



**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL ESTADO DEL ARTE DE LA APLICACIÓN DE
LAS FLORES DE BACH EN ESTUDIANTES CON NECESIDADES
EDUCATIVAS ESPECIALES**

INTEGRANTES: Carla Berrios Corvalán
Rosa Pastene Vega
Iván Negrete Rivera

DOCENTE GUÍA: Patricio Alarcón Carvacho

Monografía para Optar al Título de Profesor de Educación Diferencial con Mención en
Discapacidad Mental y Trastornos Específicos del Lenguaje Oral.

Tesis para Optar al Grado de Licenciado en Educación.

Santiago, enero 2020.

*“Cuando uno cambia de emoción, cambia de dominio de acción”
(Humberto Maturana)*

*“Que el padre, el educador y el compañero se afanen siempre por animar el desarrollo del Ser Superior dentro de aquellos sobre los que tienen el maravilloso privilegio y oportunidad de ejercer su influencia”.
(Dr. Edward Bach)*

AGRADECIMENTOS:

A nuestras familias

A nuestras hijas, divinas inspiraciones

A Dios por todas sus creaciones y por las personas puestas en nuestro camino

quienes nos apoyaron incondicionalmente y a nuestro Maestro

Guía y orientador

Quien siempre fue luz

y tesón

Gratitud Infinita por enseñarnos que todo lo vivido es parte de nuestro crecimiento.

Carla – Rose - Iván

INDICE

1. CAPÍTULO I	
1.- Conceptualización de la temática.....	6
2. - Propuesta de la Organización mundial de la salud sobre la medicina tradicional y complementaria.	9
2. CAPÍTULO II	
1. Fundamentos epistemológicos.....	29
1.1 Paradigma de la complejidad.....	29
1.2. Física Cuántica.....	31
1.3.- Medicina Vibracional.....	31
1.4.- Psicología Transpersonal.....	36
1.5.- Medicina Holística Integrativa.....	36
2. Descripción teórica de la Terapia Floral del Dr. Edward Bach.....	38
2.1.- Verdades Fundamentales.....	40
2.1.1.- Principio de Divinidad-Humanidad: Una antropología filosófica.....	40
2.1.2- Principio de Perfectibilidad Humana.....	41
2.1.3.- Principio de Eternidad-Transitoriedad: Inmortalidad del Alma – Existir para Evolucionar.....	42
2.1.4.- Principio de Armonía – Salud: Concepto de Salud y Enfermedad....	43
2.1.5.- Principio de Comprensión de la Unidad de Todas las Cosas.....	44
2.2.- Antecedentes Biográficos de Edward Bach.....	45
2.3.- Conocimiento de las Esencias Florales del Dr. Edward Bach y su relación con los niños.....	50
3. Esencias Florales de Bach y su relación con los estados emocionales de los niños que presentan Necesidades Educativas Especiales.....	52
3.1. Las 38 Esencias Florales del Dr. Bach, clasificadas en los 7 Grupos Emocionales.....	52
3.1.1. Grupo I Sentimientos de Miedo.....	53
3.1.2. Grupo II Sentimientos de Incertidumbre.....	54-55
3.1.3. Grupo III Sentimientos de Falta de Interés por el presente.....	56
3.1.4. Grupo IV Sentimientos de Soledad.....	57
3.1.5. Grupo V Hipersensibilidad a influencias y opiniones.....	58
3.1.6. Grupo VI Para la desesperación o el abatimiento.....	59

3.1.7. Grupo VII Excesiva Preocupación por el Bienestar de los Demás.....	61
3.1.8. Rescue Remedy.....	62
4. Descripción histórica y conceptual de las necesidades educativas especiales en Chile.....	63
4.1. Antecedentes generales de la política de Educación Especial en Chile.....	63
4.2. Educación especial en Chile.....	65
4.3. Antecedentes históricos de la Educación Especial en Chile.....	71
3. CAPÍTULO III	
1. Revisión de las publicaciones.....	73
2. CONCLUSIONES.....	76
3. REFERENCIAS.....	79

CAPÍTULO I

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA TEMÁTICA

En la actualidad, son muchos los niños, niñas y jóvenes que por diferentes causas experimentan alguna barrera durante su proceso de enseñanza – aprendizaje y vida escolar. A través del tiempo se ha podido observar que los alumnos con discapacidad constituyen el colectivo que ha estado más expuesto a las consecuencias de la segregación y exclusión.

Además, agregan que los esfuerzos por generar una intervención que apunte hacia el desarrollo de un niño feliz, relajado, confiado, protegido, estimulado, motivado, asombrado y que fluya bajo la visión de la llamada “*biología del amor*”, se hacen escasos. (p17)

Las Leyes y Decretos que dan cuenta de las Políticas de la Educación Especial, han estado tan fuertemente ligadas con la mirada médica, que no ha reparado en observar como este modelo médico poco a poco se está abriendo a la integración de nuevos paradigmas que consideran las conexiones entre las emociones, la mente y el cuerpo físico/celular, los cuales están en interacción dinámica (Robe, 2005). Mirada que genera un cambio de modelo en la concepción del ser humano, entendiéndoselo desde una visión más integral y amplia que la que tradicionalmente se utiliza a nivel de la salud. Dentro de estas nuevas miradas podemos encontrar la Medicina Vibracional, la cual aspira a *una reunificación más completa y plena de la personalidad con el Yo Superior. Las modalidades terapéuticas vibratoriales tienden a vigorizar las conexiones energéticas entre la personalidad y el alma propiamente dicha, por cuanto reequilibran el complejo cuerpo/ mente/espíritu.* (Gerber, 1993)

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

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

Es entonces, debido a lo anteriormente expuesto que surge la pregunta de: ¿Cuál es el aporte de la Terapia Floral del Dr. Edward Bach a las Nuevas Políticas Educativas de la Educación Especial?

El buen o mal rendimiento escolar son experiencias que marcan la vida emocional de los estudiantes y su entorno familiar, este fracaso o éxito en ocasiones es clave en el bienestar socioemocional del niño durante su infancia y adolescencia, puesto que estas experiencias en ocasiones marcan significativamente la imagen de sí mismo hasta la vida adulta.

Desde la mirada de la Dra. Amanda Céspedes (2007) en primera instancia, asegura que somos un canal amoroso por el cual se manifiestan las energías, por lo tanto es indispensable que el terapeuta mire a la persona desde un estado emocional armónico, desde una conexión espiritual con las energías superiores. La energía floral ejerce una acción terapéutica sobre los campos sutiles, suministrando energías que vibran con frecuencias altas, superiores a las del cuerpo físico.

Así mismo, 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.

Céspedes, A. (2008) también plantea que la Terapia Floral es, 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.

Respecto al síndrome de déficit atencional con hiperactividad, la Dra. Céspedes, A. (2008) señala que se acompaña de otros problemas neurológicos y psiquiátricos, tales como: jaquecas, tics, epilepsia, tartamudez, trastornos del sueño; depresión monopolar y bipolar, trastornos severos de conducta y trastornos de la personalidad, entre otros diagnósticos.

La doctora Ester Céspedes, en una entrevista sobre Terapia Floral, comenta que “es un medio que aporta al mejoramiento de la calidad de vida de los niños. Las esencias florales deberán ser abordadas desde un contexto global de cuidados para el niño: un hogar amable y equilibrado, un ambiente escolar sano, adecuada nutrición, atención médica calificada, etc. Es en este contexto, de derechos que tiene cada niño, es que deberán insertarse las esencias florales, como una ayuda más en sus cuidados esenciales” (Céspedes, E. 2017)

Céspedes y Céspedes (2007), plantean que *“cuando el niño se ve sobrepasado por ciertas situaciones que se repiten en el tiempo, va cayendo en un estado específico e integral, que además pareciera retroalimentarse. Este se caracteriza por el surgimiento de una serie de procesos o fenómenos internos desencadenantes a su vez de desajustes emocionales, afectivos, cognitivos y fisiológicos.”* (p16).

2. PROPUESTA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA.

Según la OMS (2013), aspectos relativos a la seguridad, eficacia, calidad, disponibilidad, presentación y reglamentación de la medicina tradicional y complementaria (MTC), son instancias normativas a afrontar en la actualidad, por lo que la utilización de la MTC sigue siendo amplia en la mayoría de los países, siendo cada vez más importante, abarcando más allá de los productos, hacia las diferentes prácticas y los profesionales. Debido a lo anterior es que la OMS efectuó un análisis general de la situación actual de la MTC en todo el mundo, colaborando con los expertos en la confección de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, en la que se abordan importantes temáticas, mostrando las definiciones de medicina tradicional, medicina complementaria y MTC, tal como se muestra en el recuadro 1:

Recuadro 1

Definiciones de MTC

Medicina tradicional

La medicina tradicional tiene una larga historia. Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. (<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>)

Medicina complementaria

Los términos “medicina complementaria” o “medicina alternativa” aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional. (<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>).

Medicina tradicional y complementaria (MTC)

Medicina tradicional y complementaria fusiona los términos “medicina tradicional” y “medicina complementaria”, y abarca productos, prácticas y profesionales.

