. ANEXO.....	80-83 PÁG.

1. RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en una investigación bibliográfica actualizada sobre el uso de la Terapia Floral de Bach como sistema de apoyo complementario para la Educación Especial en el tratamiento de niños y niñas diagnosticados con Trastornos por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad (TDA/H).

Se comienza desarrollando el tema del Déficit Atencional en sus principales conceptualizaciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento neuropsiquiátrico en términos tradicionales. Luego, se aborda el tema de la Educación Especial en Chile, entorno a los cuerpos legales de atención a la diversidad, con el fin de comprender las normas establecidas por el Decreto N° 170 para el diagnóstico de niños/as con TDA/H, asimismo se analiza el paradigma que se está a la base de este decreto logrando una aproximación entre la Educación Especial y la Terapia Floral. Luego se expone el sistema Floral de Bach describiendo sus aspectos conceptuales, tratamiento y proceso terapéutico. Finalmente se proponen acciones para integrar la Terapia Floral al campo de la Educación Especial hacia un tratamiento multidisciplinario e integral de niños/as diagnosticado con TDA/H.

Palabras Claves: Déficit Atencional, Terapia Floral, Educación Especial.

ABSTRACT

The following paper is framed in an up to date bibliographical research about Flowers Therapy as a complementary support system for the treatment of boys and girls diagnosed with Attention-Deficit Disorder (TDA/H) in Special Education.

It starts by developing the disorder in its main conceptualizations in traditional terms related to the diagnose and following psychiatric treatment. Then, the Special Education in Chile is approached, according to its historical records and its governmental politics in order to understand the current challenges proposed by the Decree N° 170 of the N°20.201 law, which recognizes the TDA/H students and assigns to them a subsidy. Finally, the treatment with Bach Flowers is analyzed in such boys and girls from the latest researches done in this topic, besides a proposal of integral treatment for TDA/H children will be put forward, from the complementation between Special Education and Bach Flowers Therapy.

Key Words: Attention-Deficit Disorder, Therapy Floral, Special Education.

2. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en el análisis descriptivo de la Terapia Floral de Edward Bach y la Educación Especial en el tratamiento de niños diagnosticados con Déficit Atencional con o sin hiperactividad (TDA/H).

Diversos autores coinciden que el déficit atencional es uno de los diagnósticos más frecuentes en edad infantil presentándose como una condición de alta prevalencia en nuestro país y que tiene consecuencias graves en el desarrollo del niño, su familia e integración social y escolar (Valdivieso, A., Cornejo, A., y Sánchez, M., 2000)

Según Cardo (2005), la frecuencia de estos casos en la población escolar es de un 3% a un 7%, Sin embargo, como señala el MINEDUC los frecuentes reportes de los/las docentes, llevan a pensar que el porcentaje fuera mayor o que los centros educativos están presentando dificultades importantes para poder integrar a niños y niñas con déficit atencional en el proceso de enseñanza – aprendizaje, generándose una tensión para el conjunto de la comunidad educativa.

Por otro lado, a lo largo de la historia, la evaluación del déficit atencional, ha sido resuelto especialmente por el campo de la neurología y psiquiatría identificándose a los niños y niñas, como casos de: “problemas de conducta”, “temperamento difícil” “negativismo”, “trastornos emocionales” “retraso escolar con problemas de conducta”, “disfunción cerebral mínima, entre otros” (García, M. y Magaz, A., 2009)

Además, el tratamiento para el déficit atencional se ha enfocado principalmente en la prescripción de psicoestimulantes dentro de los cuales, el más utilizado es el clorhidrato de metilfenidato, mayormente conocido como RITALIN, el cual “inhibe la impulsividad y la hiperactividad... y generalmente mejora el rendimiento en pruebas que miden la atención”(Rapaport 1980).

Así es, como de acuerdo nuestra experiencia laboral, hasta la actualidad el uso de medicamentos es utilizado regularmente como tratamiento médico en las escuelas para “mejorar el rendimiento y beneficiar la concentración de niños/as diagnosticados con déficit atencional”.

La historia nos muestra un determinado momento en que la medicalización se establece como discurso de poder y que lleva, en la práctica, a una transformación sistemática de espacios escolares en laboratorios clínicos (escuelas que se destruyen y reconstruyen como hospitales), de estrategias pedagógicas en recursos metodológicos, de maestros en reeducadores, etc. La medicalización genera una particular ideología y arquitectura educacional... Así, la medicalización capturó a la pedagogía, en el sentido de obsesionarla por la curación, por el remedio, por la naturalización de la deficiencia. (Skliar, C., 1998).

Sin embargo, existe una creciente discusión acerca del tratamiento farmacológico del déficit atencional, porque no sólo limita los apoyos y estrategias pedagógicas, si no porque también, produce efectos secundarios, tales como insomnio, nerviosismo, anorexia, cefalea, dolor de estómago y alucinaciones (Valdivieso, A., Cornejo, A., y Sánchez, M., 2000)

Ello ha llevado a que cada vez más se indaguen tratamientos alternativos para complementar un plan educativo integral, dentro de los cuales el sistema floral de Edward Bach ha empezado a tener amplia relevancia en algunos crecientes núcleos de neurólogos, psicólogos y psiquiatras.

Por un lado, esto puede deberse, a que este sistema de medicina natural del Dr. Edward Bach puede ser administrado a personas con intolerancia a medicación alópata, como también a embarazadas, lactantes, niños y niñas, con resultados alentadores y sin presentar contraindicaciones (Dembina, A., 2004). Y por otro lado, hoy se ha generado una fuerte discusión respecto al verdadero sentido y definición de la salud y la enfermedad. Diversas corrientes lo expresan tales como la Salotogénesis y la Psiconeuroinmunología.

Junto a ello, existe en Chile un creciente interés de profesionales tanto del área de la salud, como de la educación y de la psicología clínica, por formarse y trabajar con el Sistema Floral de Bach.

Es así como en el ámbito de la educación especial, la formación académica y universitaria en las Terapias Florales ha empezado a tener relevancia, lo que se ha visto reflejado en nuestro país, siendo la Universidad Academia de Humanismo Cristiano junto con el Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación (PIIE), una de las instituciones pioneras en entregar capacitación a los futuros profesores/as de Educación Diferencial, a través de cursos, diplomados y seminarios, como: “Diplomado en Terapia Floral”, “Estrategias no Tradicionales de Intervención en la Diferencia”, y “Desafíos de las Terapias Florales en Tiempos de Transformación”, teniendo como gran objetivo el “educar para el bienestar” (Ruiz, E. 2010). Además, cabe señalar que varias Universidades (UCEN, UDP, UPACIFICO) cuentan con investigaciones respecto a la utilización del sistema floral de Bach en el ámbito de la psicología transpersonal, como tratamiento psicoterapéutico en niños con TDA/H.

Es un fenómeno creciente, que el tratamiento con terapia floral está siendo utilizado por distintos especialistas en el tratamiento del TDA/H, donde la Doctora Amanda Céspedes, destacada neuropsiquiatra infantil de nuestro país y especialista en salud mental del escolar, ha estado desarrollando un trabajo precursor en la materia.

En este contexto, este trabajo pretende lograr una visión integral del niño/a, con TDA/H permitiéndole al profesor de educación diferencial complementar su trabajo pedagógico a través de la elaboración de metodologías y estrategias pertinentes a las necesidades educativas de cada alumno/a con TDA/H, y además formarse en el uso de una herramienta de intervención concreta, efectiva y no invasiva, que pueda complementarse con el tratamiento farmacológico, como lo es la Terapia Floral de Bach.

Por otro lado, la Política de la Educación Especial en Chile presenta el nuevo desafío establecido por el decreto N° 170 de ley N° 20.201 que fija normas para determinar y otorgar atención a los alumnos y alumnas con TDA/H (MINEDUC, 2010), lo que nos mueve a indagar en terapias naturales con el objetivo de abordar de forma multidisciplinar e integrativa esta Necesidad Educativa Especial Transitoria.

La presente monografía se desarrolla, no sólo con actuales fuentes teóricas y documentales acerca de los temas tratados, sino que incorporando nuevos enfoques para la comprensión del déficit atencional, la terapia floral y el rol fundamental de la educación especial en la prevención y el tratamiento de niños/as con TDA/H.

3. TRASTORNOS POR DÉFICIT ATENCIONAL CON O SIN HIPERACTIVIDAD

En el presente capítulo se expone el Trastorno de Déficit Atencional con y sin Hiperactividad (TDAH y DA) en sus diferentes aspectos. Se comenzará describiendo los antecedentes históricos y principales conceptualizaciones que hoy se tratan al respecto. Luego se dará a conocer su prevalencia y sus posibles causas. Finalmente, se expondrán distintos criterios diagnósticos y el tratamiento farmacológico del TDA/H

3.1 Antecedentes Históricos del Déficit Atencional

El médico inglés George Still fue el primero en describir el trastorno de déficit atencional en 1902. Still define la sintomatología como *“un defecto de la conducta moral: niños de temperamento violento, desenfrenadamente revoltosos, perversos, destructivos, que no responden a castigos, con problemas de conducta y de aprendizaje, inquietos y molestos, además postula que existiría una herencia biológica o daño en el parto”*. (Condemarín, M., Gorostegui, M, Milicic N., 2004).

Esta conceptualización persiste durante los años 30 y 40, pero luego se abandona ya que no fue posible demostrar un daño cerebral, por lo que se comienza a hablar de una disfunción cerebral mínima. Es en esta época en la que aparecen las anfetaminas como una forma exitosa de controlar la hiperactividad. A partir de la década de los 60 se empieza a estudiar este fenómeno con mayor profundidad, realizándose numerosos estudios, a partir de los cuales se diversifica la mirada sobre el tema, sus diagnósticos y definiciones (Condemarin y cols, 2004).

En ésta misma década, los científicos señalaban que, los aspectos más relevantes de lo niños con diagnóstico de TDAH son: un comportamiento atencional llamativamente inadecuado y una actividad excesiva, lo que conlleva a movimientos frecuentes. (García, M. 2009).

Sin embargo desde finales de los años 80, los clínicos y los investigadores ya se habían dado cuenta de que los escolares con deficiencias atencionales no siempre manifestaban una actividad motriz excesiva...es por ello que en 1994 (DSM IV) se llevó a cabo una división de tres subtipos de la que parecía ser una misma categoría diagnóstica. (García, M. 2009).

De este modo se proponía a la comunidad científica internacional el uso de los diagnósticos siguientes:

Trastorno por Déficit de Atención

- Subtipo Predominantemente hiperactivo – Impulsivo
- Subtipo Predominantemente Inatento
- Subtipo Combinado

Esta realidad la expone Condemarin (2004) en el siguiente cuadro que identifica en la literatura, múltiples definiciones:

Año	Fuente	Denominación/características
1968	DSM II	Reacción Hiperkinética
1978	CIE – 9	Síndrome Hiperkinético
1980	DSM III	Trastorno de déficit de Atención con y sin hiperactividad. Aparece la inatención como característica junto a la hiperactividad.
1987	DSM III-R	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
1992	CIE-10	Trastornos hiperkinéticos
1994	DSM IV	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: tipo inatento, hiperactivo, impulsivo y combinado. Distingue sub tipos.

En tanto, los estudios de los años 90 y actuales apoyan la hipótesis de considerar que el subtipo de trastorno de la atención denominado “predominante Inatento”, es de naturaleza tan diferente al “TDAH combinado” que debe considerarse de manera aparte y estudiarse por separado tanto su diagnóstico como su tratamiento farmacológico y psicoeducativo. (Barkley, 1990; Lahey y Carlosson, 1992; Godyear, y Hind, 1992; Bauermeister, 2003 y 2005)

Es por esto que se va abriendo camino la idea de que existen al menos dos clases de Trastornos asociados a dos tipos diferentes de Déficit de Atención en niños, adolescentes y adultos. Esto conlleva a admitir que el proceso de diagnóstico o de evaluación, el clínico debe plantearse la diferenciación entre un caso de:

a) Trastorno por déficit de **Atención Sostenida** con Hiperactividad (TDAH) y de

b) Trastorno por Déficit de **Eficacia Atencional** sin Hiperactividad (TDA)

No obstante estas clasificaciones y términos parece que van a ser sustituidas por otras diferentes en la próxima edición del Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM – V) de los Trastornos Mentales prevista para mayo de 2012. (Cohs, A. 2009)

3.2 Principales conceptualizaciones respecto al Déficit Atencional

En la literatura se puede encontrar una gran variedad de definiciones, las que intentan dar cuenta del fenómeno. Estas apuntan a lo que cada autor considera como características y sintomatologías del cuadro, su origen y pronóstico; y si bien no son necesariamente excluyentes, cada una enfatiza en diferentes aspectos, agregan o desechan características, restringiendo o ampliando su significado, lo que impide comprender el fenómeno en su totalidad. Así por ejemplo, si se considera la hiperactividad como la conducta relevante, se dejan fuera otros cuadros de SDA que no presentan hiperactividad como elemento central. De este modo, sólo a través de descripciones y definiciones más o menos parciales se ha logrado definir el síndrome de manera bastante compleja (Condemarín, M. y cols., 2004).

Según el DSM-IV el TDAH es definido como un trastorno conductual que surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos dos contextos. De acuerdo al predominio de síntomas que estén presentes, el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se clasifica en tres subtipos: con predominio de déficit de atención, con predominio hiperactivo/impulsivo y subtipo combinado

Por su parte, Caballo y Cols. (2001) y Sagasti y Boehme (2003) plantean que la hiperactividad y el déficit atencional se articulan a través de tres conceptos claves: falta de atención, impulsividad y sobreactividad. La atención es entendida como el proceso psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica; la impulsividad como un déficit para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales, y la sobreactividad como la presencia de niveles excesivos, para la edad del niño, de actividad motora o verbal (Caballo V; Simón, M.; 2001).

Desde el modelo neurofisiológico, James Satterfield, (1973) y Tomas Zentall (1985) comprenden el déficit Atencional como un “déficit cortical”.

Rusel Barkley (1997) basándose en el modelo híbrido, define el déficit atencional como “déficit de control de impulsos”.

Allan Mirsky (1995) aborda el déficit atencional desde el modelo biopsicosocial haciendo énfasis en la definición de TDA/H en primer lugar, como una condición biológica, acompañado de indicadores conductuales, con riesgo de tornarse en una situación de trastorno por dificultades de adaptación a nivel social, escolar y personal. Dicho modelo será detallado más adelante, desde el punto de vista de etiológico.

Por otro lado, Sagasti y Boehme (2003) señalan que se trata de un cuadro clínico de comienzo en la infancia, generalmente antes de los siete años, siendo “un trastorno potencialmente grave, dado su nivel de complejidad y comorbilidad, pudiendo llegar a constituir un cuadro psiquiátrico de riesgo a lo largo del desarrollo de no mediar un tratamiento adecuado (por ejemplo trastorno antisocial de la personalidad en un tercio de los casos, otros con elevada discapacidad, etc.)

Por otra parte, Forster y Fernández (2003) definen el déficit atencional como “un síndrome conductual crónico con un sustrato biológico muy importante, pero no unicausal, con una fuerte base genética, y formado por un grupo heterogéneo de niños. Incluye a niños con inteligencia normal o muy cercana a lo normal, que presentan dificultades significativas para adecuar su conducta y/o aprendizaje a la norma esperada por su edad”.

Amanda Céspedes (2008), considera el síndrome de déficit atencional desde una perspectiva neuropsiquiátrica y lo define como “un conjunto de características neuromadurativas que se expresan a nivel cognitivo-emocional, socioadaptativo u conductual en una perspectiva evolutiva, dinámica y estrechamente relacionada con los cambios neurobiológicos propios de la maduración. Considera que la mayoría de los SDA/H son de origen poligénico. Señala también que en una minoría de casos, el SDA/H se debe a alteraciones del plan madurativo cerebral por la acción de agentes ambientales que actúan tempranamente, como la nicotina o el alcohol que ingiere la madre embarazada, la acción de niveles alterados de hormonas o de anticuerpos, la prematuridad, problemas durante el parto e incluso dificultades en el proceso de apego”.

Como podemos observar, la definición de déficit atencional ha sufrido diversos cambios a lo largo de la historia a partir de las investigaciones científicas y de autores que abordan el déficit desde modelos explicativos en diferentes ciencias y corrientes de estudio.

Consideramos que los modelos neuropsicológico y biopsicosocial abordan el concepto de TDA/H tomando en cuenta un amplio conjunto de variables del ser humano, permitiendo comprender ésta condición de manera integral, lo que en la práctica impulsa el desarrollo de nuevos campos de acción de la educación especial desde la prevención al tratamiento psicoeducativo.

3.3 Prevalencia

Con respecto a la estimación de la prevalencia de esta condición, uno de los instrumentos más ampliamente difundidos en el medio educativo y sanitario, son el “Test de Conners” para padres y maestros, las que han manifestado ser mucho más útiles para identificar niños con problemas de conducta que niños con TDA/H, por otra parte, las escalas EDAH, versión española de las abreviadas de Conners, adolecen de la misma limitación, resultando del todo impropias para la identificación del TDA/H (Taylor, 2003).

Respecto a su prevalencia propiamente tal, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile considera el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) como el problema de salud mental más frecuente en niños, niñas y adolescentes en edad escolar en Chile (MINSAL, 2001) estimándose que uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requieren tratamiento específico por dicho trastorno, siendo el diagnóstico neurológico más frecuente en los servicios de atención primaria (Lavados P, Gómez V., 2003).

Por su parte, Amanda Céspedes (2008) plantea que si se considera sólo el TDA con hiperactividad la prevalencia es de un 3% a 5% de la población entre los tres y veinte años, pero si se incluye el TDA sin hiperactividad esta cifra aumenta a un 12% a 15%. A su vez indica que existe de un 40% a un 50% de SDA residual (persisten hasta la vida adulta), y de ello sólo un 20% ha sido diagnosticado en la niñez.

Por otro lado, investigaciones recientes señalan que la reiteración de estos casos es de un 3% y un 7%, pero los reportes de docentes y actores escolares dan la impresión que el porcentaje fuese mayor y que, en el contexto del grupo curso, las dificultades de estos estudiantes aumentarían, hasta el punto que la dinámica grupal y el clima de trabajo pueden llegar a ser difíciles de manejar (MINEDUC 2009).

Otros autores estiman que el TDA/H en adultos es aproximadamente de un 4% (Manuzza et al., 1998; Barckley, 2002 en Aboitz. F., Schröter. G., 2006). Por su parte, Roizblatt y colaboradores (2003) señalan que este trastorno puede persistir en la edad adulta desde un 40% hasta un 79% de los casos, por lo que se obtiene una prevalencia estimada de 3 a 6% de la población general. A su vez, Sagasti y Boehme (2003) refieren una prevalencia mayor en el sexo masculino con una proporción de 4 a 5:1 con respecto a las mujeres.

3.4 Etiología

Rusel Barkley (1997) en el modelo híbrido señala que el TDA/H resulta de un déficit en el funcionamiento del sistema neural de inhibición de respuestas, lo que hace imposible el funcionamiento de otros procesos de autorregulación ejecutiva, entendiéndose a esta última como la acción autodirigida por el individuo la cual emplea para autoregularse.

Los avances tecnológicos y las investigaciones refieren una probable causa biológica, la cual se vería influenciada por factores heredados, ambientales y sociales. Es decir, existe un acuerdo en que la etiología del trastorno es multicausal (Condemarín. M, Gorostegui. M., Milicic N., 2004; Biaggi. R., 2003).

Carrasco y cols. (2004) plantean que de las múltiples causas hay cierta concordancia en que existen bases neurobiológicas donde interactúan factores heredados, alteraciones neuroanatómicas y disfunción de sistemas de neurotransmisión, sobre los que finalmente influirían factores psicosociales. Aún así, actualmente no están definidos los precursores biológicos específicos que en interacción con el ambiente determinan la expresión de este cuadro (citado en Osterauer, R., 2007).

Numerosas investigaciones han tratado de establecer un factor genético responsable con distintos resultados en los porcentajes obtenidos. Sin embargo, dichos estudios señalan que el peso del componente genético parece ser preponderante. Han demostrado que los hijos con padres con SDA/H tienen hasta un 50% de posibilidades de sufrir el mismo problema (Cook, 1995, en Miranda y cols. 2000, citado en Condemarín y cols. 2004).

Por otra parte, una serie de investigaciones sugieren que la presencia de anomalías durante la gestación y el parto aumenta la posibilidad de desarrollar problemas de conducta e hiperactividad. Estas se refieren, entre otras, a prematuridad, bajo peso al nacer, tabaquismo materno, angustia prenatal, hipoxia peri y neonatal, rubéola congénita, encefalitis post natales, meningitis, traumatismo craneoencefálico, deficiencia nutricional clínica (Condemarín y cols. 2004).

El hecho de que algunos niños con antecedentes biológicos y/o genéticos no desarrollen problemas de conducta, y que otros sin aparentes complicaciones manifiesten conductas de hiperactividad, ha llevado a varios especialistas a considerar que los factores psicosociales intervienen como determinantes del SDA/H, aún cuando no se ha podido identificar una causa específica (Aguilar, 2002).

Por su parte, Roca y Alemán (2000) consideran que posiblemente el factor determinante no sean las condiciones sociales en sí mismas, sino sus efectos psicológicos sobre la familia, las actitudes y pautas educativas que adoptan los sujetos significativos para estos niños (Martínez- León, N. 2006).

Martínez-León (2006) refiere que factores del contexto familiar y social median tanto el desarrollo de problemas emocionales como conductuales asociados al síndrome, entre los que destaca: cohesión del grupo familiar, aceptación de las dificultades del niño, apoyo emocional, compensación activa de las áreas deficitarias orientada a la búsqueda de soluciones.

Respecto a lo anterior, se ha señalado que la modificación de los factores psicosociales ha demostrado influir significativamente en el pronóstico, logrando que el 40% de los niños con SDA/H supere sus problemas conductuales y emocionales, no presentando en la vida adulta trastornos evidentes (MINSAL, 1999). Del mismo modo se ha visto que el pronóstico puede empeorar en forma significativa si no se cuenta con el soporte emocional de la familia o si los establecimientos educacionales tienen una actitud poco receptiva ante las dificultades de niños con SDA/H (Condemarín y cols. 2004).

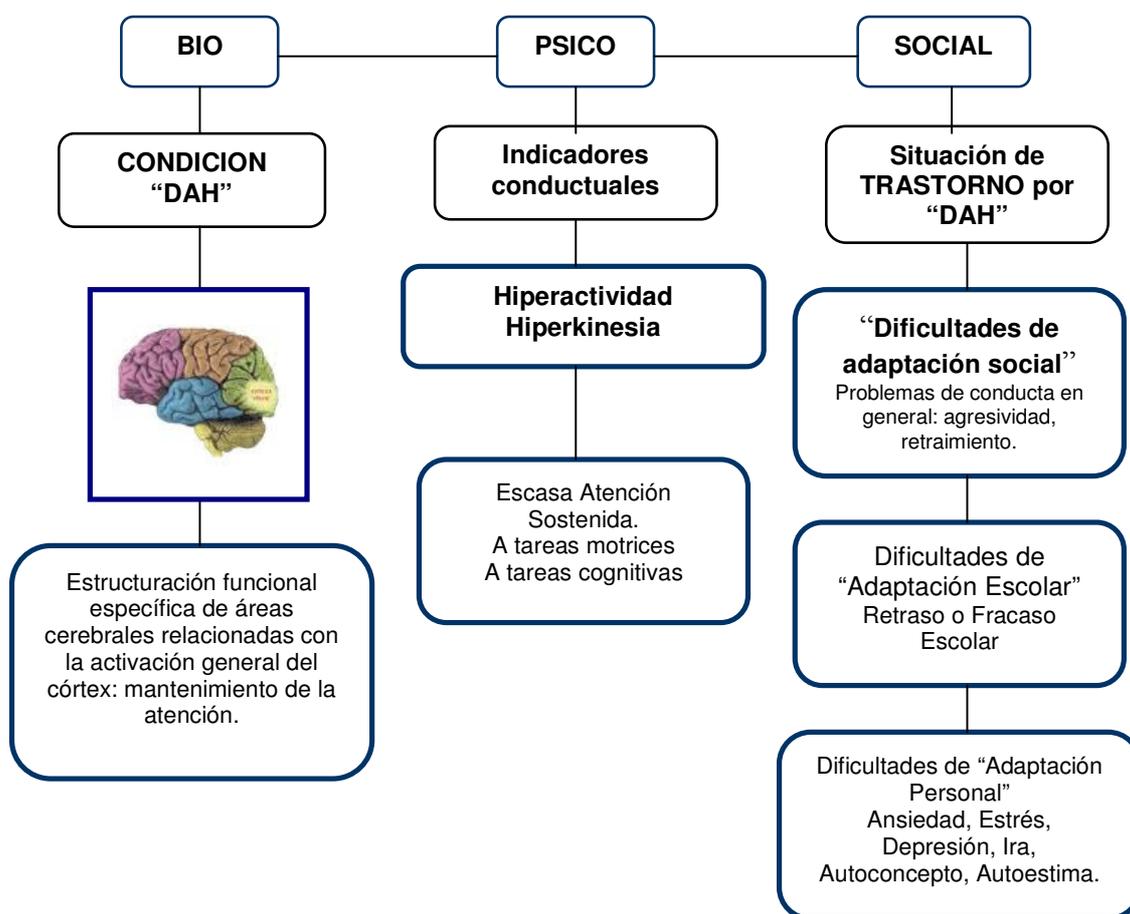
Aún cuando no hay evidencia, frecuentemente se señalan, también, factores nutricionales asociados al SDA/H, tales como deficiencias nutricionales, uso de colorantes artificiales y salicilatos naturales, y un alto consumo de azúcar o edulcorante en niños con deficiencias nutricionales, entre otros (Condemarín y cols. 2004).

Respecto a lo anterior, el Primer Consenso Latinoamericano de TDA/H (México, 2007) señala que “si bien el factor de riesgo más importante para la aparición de TDA/H es el genético, se ha encontrado que componentes ambientales, como el tipo de dieta y aditivos de los alimentos, la contaminación por plomo, los problemas relacionados con el hábito de fumar de la madre durante la gestación, el alcoholismo materno, las complicaciones del parto, bajo peso al nacer y prematuridad, influyen en su aparición.”

Sin embargo, las últimas investigaciones indican que han quedado descartadas posibles etiologías del trastorno; dietas alimenticias inadecuadas, exposición a radiaciones u otros agentes tóxicos, inadecuados hábitos educativos, traumatismos, encefalopatías, anomalías visuales y auditivas. También se descartó la existencia de lesión cerebral o daño cerebral en los niños y adolescentes denominados hasta entonces con “Síndrome de Atención Con Hiperactividad”, este tipo de personas han pasado a ser consideradas desde el punto de vista médico profesional, como niños/as o adolescentes con un “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. De esta manera, se asume que se trata de un problema de conducta y no de un problema físico, “trastorno de conducta” en lugar de “trastorno físico”, y que puede constituirse en un problema de salud, tanto en cuanto,

La forma en que el entorno trata al niño o adolescente con la condición biológica DAH, provoca o favorece situaciones de inadapatación con los consiguientes estados emocionales alterados y comportamientos socialmente inadecuados. (García M., Magaz A. 2009).

Es decir, las personas poseen unas condiciones biológicas diferentes, que se expresan en forma de comportamientos variados, estos comportamientos en sí mismos no constituyen un trastorno, si no que son las características del contexto físico y social los que provocarían una situación de inadapatación que constituiría el citado “trastorno”, tal como lo muestra el modelo biopsicosocial representado en las figuras 1 y 2 respecto al TDAH y TDA respectivamente:



Fuente: García M., Magaz A. 2009.

Figura 1: Modelo Bio-psico-social del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

De acuerdo con el modelo anterior consideramos que una determinada configuración biológica de ciertas estructuras cerebrales, hoy en día todavía aún no identificadas, explica las manifestaciones comportamentales características de las personas con la condición “Déficit de Atención con Hiperactividad”. El movimiento y los cambios de foco atencional frecuentes, se explicarían por un funcionamiento específico del cerebro. Sin embargo, comportarse de esa manera (distinta al grupo) no conlleva necesariamente a la aparición de problemas de adaptación social, escolar o personal. Es la interacción habitual del niño/a con el entorno familiar, escolar y social, la que favorece, desencadena o mantiene, situaciones de bajo rendimiento, fracaso escolar o problemas de conducta, las cuales pueden favorecer situaciones de baja autoestima, crisis depresivas, etc., que definen la situación clínica de “Trastorno por Déficit Atencional” (García M., Magaz A. 2009).

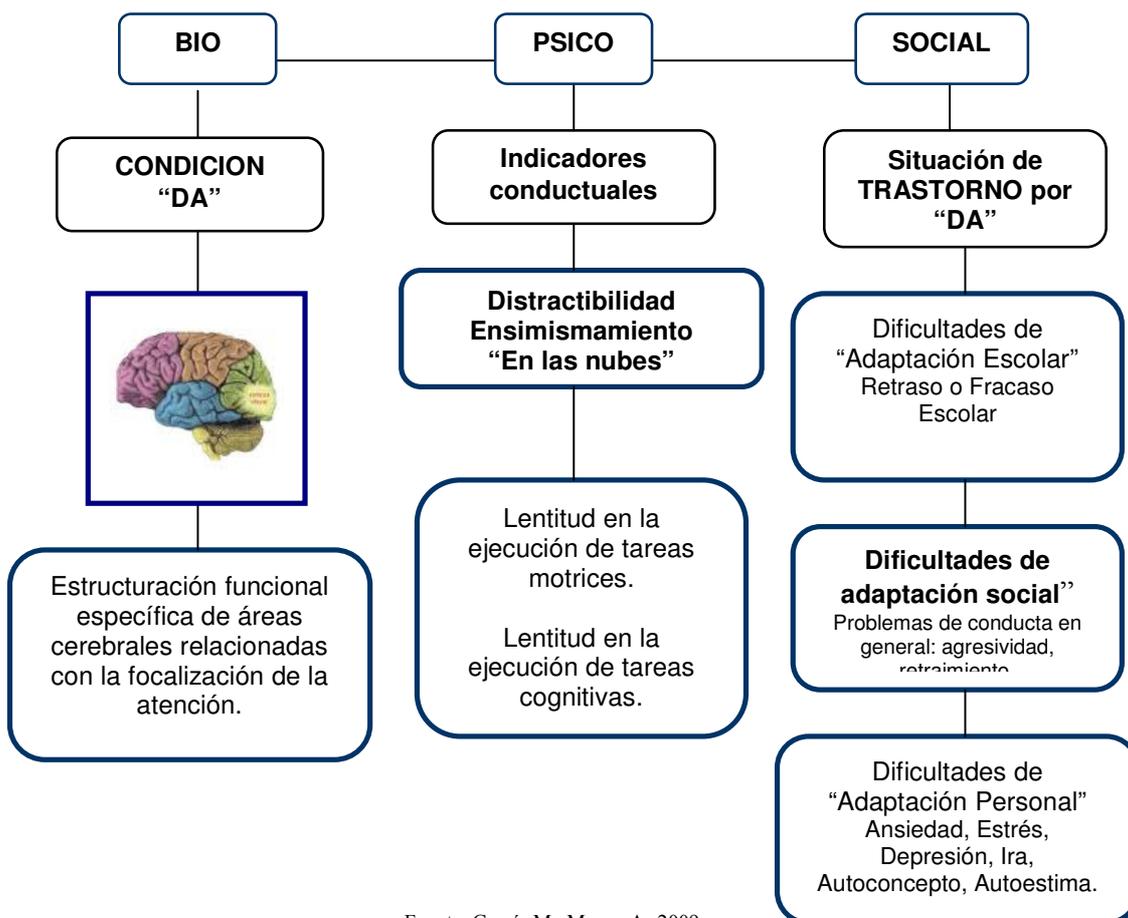


Figura 2: Modelo Bio-psico-social del Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad (TDA)

De manera análoga al caso anterior, en el modelo dos consideramos que otra configuración biológica de ciertas estructuras cerebrales, tampoco identificada en la actualidad, explicaría las manifestaciones comportamentales características de las personas con la condición “déficit de atención sin hiperactividad”, la lentitud motriz y cognitiva, además de la dificultad para seleccionar el foco relevante de atención. Sin embargo, comportarse de esta manera, no conlleva necesariamente la aparición de problemas de adaptación social, escolar o personal. Sigue siendo la interacción habitual del niño/a con el entorno familiar, escolar o social, la que desencadena o mantiene situaciones de bajo rendimiento o problemas de conducta las cuales pueden favorecer situaciones de baja autoestima, crisis depresivas, etc., que definen la situación clínica de “Trastorno por Déficit de Atención” (García M., Magaz A. 2009).

Es así como los TDA con o sin hiperactividad se conforman en el momento actual como una diferencia biológica en el funcionamiento de determinados centro cerebrales que afectan de manera directa la regulación de los distintos procesos atencionales y por consiguiente, al comportamiento académico y social de quienes lo padecen (García M., Magaz A. 2009).

Para finalizar, podemos decir que actualmente existen importantes avances respecto a estudios que indican como posibles causas del TDAH las condiciones biológicas, conductuales y sociales, sin embargo, aún existe una falta de visión integral de las ciencias respecto de su etiología, lo que ha dificultado la existencia de un tratamiento complementario adecuado, provocando todavía la incompreensión, intolerancia, hiperexigencia y recriminación a los niños/as con TDAH, generando así una situación de trastorno desencadenado por la ausencia de apoyo familiar y por desajustes educativos.

3.5 Criterios Diagnósticos

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el término que se viene utilizando desde principios de los años 90, en sustitución del anterior: “Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad” tras acordar la comunidad científica internacional (OMS, CIE-10 y APA, DSM-IV) que no había razones suficientes para considerarlo como una enfermedad de naturaleza biológica (García M., Magaz A. 2009).

Esto quiere decir que se considera enfermedad tanto en cuanto afecta al estado de bienestar psíquico o social, pero no constituye ninguna patología orgánica probada.