En el mundo, la medicina tradicional y complementaria se utiliza ampliamente en todo el mundo y se la aprecia por diversos motivos. En la Conferencia Internacional sobre Medicina Tradicional para los Países de Asia Sudoriental, celebrada en febrero de 2013, la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, declaró que “las medicinas tradicionales de calidad, seguridad y eficacia comprobada contribuyen a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud. Para muchos millones de personas, los a base de hierbas, los tratamientos tradicionales y los prácticos de las medicinas tradicionales representan la principal fuente de atención sanitaria, y a veces la única. Esta forma de atención está próxima a los hogares, es accesible y asequible. Además, es culturalmente aceptada y en ella confían muchísimas personas. La asequibilidad de la mayor parte de las medicinas tradicionales las hace más atractivas en el contexto del vertiginoso encarecimiento de la atención de salud y de la austeridad casi universal. La medicina tradicional se destaca también como un medio para afrontar el incesante aumento de las enfermedades no transmisibles crónicas.” Independientemente de los motivos por los que se recurre a las MTC, es indudable que el interés por ellas ha aumentado, y seguramente seguirá aumentando en todo el mundo. (OMS, 2013).

La misión de la OMS (2013), consiste en ayudar a salvar vidas y mejorar la salud. En lo que respecta a la MTC, y con miras a promover esas funciones, la Organización Mundial de la Salud:

-) Facilita la integración de la MTC en los sistemas de salud mediante su apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de sus propias políticas nacionales para ese sector;
-) Elabora directrices sobre MTC por medio de la elaboración y el establecimiento de normas, directrices técnicas y metodologías relativas a la investigación de productos, prácticas y profesionales;

-) Alienta la investigación estratégica en materia de MTC, para lo cual respalda proyectos de investigación clínica sobre su seguridad y eficacia;
-) Aboga por el uso racional de la MTC mediante el fomento de su utilización basada en pruebas científicas; y
-) Difunde información sobre MTC, actuando como centro coordinador para facilitar el intercambio de información.

Respecto a la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, esta actualiza y refuerza el marco de acción establecido en:

-) La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 (2), el primer documento de estrategia preparado por la OMS en esa esfera;
-) Las secciones sobre medicina tradicional de la estrategia farmacéutica 2004-2007 de la OMS (3); y
-) Los componentes de medicina tradicional de la estrategia farmacéutica de la OMS 2008-2013 (4).

La nueva estrategia entregada por la OMS (2013), examina la contribución que la MTC podría efectuar a favor de la salud, específicamente a lo que se refiere a la prestación de servicios de salud, y establece medidas prioritarias hasta 2023. La estrategia es una respuesta eficaz y dinámica a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional (1) que alienta a los Estados Miembros a considerar la MTC como una parte importante del sistema de salud y se basa en la labor iniciada con la Declaración de Beijing, adoptada en 2008 por el Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional.

Así mismo, esta nueva estrategia otorgada por la OMS (2013) es importante para los Estados Miembros, las partes interesadas en la MTC y la OMS en lo que respecta a la

integración de la MTC en los sistemas de salud de los países, ya que pone de relieve los progresos de investigación y desarrollo en materia de MTC y reconoce la experiencia adquirida durante la aplicación de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 y las estrategias farmacéuticas de la OMS.

Se pueden observar aspectos relevantes en cuanto a la MTC respecto a:

1) Sostenido interés por la MTC

El público y los usuarios de servicios de salud en todo el mundo siguen incluyendo la MTC entre sus decisiones relacionadas con la salud. Esto obliga a los Estados Miembros a prestarles apoyo para que puedan tomar sus decisiones con conocimiento de causa.

2) Creciente importancia económica de la MTC

Debido a que el sector de MTC desempeña actualmente un papel importante en el desarrollo económico de algunos países, la utilización de la MTC es cada vez mayor y más generalizada, en particular en relación con productos adquiridos personalmente o a través de Internet. Al mismo tiempo, en el marco de las actuales restricciones financieras globales, el uso de la MTC para el mejoramiento de la salud, la autoatención de salud y la prevención de enfermedades podría reducir los gastos sanitarios.

3) Carácter global de la MTC

Los productos y prácticas de la MTC de una región dada se suelen utilizar en todo el mundo como complemento de la prestación de servicios de salud locales, lo que hace de la MTC un fenómeno verdaderamente global. Esto exige un nuevo grado de cooperación entre los Estados Miembros, dado que el sector sigue trabajando para determinar y facilitar el acceso a prácticas y productos inocuos.

1. Discurso de la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, en la Conferencia Internacional sobre Medicina Tradicional para los Países de Asia Sudoriental. Nueva Delhi (India) 12 a 14 de febrero de 2013.

4) Diferencias considerables en los niveles de formación, acreditación y reglamentación de las prácticas y los profesionales de MTC.

En un mundo cada vez más globalizado, las personas se desplazan libremente de un país a otro para vivir y trabajar. En vista de esta tendencia, es preciso comprender mejor la práctica de la MTC a fin de velar por la coherencia y la seguridad profesional.

5) Progresos recientes de la investigación y desarrollo en materia de MTC

Desde la publicación de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 se han realizado importantes progresos en cuanto a los conocimientos sobre MTC, y se han desarrollado normas y directrices técnicas para la prestación organizada de servicios de salud.

6) Propiedad intelectual

A medida que la MTC se vuelve más popular, es importante equilibrar la necesidad de proteger los derechos de propiedad intelectual de los pueblos indígenas y las comunidades locales, así como sus tradiciones de cuidados de salud, y, al mismo tiempo, asegurar el acceso a la MTC y promover la investigación, el desarrollo y la innovación. Toda medida deberá guiarse por la estrategia global y el plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (5).

7) Integración de la MTC en los sistemas de salud

El aumento del interés por la MTC exige su integración más estrecha en los sistemas de salud. Las instancias normativas y los usuarios deberían examinar de qué manera la MTC puede mejorar la experiencia del paciente y la salud de la población. Se deben considerar importantes cuestiones relativas al acceso, así como a la población y la salud pública.

Desde la puesta en marcha de la primera estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 (2) se han registrado progresos significativos y constantes en materia de aplicación, reglamentación y gestión de la MTC en la mayoría de las regiones del mundo.

Si bien los Estados Miembros actuaron por iniciativa propia, el documento de estrategia original desempeñó un papel importante en apoyo de sus esfuerzos (figuras 1 y 2). Las estadísticas sobre progresos globales se extrapolaron de la reciente encuesta global de la OMS sobre MTC y se basan en los indicadores críticos mencionados en la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 (2), (OMS, 2013).

Muchos Estados Miembros han realizado enormes esfuerzos por promover la MTC, debido, en parte, a la aplicación de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. En los últimos años los Estados Miembros establecieron o elaboraron políticas y reglamentos nacionales y regionales orientados a promover el uso seguro y eficaz de la MTC. La OMS elaboró directrices y normas técnicas y organizó cursos y talleres de capacitación en apoyo de los Estados Miembros. (OMS, 2013).

Figura 1

Seguimiento de los cambios en los indicadores de progresos de los países, definidos en la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional

Fuentes:

a: Referencia 2.

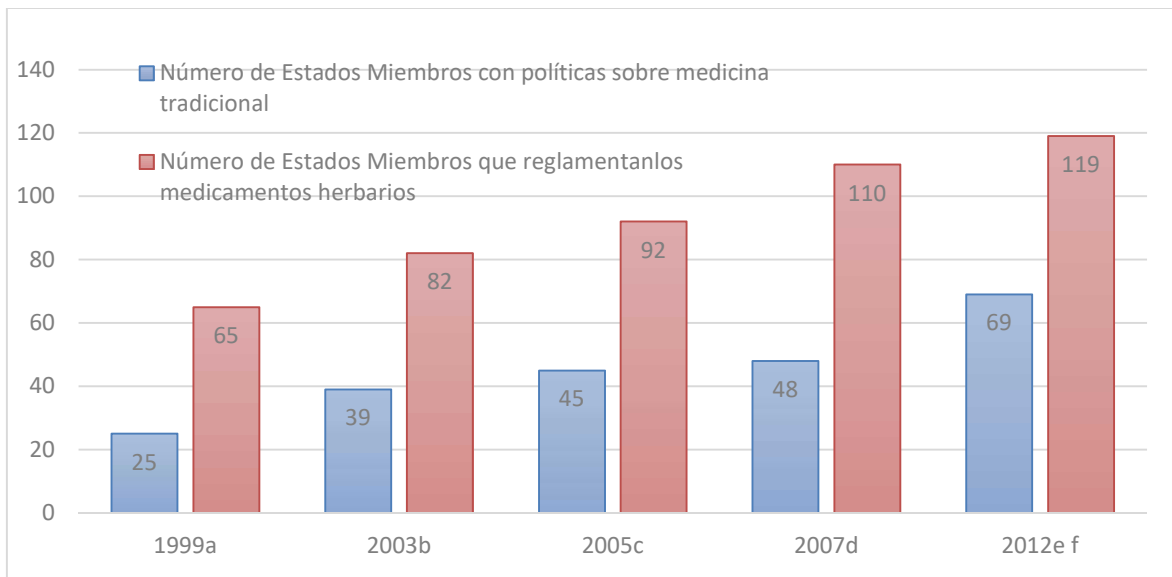
b: Referencia 3.

c: Referencia 6 y 7.

d: Referencia 4.

e: Número de Estados Miembros con políticas sobre medicina tradicional: datos combinados de: 1) un informe provisional de la segunda encuesta global de la OMS (mediados de 2012; con 129 respuestas a la encuesta) y 2) los resultados de la primera encuesta mundial de la OMS (OMS, 2005).