Por otra parte, desde hace bastantes años, el niño/a con déficit de atención con o sin hiperactividad ha venido siendo identificado como tal siguiendo lo que se conoce como “Criterios Diagnósticos” En este sentido la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha tenido una actitud “persistente a través de los años, en insistir que los profesionales identifiquen a los sujetos con este problema (García M., Magaz A. 2009).

Es así, como el diagnóstico del TDA/H se establece, generalmente, a partir de los dos sistemas de diagnóstico más utilizados en el ámbito de la psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV-TR), y Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) (Osterauer, R., 2007).

Ambos criterios diagnósticos ofrecen una clasificación estrictamente conductual basada en la presencia o ausencia de tres categorías sintomáticas: desatención, impulsividad e hiperactividad (Céspedes, A. 2008). Además, en ambos casos se omite un modelo conceptual que explique el trastorno, sencillamente se observa al sujeto y se propone el diagnóstico siempre que se presenten uno u otros indicadores del mismo (García M., Magaz A. 2009).

Sin embargo, en nuestro país la destacada neuropsiquiatra infantil Amanda Céspedes propone una clasificación distinta, basada en criterios neuropsicológicos, lo que nos permite visualizar de mejor forma tanto los criterios diagnósticos como la intervención psicopedagógica de un niño/a con TDA/H.

3.5.1. Diagnóstico basado en criterios del CIE-10 y DSM-IV-TR

El SDA/H está categorizado en CIE-10 dentro del capítulo “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”. En este apartado se encuentra clasificado el trastorno hiperkinético, que corresponde al equivalente del síndrome de déficit atencional con hiperactividad de la clasificación del DSM IV-TR (CIE-10., p.153; Minsal, 1998, citado en Osterauer, R., 2007).

En ambos se establece un criterio de presencia de un mínimo de 6 síntomas en cada categoría para poder realizar el diagnóstico de SDA/H. A continuación se presentan los síntomas y las condiciones para poder establecer el diagnóstico.

A. (1) o (2):

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de *falta de atención* han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

Falta de atención

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u

Obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

(f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) A menudo «está ocupado» o suele actuar como si «estuviera impulsado por un motor».

(f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

(g) A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas.

(h) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela o en el trabajo, y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Los subtipos se diagnostican de acuerdo con estas normas: el *tipo combinado* si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses, el *tipo con predominio de déficit de atención* si sólo se satisface el criterio A1, y el *tipo con predominio de hiperactivo-impulsivo* si sólo se satisface el criterio A2 (en ambos casos también durante los últimos 6 meses). Cuando el niño presenta síntomas de falta de atención o de hiperactividad-impulsividad pero por alguna razón no cumple con los criterios mencionados, se diagnostica «trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado». (López-Ibor, A y Valdés M., 2002).

En el caso de los adultos, los fundamentos del diagnóstico son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hiperkinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada (García Parajuá, P. 2001).

3.5.2. Diagnóstico en Base a Criterios Neuropsicológicos

Amanda Céspedes (2008) propone una clasificación para el SDA/H sustentada en criterios neuropsicológicos, de límites imprecisos que van desde leve a severo, de acuerdo a la maduración de las funciones psicolingüísticas y de pensamiento lógico.

La autora plantea que las funciones psicolingüísticas maduran en tres fases bien definidas, las que se describen a continuación:

- seis meses a cinco años de edad: es la etapa de aparición y consolidación del lenguaje verbal en sus aspectos básicos: adquisición y consolidación de la fonología, de la sintaxis, del vocabulario general y activo, de la pragmática. En el ámbito del pensamiento lógico, es la etapa de adquisición del conteo, de las habilidades de precálculo (nociones espaciales, temporales) y del pensamiento deductivo concreto. El discurso (expresión verbal) es descriptivo.
- cinco años al período puberal: es la etapa de adquisición de las habilidades instrumentales: lectura, escritura, operatoria básica, se enriquece el lenguaje, ampliando sus funciones; a los 9 años se da inicio a un esbozo de funciones meta lingüísticas, dependiendo de la competencia lingüística y bagaje cultural. El pensamiento lógico se hace deductivo abstracto. El discurso es narrativo.
- Edad puberal a fines de la adolescencia: es la etapa meta cognitiva en lo lingüístico y en el pensamiento lógico. Se consolidan y amplían las habilidades de conceptualización, la capacidad inferencial y el pensamiento lógico inductivo. El discurso se hace argumentativo y se desarrollan nuevas capacidades de síntesis conceptual y de recodificación semántica.

Esta pauta madurativa se cumple en un 75% de los niños. En un 2 a 3% se va a manifestar de un modo temprano y rápido, de manera que el niño lleva a cabo operaciones metacognitivas antes de los 10 años. En un 17% a 18 % se va a alterar en un continuo que va de leve a severo. En un 5% va a experimentar una significativa alteración de naturaleza orgánica (daños cerebrales) (Céspedes, A. 2008).

La autora propone las siguientes clasificaciones:

SDA Normo activo (De leve a severo)

Las características cognitivas de los niños que presentan el síndrome son: retraso en la maduración de las habilidades psicolingüísticas, de pensamiento lógico, de administración cognitiva y emocional; ocurre un natural predominio de las habilidades cognitivas innatas.

Los niños se muestran como más inmaduros y fantasiosos, aparentan tener menor edad, se desbordan emocionalmente con facilidad, son más dependientes, más negativistas. Suelen presentar trastornos del sueño, convulsiones febriles. De los 6 años en adelante se retrasa la adquisición de la lectura (aprender a leer y comprender lo que se lee) y del cálculo; tienen mala letra y mala ortografía; el discurso es descriptivo, muestran una débil administración cognitiva y cognitivo emocional. El 20% es zurdo, con predominio de la lateralidad cruzada; siendo la zurdera un predictor de estilo cognitivo divergente, de dificultades de aprendizaje y de vulnerabilidad emocional en la línea depresiva. Los escolares SDA son temperamentales (ansiosos, impulsivos, rabiosos).

De la pubertad en adelante, lo característico es el retraso de las habilidades meta cognitivas y la inmadurez moral (no se hacen cargo de sí mismos). Como fortalezas se destaca su audacia y originalidad. Se empiezan a nivelar entre los 16 y los 22 años.

Céspedes plantea que el SDA es una variante normal del desarrollo, producida por variaciones genéticas, ubicadas en varios genes, muchos de los cuales ya se han identificado.

SDA con Hiperactividad (De leve a severo)

En la primera infancia y edad preescolar, se caracteriza por presentar trastornos del sueño, hiperactividad e impulsividad al empezara caminar, trastorno severo del lenguaje expresivo, seria dificultad de autorregulación emocional, egocentrismo y gran sensibilidad al estrés, problemas leves a severos en la integración sensorial.

En la edad escolar los síntomas característicos son: severas dificultades de administración cognitiva y emocional que van a derivar en dificultades académicas y adaptativas en el colegio. El 30% a 50% es zurdo, con predominio del estilo divergente. Presentan problemas de aprendizaje, vulnerabilidad emocional, especialmente de ánimo (disforia). Tienden a ser desatinados, egocéntricos, poco empáticos, opositoristas y a veces desafiantes.

De la pubertad en adelante presentan severos problemas de autorregulación emocional, aparecen las conductas de riesgo (droga y alcohol), tienen un rendimiento escolar de malo a crítico (deserción escolar) y problemas de conducta, agravados muchas veces por la adversidad ambiental (problemas familiares, mala comunicación afectiva, maltrato verbal y físico). Son muy transparentes, ávidos de cariño y de aceptación e incondicionales en su gratitud cuando reciben apoyo y comprensión.

La Dra. Céspedes, A. (2008) señala que, además, el SDAH se acompaña de otros problemas neurológicos y psiquiátricos, como jaquecas, tics, epilepsia, tartamudez, trastornos del sueño; depresión monopolar y bipolar, trastornos severos de conducta y trastornos de la personalidad.

3.6 El Tratamiento Farmacológico del Trastorno por Déficit Atencional

Desde hace muchos años se conoce la utilidad de los medicamentos psicoestimulantes para los niños con TDA/H. En principio fue un psiquiatra norteamericano, el Dr. Bradley a quien se le ocurrió la idea de dar psicoestimulantes a niños hiperactivos, con la administración de una anfetamina (la benzedrina) descubrió lo que se llamó efecto de la “calma paradójica” Esto es: un estimulante que en vez de activar al individuo lo tranquiliza... (García M., Magaz A., 2009).

En la actualidad los fármacos que se ofrecen a los niños hiperactivos son derivados de las anfetaminas. El compuesto básico de estos medicamentos es el clorhidrato de metilfenidato (Novas, Lab., 2010) y se comercializa en varios países con nombres diferentes Ritalín, Rubifén, Concerta..., A pesar de la gran profusión de quejas sobre este medicamento, la realidad es que no tiene efectos terapéuticos (no cura nada), es decir, durante el tiempo que permanece en la corriente sanguínea, modifica artificialmente el funcionamiento cerebral y esto permite al niño estar más atento a las tareas escolares, lo que le facilitaría la comprensión y el aprendizaje (García M., Magaz A., 2009).

Es así como Condemarín y cols, (2004) indican que los psicofármacos son reguladores neurobioquímicos que no poseen efectos curativos pero sí ayudan al niño a adecuarse al medio y a mejorar tanto su rendimiento escolar como sus relaciones interpersonales.

En Chile, los medicamentos más usados son los psicoestimulantes, tales como, el Clorhidrato de Metilfenidato (Ritalín/ Ritalín SR/ Ritalín LA) cada uno de los cuales contienen los siguientes excipientes: fosfato cálcico tribásico, gelatina, lactosa cristalizada, estearato de magnesio, talco, lactosa monohidrato, almidón, alcohol cetosteárico, aceite de ricino hidrogenado, dióxido de titanio, cera carnauba, óxido de hierro negro, óxido de hierro rojo, óxido de hierro amarillo, hipromelosa, metacrílico – copolímero de metacrilato, entre otros. (Novartis, Lab. 2010).

También es comúnmente utilizada la Dextroanfetamina (Dexedrina), Pemolina (Cylert) y Deanol. Además se prescriben tranquilizantes del tipo de la Tioridazina y Clorpromazina (Sagasti, B. y Boehme, V., 2003). Otros fármacos utilizados son la Clonidina, antipsicóticos de baja potencia como la Risperidona, y más usualmente la Atomoxetina que es un fármaco antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, en estos momentos en fase experimental (Rodríguez, C. y cols., 2008).

A pesar de los beneficios que señalan del tratamiento farmacológico, su eficacia y extenso uso, éste ha sido cuestionado por diversas razones, tales como: no todos los niños responden en forma positiva al medicamento; su uso no resulta efectivo en preescolares; si bien alrededor del 70% de los niños con este trastorno responden a los estimulantes, al suspender la medicación los logros obtenidos en el control de la conducta suelen desaparecer (Cohen et. al., 1981 en Maturana, P., 2005).

Se plantea, además, que este tipo de tratamiento no aumenta la capacidad de aprendizaje y no se mantienen los cambios por él producidos en la ejecución del trabajo pedagógico (O'Leary y Pelham, 1978 en Maturana, P., 2005).

Así también, se ha podido constatar que la medicación con psicoestimulantes generalmente produce efectos secundarios, tales como: disminución del apetito, pérdida de peso, insomnio, irritabilidad, agresividad, problemas fisiológicos como cambios en el funcionamiento cardiovascular, problemas arteriales, náuseas, dolores abdominales, cefaleas y disminución del crecimiento (Sagasti, B. y Boehme, V., 2003; Valdivieso, A. y Cornejo, A. y Sánchez, M., 2000).

Es así como, en el prospecto entregado adjunto a la compra del medicamento se advierte que una sobredosis por error del clorhidrato de metilfenidato puede causar vómitos, agitación, dolor de cabeza, temblores, contracciones intensas e involuntarias de los músculos, latido irregular del corazón (arritmias) sofocos, fiebre, transpiración, pupilas dilatadas, dificultad para respirar, confusión y epilepsia. También se indica que su uso inapropiado puede causar adicción, al igual que todos los medicamentos que contienen estimulantes del sistema nervioso central. Se señala además que no se puede utilizar durante el embarazo ni la lactancia. También puede causar mareos y afectar a la concentración, por lo que se debe ser muy cauteloso en efectuar actividades que requieran buenos reflejos (Novartis, Lab. 2010).

Por otro lado, se señala que el uso prudente o moderado del metilfenidato (solamente durante las horas o días de colegio) no ha sido causa de problemas durante los pasados treinta años. Sin embargo, la aparición de nuevos compuestos que mantienen durante más de 10 horas la concentración en sangre de esta sustancia y la prescripción interrumpida de la misma los 365 días del año, ha conllevado a la aparición de los efectos secundarios, descritos anteriormente. Por este motivo se desaconseja su administración a niños menores de seis años. Además en el 2006 la administración norteamericana ha exigido que los envases de estas sustancias incluyan una etiqueta negra como advertencia de los serios riesgos que conlleva su consumo (García M., Magaz A., 2009).

Otro problema reseñado es que la efectividad, seguridad, consecuencias sociales y psicológicas del tratamiento medicamentoso, a largo plazo, hace que el niño sienta que el medicamento es un elemento central para mejorar la capacidad de controlar su propia conducta (Douglas et. al., 1976; Dulcan, 1985 en Maturana, P., 2005).

No obstante, la Dra. Amanda Céspedes, expresa que con un diagnóstico bien realizado y el medicamento recetado en forma adecuada, no debiera haber dependencia ni escalada de fármacos. “Los fármacos ayudan efectivamente en la sintomatología de los niños y niñas que lo requieren y facilitan un terreno más fértil para implementar los apoyos educativos que necesitan. Lo que no se puede afirmar es que el medicamento, es el tratamiento para los niños con TDA/H”.¹

Así mismo, el MINEDUC (2009) señala que “el apoyo farmacológico para el niño o niña con TDA/H, no es, en ningún caso, la única vía de solución dificultades de adaptación social, familiar y escolar, si no que debe ser comprendida como parte de un plan general de apoyo”.

Ya en el año 2007 en el Primer Congreso Latinoamericano de TDA/H señalaba: “Los profesionales de la salud debemos estar familiarizados con las terapias alternativas, que se utilizan como tratamiento para los trastornos del neurodesarrollo, para poder informar, psicoeducar y asesorar a los padres y familiares de nuestros y pacientes”.²

Como profesionales de la educación también nos surge la necesidad de conocer e indagar sobre una forma de tratamiento natural que se pueda complementar con la labor de la educación especial para un proceso de diagnóstico y de tratamiento integral de niños/as con TDA/H como lo es la terapia floral. Pero antes de comprender los postulados que existen a la base de esta terapia es necesario indagar en la Política de la Educación Especial en relación a la normativa establecida por el Decreto N° 170 referente al proceso de detección y evaluación de alumnos/as con posible TDA/H en establecimientos educativos que cuentan con Proyecto de Integración Escolar (PIE)³. Así también, se revisa el paradigma que subyace en este decreto, explicándose la teoría sistémica en sus aspectos conceptuales y generales, enfatizando su vinculación con el sistema educacional.

1Ritalín en la sala de clases. Entrevista con la Neuróloga Infantil Amanda Céspedes.

Disponible en <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/Vercontenido.aspx?ID=106430>

2Primer Congreso Latinoamericano de TDA/H. México, 2007. Disponible en www.tdahlatinoamerica.org/documentos/

3Un Proyecto de Integración Escolar es una estrategia o medio de que dispone el sistema para llevar a la práctica la incorporación de un niño, niña o joven con o sin discapacidad al sistema educativo regular. (MINEDUC. 1999)

4. LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN CHILE

En este capítulo se expondrán antecedentes generales de la Política de la Educación Especial en Chile, enfatizando en los actuales desafíos que establece el decreto de N° 170/2010, de la ley 20.201/2007, que fija normas para determinar los alumnos y alumnas con TDA/H que serán beneficiados de las subvenciones para Educación Especial. Finalmente, se explicará la relación entre la Educación Especial y la Terapia Floral.

4.1 Antecedentes Generales de La Política de Educación Especial en Chile

La Política Nacional de Educación Especial del 2005, se fundamenta en el derecho de los niños niñas, jóvenes y adultos que presentan necesidades educativas especiales a una educación de calidad y se sustenta en diversos acuerdos y convenciones internacionales firmados por el Estado de Chile tales como la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas) 1989; Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, entre muchos otros. En la Ley Orgánica Constitucional (LOCE) de 1990; en la Ley 19.284 del 1994 de Integración Social de las Personas con Discapacidad y los decretos supremos de educación N° 1/1998 que reglamenta la integración escolar y el DFL N° 2 /98 de subvenciones y sus modificaciones. (MINEDUC, 2009)

El principal objetivo de la política de educación especial es hacer efectivo el derecho a la educación, a la igualdad de oportunidades, a la participación y a la no discriminación de las personas que presentan NEE garantizando su pleno acceso, integración y progreso en el sistema educativo. Señala que para hacer efectivo el derecho a la educación de todos los niños, niñas y jóvenes se requiere de un cambio social, cultural y político que reconozca y acepte que somos una sociedad diversa, en donde todos y todas tenemos los mismos derechos y deberes. (MINEDUC, 2005).