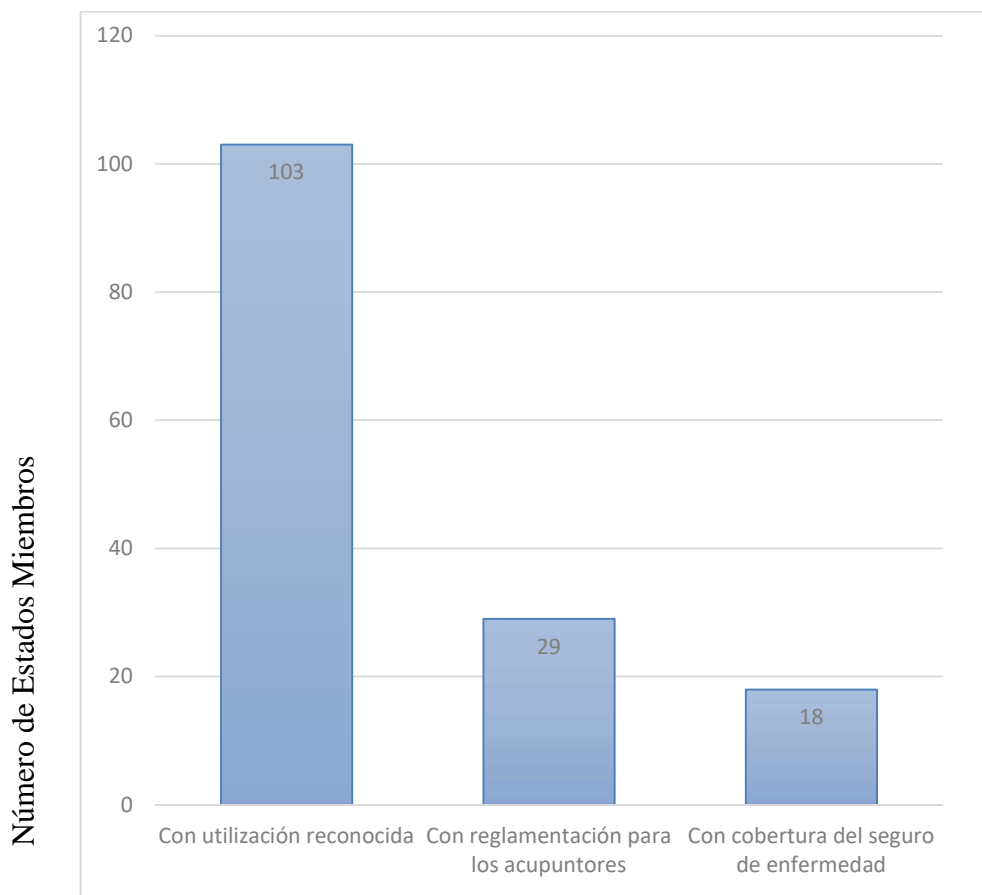
f: Número de Estados Miembros que reglamentan los medicamentos herbarios: datos combinados de 1) un informe provisional de la segunda encuesta global de la OMS (mediados de 2012; con 129 respuestas a la encuesta); 2) los resultados de la primera encuesta mundial de la OMS (OMS, 2005); 3) información sobre la participación en la IRCH, y 4) composición de la UE.



En cuanto a las prácticas de MTC, son muy distintas de un país a otro, y algunas se consideran de diferentes maneras en función de la cultura, el conocimiento y la

accesibilidad de la medicina convencional. La acupuntura es una práctica en la que se han realizado progresos importantes. Aunque originalmente era un componente de la medicina tradicional china, en la actualidad se la utiliza en todo el mundo. Según informes suministrados por 129 países, el 80% de ellos reconoce actualmente la utilización de la acupuntura (figura 2). (OMS, 2013).

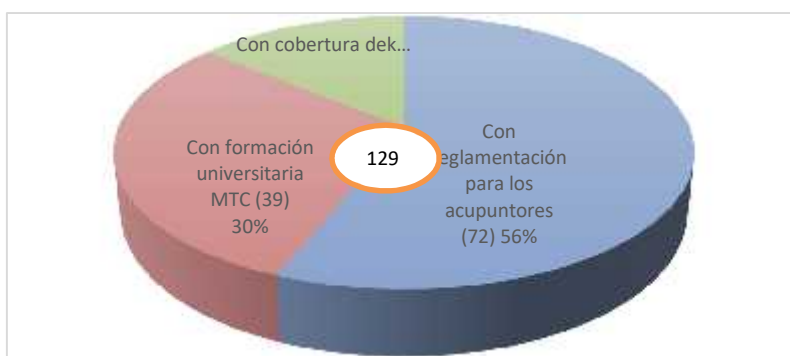
Figura 2
Utilización de acupuntura en los Estados Miembros



Fuente: datos provisionales de la segunda encuesta global de la OMS sobre medicina tradicional, al 11 de junio de 2012.

Respecto a la formación e investigación, y a fin de mejorar la seguridad y la práctica calificada de la MTC, los Estados Miembros han elaborado reglamentos relativos a calidad, cantidad, acreditación y estructuras de formación de profesionales de MTC, en particular los profesionales de medicina convencional que utilizan la MTC. Se han logrado importantes progresos en muchos aspectos. Por ejemplo, el número de Estados Miembros que disponen de programas de capacitación superior en MTC, incluidas las licenciaturas, las maestrías y los doctorados de nivel universitario, ha aumentado de apenas unos pocos, a 39, lo que representa el 30% de los países encuestados (figura 3). (OMS, 2013).

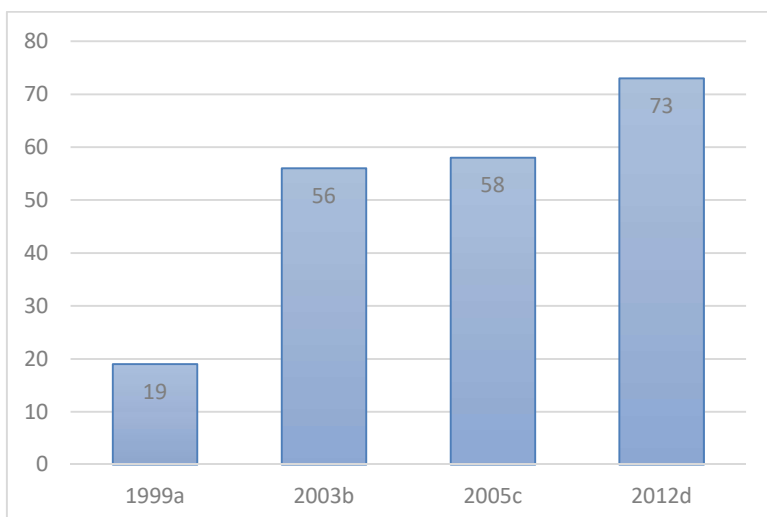
Figura 3
Formación universitaria en MTC



Fuente: datos provisionales de la segunda encuesta global de la OMS, al 11 de junio de 2012.

Se realizaron progresos en el establecimiento de institutos nacionales de investigación sobre MTC en todo el mundo (figura 4). Aumentó significativamente el número de Estados Miembros que notificaron que contaban con un instituto nacional de investigación sobre MTC. (OMS, 2013).

Figura 4
Seguimiento de los cambios en los indicadores del progreso de los países definidos en la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: Número de Estados Miembros que cuentan con institutos nacionales de investigación sobre medicina tradicional/medicina complementaria (incluidos los dedicados a medicamentos herbarios).



Fuentes:

a: Referencia 2.

b: Referencia 3.

c: Referencia 6 y 7.

d: Datos combinados de: 1) un informe provisional de la segunda encuesta global de la OMS (mediados de 2012; con 129 respuestas a la encuesta); 2) los resultados de la primera encuesta mundial de la OMS (OMS, 2005); y 3) información sobre los centros colaboradores de la OMS para la medicina tradicional

Sin embargo, y a
pesar de los
importantes
progresos

realizados en la aplicación de la estrategia otorgada por la OMS (2013) en todo el mundo, los Estados Miembros siguen teniendo problemas en relación con:

-) El desarrollo y la aplicación de políticas y reglamentos;
-) La integración, en particular en lo concerniente a la identificación y evaluación de estrategias y criterios para incorporar la medicina tradicional en la atención primaria de salud (APS) en el ámbito nacional;
-) La seguridad y la calidad, especialmente en lo que respecta a evaluación de productos y servicios, calificación de profesionales, metodología y criterios para evaluar la eficacia;
-) La capacidad para controlar y reglamentar la publicidad y las afirmaciones de la medicina tradicional y la medicina complementaria (MTC);

-) Las actividades de investigación y desarrollo;
-) La formación y capacitación de profesionales de MTC;
-) La información y comunicación, incluido el intercambio de información sobre políticas, reglamentos, características de los servicios y datos de investigaciones, o la obtención de recursos de información objetivos y fiables para los usuarios.

La misión de la OMS (2013) consiste en ayudar a salvar vidas y mejorar la salud. En lo que respecta a la Medicina Tradicional y Complementaria, y con miras a promover esas funciones, la OMS:

-) Facilita la integración de la MTC en los sistemas de salud mediante su apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de sus propias políticas nacionales para ese sector;
-) Elabora directrices sobre MTC por medio de la elaboración y el establecimiento de normas, directrices técnicas y metodologías relativas a la investigación de productos, prácticas y profesionales;
-) Alienta la investigación estratégica en materia de MTC, para lo cual respalda proyectos de investigación clínica sobre su seguridad y eficacia;
-) Aboga por el uso racional de la MTC mediante el fomento de su utilización basada en pruebas científicas; y
-) Difunde información sobre MTC, actuando como centro coordinador para facilitar el intercambio de información.