La educación especial o diferencial hoy es reconocida en la Ley General de Educación (LGE) como una modalidad del sistema educativo que desarrolla su acción de manera transversal en los distintos niveles, tanto en los establecimientos de educación regular como especial, proveyendo un conjunto de servicios, recursos humanos, técnicos, conocimientos especializados y ayudas para atender las necesidades educativas especiales que puedan presentar algunos alumnos de manera temporal o permanente a lo largo de su escolaridad, como consecuencia de un déficit o una dificultad específica de aprendizaje (MINEDUC, 2009).

Esta ley asume un nuevo concepto de las Necesidades Educativas Especiales, considerando que supone un cambio conceptual profundo en la forma de entender y abordar las dificultades o barreras que experimentan los y las estudiantes frente al aprendizaje. Esta mirada, deja atrás el enfoque del déficit, bajo el entendido que no sólo las variables personales son importantes a la hora de explicar dichas dificultades, sino también lo son, y de manera gravitante, el tipo de respuesta educativa que se ofrece en el contexto escolar, las características de las escuelas, los estilos de enseñanza y el apoyo que el/la estudiante recibe de su familia y entorno. (MINEDUC, 2010).

Este enfoque, demanda de los establecimientos educacionales, la puesta en marcha de un conjunto de acciones planificadas y coordinadas para conseguir que “todos/as” los estudiantes participen y aprendan en un contexto que comprende sus dificultades, valora sus diferencias y provee los apoyos necesarios.

Enmarcada en esta visión, el Ministerio de Educación se encuentra implementando el decreto supremo N° 170, publicado en el diario oficial con fecha 21 de abril de 2010, que reglamenta la ley 20.201 de 2007. Esta ley modificó el DFL 2 de 1998 y otros cuerpos legales relacionados con la subvención que perciben las escuelas especiales y los establecimientos de educación regular que cuentan con Programas de Integración Escolar (PIE). (MINEDUC, 2010).

4.2 Los Trastornos por Déficit Atencional en el Marco del Decreto N° 170.

En el siguiente apartado expondremos como se definen las necesidades educativas especiales de carácter transitorio y los trastornos por déficit atencional en el contexto del decreto supremo N° 170. También mostraremos las normas que establece este instrumento legal para el proceso de detección y evaluación diagnóstica de los alumnos/as con TDA/H en escuelas regulares con PIE. Después analizaremos la teoría sistémica y su visión de escuela, culminando con la relación que existe entre terapia floral y el déficit atencional.

Como una observación que realizan los propios expertos del Ministerio de Educación (2004), se expresa que muchas de las necesidades educativas especiales que presentan los alumnos/as, se quedan sin ningún tipo de atención. Entre los más perjudicados por esta situación, se encuentran los alumnos que tienen ciertos desfases en algunas áreas del currículo: de aprendizaje lento, los con **déficit atencional**, alumnos con altas capacidades o talentos y con graves problemas de interacción social, entre otros.

El decreto N° 170 “regula los requisitos, los instrumentos, las pruebas diagnósticas y el perfil de los y las profesionales competentes que deberían aplicarlas a fin de identificar a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales y por los que se podrá impetrar el beneficio de la subvención del Estado para la educación especial, de conformidad al Decreto con Fuerza de Ley N° 2, de 1998, del Ministerio de Educación”. (MINEDUC, 2010)

Según este decreto deben ser evaluados los/as estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE) de carácter transitorias y permanentes, dentro de las NEE transitorias se consideran las asociadas a **Déficit Atencional**, Dificultades Específicas del Aprendizaje, Trastornos Específicos del Lenguaje, y Coeficiente Intelectual en el Rango Límite con dificultades en la conducta adaptativa. (MINEDUC, 2010).

- **Necesidades Educativas Especiales de Carácter Transitorio**

Como señala el Ministerio de Educación (2009) las NEE de carácter transitorio son aquellas no permanentes que requieren los alumnos en algún momento de su vida escolar a consecuencia de un trastorno o discapacidad diagnosticada por un profesional competente y que necesitan de ayudas y apoyos extraordinarios para acceder o progresar en el currículum por un determinado período de su escolarización.

Las NEE, se definen en función de los apoyos que requieren los estudiantes para participar y progresar en sus aprendizajes. Algunos estudiantes los requerirán de manera transitoria y otros de manera permanente. (MINEDUC, 2010).

Según el decreto N°170 el trastorno por déficit atencional puede ser llamado también como “Trastorno Hiperactivo o síndrome de déficit atencional” identificándose como una NEE transitoria; y se define en su Art. 40 como sigue:

“Se entenderá por trastorno de déficit atencional o trastorno hiperactivo o síndrome de déficit atencional, al trastorno de inicio temprano, que surge en los primeros siete años de vida del o la estudiante y que se caracteriza por un comportamiento generalizado, con presencia clara de déficit de la atención, impulsividad y/o hiperactividad. Este comportamiento se evidencia en más de un contexto o una situación, tales como el hogar, la escuela y/o actividades sociales, entre otras, y produce un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social o académico del o la estudiante”.

Por otro lado, el Art. 41 del mismo decreto, describe las características conductuales y cognitivas que puede presentar un niño con TDA/H basadas en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud CIE 10 y las orientaciones del Ministerio de Salud, (*sin perjuicio de que para efectos clínicos se utilice complementariamente la clasificación DSM IV-R de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría*). Dentro de las características se consideran las siguientes:

- **Nivel conductual:** presencia de inatención o desatención y en algunos casos por impulsividad y/o hiperactividad en el o la estudiante.
- **Nivel cognitivo:** alteraciones en el funcionamiento ejecutivo, referidas a dificultades en la planificación y organización, identificación de metas, resolución de problemas, memoria de trabajo, entre otras”.

Respecto a la co-morbilidad el Art., 42 señala que los y las estudiantes con trastorno de déficit atencional y que además presentan las siguientes co-morbilidades, también serán considerados beneficiarios de la subvención de necesidades educativas especiales de carácter transitorio.

- Trastornos disociales
- Trastornos afectivos
- Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia
- Epilepsia
- Trastorno de Tic

Por otro lado, en el Art. 43 se excluyen del diagnóstico de TDA/H las dificultades que derivan de otras circunstancias que no son propias del déficit atencional además señala que en estos casos, los o las estudiantes serán derivados al centro de salud correspondiente para que reciban la atención especializada que requieran, siendo de competencia del establecimiento educacional entregar los apoyos educativos que cualquier niño, niña o adolescente necesite en tales circunstancias.

En el Art. 44 se indica que el estudiante que presenta Trastorno de Déficit Atencional o Trastorno Hiperactivo recibirá la subvención a partir de los seis años de edad en adelante, cuando la evaluación diagnóstica multiprofesional confirme la presencia del trastorno y éste afecte significativamente el aprendizaje escolar y/ o la participación del o la estudiante en la escuela.

En el Art. 45 se señala que la evaluación diagnóstica debe considerar un proceso de detección y derivación y un proceso de evaluación diagnóstica integral.

La detección y derivación por parte de la escuela debe considerar lo siguiente:

- a. Anamnesis
- b. Observación directa del comportamiento y funcionamiento social del o la estudiante en el aula y fuera de ella, al menos por un semestre, a cargo del profesor de aula y/o profesor(a) de educación especial.
- c. Evaluación pedagógica realizada por el profesor (a) de aula.
- d. Entrevista a la familia o apoderado del o la estudiante o del estudiante adulto.
- e. Revisión de antecedentes escolares.
- f. Revisión de evaluaciones previas de otros especialistas, si existieran.
- g. Elaboración de informe de derivación a especialista, cuando corresponda, adjuntar antecedentes relevantes del o la estudiante y su contexto, familiar, escolar y comunitario.
- h. Aplicación de pruebas en base a criterios como el Test de Conners. Las escuelas que cuentan con el “programa Habilidades para la Vida” pueden aplicar el cuestionario TOCA –RR para profesores y el cuestionario PSC para padres.

La evaluación diagnóstica comienza con una entrevista con los padres del menor con posible TDA/H para brindarles información sobre el proceso de detección y evaluación al cuál se someterá su hijo/a. Los padres se comprometen bajo firma a autorizar el proceso evaluativo de su hijo/a por parte de un equipo multiprofesional. Una vez autorizada, la evaluación diagnóstica integral debe comprender:

Evaluación médica

- Examen de salud y revisión de la historia médica del o la estudiante, en el cual se descarten problemas de audición y visión.
- Evaluación de los síntomas específicos del Trastorno de Déficit Atencional.
- Evaluación de síntomas de comorbilidad.
- Cumplimiento o no de los criterios diagnósticos del CIE/DSM
- Realización del diagnóstico diferencial, considerándolos antecedentes, escolares y familiares.

Evaluación psicopedagógica:

- Debe aportar con información relevante referida al estudiante, al contexto escolar y familiar.
- Determina el grado de severidad del trastorno de déficit atencional y de cómo este afecta en el aprendizaje, en las relaciones sociales, en el hogar y en la escuela u otro lugar.
- Determina las necesidades educativas especiales asociadas al TDA/H
- Determina de apoyos requeridos por el estudiante.

Como señala el MINEDUC (2009) La evaluación diagnóstica debe ser de carácter integral e interdisciplinario. En el ámbito educativo, debe considerar la información y los antecedentes entregados por los profesores y la familia del o la estudiante o sus apoderados, así como las instrucciones técnico-pedagógicas que el Ministerios de Educación defina para estas materias y , en el ámbito de la salud, los criterios y dimensiones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) y las orientaciones definidas por el Ministerio de Salud, de manera de tener una **visión sistémica** del o la estudiante que de cuenta de las fortalezas, dificultades y factores contextuales de éstos, a fin de establecer la severidad de la discapacidad y la intensidad de los apoyos que requieren en el contexto escolar y familiar.

Respecto a lo anterior consideramos que la **teoría sistémica**, estaría a la base del proceso de detección y diagnóstico que reglamenta el decreto N° 170 ya que realiza una observación de los sistemas y subsistemas con los que el niño o niña con TDA/H interactúa habitualmente y que puede estar provocando sus dificultades escolares, como los son sus *profesores, familia o apoderados, ministerio de educación y ministerio de salud*. Pero quisiéramos dilucidar las interrogantes que se expresan a continuación, con el objetivo de hacer una comprensión más acabada de un paradigma que “ha sido frecuentemente aplicado al estudio del contexto escolar” (Arón A; y Milicic N; 1995). ¿Qué es la teoría sistémica y como se concibe en el ámbito escolar?

4.2.1 Teoría Sistémica y Sistema Escolar

La Teoría General de Sistemas (TGS) tiene su origen en los mismos orígenes de la filosofía y la ciencia. La palabra *Sistema* proviene de la palabra *systema*, que a su vez procede de *synistanai* (reunir) y de *synistêmi* (mantenerse juntos). (Ramirez, L., 2002)

Esta teoría trata de encontrar las propiedades comunes a entidades llamadas sistemas. Éstos se presentan en todos los niveles de la realidad, pero que tradicionalmente son objetivos de disciplinas académicas diferentes. Su puesta en marcha se atribuye al biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy, quien acuñó la denominación a mediados del siglo XX. (Wiener, N., 1998).

Según H. Maturana y F. Varela, los sistemas están definidos por la naturaleza de sus componentes y por el objetivo que cumplen en su operar. Los componentes de estos sistemas se caracterizan por poseer ciertas propiedades y donde se establecen ciertas relaciones, las cuales determinan interacciones y transformaciones en los componentes de dicho sistema. (Calderon, E., 2010).

Para Moreno Pestaña y Domínguez un sistema es un conjunto de elementos interrelacionados entre sí, cuya unidad le viene dada por los rasgos de esa interacción y cuyas propiedades son siempre distintas a la suma de las propiedades de los elementos del conjunto. (Calderon, E., 2010).

Podemos simplificar las definiciones anteriores, diciendo que un sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre sí con su medio ambiente y cuyas relaciones determina la existencia de dicho sistema. **Sistema escolar**

El enfoque sistémico ha sido frecuentemente aplicado al estudio del contexto escolar, aunque más preferentemente se trata de estudios centrados en la psicología pedagógica y muy pocos en los aspectos culturales y sociales (Arón A; y Milicic N; 1995).

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas podemos considerar que el sistema escolar está constituido por subsistemas que presentan una jerarquía y reglas que regulan la interacción entre éstos. La escuela comprende los siguientes subsistemas: de docentes, de alumnos, de administrativos, y de padres. (Almonte, C; Montt, M; Correa, A; 2003)

El sistema escolar está en permanente interacción con el medio externo, teniendo una mayor o menor permeabilidad con éste. El medio externo, está constituido por la familia de los alumnos, otros colegios, el ministerio de educación, los medios de comunicación y en general, por todos los subsistemas de la sociedad que intercambian “energía” o “información” con el establecimiento educacional. (Almonte, C; Montt, M; Correa, A; 2003)

Según estudios estadísticos, los profesores tienden a ser los primeros en detectar las desviaciones en el desarrollo⁴. A menudo la primera manifestación de síntomas psicológicos se manifiestan en inadaptación a la escuela tan como fracaso en el aprendizaje, rechazo escolar, conducta agresiva, aislamiento, etc. Una vez detectado el síntoma o un factor de riesgo es necesario tener en cuenta para su comprensión y modificación al menos tres subsistemas implicados en una relación recíproca: los padres (subsistema parental), la escuela (subsistema docente alumno) y el alumno. Estos a su vez deben ser comprendidos en su interacción con el contexto socioeconómico y cultural en el que se insertan. (Almonte, C; Montt, M; Correa, A; 2003)

A continuación explicaremos los subsistemas más relevantes implicados en el sistema educativo de acuerdo al modelo propuesto por María Elena Montt⁵.

Subsistema parental: Dentro del subsistema familiar que puede estar afectando la aceptación del menor en la escuela se deben analizar los siguientes aspectos:

- La presencia de crisis de los padres con la escuela y el profesor.
- La concordancia de valores entre los padres y la escuela
- El comportamiento, del menor en la escuela y la familia, considerando la calidad de la relación padre-hijo, la que a su vez puede ser analizada en dos dimensiones bipolares:
Nutrición: afecto – hostilidad.
Disciplina: restricción - tolerancia

Padres afectuosos y tolerantes. Son padres cariñosos y aceptadores de las características de la personalidad del niño y que al mismo tiempo establecen límites claros y consistentes. Como resultado los hijos tienen a ser activos, comunicativos, seguros, independientes, sociables. En ocasiones desobedientes, pero con capacidad de control y motivación al logro.

Padres afectuosos y restrictivos. Son padres cariñosos, pero autoritarios. Con estos, los hijos tienden a ser dependientes y amigables, más conformistas con el grupo y las normas.

Padres hostiles y restrictivos. Son padres emocionalmente distantes, fríos y al mismo tiempo exigen al niño más de lo que puede lograr, utilizando un método autoritario de disciplina. En consecuencia, los hijos a menudo son neuróticos, con tendencias suicidas y propensión a los accidentes, es probable que sea tímido, con baja autoestima, con insatisfacción constante y dificultad para relacionarse con los compañeros.

Padres hostiles y permisivos. Son padres distantes, que no se preocupan por poner límites claros y estables a sus hijos y cuando aplican castigos son muy severos e impulsivos. Así, los hijos son propensos a expresar hostilidad y a ser muy agresivos. Su conducta suele ser desorganizada.

4El 50% de las derivaciones proceden del sistema escolar y el 70% de los niños acuden a consulta psicológica o psiquiátrica por motivos escolares (Centro Alfred Binnet).

5 M. Elena Montt: Psicóloga Clínica Infantil y de la Adolescencia. Profesor Asistente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Modelo Extraído del libro: "*Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*". (2003).

Subsistema docente-alumno. Montt (2003) expresa que “dentro de las variables más relevantes que se pueden considerar para la comprender la adaptación del menor se debe considerar: relación profesor-alumno, relación profesor grupo curso y método de disciplina del profesor”.

Así mismo, la autora expresa que las características de personalidad del maestro influyen en la sala de clases y se reflejan en la disciplina y el trato a sus alumnos, estos aspectos interactúan con las características del niño y afectan las actitudes de los estudiantes hacia el aprendizaje. (Almonte, C; Montt, M; Correa, A; 2003)

Papel del profesor con el niño con dificultades escolares. Montt (2003) señala que “para el profesor las dificultades de aprendizaje y de conducta de sus alumnos ponen a prueba el prestigio y destreza profesional, y pueden repercutir negativamente en otros niños y alterar el desarrollo de su programación escolar”. Además expresa que “el conocimiento de cuadros clínicos como el déficit atencional, los trastornos de aprendizaje y otras psicopatologías del niño, en general no forma parte del curriculum de muchos profesores, lo que explica su dificultad para enfrentarlos adecuadamente”.