La OMS (2013) informa que la forma de utilizar la Medicina Tradicional y Complementaria es diferente entre los Estados Miembros, en función de diversos factores tales como: la cultura, la importancia histórica y los reglamentos. Sin embargo, se debe tomar en consideración que no existe un método uniforme para examinar esos patrones de

utilización, por lo que podría ser importante considerar la forma en que las personas utilizan la MTC en relación con tres pautas generales:

1) La utilización en países en los que la medicina tradicional es una de las principales prácticas de atención de salud. En estos países, la disponibilidad de los servicios de salud basados en la medicina convencional y/o el acceso a esos servicios suele ser, en general, limitada. La utilización generalizada de la medicina tradicional en África y en algunos países en desarrollo se puede atribuir al hecho de que está presente en el lugar y es muy asequible. En África, por ejemplo, la proporción de curanderos tradicionales por habitante es de 1:500, mientras que la de médicos por habitante es de 1:40.000. Por lo tanto, para millones de personas de las zonas rurales, los curanderos siguen siendo sus dispensadores de atención sanitaria.

2) Respecto a la utilización de medicina tradicional debida a influencias culturales e históricas, se ve que en algunos países, por ejemplo Singapur y la República de Corea, en los que el sistema convencional de atención de salud está bien establecido, el 76% y el 86% de las respectivas poblaciones sigue recurriendo a la medicina tradicional.

3) Utilización de la MTC como terapia complementaria, es común en los países desarrollados en los que la estructura del sistema de salud suele estar bien afianzada, por ejemplo, América del Norte y muchos países europeos.

En cuanto a las necesidades individuales, con frecuencia las personas recurren a la MTC, donde algunos estudios revelan que los pacientes que sufren determinados trastornos crónicos utilizan servicios de MTC con mayor periodicidad. Por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos indicó que los pacientes con enfermedades reumáticas que consultaban a médicos osteópatas en el contexto de la medicina de familia representaban el 23% de las visitas en un período de un año (24). En Francia, los pacientes con trastornos crónicos del aparato locomotor representan una gran parte de las consultas

a médicos que ofrecen tratamientos alternativos a la medicina convencional (25). Un amplio número de pacientes con esclerosis múltiple recurren a tratamientos de medicinas complementarias y alternativas: la prevalencia del uso va del 41% en España, al 70% en el Canadá y el 82% en Australia (26). En China, según datos de los servicios nacionales de seguimiento de la medicina tradicional china, las cinco enfermedades principales que motivaron admisiones en hospitales de medicina tradicional china en 2008 fueron: accidente cerebrovascular, hernia discal, hemorroides, cardiopatía isquémica e hipertensión esencial (27). La República de Corea notificó que en 2011 las principales enfermedades que motivaron admisiones en hospitales de medicina tradicional coreana fueron: trastornos del sistema articular y muscular, dispepsia, artrosis de rodilla y trastornos del nervio facial. (OMS, 2013).

En la posibilidad de reducir gastos, la utilización de MTC es un motivo importante para que las personas opten por estos servicios. Por ejemplo, un ensayo aleatorio controlado incluyó una evaluación económica de tratamientos de fisioterapia, terapia manual y atención médica general contra los dolores cervicales: los resultados indicaron que el grupo de terapias manuales conseguía mejoras más rápidamente que la fisioterapia y la atención médica general, y que los gastos totales de la terapia manual (€447) representaban, aproximadamente, un tercio de los gastos de fisioterapia (€1.297) y de atención médica general (€1.379). Esto apunta a que la terapia manual es más eficaz y menos costosa para tratar dolores cervicales, que la fisioterapia o la atención dispensada por un médico generalista. Otro estudio reciente indica que los pacientes cuyos médicos generalistas están capacitados también en medicina complementaria y alternativa incurren en menores gastos de atención sanitaria y registran tasas de mortalidad más bajas que los demás. Los menores gastos se debieron al menor número de ingresos hospitalarios y prescripciones de medicamentos. (OMS, 2013).

Debido a la adopción de la estrategia de la OMS (2013) sobre medicina tradicional 2002-2005, muchos Estados Miembros establecieron políticas y reglamentos nacionales y regionales orientados a promover la seguridad en relación con el uso de productos, las prácticas y los profesionales de MTC (recuadro 4):

Recuadro 4

Productos, prácticas y profesionales de MTC

Los **productos de MTC** incluyen hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados que contienen como principios activos partes de plantas u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos ingredientes. En algunos países los a base de hierbas pueden contener, tradicionalmente, principios activos naturales orgánicos o inorgánicos que no sean de origen vegetal (por ejemplo, materiales de origen animal y mineral). (Ref.: aclaración del cuestionario modificado de la segunda encuesta global de la OMS).

Las **prácticas de MTC** incluyen medicamentos terapéuticos y tratamientos de salud basados en procedimientos, por ejemplo a base de hierbas, naturopatía, acupuntura y terapias manuales tales como la quiropráctica, la osteopatía y otras técnicas afines, incluidos qi gong, tai chi, yoga, medicina termal y otras terapias físicas, mentales, espirituales y psicofísicas. (Ref.: definición modificada de terapias basadas en procedimientos, recogida en las Pautas Generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional).

Los **profesionales de MTC** pueden ser prácticos de medicina tradicional o de medicina complementaria, profesionales de medicina convencional, y agentes de atención sanitaria tales como médicos, odontólogos, enfermeras, parteras, farmacéuticos y fisioterapeutas que prestan servicios de medicina tradicional/medicina complementaria y alternativa a sus pacientes (Reforma.: explicación del cuestionario modificado incluida en la segunda encuesta global de la OMS).

Los Estados Miembros siguen teniendo la gran responsabilidad de proteger la salud de sus habitantes, para lo cual deberán velar por la seguridad de las prácticas de MTC y prevenir más eficazmente los riesgos identificados de esas prácticas (recuadro 5). (OMS, 2013).

Recuadro 5

Riesgos identificados en relación con productos, profesionales, y autoatención de MTC

- Utilización de productos de mala calidad, adulterados o falsificados;
- prácticos no cualificados;
- diagnósticos equivocados, diagnósticos tardíos, o falta de utilización de tratamientos convencionales eficaces;
- exposición a información engañosa o poco fiable;
- eventos adversos directos, efectos secundarios o interacciones terapéuticas no deseadas.

Respecto a los profesionales de medicina tradicional y complementaria, los medios por los que los profesionales de MTC adquieren sus conocimientos y destrezas varían de un país a otro. En algunos países se han arraigado ciertas prácticas de MTC, y los profesionales deben completar un programa oficial de formación/capacitación. Por ejemplo, en muchos países de Europa y América del Norte, los profesionales quiroprácticos, naturópatas, fitoterapeutas y osteópatas deben recibir formación en el marco de programas de nivel universitario. Asimismo, en China, la República de Corea, la India y Viet Nam, los médicos que practican determinados tipos de MTC deben ser graduados universitarios. Además de las normas de formación/capacitación, muchos Estados Miembros han elaborado reglamentos para los profesionales de MTC. (OMS, 2013).

En Suiza, la tasa media de utilización de la MTC desde 1990 (personas que han recurrido a la MTC) es del 49% (47). En 1998, el Departamento Federal de Asuntos Internos decidió que entre 1999 y 2005 el seguro médico obligatorio (KLV) cubriría cinco terapias complementarias, a saber, medicina antroposófica, homeopatía, terapia neural, fitoterapia

y medicina tradicional china (más precisamente la terapia herbaria tradicional china, siempre que el servicio fuera prestado por un médico habilitado para ejercer la medicina complementaria y alternativa. Mientras tanto, el Gobierno de Suiza estableció un programa de evaluación de la medicina complementaria y alternativa (PEK), que estaba desempeñando un papel creciente en el sistema sanitario del país, con el fin de determinar su función y eficacia. Según los resultados de esa evaluación, los profesionales de medicina complementaria y alternativa se diferencian de los médicos convencionales por el carácter, la ubicación y los recursos técnicos de sus prácticas. En 2009, más del 67% de los votantes del país apoyó la introducción de un nuevo artículo constitucional relativo a la medicina complementaria y alternativa, a raíz de lo cual algunas terapias complementarias se han reintroducido en el programa básico de seguro médico disponible para todos los ciudadanos suizos (48). El artículo constitucional sobre medicina complementaria y alternativa probablemente acelerará el establecimiento de enseñanzas obligatorias para los estudiantes de medicina, la normalización de la capacitación, y la habilitación para practicar terapias complementarias, tanto para profesionales médicos como no médicos, así como la disponibilidad de productos de medicina complementaria y alternativa en Suiza (49), (OMS, 2013).