Por otra parte el conocimiento del diagnóstico puede conducir a considerar al niño como “enfermo”, contribuyendo a etiquetar al menor en la comunidad escolar, lo que a su vez puede acentuar su patología. En algunos tipos de psicopatología infantil es necesario integrar al profesor en el tratamiento, tal como la hiperactividad, en la cual la contribución del profesor en el manejo de la impulsividad e inquietud serán elementos relevantes en el tratamiento.

Alumno. En el estudio del niño con dificultades escolares es necesario considerar los siguientes aspectos:

- Historia escolar
- Historia personal
- Presencia de trastornos de aprendizaje

- Habilidades, intereses, motivaciones y aptitudes
- Características básicas del temperamento tales como adecuación a los cambios, nivel de actividad e impulsividad, introversión, extroversión, etc.
- Características del niño antes de presentar problemas de ajuste escolar, la evaluación de éstos y el manejo realizado hasta la fecha.
- Problemas de salud.

Pueden presentarse problemas en el rendimiento asociado a dificultades socioeconómicas como:

- Bloqueo o inhibición emocional que interfiere en su actividad intelectual. Inseguridad y temor al fracaso, en niños con una baja autoestima. Es frecuente que estos niños presenten una actitud perfeccionista, inculcada por padres exigentes.
- Respuesta hostil-pasiva frente a grandes exigencias de los padres en la socialización.
- Falta de autonomía y disciplina personal, asociado a personalidad independiente en hijos de padres sobreprotectores.
- Rechazo al colegio asociado a ingreso prematuro, por no tener madurez escolar suficiente para enfrentar exigencias académicas.
- Insuficiencia de la disciplina y del control de impulsos.
- Inquietudes y motivaciones personales ajenas al contenido de la enseñanza.

En síntesis, en el siguiente esquema se representa el sistema escolar mirado desde la perspectiva que propone la educación especial en el proceso de evaluación diagnóstica de niños y niñas con posible TDA/H según el decreto N° 170 y la teoría sistémica a nivel educativo, propuesto por Montt (2003).

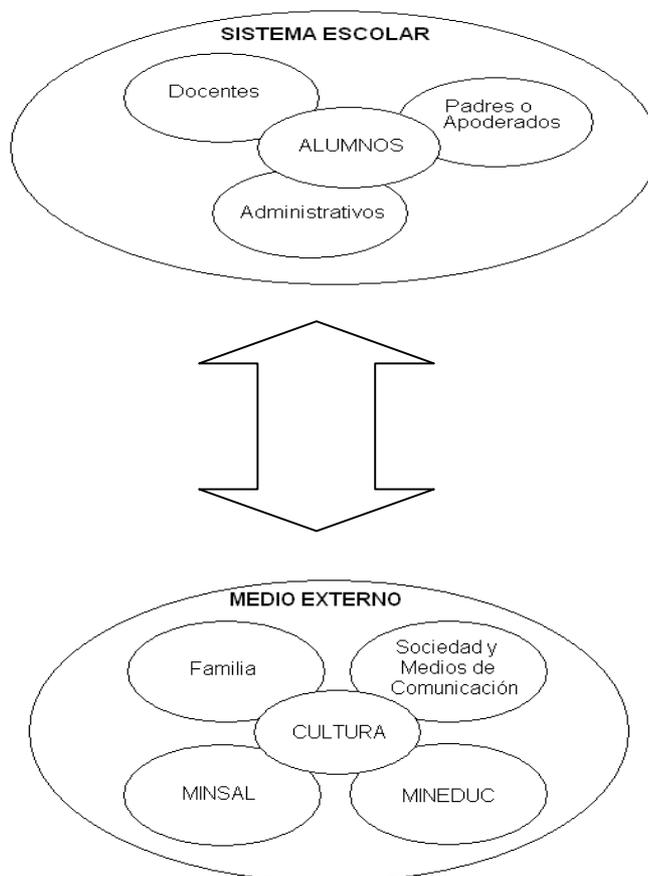


Fig. 3 *Interacción entre el sistema escolar y los sistemas d el medio externo.*

En el proceso de detección y evaluación que establece el decreto N° 170, el sistema escolar debería estar en permanente interacción con el medio externo, logrando tener una mayor permeabilidad con éste. En este caso, y como lo muestra la fig. 3, el medio externo está constituido por la familia de los alumnos, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, su contexto cultural y social los que intercambian información con el establecimiento educacional para lograr un proceso “interdisciplinario e integral”.

Luego de analizar la teórica sistémica, consideramos importante que las instituciones educativas junto a sus agentes, utilicen la perspectiva sistémica para observar los aspectos sociales y culturales de su trabajo pedagógico en los distintos procesos que involucran a la acción educativa, utilizando los conceptos que conforman la teoría de sistemas.

No obstante, creemos que una comunidad educativa que pretende asegurar una mirada integral y multidisciplinar debe considerar un sistema terapéutico natural para abordar el tratamiento de los alumnos/as con TDA/H y su entorno socio-cultural. En este sentido, consideramos que la comunidad educativa debe desarrollar una perspectiva innovadora a través de la formulación de estrategias pedagógicas que se adecuen a los tiempos actuales de la sociedad, como la incorporación de la Terapia Floral dentro de un equipo multiprofesional, cuyo fin favorecería el desarrollo bio-psico-social y espiritual de todos los alumnos y alumnas de un establecimiento educativo, con especial énfasis a los niños y niñas diagnosticados con TDA/H y sus familias.

Una de las aproximaciones que podemos hacer respecto de estas dos miradas es que, por una parte, el sistema educativo nacional expresa que el área emocional de los alumnos/as con TDA/H es un factor muy importante y que puede favorecer o perjudicar un buen desarrollo a nivel cognitivo. Por otra parte, la Terapia Floral tiene como objetivo generar tal armonía emocional que pueda dotar al niño o niña de recursos internos para formar la capacidad de superar sus dificultades y desarrollar aprendizajes.

En el siguiente apartado se explica la relación que existe entre la educación especial y la terapia floral de Bach.

4.3. La Educación Especial en Chile y La Terapia Floral

Los factores psicosociales y familiares son determinantes para el desarrollo y manifestación del TDA/H, en cuanto a intensidad, duración y posibilidades que tendrá el niño o la niña de integrarse al proceso educativo y lograr los aprendizajes deseados. Un niño o niña con manifestaciones leves de TDA/H puede empeorar si carece de soporte emocional de la familia y está inserto(a) en contextos escolares sin apoyo. (MINEDUC, 2009)

Por su parte, la Dra. Amanda Céspedes (2009) sostiene que no hay crecimiento cognitivo sin armonía emocional, la armonía emocional es la base de la salud y de la inteligencia, a esto agrega que el niño solo aprende a través del amor.

Por tanto, se considera que el principal desafío tanto para el establecimiento educativo como para la familia, es ofrecer un ambiente con tal calidad de respuestas, que las conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad no se traduzcan en otros trastornos mayores que aumenten la dificultad de adaptación social y escolar o el logro de los aprendizajes expresados en el Marco Curricular. En algunas oportunidades puede suceder que además de la causa biológica de las dificultades atencionales del niño o niña, se sume una imagen personal deteriorada por repetidas experiencias de fracaso, desmotivación por el aprendizaje, “lagunas” importantes en los conocimientos y mala disposición a resolver los conflictos de manera armónica (MINEDUC, 2009)

En este sentido, la Dra. Amanda Céspedes (2007) afirma que la Terapia Floral plantea que un niño/a saludable es un niño/as en armonía emocional. Esta armonía se refleja integralmente a nivel corporal, psicológico, hormonal e inmunitario. En otras palabras, promueve en el niño/a una fortaleza frente a las enfermedades corporales y a los quiebres anímicos. Este estado dinámico positivo permite la armoniosa integración de los fenómenos cognitivos y posee una formidable fuerza para generar otros estados positivos- como el optimismo, la autoestima, la autoeficacia, la voluntad, el tesón, la bondad y el altruismo y talentos que existen potencialmente en el aparato disposicional de cada niño/a; talento intelectual, metacognición, pensamiento lógico, abstracto, la capacidad asociativa, talentos interpersonales, intuición, empatía, discreción etc.

La armonía emocional genera en el niño/a un fenómeno de apertura mental, que favorece la creatividad, la flexibilidad cognitiva y adaptativa y amplía las cogniciones, estimulando la integración de experiencias, la generación de soluciones creativas a los problemas, la asertividad etc. En este sentido constituye poderosas fuerzas generativas. Por otra parte produce el denominado “efecto borrador” que tiende anular los efectos de las

emociones negativas. Esto es crucial en el niño/a, quien debe aprender a temprana edad a tolerar las frustraciones construyendo esquemas alternativos adaptativos, es decir, la armonía emocional es una poderosa fuerza de crecimiento humano, de potenciación incesante de los recursos propios intelectuales y sociales. La armonía emocional no es un estado interno innato que viene con el niño desde el nacimiento. Desde antes de nacer se van gestando las condiciones biológicas para que la armonía emocional se desarrolle, pero es evidente que dicho desarrollo requiere de interacciones sociales, que son en definitiva las que las consolidan. (Céspedes, A. 2007)

Es así, como las terapias florales facilitan la retroalimentación de circuitos neuroquímicos que permiten al niño/a estar contento en paz, con capacidad de disfrute, con mayor tolerancia a la frustración, ductilidad, flexibilidad y capacidad de adaptación a las situaciones nuevas. Un estado de serenidad y buen ánimo, de temple y armonía, de mayor creatividad. (Céspedes, A. 2007)

Por su parte el Ministerio de Educación (2009) sostiene que el sistema educativo promueve con especial énfasis el desarrollo emocional y social para favorecer la autoestima de los niños y niñas con TDA, ya que se considera un factor determinante para la superación progresiva de sus dificultades, intencionando mensajes que destaquen sus fortalezas y posibilidades y no solamente sus debilidades.

La Terapia Floral busca tal estado de equilibrio, armonía y bienestar. Siendo la premisa de las terapias florales; *“permitir al niño a derrotar el sobre estrés y vivir como debe ser, felices, plenos, en el amor y en la armonía dotándolo y fortaleciendo de recursos internos, estabilizando sus emociones, ayudándolo a ganar autonomía, fortaleciéndolo para el desafío diario”*. (Céspedes, A. 2007).

Es así como reconocemos la importancia de una de una mirada integradora y multidisciplinar ante el diagnóstico y tratamiento de niños y niñas con trastornos por déficit atencional con o sin hiperactividad, considerando e incluyendo la Terapia Floral como un sistema de apoyo que se puede complementar efectivamente al sistema educativo actual. A continuación se explicará en que consiste la Terapia Floral desde los principios establecidos por su creador el Dr. Edward Bach a inicios del siglos XX.

5. LA TERAPIA FLORAL DE EDWARD BACH

El Doctor Edward Bach, médico bacteriólogo y destacado en el campo de la homeopatía, investigó, entre los años 1928 y 1936, las propiedades curativas de distintas plantas naturales. En este proceso logró identificar 38 esencias florales y diseñar un sistema de autocuración simple, efectivo y natural. Es lo que se conoce como Flores de Bach, las que la Organización Mundial de la Salud reconoce, recomendando su uso en el año 1977.

Se trata en la actualidad de uno de los sistemas de curación alternativa más utilizado en América y Europa. Diversos profesionales hacen uso de los beneficios de este sistema, como los kinesiólogos, osteópatas, médicos alópatas y homeópatas, y en menor medida, los psicoterapeutas, esteticistas, psiquiatras, masajistas, profesores, entre otros.

5.1 Aspectos Conceptuales del Sistema Floral de Edward Bach

Para poder formular su teoría, Bach se nutrió de diversas fuentes. Estudió las medicinas orientales y a los grandes médicos holistas de Occidente, tales como Hipócrates y sus ideales de curación, Paracelso y su certeza de divinidad de hombre, y fundamentalmente a Samuel Hahnemann, con quien compartió la creencia que la enfermedad no se origina en el plano físico y que, por tanto, un tratamiento que no considera el psiquismo de la persona no logra una curación definitiva.

El Doctor Edward Bach elaboró su sistema floral bajo cinco principios o verdades básicas, que permiten comprender y descifrar el sentido de la enfermedad y la razón de la presencia de síntomas en la vida de una persona (Grecco.E., 2004).

Como cita Edward Bach en el libro Grecco (2004): “La primera de ellas es que el hombre tiene un Alma que es su ser real: un ser divino, poderoso, del cual el cuerpo, aunque cuerpo terrenal de esa alma, no es más que un diminuto reflejo; que nuestra Alma, nuestro Ser Divino, que reside en y en torno a nosotros, nos da nuestras vidas como él

quiere que se ordenen; y siempre que nosotros lo permitamos, nos guía, protege y anima, vigilante y bondadoso, para llevarnos siempre a lo mejor; que este Ser Superior, al ser una chispa del todo poderoso, es, por tanto, invencible e inmortal”.

“La segunda verdad básica es que somos personalidades que estamos aquí para obtener todo el conocimiento, para desarrollar virtudes y para borrar de nosotros todo lo malo, para avanzar al perfeccionamiento que nos permita nuestra naturaleza. El Alma sabe qué entorno y qué circunstancia nos permitirá lograrlo y, por tanto, nos sitúa en el camino para llegar a nuestra meta”.

La tercera es que tenemos que comprender que nuestro breve paso por la tierra, que conocemos como vida, no es más que un momento en el curso de nuestra evolución, como lo puede ser un día de clases.

La cuarta verdad es que “Mientras nuestra alma y nuestra personalidad estén en armonía, todo es paz y alegría, felicidad y salud. En cambio, cuando nuestras personalidades se desvían del camino trazado por el alma, surge el conflicto que es la raíz y la causa de las enfermedades y de la infelicidad”.

Y finalmente la quinta verdad, es la comprensión de la unidad de todas las cosas. “El Creador de todas estas cosas es el Amor y de todo aquello de lo que tenemos conciencia en todas sus formas, ya sea una gota de agua, una estrella, un hombre o la forma de vida más inferior. El Creador lo podemos representar como un gran sol de Amor benéfico y resplandeciente de cuyo centro irradian infinitos rayos en todas las direcciones. Todos nosotros somos partículas que se encuentran al final de esos rayos, enviados para adquirir experiencia y conocimiento, pero que en última instancia, han de retornar al gran centro. Aunque cada rayo nos parezca aparte y distinto, forma parte del gran sol central, imposible de separar, pues cuando se corta un rayo de su fuente deja de existir. Así, cualquier acción contra nosotros o contra otros afecta a la totalidad”.

Para Bach la enfermedad es el resultado de un desequilibrio emocional que, de persistir, produce enfermedad a nivel orgánico. La zona del cuerpo afectada y el tipo de enfermedad no son causales ni accidentales ya que el cuerpo es el reflejo del alma, y lo que suceda en ésta será reflejado por el cuerpo. Por tanto, la enfermedad es la materialización en el cuerpo de un conflicto íntimo e histórico, y su origen no hay que buscarlo en el cuerpo, sino en cómo ve y vive la vida el que la padece. Lo significativo no es la naturaleza de la enfermedad, sino que la actitud de la persona que sufre, y en este sentido lo que importa es reestablecer la armonía psíquica y emocional para ayudar verdaderamente a sanar a nuestro cuerpo (Pastorino, M., 1989; Veilati S., 2006).

Desde esta perspectiva y como lo confirma Grecco (2004), la enfermedad es en sí beneficiosa, ya que indica la presencia de un desacuerdo entre el alma y la personalidad, y la necesidad de aprender una lección. Así Bach señala que “debajo de las enfermedades subyacen nuestros temores, nuestras ansiedades, nuestra concupiscencia, nuestros gustos y fobias. Descubramos cuáles son y curémoslos, y al curarlos desaparecerá la enfermedad que sufrimos” (Bach. E, 1931).

Entonces y como señala el mismo Bach (1931), “La enfermedad es una aliada, o incluso un maestro que señala el próximo paso que debemos dar para el camino de nuestra evolución; ya que al sanarnos la visión que tenemos de nosotros mismos y del mundo cambia. Por tanto, el sufrimiento es un correctivo que destaca una lección que de otro modo pasaría desapercibida, y que no puede erradicarse hasta que escuchemos y aprendamos lo que tiene que decirnos, porque sólo a través de la enfermedad podemos llegar a la cura definitiva”.

Por otra parte, el Doctor Bach en el mismo libro postula que “El poder divino nos brinda la oportunidad de enmendar nuestros errores antes de que se traduzcan en dolor y sufrimiento. Y aunque en nuestras mentes físicas no tengamos conciencia de la razón de nuestro sufrimiento, que nos puede parecer cruel y sin razón, porque puede que no sean errores de esta vida los que estamos combatiendo, nuestra alma -que es nuestro ser- conoce

todo el propósito y nos guía hacia lo que más nos conviene. No obstante, la comprensión y la corrección de nuestros errores acortarán nuestra enfermedad y nos permitirán recuperar la salud. De este modo, el conocimiento del propósito de nuestra Alma y la aceptación de ese conocimiento (toma de conciencia) significan el alivio de nuestra angustia y sufrimiento terrenal, y nos dejan libres para desarrollar nuestra evolución en la alegría y la felicidad”.

En síntesis, lo que Edward Bach concluye es que, en definitiva, existen sólo dos grandes transgresiones: la disociación entre el Alma y la personalidad y la crueldad o el agravio hacia los demás, las que se consolidan bajo siete formas distintas o grupos emocionales que son trabajados por las terapia floral (Veilati S., 2006).

5.2 Descripción del Sistema Floral de Bach

El sistema floral de Bach es un sistema terapéutico que, a través de sus treinta y ocho preparados de energía floral, ayuda a aliviar el dolor (ya sea físico, mental, emocional o espiritual), a ampliar la conciencia (lograr la individuación) y a conducir a la persona por el camino de su evolución como ser humano. El trabajo terapéutico se lleva a cabo desde la certeza de que no somos más que parte de un todo (visión holística).

Las siete formas distintas en que se consolidan las **dos grandes transgresiones** dan lugar, a su vez, a **siete grupos florales**, los cuales se expresan por medio de 38 esencias. A continuación se enunciarán cada uno de los grupos y las esencias que los componen, de acuerdo, a lo sintetizado por las terapeutas argentinas **Susana Veilati y Barbara Espeche** en su libro:

1. “Remedios para aquellos que sienten temor”, donde se encuentran las esencias florales para quienes experimentan miedos en sus diferentes matices: miedo a las situaciones cotidianas (Mimulus), miedo a lo desconocido (aspen), miedo a que les ocurra algo a los seres queridos (Red Chesnut), miedo paralizante o pánico (rock rose) y, finalmente, miedo al descontrol y la locura.

2. ***“Remedios para aquellos que sufren de incertidumbre”***, donde se enmarcan las esencias florales para quienes dudan de sus propias capacidades (Cerato), para quienes se anteponen al fracaso y son pesimistas (Gentian), para aquellos que se encuentran desesperanzados (Gorse), para personas indecisas, ambivalentes (Scleranthus), para quienes les cuesta enfrentar los problemas del diario vivir (Hornbeam) y, finalmente, para aquellos que se sienten insatisfechos y no tienen un propósito en la vida (Wild Out).

3. ***“Remedios para quienes no sienten interés por la presente circunstancia”***, donde se encuentran las esencias florales para quienes viven en la ensoñación y les cuesta concentrarse (Clematis), para quienes viven en el pasado (Honeysuckle), para la apatía y la resignación (Wild Rose), para la falta de vitalidad (olive), falta de claridad (White Chesnut), melancolía (Mustard) y, finalmente, para aquellos que no aprenden de sus experiencias (Chesnut Bud).

4. ***“Remedios para la soledad”***, donde se encuentran las esencias para aquellos que se sienten aislados porque no respetan el ritmo de los otros (Impatiens), no saben escuchar y no soportan estar solos (Heather) o son reservados y orgullosos (wáter violet)

5. ***“Remedios para hipersensibles a influencias e ideas”***, donde se agrupan las esencias florales para aquellos que utilizan diferentes máscaras para sobrellevar sus penas (Agrimony), se someten a otras personas (Centaury), las convicciones de los otros les son más fuerte que las propias (Walnut) y para aquellos que tienen odio, envidia (Holly).

6. ***“Remedios para el abatimiento o la desesperación”***, que son las esencias florales para quienes sufren de desesperación porque se llenan de inseguridad (Larch), porque se culpabilizan (pine), porque se cargan de responsabilidad que los abrume (Elm), se resisten al cambio (Sweet Chestnut), se atascan en el conflicto (Star of Bethleh).

7. **“Remedios para aquellos que se preocupan por el bienestar de los demás”**, donde se encuentran las esencias para aquellos que se preocupan por el bienestar de los demás, por ser posesivos (Chicory), por ser autoritarios (vine), por fanatismo y exceso (Verbain), por arrogancia (Beech), por rigidez moral (Rock Water) (Espeche B., 2003, Veilat. S., 2006).

Bach también crea una fórmula llamado Rescue Remedy, para ser utilizada en casos de emergencias físicas o emocionales, compuesta por: Clematis, Rock Rose, Impatiens, Cherry Plum y Star of Bethlehem.

5.3 El Sistema Floral de Bach como tratamiento

El criterio de curación del sistema floral de Edward Bach, no apunta, a la eliminación de síntomas, sino al cambio de perspectivas por parte del enfermo. Este cambio de perspectiva lleva a la recuperación de su armonía interna.

Según Bach (1931): “Las hierbas curativas son aquéllas a las que les ha sido otorgado el poder de ayudarnos a preservar nuestra personalidad del alma”. La acción de las esencias florales en el organismo es también una acción energética. Actúan por resonancias energéticas, sin alterar en absoluto la conformación molecular de ese organismo. Considerando de gran importancia, su procedimiento para llevar a cabo cada una de las formulas florales.

Como señala Susana Veilati (2006) “Cada esencia floral se relaciona con determinados rasgos de personalidad, actitudes y emociones del ser humano. Sus enunciados nos dicen de respuestas puntuales o modos de ser característicos cuyo exceso enferman al sujeto. Al estar conscientes, de cuáles, son esos modos enfermos y recurrentes de pensar, sentir u obrar que son causa de la no-armonía psicofísica, se buscan las esencias florales que cubren esos desequilibrios y se prepara la fórmula floral para cada caso particular. Estos remedios se orientan a los conflictos internos, tensiones, bloqueos emocionales y problemas físicos resultantes, por tanto ayudan a superar las dificultades dirigiéndose directamente a la raíz del desequilibrio”.

Al armonizar las emociones de quién las toma, las esencias florales activan las potencialidades curativas internas del organismo, lo que es vivido por la persona de manera sorpresiva, al verse actuando de manera distinta a cómo lo había hecho cotidianamente hasta ahora. A nivel físico, las esencias florales, tomadas a tiempo, detienen la producción de la enfermedad al restituir el equilibrio emocional y restar fuerzas a las alteraciones del sistema inmunológico que la emoción negativa promueve (Veilati S., 2006).

Las Flores de Bach no son remedios estándares, no se utiliza un remedio floral para un determinado desorden sino que su empleo dependerá del estado emocional y psicológico de cada una de las personas. Es decir, cada una de las personas requiere un tratamiento único y determinado (Masi M., 2003). Estas apuntan a la curación integral del ser humano, debido a que lo aborda desde una perspectiva psicofísica, energética y espiritual (2006).

Los remedios florales actúan entre las 3 horas y las 8 semanas de haber sido administrados. Su efecto es muy suave, tanto que muchas veces el paciente mejora y no lo atribuye a la toma de estos (Pastorino. M., 1989).

Una de las formas más comunes de preparar la tintura madre, es decir, la esencia floral que se obtiene directamente de la flor, es extrayendo su energía por el método de la solarización: las flores cortadas en ciertas condiciones óptimas se depositan en la superficie de un gran cazo de vidrio que contiene agua de vertiente. Al pasar a través de ella la energía solar, el agua se apropia a su vez de la energía floral. Luego, para envasar esa agua energizada y sanadora, se agrega brandy en proporciones, también bajo óptimas condiciones, este proceso debe efectuarse en el mismo hábitat de la planta y al aire libre.

Las esencias florales pueden ser utilizadas en diversas situaciones, y por diversos motivos, de los cuales a continuación se exponen algunos ejemplos entregados por la terapeuta Susana Veilati (2004):

- Para prevenir o dar solución a distintas enfermedades denominadas psicosomáticas por la psiquiatría tradicional, como alergias, asma, gastritis, estreñimiento, contracturas, fatiga crónica, entre otras.
- Para tratar el insomnio, el estrés, la ansiedad, la angustia, temores injustificados, el dolor por la pérdida de un ser querido.
- Para los periodos pre y postoperatorios.
- Como complemento de medicación farmacológica u homeopática, ya que ayudan a que estas medicinas resulten más beneficiosas para el cuerpo y la mente.
- Para ayudar a enfrentar problemas como dificultad para tomar decisiones, intolerancia e impaciencia, nostalgia y apatía, entre otras.
- Resulta muy útil para mujeres embarazadas, suavizando los miedos, náuseas y vómitos.
- En los niños pueden colaborar a enfrentar trastornos de aprendizaje, problemas de conducta, enuresis, encopresis, así como alteraciones hormonales y conductuales de la adolescencia.
- A los ancianos los ayudan a aceptar sus limitaciones, a mirar nuevos horizontes.

5.3.1 Proceso Terapéutico de la terapia floral

Humberto Maturana (2005) sostiene que el proceso terapéutico se obtiene cuando el terapeuta logra, mediante su interacción con el paciente, guiarlo, conducirlo inconscientemente, en el abandono de la negación sistemática de sí mismo y del otro y en la recuperación de la biología del amor como la manera o hilo central de su vivir.

Según Amanda Céspedes (2007) comenta que en primera instancia, es indispensable que el terapeuta desde un estado emocional armónico, desde una conexión espiritual con las energías superiores y la seguridad de que somos un canal amoroso por el cual se manifiestan esas energías.

En el proceso terapéutico es necesario unir el intelecto con el corazón y esto significa estar muy alerta, sereno y equilibrado en las propias emociones. Pero, por sobre todo, se debe encarar ese proceso desde el infinito amor por quien tenemos adelante. Este infinito amor se expresa en un despojarse de toda inclinación a emitir juicios u opiniones, en la incondicionalidad del afecto empático, del prestar atención al otro, de contenerlo sin juzgarlo, de escucharlo en total y respetuoso silencio, pero un silencio vivo no ausente, no indiferente. Un silencio amoroso.

María Ester Céspedes plantea que dentro de sus prácticas clínicas acostumbra a solicitarles a los niños/as que le den a conocer tres cualidades y tres defectos que ellos consideran relevantes en su manera de actuar, tanto en el colegio como en la casa. A los niños/as les gusta mucho hablar de ellos mismos- todos son un poquito egocéntricos- y responden con mucha vehemencia y serenidad a ese requerimiento. Es notable como la gran mayoría logra encontrar las características más relevantes y precisas de su personalidad.

Después que el terapeuta coteja los datos obtenidos tanto del niño/a como de los padres, comienza el proceso terapéutico floral, internalizando la esencia del problema de nuestro interlocutor mediante la intuición. Se dice que en el proceso terapéutico es necesario unir el intelecto con el corazón y esto significa estar muy alerta, sereno y equilibrado en las propias emociones. Pero, por sobre todo, se debe encarar ese proceso desde el infinito amor por quien se tiene adelante. Este infinito amor se expresa en un despojarse de toda inclinación a emitir juicios u opiniones, en la incondicionalidad del afecto empático, del prestar atención al otro de contenerlo sin juzgarlo, de escucharlo en total y respetuoso silencio, pero un silencio “vivo”, no ausente, no indiferente. Un silencio amoroso.

Es así, como se encamina al proceso, luego el terapeuta le indica al niño/a que se relaje, que no entrecrucen brazos ni piernas y con el péndulo mido la energía de cada chacra o centro energético mayor. Midiendo la energía total con la Tabla de Bovis, si es oportuno, y ya se han identificado algunas esencias florales que intervendrán en la formula,

al niño/a se le invita a jugar y se invita a conversar a los padres o quien lo haya acompañado. Esta segunda sesión provee de más datos importantísimos, ya que, puede ocurrir que la información que se entregué hará que decida agregar una o más esencias a las ya definidas. pero, por sobre todo se procura de confirmar y abundar los antecedentes recabados en la primera parte de la sesión, ya que la espontaneidad y la complicidad de la madre- padre y terapeuta ya es mayor. Finalmente se recopilan las emociones desajustadas que se han logrado establecer dando luz al conflicto y desequilibrio emocional que se presenta y con ello se determinan las esencias necesarias para cada desequilibrio se mezclan y junto a un compromiso de padres- niños/as y terapeutas de seguir el tratamiento junto a un ambiente en armonía, se comienza el camino floral con el niño/a.

El sistema terapéutico floral de Bach, considera que lo esencial es el enfermo y no la enfermedad. Así el terapeuta floral debe conocer a quién tiene enfrente, relacionarse empáticamente con él para poder ayudarlo a despertar en sí mismo los recursos curativos de que dispone. No le da a la enfermedad carácter de “material en sí”, sino que la define como expresión de un conflicto entre el ALMA Y LA PERSONALIDAD. Por lo tanto, todos los esfuerzos deben dirigirse a rearmar esa relación alma- personalidad. “Erradicando el defecto y reemplazando por la virtud”, en palabras del propio doctor Bach. Él considero el alma como la parte inmortal de la persona, su principio rector, su parte divina. La parte “Que sabe” cuánto necesita, en todo ámbito, la persona para estar sana y ser feliz.

Es decir, la Terapias Floral no apuntan a la eliminación de síntomas, sino al cambio de perspectiva por parte del enfermo, este cambio de perspectiva lleva a una armonía interna. Las esencias florales ayudan al niño/a en su desarrollo, permitiendo que sus sanas emociones lo conduzcan por las distintas etapas madurativas en armonía y serenidad.

- ¿Por qué la Energía Floral Sana?

La energía floral ejerce una acción terapéutica sobre los campos sutiles, suministrando energías que vibran con frecuencias altas, superiores a las del cuerpo físico. Amanda Céspedes (2008) plantea que la Terapia Floral es, desde esta perspectiva, una forma de curación que considera a la materia como una expresión de energía, y al cuerpo humano, como un conjunto de campos complejos de energía que están en interfaz con los sistemas físico-celulares. Utiliza una forma especializada de energía (la energía de las flores) para que actúe sobre los sistemas energéticos en desequilibrio.

La energía floral entrega energía sutiles, las que efectúan un reajuste en el organismo (espíritu- mente- cuerpo), este reajuste consiste en reequilibrar el flujo energético, armonizarlo, desbloquearlo. Cuyo objetivo final de las terapias florales es buscar el equilibrio- armonía de la conexión entre el alma con la personalidad.

Al definir las acciones benéficas de muchas esencias florales, el doctor Bach menciona la luz (la plenitud) como el gran beneficio que otorga la flor al ser humano. La luz es la espiritualización de la materia.

En un interesante ensayo sobre la energía y el trabajo. Armando Uribe Vega⁵ hace proposiciones en las que laten las mismas verdades que animan la acción de las flores en el ser humano:

- Emprender requiere de esta fuerza interior que es la energía
- Lograr un propósito, más que una ciencia, es un arte que consiste en concentrar los recursos energéticos en el fin pensado
- La energía se transforma en trabajo cuando es aplicado en torno a un resultado propuesto esperado.
- Trabajo es un conjunto de acciones que producen hechos.

En el libro *Elixires florales, armonizadores del alma*, Philippe Deroide⁶ afirma lo siguiente: *“La flor habla intensamente a nuestros sentido, hace vibrar nuestra alma; expresa en sus apariencias físicas una sensibilidad, una vitalidad, una cualidad del alma que refleja la identidad de la especie vegetal. Esta cualidad del alma que se expresa en la flor es la razón de las que empleemos para preparar los elixieres florales. La relación de reciprocidad entre las plantas y el hombre es grande, a nivel estructural y funcional. Dicha relación se manifiesta a un más alto nivel en el dominio de la conciencia. La planta expresa en su apariencia material una cualidad del alma por el Deva (espíritu vegetal) En el momento de la floración. Los elixires florales restablecen los lazos entre el hombre y la planta, aportan al alma humana las fuerzas de curación del reino vegetal, al mismo tiempo que nos ofrecen la posibilidad de percibir la planta en su verdadera dimensión. La flor es la manifestación de la “planta arquetípica”, es decir de Dios.*

Ahora bien, por la raíz el vegetal se une a la tierra y a las fuerzas geonergía y a través de la flor se une el cosmos y a las fuerzas astrales. Pero, al igual que el ser humano, la planta es un sistema abierto, es decir toma energía, la utiliza y procesa o transmuta y la devuelve al exterior. (Deroide P. 2008)

⁵Terapeuta Floral.

⁶ Destacado Terapeuta Floral. Escritor de libro *“Elixires Florales Europeos”* (2008).

6. SISTEMA FLORAL DE BACH Y LOS TRASTORNOS POR DEFICIT ATENCIONAL

En el presente apartado se explica la relación entre el sistema floral de Bach y los trastornos por déficit atencional en base a una revisión bibliográfica de diversos artículos y entrevistas realizadas a terapeutas florales dedicadas a trabajar actualmente con niños y niñas diagnosticados con déficit atencional en nuestro país, ellas son:

Carla González C: Terapeuta Floral. Escritora del artículo: *“Terapias florales para niños con déficit atencional e hiperactividad”*. Disponible en http://www.sonriemama.com/actualidad_ninos_1c.php

“La hiperactividad y el síndrome de déficit atencional son trastornos que muchos niños llevan como etiqueta. Es fácil reconocer a los primeros, pues son aquellos que no pueden quedarse mucho tiempo en un solo lugar, se levantan y se sientan en la silla cuantas veces sea necesario y muchas veces su conducta impulsiva les juega malas pasadas” “La Terapia Floral – específicamente las Flores de Bach – poseen un mapa emocional, trazado que se realiza en conjunto con la paciente, donde a través de una profunda conversación se revisan distintos parajes de su vida, pesquisando posibles eventos que resulten importantes para un diagnóstico posterior”

Cecilia Pincetti Bustos: Naturópata Holística, *Terapeuta Floral y Creadora del Centro Holístico Salud Integral Pincetti*. Artículo disponible en http://www.sonriemama.com/actualidad_ninos_1c.php

“Para los niños con trastornos atencionales, “las flores son mágicas” y cuenta que las sesiones no sólo implican el diagnóstico y la receta de éstas, sino que tal como comenta la especialista, “tienes que averiguar qué le pasa a ese niño, por qué no pone atención en clases” y muchas veces saldrán a flote experiencias pasadas que contribuirán en el estado actual del pequeño”. Menciona que a través de la terapia floral se logra que el niño tome conciencia y se haga cargo de sus propias emociones”.