Los procedimientos y las medidas que se adopten para integrar la MTC en el sistema de salud diferirán entre los países y también entre las regiones. Los criterios que se exponen a continuación podrían ayudar a los Estados Miembros a identificar las medidas esenciales que deberían adoptar, (OMS, 2013):

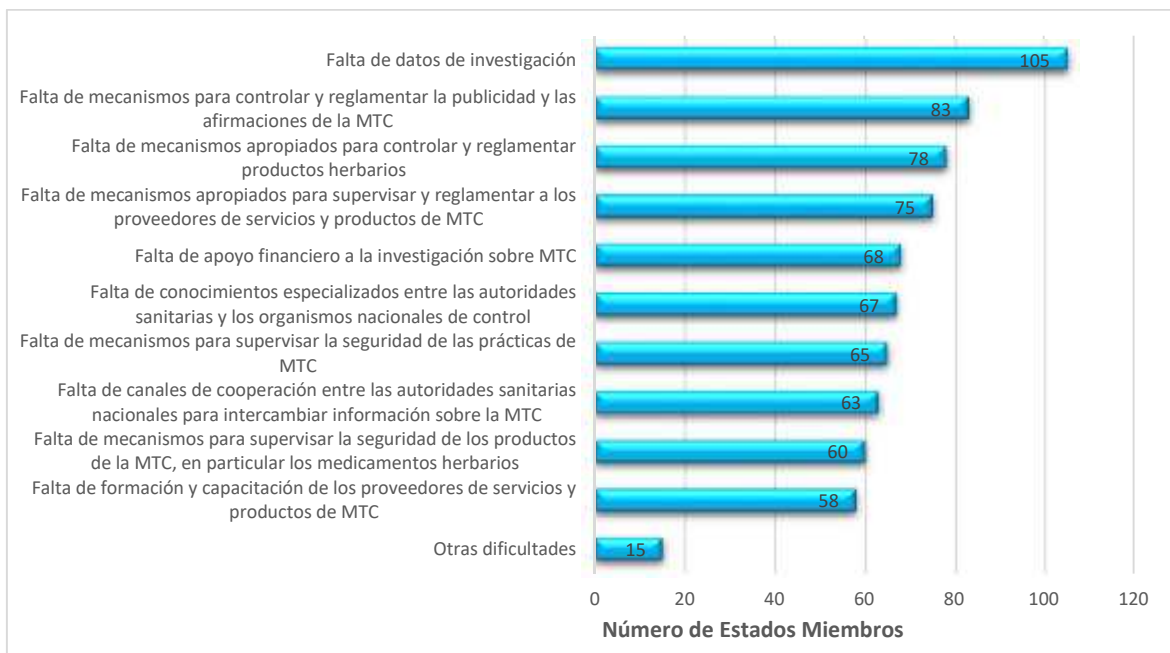
-) Estudiar la utilización de la MTC, en particular sus ventajas y riesgos en el contexto de la historia y la cultura locales, y promover una apreciación más cabal de su papel y sus posibilidades;
-) Analizar recursos nacionales para la salud, entre ellos los financieros y humanos;

- J Fortalecer o establecer políticas y reglamentos concernientes a todos los productos, prácticas y profesionales;
- J Promover el acceso equitativo a la salud y la integración de la MTC en el sistema nacional de salud, incluido el reembolso y posibles canales de derivación y colaboración.

Del examen global se desprende claramente que existen oportunidades y desafíos en lo relativo a políticas nacionales, derecho y reglamentación, calidad, seguridad y eficacia de la MTC, cobertura sanitaria universal e integración de la MTC en los sistemas de salud. Aunque existen numerosas cuestiones sociales y económicas apremiantes que propician la utilización de la MTC, el aumento previsto de la carga mundial de morbilidad debida a enfermedades crónicas, es el motivo más urgente para desarrollar y fortalecer la colaboración entre los sectores de la medicina convencional y la MTC. (OMS, 2013).

Las oportunidades y los desafíos identificados en el examen se reflejan en informes de los Estados Miembros, estudios, y reuniones de expertos (resumidos en las figuras 6 y 7). En su conjunto, esas conclusiones proporcionan una base para formular los objetivos de la estrategia. Sin embargo, en vista de las diferentes percepciones de los Estados Miembros en lo que respecta a la utilización, reglamentación e integración de la MTC, el establecimiento de objetivos estratégicos se debe considerar en relación con la situación específica de cada Estado Miembro. (OMS, 2013).

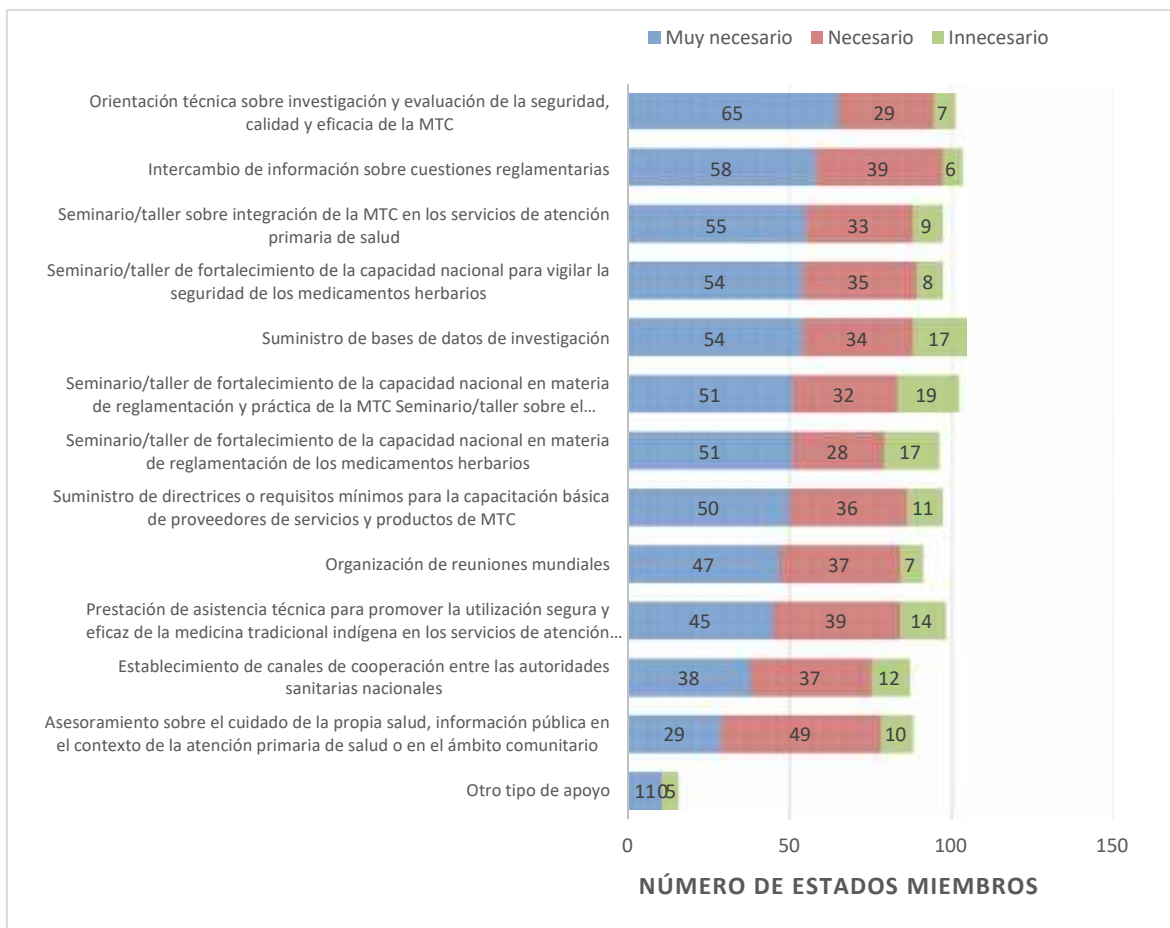
Figura 6
Dificultades que afrontan los Estados Miembros en lo concerniente a cuestiones normativas relacionadas con la práctica de la medicina tradicional y complementaria



Fuente: datos provisionales de la segunda encuesta global de la OMS sobre medicina tradicional, al 11 de junio de 2012.

La diversidad entre los Estados Miembros se refleja en las conclusiones de un estudio reciente sobre la MTC en Europa. Las 39 naciones abarcadas por el estudio se diferencian extraordinariamente en lo concerniente a la reglamentación de la práctica de la medicina complementaria y alternativa. Al mismo tiempo, el objetivo de política declarado es la adopción de un reglamento uniforme para los productos de la medicina complementaria y alternativa que prescriben o recomiendan los profesionales en esa región. Los pacientes que cruzan las fronteras en busca de tratamientos de medicina complementaria y alternativa pueden observar diferencias sustanciales entre las experiencias profesionales de prácticos de medicina complementaria y alternativa aparentemente iguales, sujetos a sistemas de reembolso totalmente diferentes. (OMS, 2013).

Figura 7
Tipo de apoyo relacionado con la medicina tradicional y complementaria que los Estados Miembros desean recibir de la OMS



Fuente: datos provisionales de la segunda encuesta global de la OMS sobre medicina tradicional, al 11 de junio de 2012

El análisis de los progresos realizados desde la adopción de la primera estrategia mundial de la OMS sobre medicina tradicional y el examen mundial revelan claramente que la demanda de MTC es constante en todo el mundo. La MTC no solo se utiliza para tratar enfermedades, en particular enfermedades crónicas, sino también para prevenir enfermedades, mejorar la salud y mantenerla, y para algunos gobiernos ha demostrado tener una buena relación costo-eficacia. La OMS ha elaborado su estrategia sobre medicina tradicional 2014-2023 con el fin de satisfacer las demandas del público y los Estados Miembros y orientar a los países hacia la integración de la MTC en los sistemas de salud (OMS, 2013).

A raíz de los logros y problemas identificados durante la aplicación de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, la Organización celebró reuniones consultivas con expertos, Estados Miembros y otras partes interesadas de las seis regiones de la OMS, con el fin de desarrollar los objetivos estratégicos, las orientaciones estratégicas y las medidas estratégicas para la nueva estrategia que orientará al sector de la MTC en el período 2014-2023 (OMS, 2013).