María Ester Céspedes: *Terapeuta Floral. Egresada de Terapia Ocupacional y profesora de filosofía de Bach y terapia floral en numerosos cursos de la Asociación Gremial de Terapeutas Florales. Docente de Diplomado Bienestar Psicosocial en el Aula (PIIE-UAHC). Coautora de los libros “Terapia Floral para niños de Hoy” y FLORES. Energía que sana.*

La Terapia Floral “es un medio que aporte al mejoramiento de la calidad de vida de estos niños. Las esencias florales deberán ser abordadas desde un contexto global de cuidados para el niño: un hogar amable y equilibrado, un ambiente escolar sana, adecuada nutrición, atención médica calificada, etc. Es en este contexto global, de derechos que tiene cada niño que deberán insertarse las esencias florales, como una ayuda más en sus cuidados esenciales” también agrega, que una entrevista con el niño, provee al terapeuta un bagaje importante de datos para el momento de decidir qué flores irán en su fórmula. Se observa la postura, el modo de hablar, la carita, la mirada del niño y un sinfín de detalles que hablan por sí solos. Se les preguntan tres cualidades y tres defectos. Esto lleva diez minutos. Luego se mide la energía de cada chacra con un péndulo radiestésico. Así se identifican las esencias, de acuerdos a los centros que estén alterados.

Las expertas coinciden en que el déficit atencional es un trastorno que se presenta desde los primeros años de vida y puede durar incluso hasta la adultez. Aparece en distintos grados, desde una forma leve en el cual predomina la dificultad para mantener la atención focal, hasta formas severas en las cuales prevalece la impulsividad y la inquietud motriz permanente, conocida como hiperactividad. El SDA se caracteriza por la dificultad o incapacidad para administrar en forma eficiente los recursos cognitivos y autorregular el temperamento.

De este modo, sus relaciones sociales se ven afectadas, ya que es muy difícil para una persona de estas características seguir reglas o normas rigurosas de comportamiento. Es así como, para las expertas resulta natural entender que este síndrome trasciende de problemas o desequilibrio emocional ocurrido durante la gestación, en la infancia, llevando a una desestabilización de la emociones del niño, ligado estrechamente a su temperamento en extremo frágil y sensible al efecto del sobre estrés.

Los temas desarrollados se centran en la conceptualización del TDA/H, así como el tratamiento y los beneficios que aporta la Terapia Floral de Bach.

6.1. El TDA/H desde la Terapia Floral

Para María Ester Céspedes el TDA/H “es una condición...que todos los seres humanos al nacer venimos con un guión de desarrollo...este guión es el que determina en qué momento vamos a ir madurando...en muchos niños este guión no se cumple a la perfección, sino que maduran unas áreas primero, otras áreas después, y esto puede suceder en menor o mayor grado...”. Por tanto, El SDA/H sería una condición que depende del guión de desarrollo, que da cuenta del grado de madurez de sus distintas dimensiones y que, dependiendo de éste, iría en un continuo que va de leve a severo. Un SDA/H severo sería aquel que afecta en muchas áreas la vida del niño, obstaculizando un adecuado desarrollo emocional, psicológico y social, lo que se observa en una mala calidad de su vida. También plantea que el guión de desarrollo puede verse alterado en diversas áreas, por ejemplo, en el control de las emociones, o de los impulsos, o en ambas, y que esta alteración puede deberse a distintas situaciones: “cuando hay un déficit en la capacidad de atender puede ser porque el niño se para porque es inquieto, porque es hiperactivo, porque es impulsivo, porque no logra concentrarse”. Especifica que existen dos grandes grupos de déficit atencional, uno que obedece a factores biológicos y hereditarios que alcanza a un 75 % de los casos, y el otro (25%) que responde a otras causas, pero que en definitiva confluye en que el niño no es capaz de prestar atención, puede ser impulsivo o hiperactivo. (Feliú, N. 2008)

6.2. Los Beneficios de la Terapia Floral en el Tratamiento del TDA/H

El rol complementario de la Terapia Floral al síndrome de déficit atencional radica en sus esencias que actúan sobre el desajuste energético y emocional vinculado a las características del niño y naturalmente en íntima relación con el particular temperamento del niño.

6.3. Esencias Utilizadas en el Tratamiento del TDA/H

Verónica Molina Matta expresa que existen diferentes flores para el tratamiento del déficit atencional como: las flores de Edward Bach, flores de Bush y flores de Saint Germain. Ésta terapeuta clasifica las flores según las necesidades del paciente, de la siguiente manera:

a) Inquietud y Distrabilidad

- Dispersos y apurados Jacaranda
- Ansiosos e inquietos Impatiens – Verbain - Black eyed susan
- Liberador de la ansiedad y de miedos Chamomil - Garlic
- No se centra constante preocupación y alerta Crowea

b) Falta de atención

- Falta de atención: Clematis Madia Sundew Zinnia White chestnut Cerato
- Enfoque, sin distraerse hasta terminar: Impatiens- Jacaranda
- Aburrimiento Persistencia: Peach Flowered Tea tree
- Tónico cerebral - Alerta: Peppermint, Rosemary

c) Impulsividad conducta incontrolada

- Habladores impulsivos, No piensan en las consecuencias: Illiawara Flame Tree Kangaroo Paw - Chestnut Bud - Peach Flowered Tea tree
- Descontrol Psicomotor Equilibrar las emociones balancear - encontrar paz adentro: Impatiens - Black Eyed Susan - Jacaranda - Cherry Plum- Holly- Dog Rose of the Wild Forces- Mountain Devil.

Otras reconocidas terapeutas⁷ coinciden en que “existen ciertos temas recurrentes en los niños con SDA/H, como la inquietud motora, la desatención y la impulsividad, por lo cual se tienden a repetir o a utilizar con mayor frecuencia ciertas esencias florales” (Feliú N. 2008), entre las cuales se mencionan:

⁷Soledad Ross, psicóloga, egresada de la Universidad Católica, Terapeuta Floral. Docente en Instituto de Formación de Terapeutas Florales Mount Vernon; Carolina Cárdenas, psicopedagoga, Terapeuta Floral en la Escuela E. Bach Chile. Se dedica a la clínica psicopedagógica y floral; docente de la Universidad de los Lagos.

- Clematis, que tiene relación con el tema de la distracción.
- Chesnut Bud; que se vincula con la internalización de la experiencia, particularmente en niños impulsivos y/o hiperactivos que no ponen atención suficiente y frecuentemente están repitiendo los mismos errores.
- Cherry plum que tiene relación con el descontrol, y se usa para niños impulsivos que no son capaces de controlar sus conductas.
- Scleranthus; que se utiliza para la inestabilidad de los ritmos del niño.
- Wild oat; que se relaciona con la dispersión, en niños con déficit atencional que no son capaces de concluir las tareas y las actividades que realizan.

Las expertas destacan que las esencias florales no son para las enfermedades, sino para las personas, por lo cual estas esencias son aquellas que más se repiten en el tratamiento, pero se conjugan con otras esencias que apuntan al trabajo de las diversas necesidades que tengan los niños, tal como lo señala Céspedes, “no hay flores que trabajen el déficit atencional como receta, como la aspirina sirve para el dolor de cabeza”. (Feliú N. 2008)

6.4. Resultados de la Terapia Floral en el Tratamiento del TDA/H

Según la terapeuta Cecilia Vergara “la terapia floral ofrece un tratamiento natural y efectivo con resultados sorprendentes, que mejoran el rendimiento escolar de los niños y su conducta en el hogar, en el jardín infantil o en el colegio, además se ha observado una notable mejoría en la autoestima del niño y en las relaciones con sus compañeros”.

Algunos ejemplos de resultados concretos en el tratamiento de este síndrome con Terapia Floral:

- a. Aumentan notablemente la capacidad de concentración y disminuyen las ausencias cognitivas, por esta razón se les hace más fácil aprender a escribir, tanto en el idioma materno, como en otros idiomas.

- b. Mejoran los problemas asociados con el cálculo y la coordinación motriz, de tal forma que pueden desarrollar con éxito trabajos que requieren de la motricidad fina, tales como ejecutar instrumentos musicales.
- c. En el caso de los niños que tienen déficit atencional asociado a hiperactividad y agresividad, se desenvuelven en forma más relajada y se produce una disminución notable de la agresividad.

Según Edward Bach (2006): “Las terapias florales suscitan cambios de un modo diferente; lo hace facilitando la retroalimentación de circuitos neuroquímicos que permiten al niño estar contento, en paz, con capacidad de disfrute, con mayor tolerancia a la frustración, ductilidad, flexibilidad y capacidad de adaptación a las situaciones nuevas. Un estado serenidad y buen ánimo, de temple y armonía, de mayor creatividad, es decir, un estado de equilibrio y armonía, de bienestar”.

En cuanto a los resultados que se desprenden de la terapia floral, Pincetti afirma que son “muy buenos”, pues se logran los objetivos que se carecen en el déficit atencional, es decir, obtener una mejor concentración. Al respecto, la especialista manifiesta que con cada niño se crea un mapa emocional individual, el que contemplará además usos personales de diferentes flores, “no es como el Ritalín que se lo dan a todos los niños por igual, aquí tu fórmula pasa a ser exclusivamente tuya”, reafirma.

La idea central es “sanar y avanzar”. Aquí, la terapeuta floral dice que aquellas experiencias que marcaron en forma profunda en la vida de la persona, “hace (la terapia) que vuelvas a vivir a esa situación, la sanes y avances. Las flores armonizan tus emociones, te equilibran y te vuelven a tu centro”, asevera.

Como podemos ver, la Terapia Floral entrega al niño una estabilidad emocional, que le permite presentar un equilibrio armónico hacia sus aprendizajes y sus conductas escolares y familiares, involucrando tanto a la familia, la escuela y el niño. Si quisiéramos responder a cuya tensión planteada anteriormente, podríamos decir, que las terapias florales lograrían ser un complemento hacia la neurología como una curación integral hacia un ser integral.

6.5 La Terapia Floral y la utilización de fármacos

Carla González expresa que actualmente, existe un alto número de pacientes que se ha alejado paulatinamente de la medicina alópata. La permanencia en el tiempo de procedimientos que no tienen resultados palpables, las altas sumas de dinero gastadas en medicamentos y el frío trato que algunos médicos tienen con las personas, han hecho que algunos desvíen la mirada hacia la medicina alternativa, complementaria o integrativa.

Además, agrega: Como está tan confuso este tema del Ritalín, a algunas mamás no les gusta que sus hijos tomen medicamentos que son anfetamínicos o que son drogas y les encuentro toda la razón", por eso hay cierto cuestionamiento frente a tratamientos de esta índole, sintiendo incluso vergüenza de someter a los niños a ellos.

Céspedes (2008) señala: "Donde llegan muchos niños que han sido medicamentados por la presión del colegio, y las mamás me dicen que le dieron Ritalin, les dieron Concerta y el remedio no les hizo nada, se distrae igual", a lo que agrega que en general se trata de niños que se encuentran en el grupo de SDA/H que no tiene que ver con causas hereditarias y biológicas y, que por tanto, no requieren de fármacos, ya que no son inmaduros, sino que se distraen por otras razones, "porque es pajarón, porque se aburre, porque es distraído".

Desde la perspectiva de la medicina tradicional, con el apoyo de los fármacos lograran que el niño presente un proceso sináptico correcto a nivel neurológico lo que permita estabilizar su nivel de concentración frente a un estímulo de aprendizaje.

Pincetti agrega: "Lo más fácil es diagnosticar déficit atencional y recetar medicamentos. Según sus palabras, en los tratamientos tradicionales, "no hay una entrega profunda, buscar más allá" y al contrastarlos con la ayuda de las Flores de Bach, "uno busca cuándo fue el momento en que ese niño dejó de estar atento".

Sin embargo, las expertas coinciden en que frente a un SDA/H severo se requiere el uso de fármacos y que éste no presenta contraindicación con la ingesta de flores, por lo cual el tratamiento con flores de Bach puede ser utilizado en paralelo con los medicamentos, como lo expresa M. Esther Céspedes: “...en un niño con déficit atencional severo la terapia floral lo va a ayudar, pero no podrá hacer todo el trabajo, en estos casos el chico necesita tomar medicamento...”. (Feliú, N. 2008).

Por otra parte, las expertas señalan que el resultado del tratamiento floral va a depender de diversos factores, entre los cuales destacan:

- la perseverancia y la frecuencia en la ingesta de las esencias florales. Si bien Bach planteaba que las esencias florales deben tomarse en 4 gotas 4 veces al día, a partir de su experiencia las entrevistadas plantean que la frecuencia con que se toman las esencias florales y la cantidad de éstas depende de las necesidades que presentan los niños.

Por otro lado, las expertas comentan que para que un niño sea feliz y viva contento es preciso que fluya en un ambiente armónico, si no es así, son situaciones que no se pueden cambiar fácilmente. Por el contrario, lo más seguro es que perduren, entonces hay que tratar al niño, dotarlo de armas internas, ampliar el registro de sus recursos, estabilizar sus emociones, ayudarlo a ganar autonomía y fortalecerlo para el desafío diario.

Es decir, los fármacos otorgarán un equilibrio a nivel cognitivo, ayudándolo a concentrarse. Pero, vemos que, escasea tanto su estado emocional como su contexto lo que permitirá en el niño continuar con dificultades a nivel aprendizaje, ya que al ser un individuo integral necesita de un modelo holístico que apoye su dificultad y le permita lograr aprendizajes significativos.

La Terapia Floral considera que lo esencial es el enfermo, no la enfermedad, se debe conocer quien se tiene enfrente, relacionarse empáticamente con él para poder ayudarlo a despertar en si mismo los recursos curativos que dispone.

Por lo cuál la terapeuta Cecilia Vergara, recomienda: “el programa terapéutico de los niños que presentan el síndrome de déficit de atención con hiperactividad, tiene mejores resultados cuando se trabaja en conjunto con el Médico Neurólogo tratante y en equipo con los profesionales idóneos: Profesores, Educadoras de Párvulos y Psicólogo, Psicopedagoga y cuando los padres y especialmente la madre, se integran al tratamiento con terapia floral, puesto que el ambiente que el niño vive en su casa afecta directamente al progreso que se obtiene con el tratamiento, ya que un ambiente de discordia o desacuerdo entre los padres y/o hermanos puede retardar el éxito de este tratamiento”.

7. PROPUESTA: LA TERAPIA FLORAL COMO SISTEMA DE APOYO COMPLEMENTARIO PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN NIÑOS Y NIÑAS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS POR DÉFICIT ATENCIONAL.

En el desarrollo de nuestro trabajo hemos vislumbrado que la Terapia Floral, puede ser un método eficaz para sanar a los niños y niñas diagnosticados con TDA/H en complemento con la labor que realiza la educación especial. Es por esto que quisiéramos proponer las siguientes acciones para desarrollar el trabajo en el abordaje del TDA/H desde una mirada de complementariedad entre la terapia floral y la educación especial en un establecimiento de educación regular que cuenta con programa de integración escolar.

- Capacitar a los docentes de la educación especial en el sistema terapéutico floral con el fin de que éste pueda enriquecer su práctica educativa a través de un modelo complementario a las prácticas tradicionales para tratar a niños y niñas diagnosticados con TDA/H.
- Incorporar en los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) de los establecimientos educativos, acciones referidas al reconocimiento y utilización de la Terapia Floral como un método complementario de apoyo efectivo para el tratamiento de los niños y niñas diagnosticado con TDA/H.
- Incluir dentro del Proyecto de Integración Escolar (PIE) una profesora de educación diferencial o psicopedagoga con especialización en Terapia Floral que desarrolle su trabajo dentro de un equipo multidisciplinario en colaboración y coordinación con el docente de aula, neurólogo, médico familiar, psicólogo, el niño/a y su familia para asegurar un proceso de diagnóstico y tratamiento integral para los alumnos y alumnas diagnosticados con trastornos por déficit atencional con o sin hiperactividad.
- Establecer acciones en los Planes de Mejoramiento a los Aprendizajes de la Ley de Subvención Escolar Preferencial para obtener recursos relacionados con la incorporación

de la Terapia Floral, dentro de un establecimiento educativo, lo cuál beneficiará tanto a los alumnos/as diagnosticados con TDA/H, enfatizando la atención de alumnos prioritarios.⁸

- Realizar seguimientos e investigaciones acerca de las experiencias de tratamiento a niños y niñas con síndrome de déficit atencional con y sin hiperactividad, en las instituciones escolares.