Los objetivos de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 consisten en:

- a.- Aprovechar la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar, la atención de salud centrada en la persona y la cobertura sanitaria universal;
- b.- Promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación, investigación e integración de sus productos, prácticas y profesionales en los sistemas de salud, según proceda.

La estrategia de la OMS (2013) sobre medicina tradicional 2014-2023 está concebida para ayudar a los países a determinar la mejor manera de promover la salud y proteger a los usuarios que desean recurrir a esos productos, prácticas y profesionales. Ello implica la adopción de dos medidas esenciales:

- 1.- Los Estados Miembros deberán definir y comprender mejor la MTC en el marco de su propia situación nacional, para lo cual deberán identificar las formas de MTC utilizadas y sus usuarios, examinar los motivos de su utilización y determinar las necesidades presentes y futuras. Básicamente, los países deberán elaborar sus propios perfiles nacionales en relación con la MTC.

2.- En función de sus perfiles nacionales, los Estados Miembros deberán desarrollar políticas, reglamentos y directrices concernientes a las formas de MTC que satisfagan las necesidades y preferencias de salud de sus poblaciones. Si bien pueden existir temas y prioridades comunes a algunos Estados Miembros, se deberán elaborar enfoques nacionales para satisfacer las necesidades individuales de los países. Evidentemente, esos enfoques estarán sujetos a los marcos jurídicos, las creencias culturales sobre la MTC y las estructuras de supervisión de los productos, las prácticas y los profesionales.

Los Estados Miembros pueden adoptar esas dos medidas esenciales mediante la organización de actividades dirigidas al logro de tres objetivos estratégicos, a saber:

- 1.- Desarrollar la base de conocimientos para la gestión activa de la MTC a través de políticas nacionales apropiadas;
- 2.- Fortalecer la garantía de calidad, la seguridad, la utilización adecuada y la eficacia de la MTC mediante la reglamentación de sus productos, prácticas y profesionales;
- 3.- Promover la cobertura sanitaria universal por medio de la apropiada integración de los servicios de MTC en la prestación de servicios de salud y autoatención de salud.

CAPITULO II

1. FUNDAMENTOS EPISTEMÓLOGICOS

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

1.1.- Paradigma de la Complejidad

Edgard Morín (1998) ha planteado: *“Nunca pude, a lo largo de toda mi vida, resignarme al saber parcelarizado, nunca pude aislar un objeto de estudio de su contexto, de sus antecedentes, de su devenir. He aspirado siempre a un pensamiento multidimensional.*

Nunca he podido eliminar la contradicción interior. Siempre he sentido que las verdades profundas, antagonistas las unas de las otras, eran para mí complementarias, sin dejar de ser antagonistas. Nunca he querido reducir a la fuerza la incertidumbre y la ambigüedad' (pp. 23).

La noción de pensamiento complejo fue acuñada por el filósofo francés Edgar Morin y refiere a la capacidad de interconectar distintas dimensiones de lo real. Ante la emergencia de hechos u objetos multidimensionales, interactivos y con componentes aleatorios o azarosos, el sujeto se ve obligado a desarrollar una estrategia de pensamiento que no sea reductiva ni totalizante, sino reflexiva. Morín denominó a dicha capacidad como pensamiento complejo.

Es importante reconocer que la base del pensamiento complejo se basa en tres principios fundamentales: la dialogía (la coherencia del sistema aparece con la paradoja), la recursividad (la capacidad de la retroacción de modificar el sistema) y la hologramía (la parte en el todo y el todo en la parte)¹.

Para aclarar parte de las bases del Pensamiento Complejo, Morín (1993), nos explica en su libro *El Método I* lo siguiente: *“Un sistema es una interrelación de elementos que constituyen una entidad global o unidad global. Tal definición comporta dos caracteres principales: el primero es la interrelación de los elementos y el segundo es la unidad global constituida por estos elementos en interacción (...) se puede concebir el sistema como unidad global organizada de interrelaciones entre elementos, acciones o individuos”* (pp. 123-124).

Morín señala: “el pensamiento complejo es ante todo un pensamiento que relaciona. Es el significado más cercano del término *complexus* (lo que está tejido en conjunto)” (Morín,

¹ "Pensamiento Complejo". Consultado en enero 2015 en <http://definicion.de/pensamiento-complejo/>.

1995). Esto quiere decir que en oposición al modo de pensar tradicional, que divide el campo de los conocimientos en disciplinas, el pensamiento complejo es un modo de mirar el mundo con una mirada amplia, considerando todos los vértices que la constituyen. Está contra de la fragmentación del todo, considerando el contexto, y de ser posible la globalidad a la que se pertenece.

Lipman (1980), llama al pensamiento complejo el pensamiento de orden superior. Puesto que significa un pensamiento rico conceptualmente, coherentemente organizado y persistentemente obligatorio, o en otras palabras, sus rasgos son la riqueza, la coherencia y la capacidad indagatoria. Es la fusión entre pensamiento crítico y pensamiento creativo; es ingenioso y flexible, pues busca los recursos que necesita y es capaz de desplegarlos libremente para maximizar su efectividad.

Asimismo expone que “El pensamiento complejo es el pensamiento que es consciente de sus propios supuestos e implicaciones, así como de las razones y evidencias en las que se apoyan sus conclusiones. El pensamiento complejo examina su metodología, su procedimiento, su perspectiva y punto de vista propios. El pensamiento complejo está preparado para identificar los factores que llevan a la parcialidad, a los prejuicios y al autoengaño. Conlleva pensar sobre los propios procedimientos de la misma forma que implica pensar sobre la materia objeto de examen (Lipman, 1998, p.67)

1.2. Física Cuántica

“Una característica importante de la física cuántica es que la energía radiada o absorbida por un átomo, una molécula o un sólido, es siempre un múltiplo entero de un valor fijo llamado cuanto de energía. Se dice que la energía esta cuantizada. Esa energía sólo puede tomar un valor de un conjunto discreto de valores. Ese conjunto discreto de valores se

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

La física cuántica explica los fenómenos que ocurren en el microcosmo y explica el comportamiento de la materia a nivel atómico. Gracias a la física cuántica, se logra entender por qué los átomos son estables o por qué emiten o absorben radiación. (Toboso, 2006).

1.3.- Medicina Vibracional

Para hablar de Terapia Floral es necesario saber que ésta terapia forma parte de la Medicina Vibracional, la cual plantea relaciones entre el cuerpo físico y los cuerpos sutiles de luz que forman parte de la naturaleza multidimensional del ser humano. Por ello genera una intervención no sólo enmarcada en dolencias físicas del cuerpo sino también en las emocionales, para comprender esto con mayor claridad Gerber (1993), nos aclara que *“al intervenir sobre las estructuras de frecuencias superiores que se hallan en equilibrio dinámico con el cuerpo físico, se remedia las dolencias físicas y emocionales”*.

Además plantea que nuestros cuerpos tienen una energía sutil que desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de nuestra salud, *“por ello las anomalías de la energía del cuerpo etéreo preceden a la manifestación de patrones anómalos de organización y reproducción celular”*. Planteando que *“La enfermedad no se expresa en el cuerpo físico sino después de que las anomalías del flujo de energía hayan cristalizado en los patrones estructurales sutiles de los cuerpos de frecuencias superiores. Y uno de los mejores medios de que disponemos para actuar sobre los patrones disfuncionales de los cuerpos sutiles consiste en administrar dosis terapéuticas de energía sutil de frecuencia específica, en forma de remedios vibratoriales”* (Gerber, 1993).

Es importante comprender que cuando hablamos de vibración no hacemos otra cosa sino emplear un sinónimo de frecuencia, cabe destacar que las diversas frecuencias de energía responden a diferentes números de vibraciones por unidad de tiempo. Es sabido que la materia y la energía son dos manifestaciones diferentes de una misma sustancia energética primordial, de la que está hecho cuanto existe en el universo, y que por ello también compone nuestro cuerpo físico y los cuerpos sutiles.

Si se desea ejercer una acción de equilibrio sobre nuestros cuerpos sutiles, es preciso entregarle al cuerpo energías que vibren a frecuencias superiores a las del plano físico.

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

La medicina vibracional contiene esas energías sutiles de alta frecuencia; existiendo muchos remedios vibratoriales derivados de la madre Naturaleza, pero es dentro de estas modalidades naturales para la curación, que las esencias de flores vivas figuran entre las más antiguas.

El doctor inglés Edward Bach fue un prestigioso médico homeópata que trabajó en Londres durante la primera mitad del siglo XX, fue el descubridor de los famosos Remedios Florales de Bach, hoy utilizados en todo el mundo por profesionales y terapeutas de la salud. Estas esencias florales hoy en día se emplean para el tratamiento de diversos desórdenes emocionales y temperamentales. Al igual que los remedios homeopáticos, las esencias florales contienen cantidades minúsculas de sustancia física, y se consideran remedios vibratoriales puros.

Este postulado energético, como nos señala Robe (2005), tiene en consideración un cambio de modelo en la concepción del ser humano, entendiéndoselo desde una visión más integral y amplia que la que tradicionalmente se utiliza a nivel de la salud. En este nuevo modelo se considera que existen conexiones entre las emociones, la mente y el cuerpo físico/celular, los cuales están en interacción dinámica.