⁸El Plan de Mejoramiento Educativo es el instrumento a través del cual la escuela planifica y organiza su proceso de mejoramiento educativo centrado en los aprendizajes por un período de cuatro años. En él se establecen metas de aprendizaje y las acciones a desarrollar en cada escuela. La Ley N° 20.248, denominada preferencial, está destinada a mejorar la calidad de la educación impartida a los niños y niñas socio-económicamente vulnerables o prioritarios. La ley define como alumnos prioritarios a los niños cuya situación socioeconómica dificulta sus posibilidades de enfrentar el proceso educativo. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile) disponible en <http://www.bcn.cl/resumenes-de-leyes/subvencion-preferencial-para-alumnos-prioritarios-y-sistema-de-control-de-resultados-por-parte-del-ministerio-de-educacion-y-comision-parlamentaria>

8. CONCLUSION

Viajar hacia el mundo de la Terapia Floral, nos llevó a cuestionarnos acerca de este mundo de segmentación, que hoy vivimos hacia los niños y niñas “diferentes” y su afán de medicarlos. Sin duda, el conocer la Terapia Floral, nos llevó a entender, que lo fundamental no es, el diagnóstico medicinal del niño o la niña, sino el conocerlo hacia su mundo interior y lograr potenciarlo como un ser único e integral, siendo solo él, el que coloque los límites hacia sus aprendizajes, enfocándose en lograr aquellos aprendizajes que logren en él, un significado especial para su vida y desarrollo integral.

Es importante reconocer la importancia de trabajar con un niño o niña con síndrome de déficit atencional en conjunto con la familia, el colegio y las orientaciones de la Terapia Floral y la medicina tradicional, ya que, así, se pueden llegar alcanzar metas que lo llevarán hacia experiencias educativas, que hagan posible aprendizajes significativos para los niños y niñas que presentan SDHA.

Esta nueva forma de entender el proceso de salud- enfermedad unida a la medicina convencional, podrían ser la base para una verdadera y completa salud en el ser humano.

Según Hipócrates (460 a.n.e-): “Las fuerzas naturales que se encuentran dentro de nosotros son las que verdaderamente curan las enfermedades”, “El médico debe ser el auxiliar de la naturaleza, no es su enemigo”.

La Terapia Floral puede utilizarse en forma simultánea con la medicina convencional o una psicoterapia, ya que los efectos de cada terapia se lograrán potenciar en la persona bajo un mismo objetivo. La Terapia Floral actúa a nivel inconsciente, empujando al organismo hacia la auto curación y el equilibrio emocional. Enseña a las personas a vivir mejor, toma los procesos inconscientes en conscientes y positivos. Las personas descubren lo que ésta haciendo contra si mismo y la manera de evitar eso, es que descubre la fuerza para sentirse bien en sí mismo.

Según Edward Bach (2004): “Si la personalidad no acepta el dictado del alma inmortal, ocurre un conflicto que nos lleva al desequilibrio emocional y, este, a un desequilibrio energético que provoca la enfermedad” .Se establece claramente que comparten la idea de que hay una relación directa entre el “alma y la enfermedad, amén de cierto desequilibrio energético”.

Sin duda, el internalizarnos en el mundo de la Terapia Floral, se ha convertido en una hermosa experiencia de vida...

9. Referencias

Libros:

- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aboitz, F.; Schröter, C. (2006). *Genética y Conducta en el Síndrome de Déficit Atencional e Hiperactividad*. Revista Chilena de Neuropsicología. Vol. 1, Nº1, 15-20.
- Aguilar, G. (2002). *Problemas de la conducta y emociones del niño normal. Planes de ayuda para padres y maestros*. México DF: Trillas.
- Aguilar, G. (2002). *Problemas de la conducta y emociones del niño normal. Planes de ayuda para padres y maestros*. México DF: Trillas.
- Almonte, C; Montt, M; Correa, A; (2003) “*Psicopatología infantil y de la adolescencia*”. Editorial Mediterráneo, Santiago.
- Bach, E. (1931) *La curación por las flores*. Madrid: Edaf.

- Condemarín, M.; Gorostegui, M. y Milicic, N. (2005). *Déficit Atencional: Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa*. Santiago, Chile: Editorial Planeta Chilena.
- Céspedes, A. y Céspedes, M. E. (2007). *Terapias Florales para niños de Hoy*, Santiago de Chile: Ediciones B
- Céspedes, A. (2007). *Cerebro inteligencia y emoción*. Chile: Fundación Mirame.
- Céspedes, A. (2008). *Síndrome de Déficit Atencional. Estrategias Conductuales y Abordaje Pedagógico en el aula*. Curso organizado por Centro Mahuida, sede Talca. Serena, Chile.
- Céspedes, M., y Gálvez, M. *El Libro de la Terapia Floral y sus Claves*. Santiago de Chile (en Prensa).
- Céspedes, A. (2009). Presentación: *Neurociencias, aprendizajes y Terapia Floral*
- Cecilia Vergara: Químico Farmacéutico y Terapeuta Floral. Autora del Artículo: “*Terapia floral en niños y adolescentes que presentan déficit de atención, con o sin hiperactividad*”. Artículo disponible <http://terapiaflorales.blogspot.com/>
- Espinoza, T. (2009) *¿Cómo enfrentar el Déficit Atencional?* En prensa escrita. Diario la Hora. Santiago de Chile.
- Fernández, A. (2004). *Trastorno Por Déficit De Atención y/o Hiperactividad (TDA/H)*. Abordaje Multidisciplinar.
- Feliú, N. (2008) *El sistema floral de Edward Bach como tratamiento psicoterapéutico complementario en niños un niñas diagnosticados con déficit atencional*. Memoria de

Licenciatura para optar al grado de licenciado en Psicología. Universidad Central de Chile, Santiago.

- García Parajuá, P. (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE 10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Panamericana.
- García, P., Magaz., L., (2009). *Hiperactivos e Inatentos con éxito. “Conocerlos para comprenderlos, comprenderlos para ayudarlos”*. Corpyright del grupo ALBOR-COHS; Ediciones Cohs, España.
- López, I., Troncoso, L., Forster, J., Mesa, T. (1999). *Síndrome de Déficit Atencional*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Molina, V. (2009). Presentación: *Déficit Atencional y Terapia Floral*.
- Mena, B., Nicolau R., Salat, L., Tort, P., Romero, B. (2006). *Guía Práctica para educadores: El Alumno con TDHA, Trastorno por Déficit de Atención con o son Hiperactividad*. Barcelona: Mayo ediciones.
- Masi, M. (2003, Nov/Dec.). *Bach Flower Therapy in the Treatment of Chronic Mayor Depressive Disorder*. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. Aliso Viejo; Tomo 9, N°6; pg.112. Obtenido el 20 de Agosto de 2010 de la base de datos global (Proquest).
- Pastorino, M. (1989). *La medicina floral de Edward Bach*. Barcelona: Urano.
- Rodríguez, B. (2001). *Terapia Floral y Estimulación Psicosensoial en el Niño con Deficiencia Psíquica*. Ediciones Índigo. Barcelona.

- Verónica Molina Matta: Magíster en Educación, U. Católica. Especialista en el Desarrollo del Pensamiento para el Aprendizaje - Terapeuta Floral - Hipoterapeuta y Profesora de Esencias Florales. artículo “*Terapias Florales y Déficit Atencional*” Docente Centro Deva, Diplomado en terapia floral- UAHC- PIIIE.
- Valdivieso. A, Cornejo. A y Sánchez. M. (2000), *Tratamiento del síndrome de déficit atencional (SDA) en niños: evaluación de la moclobemida, una alternativa no psicoestimulante. Rev. chil. neuro-psiquiátricos.*

Sitios de Internet:

- Biaggi, R. (2003). *Trastorno por Déficit de la Atención*. Extraído el 20 de Julio de 2010. Disponible en: www.centropsicologos.cl/deficit_atencional.htm.
- Förster, J.; Fernández, F. (2003). *Síndrome de Déficit Atencional-Hiperactividad, desde la perspectiva neurológica*. Boletín Especial Sociedad de Psiquiatría y neurología de la Infancia y Adolescencia. Año 14. ISSN 0717-1331. pp. 56-58. Extraída el día 20 de agosto de 2010. Disponible en: www.sopnia.com/boletines/Rev%20sopnia%nov%202003.pdf
- Martínez-León. N. (2006). *Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad*. Vol. 6, N°2, pp 379-399. Extraída el 10 de julio del 2010. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-183.pdf
- Maturana, P. (2005). *Modalidades del Tratamiento del Déficit Atencional* Extraído el día 14 de Diciembre 2009. Disponible en: http://ceril.cl/P33_modalidades.htm
- Ministerio de Educación de Chile, (2010) *Reglamento de Ley 20.201, decreto N° 170*. Extraído el 19 de julio de 2010 Disponible en: <http://www.mineduc.cl/biblio/documento/201005031126500.DEC200900170.pdf>
- Sagasti, B.; Boehmem, K. (2003). *Trastornos por déficit de atención, desde la perspectiva psiquiátrica*. Boletín Especial Sociedad de Psiquiatría y neurología de la Infancia y Adolescencia. Extraída el día 20 de octubre de 2009. Disponible en: www.sopnia.com/boletines/Rev%20sopnia%nov%202003.pdf.

10. ANEXO

ENTREVISTA

Al investigar a cerca del tema de la terapia floral y el déficit atencional e hiperactividad se da la oportunidad para familiarizarse con especialistas en dicho tema que llevan un enriquecedor y valioso trayecto en su profesión y con su experiencia laboral y cognitiva comparten sus conocimientos dando a conocer aspectos necesarios e importantes para profundizar y afianzar el abordaje de la terapia floral y los niños con déficit atencional e hiperactividad, proporcionando mas potencia a esta monografía.

A continuación se van a presentar algunos puntos de vista muy importantes que responden a interrogantes que se generan a medida que se va abordando el tema de las terapias florales y el déficit atencional e hiperactividad.

Influye la terapia floral en niños con déficit atencional e hiperactividad? De que manera? A que edad se inician estas terapias? La terapia floral será complemento de la medicina alopática? Estará esto socialmente aceptado? Todas estas son unas de las preguntas mas comunes que se van originando en la manera que se avanza en esta investigación y que requieren ser expresadas por un profesional facultado.

ENTREVISTA DE TERAPIA FLORAL A LA DRA. ESTER CESPEDES

1. Por qué eligió especializarse en el tema de las terapias florales Dra. Ester Céspedes?

Llevaba un buen tiempo dedicándome a tratar niños a través de arte-terapia, cuando me sentí desmotivada. Había algo que no me convencía: en el taller, los niños se sentían contentos, se armonizaban rápido, al final de la sesión de dos horas resplandecían...sin embargo, dos días después volvían a otra sesión nuevamente desarmonizados, tristes o agresivos. Eso me hizo plantearme que debía haber alguna forma de terapia que los ayudara a armonizarse en forma permanente, duradera. Y entonces conocí la terapia floral, que ha dado amplia y sorprendente respuesta a mi inquietud.

2. Que la ha motivado seguir avanzando con las terapias florales?

La acción de los remedios florales es sorprendente, reitero. Comprobar de que manera un niño que sufre logra recobrar su alegría, su serenidad gracias a la energía floral, me lleva a seguir cada día con más entusiasmo y gratitud por este camino.

3. De qué manera influye la terapia floral en niños con Déficit Atencional?

El Déficit Atencional es una condición, no una patología. Esto significa que puede manifestarse de diferentes formas y en distintos grados. A los niños con SDA leve o moderado, los remedios florales los ayudan mucho a revertir esa condición. A los niños que presentan un SDA moderado a severo o decididamente muy severo, les ayudan a reequilibrarse en todos los otros aspectos que se ven afectados por esta dificultad de poner atención: la baja autoestima, la ansiedad, la inseguridad, la angustia, las aprensiones, los miedos, la timidez, la fobia escolar, entre muchos otros.

4. Desde que edad se puede practicar la terapia floral en los niños(as)?

Desde el mismo momento de la gestación, el bebé se puede ver muy beneficiado con los remedios florales, ya que al prescribirlos a su mamá, calmar las emociones intensas y los estados de sobreestrés de ella, se está indirectamente actuando sobre ese pequeño ser en crecimiento. Más tarde, en el momento de nacer, las esencias florales aminoran el dramático momento de abandonar el vientre materno protector y hospitalario para enfrentar el mundo lleno de peligros y amenazas. Acá se usan en masajes. Más tarde ayudarán al bebé a dormir tranquilo, a no tener miedo, a soportar la separación momentánea de su madre si esta trabaja. Y así, en las distintas etapas de crecimiento, el niño se ve beneficiado por la energía floral.

5. Cree usted que este complemento a la medicina alopática cuente con el apoyo social suficiente para poder ser llevado a la práctica? ¿Por qué?

Sí lo creo. Yo llevo 8 años dedicada a la terapia floral y percibo cada vez mayor apoyo por parte de muchos profesionales de la salud que me derivan a sus pequeños pacientes en interconsulta. Y cada vez también son más los padres que prefieren probar primero la terapia floral en sus hijos antes de optar por los fármacos.

6. Cree usted que las terapias florales son un complemento a la medicina alopática?

Por supuesto!! En la mayoría de los casos efectivamente la terapia floral es complementaria a otros tratamientos prescritos por la medicina alopática . Pero también en muchos otros casos puede ser el único tratamiento, y el más adecuado.

7. Piensa usted, que las terapias florales cuentan con un apoyo social suficiente para poder ser llevado a la práctica, en forma masiva como la medicina alopática o cree que influye el hecho que las terapias florales tengan un carácter más subjetivo que científico ante la comprobación efectiva de la medicina alopática

En mis dos libros, *Terapia Floral para Niños de Hoy*, ediciones B, 2007 y *Flores, Energía que Sana*, ediciones B, 2009, intento explicar lo más claramente posible las bases científicas de la terapia floral, que son innegables, y que tienen su base sobre la medicina cuántica. Es sólo cuestión de tiempo para que sea aceptada masivamente. También no puedo ignorar el hecho de que la medicina alopática va a mostrarse escéptica ante todo aquello que no sea cuantificable o demostrable según sus propios métodos. Esto se revertirá en la medida que la terapia floral sea una práctica curativa responsable, profesional, seria y confiable.

8.- ¿Qué falencias existen dentro de la medicina alopática, que hacen a las personas buscar medicinas alternativas que los ayuden a buscar un bienestar integral?

La principal falencia es que la medicina alopática considera al ser humano como un conjunto de sistemas compuestos por órganos susceptibles de fallar. Y a eso va, su empeño es subsanar la falla para que el órgano o el sistema afectado puedan volver a ser lo que era. Es decir, esta medicina busca volver al ser humano enfermo a lo que era antes de enfermarse. Por otra parte, no considera al ser humano en su totalidad, incluyendo su parte espiritual, que muchas veces es la fuente de donde mana la enfermedad. Una persona que ha perdido su armonía emocional, su paz espiritual, no tardará en enfermarse físicamente. En síntesis, la medicina alopática ve en la enfermedad un enemigo a derrotar. La medicina integrativa (de la cual forma parte la terapia floral) ve la enfermedad como un mensaje que lleva implícito un aprendizaje. No pretende llevar al ser humano enfermo hacia atrás, al estado en que se hallaba antes de la enfermedad, sino HACIA DELANTE, en sentido evolutivo, a descifrar el mensaje de su enfermedad, aprender de ese llamado de atención para avanzar en su crecimiento y en su camino hacia ser cada vez una mejor persona.

9.- ¿Cómo influye en el proceso de aprendizaje, las terapias florales en niños con déficit atencional?

Indudablemente que un niño sano emocionalmente, en equilibrio y armonía, va a aprender con mucha mayor facilidad que aquél que está en disarmonía emocional. Por lo tanto, la terapia floral siempre va a incidir en un mejor aprendizaje.

10. ¿Qué piensa, acerca de los test que ocupan docentes y neurólogos para diagnosticar a un niño con déficit atencional?

No es mi campo profesional, por lo tanto no puedo opinar acerca de esos tests. Pero pienso que todo intento por ayudar a los niños y establecer pautas para orientar los tratamientos, deben ser bienvenidos.

En lo anteriormente estipulado la terapia floral se fortalece aun mas y al hablar de la relación tan estrecha que existe entre esta y el déficit atencional e hiperactividad permite que haya una motivación mas dinámica y trascendental para efectuar nuevas practicas que faciliten un mejor vivir y un mejor desarrollo a nivel integral al ser humano y en especial a los niños que presentan déficit atencional e hiperactividad. Por esta razón es muy positivo para la educación y la salud acepten esta alternativa que a base de flores entrega energía que permite canalizar aspectos nocivos para algunos niños. “No pretende llevar al ser humano enfermo hacia atrás, al estado en que se hallaba antes de la enfermedad, sino HACIA DELANTE, en sentido evolutivo, a descifrar el mensaje de su enfermedad, aprender de ese llamado de atención para avanzar en su crecimiento y en su camino hacia ser cada vez una mejor persona”(Dra Ester Céspedes). Una sociedad que guie a los niños para que sean adultos con un verdadero bienestar.