Actualmente, para poder entender este cambio de visión, se debe apelar a los postulados físicos de Einstein (teoría de la relatividad) y la Teoría Cuántica, siendo esta última quien define el comportamiento de la materia y de la energía a nivel atómico y subatómico, planteando a su vez la indeterminación de las propiedades intrínsecas de la materia, que pueden estar en dos o más partes simultáneamente (Ley de la superposición) y otras leyes, como la que dos partículas muy distantes pueden estar íntimamente conectadas, con otras, las cuales rigen todos los fenómenos del universo (Alvayay, 2002).

Por su parte, Einstein agrega que *“el universo es un enorme campo energético complejo en interacción y el ser humano, al formar parte de este universo, es visto como una red de campos complejos de energía en interfaz con los sistemas físico-celulares, algunos de carácter más denso que otros, es decir, que vibran a una frecuencia muy alta, lo que genera que sean imperceptibles a los sentidos”* (Robe, 2005).

La medicina vibracional especializa estos conocimientos de energía, para así poder actuar sobre estos campos energéticos que pierden su equilibrio por el estado de la enfermedad, e intenta restablecérseles, lo que contribuye a regular la fisiología celular (Gerber, 1993). Es así como el considerar que toda materia es energía, se constituye en el fundamento para comprender cómo el ser humano puede considerarse un sistema dinámico de energías. Mediante la ecuación $E=MC^2$, Albert Einstein demuestra científicamente que la

energía y la materia son expresión dual de una misma sustancia, que es la energía primaria o vibración de la que todo está formado, pudiendo así la energía convertirse en materia y viceversa (Gerber, 1993).

La medicina actual, denominada como alopática, considera al cuerpo humano como una máquina biológica, que se puede arreglar y en que se pueden cambiar partes por medio de una intervención externa, sin considerar las fuerzas que animan y dan vida al organismo (Rodríguez,2001).

El planteamiento vibracional, señala que para el tratamiento de los seres humanos se deben considerar las energías puras, entendiéndose por ellas aquel cuerpo cuya masa en reposo es igual a cero y que a nivel farmacológico no basa su acción en un principio activo de las sustancias que la componen (Gerber, 1993).

Estos sistemas tienen una jerarquía que coordina las funciones electrofisiológicas y las hormonales, así como la estructura del cuerpo físico a nivel celular y su expresión en la vida, y es en ello donde se origina la enfermedad, ya que serían afectados por las emociones y conflictos que experimenta el hombre, así como por la alimentación y lo que ocurre en el entorno (Gerber, 1993).

Sería con estos campos energéticos humanos con los que entrarían en resonancia los principios energéticos de las flores, coadyuvando en la restauración del equilibrio de aquellos en estado disarmónico, ya que la esencia floral, al ser ingerida, es asimilada y comienza a transitar por el sistema circulatorio hasta alcanzar los canales energéticos, dirigiéndose a la red electromagnética a través de la cual mejora la capacidad de conversión de las energías, puesto que permite desbloquear los atascos energéticos - entendido como

disminución de la frecuencia que produce cristalizaciones energéticas - del cuerpo más sutil y así repercutir directamente sobre el cuerpo físico (Gerber, 1993).

Por otra parte Céspedes y Céspedes (2007), plantean que cada una de las células que componen el cuerpo humano, emite una determinada frecuencia o longitudes de onda, con lo que entra en un estado dinámico de coherencia vibracional y también registra determinadas frecuencias provenientes del exterior. De esta manera, la información que ingresa rompe la coherencia vibracional, *“...lo cual origina un fenómeno mental, de esta manera la neurona al emitir frecuencia de onda, poniendo en marcha procesos neuroquímicos que dan origen a la transmisión sináptica, generando un fenómeno energético visible que se agrega al resto de los campos electromagnéticos generados por otras células del organismo constituyendo un campo energético...”* (pp. 37).

Por ello, este enfoque considera al ser humano como un ser compuesto por campos, en donde el orden molecular del cuerpo es una red de campos energéticos entrelazados, los cuales reciben un orden y alimento de otros sistemas energéticos sutiles (Robe, 2005).

1.4.- Psicología Transpersonal

La Psicología Transpersonal consiste en el estudio psicológico de las experiencias transpersonales y sus correlatos, entendiendo estas experiencias como aquellas en las que la sensación de identidad - el self - se extiende más allá (trans) de la persona, abarcando aspectos de la humanidad, la vida, el psiquismo y el cosmos, que antes eran experimentados como ajenos.

Asimismo, se puede señalar que las experiencias transpersonales suelen ir acompañadas de cambios psicológicos dramáticos, duraderos y beneficiosos, ya que estas experiencias pueden proporcionar una sensación de sentido y objetivo a nuestra vida, pueden ayudarnos

a superar crisis existenciales y despertar en nosotros una preocupación compasiva por la humanidad y el planeta.

Además evidencia la existencia de un amplio abanico de posibilidades humanas y nos sugieren que ciertas emociones, motivaciones, capacidades cognitivas y estados de conciencia pueden ser cultivados y refinados hasta grados mucho más elevados hasta ahora considerado normal” (Wilber, 1994).

1.5.- Medicina Holística Integrativa

La palabra “holístico”, etimológicamente hablando proviene de la palabra “holo”, que a su vez procede del griego “holos”. En inglés se encuentra esta palabra en “whole” (que significa “entero”) y “holy” (que tiene como significado “sant” o “sagrado”). Su significado por lo tanto es: “entero”, “total”, tomado en su “conjunto”.

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

Por otro lado, Gerber postula la siguiente definición respecto a la Medicina Holística: analizar cada una de sus partes, lo que significa que combina los aspectos físico, mental, emocional y espiritual de la salud y la enfermedad” (Gerber, 1993).

Así mismo, y considerando el concepto del ser humano como un conjunto, una totalidad, Selowsky nos señala lo siguiente: “... el ser humano es un holograma, un todo en el que

cada una de las partes contiene la información del conjunto. Todos los diferentes cuerpos, visibles e invisibles, son completamente interdependientes, por lo cual, restableciendo la salud del órgano afectado se corrige el desequilibrio originado en el resto del organismo” (Selowsky, 2008).

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

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

Finalmente y en conclusión, haciendo referencia al concepto postulado por Gerber, se puede señalar que la persona, desde esta mirada, se observa y se atiende como a un todo, sin fragmentación del sujeto. Por lo que en relación a esto, el médico holístico admite el concepto del bienestar en el ser humano como función de una correcta integración de todos los elementos vitales tanto físico, emocional, mental y espiritual.

2. DESCRIPCIÓN TEÓRICA LA DE TERAPIA FLORAL DEL DR EDWARD BACH.

La terapia floral del Dr. Edward Bach y su ejercicio, cuenta con un marco teórico-filosófico sólido y consistente, cuyos elementos se encuentran presentes a lo largo de toda la obra escrita del Dr. Edward Bach (1886-1936).², más específicamente, se concentran en los cinco principios³ que fundamentan su propuesta filosófica, principios que él denomina verdades fundamentales.

Es sabido ya que el paradigma dentro del cual se enmarca la Medicina Tradicional, es el paradigma Racional-Mecanicista, paradigma que privilegia dos ideas centrales, según nos expone Valdés, (2013):

—“Primero, que la mente es superior a la materia (en este caso, al cuerpo), y en donde ambas no tienen conexión ninguna por ser dos entidades de distinta especie, idea proveniente de la filosofía de Descartes. Descartes propuso una dualidad irreconciliable entre Mente y Cuerpo y, como la Mente es superior al Cuerpo y no están en comunicación, la Mente no puede cambiar ni, en nuestro caso, mejorar al Cuerpo. Por tanto, las enfermedades físicas son solamente basadas en entidades físicas que afectan al cuerpo físico y gestan la enfermedad dentro de él.

— Segundo, que el Universo funciona al modo de una gran máquina perfecta, y por tanto compuesta de distintas partes que funcionan al igual que un reloj antiguo”.

Así vemos, que el ser humano es considerado en este paradigma, como un ser racional en donde tanto el psiquismo como el cuerpo físico funcionan perfectamente y por tanto, la

²Ver Obras Completas del Dr. Edward Bach, edit. Ibis, Barcelona, España, 1994 o bien ver una compilación de su obra en los libros La curación por las flores. Edit. EDAF, 1980 y Los remedios florales, Edit. EDAF 1993.

³Ver Cúrese usted mismo, pp 29 a 32, EDAF, 1980

enfermedad es solo un mal andar de la máquina biológica, lo cual es indicado por el síntoma. Por ello en la Medicina Tradicional las enfermedades se ven desde el punto de vista sintomatológico, ya que eliminando el síntoma habrá salud (paradigma aún válido aunque la definición de salud de la OMS es mucho más amplia e integrativa).

Cuando el Dr. Bach escribe su filosofía, de alguna forma deja claro que sabe lo que está haciendo. Puesto que en sus escritos él señala: “Yo voy a escribir ciertas verdades fundamentales para entender la naturaleza de la enfermedad”, Bach, (1980). Aquí el Dr. Bach nos plantea claramente el objetivo de su filosofía, el cual no tiene relación con convertirse en una nueva religión o filosofía sólo por escribirla, sino que su objetivo es que logremos comprender un cambio de paradigma con respecto a la visión del Universo, del Ser Humano y de los conceptos de Salud y Enfermedad que hasta ese entonces eran aceptados socialmente.

Es así como Bach nos expone, *“Nunca se erradicará ni se curará la enfermedad con los actuales métodos materialistas, por la sencilla razón de que la enfermedad no es material en su origen...La enfermedad es en esencia el resultado de un conflicto entre el Alma y la Mente.* (Bach, 1980, p.26). El Dr. Bach coloca el síntoma como algo secundario en la enfermedad, gracias a su gran frase “Tratar a la persona, no a la enfermedad” Bach, (1980), es decir, que la naturaleza real de la enfermedad va más allá del síntoma, que se origina en las emociones y en los patrones mentales de la psiquis, o bien entendido desde la Medicina Vibracional, en el cuerpo mental y emocional, siendo el cuerpo físico la última estación donde se consolida la enfermedad.

Es por ello que nos plantea, los siguientes principios o mejor expuesto por él “Verdades Fundamentales”. Estas “*Verdades Fundamentales*” de las que el Dr. Bach habla, son los 5 principios a través de los cuales él estructura su filosofía y paradigma, siendo estos

principios filosóficos y terapéuticos donde nos da a conocer su concepción de ser humano, salud, enfermedad y su cosmovisión.

2.1.- Verdades Fundamentales

2.1.1.- Principio de Divinidad-Humanidad: Una antropología filosófica

Dice Bach: “... el hombre tiene un Alma que es su ser real: un ser divino, poderoso, hijo del creador de todas las cosas, del cual el cuerpo, templo terrenal de esa Alma, no es más que un diminuto reflejo: que nuestra Alma, nuestro Ser Divino que habita en y alrededor de nosotros, nos da nuestras vidas como quiere Él que se ordenen y, siempre que nosotros lo permitamos, nos guía, protege y anima, vigilante y bondadoso, para llevarnos siempre a lo mejor; que Él, nuestro Ser Superior, al ser una chispa del Todopoderoso, es por tanto invencible e inmortal”. (Bach, 1980, p.29-30).

Es aquí donde el D. Edward Bach define su visión del ser humano, es decir, su antropología filosófica. Toda antropología filosófica nos dice cómo se ve al ser humano, por lo tanto, cualquiera que ésta sea, nos permite conocerlos lineamientos filosóficos estructurales para conocer y abordar al individuo.

Es en este principio donde el Dr. Bach plantea que el ser humano tiene dos naturalezas, una divina (Alma) y una humana (Cuerpo), entregándole el adjetivo de real a la parte divina, ya que es aquella parte del ser humano que es invencible, invulnerable e inmortal, no muere, ese terna, va más allá del espacio temporal en que vivimos. De esta misma manera, también comprende al cuerpo como frágil y mortal. Si bien, hay una diferenciación entre Alma y cuerpo, el Dr. Bach nos recuerda que el cuerpo es el reflejo del Alma, por ello le otorga la calidad de divino al cuerpo, diviniza al cuerpo y lo hace igual de importante, aunque transitorio, pero de igual forma, hay que tratarlo con respeto y reverencia. Asimismo, nos dice que el Alma anima al cuerpo, es decir, es el motor vital que nos da vida.

2.1.2- Principio de Perfectibilidad Humana

Bach nos plantea: “... nosotros, tal y como nos conocemos en el mundo, somos personalidades que estamos aquí para obtener todo el conocimiento y la experiencia que pueda lograrse a lo largo de la existencia terrena, para desarrollar las virtudes que nos falten y para borrar de nosotros, todo lo malo que haya, avanzando de ese modo hacia el perfeccionamiento de nuestras naturalezas. El Alma sabe qué entorno y qué circunstancias nos permitirán lograrlo mejor, y por tanto nos sitúa en esa rama de la vida más apropiada para nuestra meta” (Bach, 1980, p.30).

Es aquí donde el Dr. Bach reconoce y valora que el ser humano tiene emociones y mente. Para el Dr. Bach, personalidades la unión de cuerpo, emoción y mente, porque con esas tres formas se manifiesta ella. Plantea que nosotros, tal como nos vemos en el mundo, somos personalidades y cuando las partes de la estructura están unidas y en armonía, el ser humano está sano y feliz. Por lo anterior, es importante entender, que las esencias florales actúan en las emociones y en los patrones mentales, y que por resonancia actúan en el cuerpo físico, puesto que las emociones se expresan en el cuerpo físico.

Además de lo anterior el Dr. Bach expresa que el sentido de la vida es un aprendizaje constante, que estamos en este mundo para obtener todo el conocimiento y experiencias que necesitamos para lograr el perfeccionamiento de nuestra naturaleza divina, confía en que somos seres humanos llenos de potencialidades, infinito y perfectible.

Analizando la última frase del principio, podemos ver que para el Dr. Bach, el Alma nos ubica en ciertos lugares y experiencias, nada es casualidad, puesto que el lugar y sucesos que acontecen en nuestra vida, es lo que requerimos vivir para progresar.

2.1.3.- Principio de Eternidad-Transitoriedad: Inmortalidad del Alma – Existir para Evolucionar.

El Dr. Edward Bach afirma que: *“... nuestro breve paso por la tierra, que conocemos como vida, no es más que un momento en el curso de nuestra evolución, como un día en el colegio lo es para toda la vida, y aunque por el momento solo entendamos y veamos ese único día, nuestra intuición nos dice que nuestro nacimiento estaba infinitamente lejos de nuestro principio y que nuestra muerte está infinitamente lejos de nuestro final. Nuestras almas, que son nuestro auténtico ser, son inmortales y los cuerpos de que tenemos conciencia son temporales, meramente como caballos que nos llevarán en un viaje o instrumentos que utilizaremos para hacer un trabajo dado.”* (Bach, 1980, p.30)

Dentro de este nuevo principio Edward Bach expone que el ser humano está inserto dentro de un proceso de evolución constante, que somos seres infinitos sin principio ni final. Que estamos en esta tierra para progresar y adquirir aprendizajes, somos seres inmortales, pero con un cuerpo temporal el cual está en esta tierra por un breve momento, el estar aquí es sólo una parte de nuestra evolución.

2.1.4.- Principio de Armonía – Salud: Concepto de Salud y Enfermedad

Otro principio importante que Bach nos expone es que: *“... mientras nuestra Alma y nuestra personalidad estén en buena armonía, todo es paz y alegría, felicidad y salud. Cuando nuestras personalidades se desvían del camino trazado por el alma, o bien por nuestros deseos mundanos o por la persuasión de otros, surge el conflicto. Ese conflicto es la raíz, causa de enfermedad y de infelicidad. No importa cuál sea nuestro trabajo en el mundo – limpiabotas o monarca, terrateniente o campesino, rico o pobre – mientras hagamos ese trabajo particular según los dictados del alma, todo está bien; y podemos además descansar seguros de que cualquiera que sea la posición en que entremos, arriba o abajo, contiene esta posición las lecciones y experiencias necesarias para ese momento de nuestra evolución, y nos proporciona las mayores ventajas para el desarrollo de nuestro ser”.* (Bach, 1980, p.30-31)

Por lo tanto, para Bach la Enfermedad es la desarmonía y disociación entre el Alma y la Personalidad. Se produce un bloqueo en la comunicación entre Alma y Personalidad, lo que provoca un estado de conflicto, además nos plantea que: *“La enfermedad es en esencia el resultado de un conflicto entre el Alma y la Mente, y no se erradicará a no ser con esfuerzo espiritual y mental... Ningún esfuerzo dirigido únicamente al cuerpo puede hacer algo más que reparar superficialmente el daño, y no hay curación en ello, puesto que la causa sigue siendo operativa y en cualquier momento puede volver a demostrar su presencia en otra forma... La enfermedad, en apariencia tan cruel, es en sí beneficiosa y existe por nuestro bien, y, si se la interpreta correctamente, nos guiará para corregir nuestros defectos esenciales... el hecho de que el individuo siga físicamente vivo indica que el Alma que rige su cuerpo no carece de esperanza”.* (Bach, Edward, 1980).

Podemos comprender entonces, que el desequilibrio que pudiese sufrir la persona, es una oportunidad para reconectarnos con nuestro camino de vida, con parte de las vivencias que necesitamos para aprender y progresar. Y que la intervención hacia un sujeto no debe hacerse sólo desde una parte de su ser, sino que se debe entender que el ser humano es un todo integral. La persona está inserta en un contexto de vida: realidad física, psicológica, social y espiritual, y todas esas dimensiones de la persona influyen en su estado de equilibrio.

2.1.5.- Principio de Comprensión de la Unidad de Todas las Cosas.

Bach plantea que: “... el Creador de todas las cosas es Amor, y todo aquello de lo que tenemos conciencia es en su infinito número de formas una manifestación de ese Amor, ya sea un planeta o un guijarro, una estrella o una gota de rocío, un hombre o la forma de vida más inferior. Podemos darnos una idea de esta concepción pensando en nuestro Creador como en un sol de amor benéfico y resplandeciente y de cuyo centro irradian infinitos rayos

en todas las direcciones, y que nosotros y todos aquellos de los que tenemos conciencia son partículas que se encuentran al final de esos rayos, enviadas para lograr experiencia y conocimiento, pero que en última instancia han de retornar al gran centro. Y aunque a nosotros cada rayo nos parezca aparte y distinto, forma en realidad parte del gran Sol central. La separación es imposible, pues en cuanto se corta un rayo de su fuente, deja de existir. Así podemos entender un poco la imposibilidad de separación, pues aunque cada rayo pueda tener su individualidad, forma parte sin embargo del gran poder creativo central. Así cualquier acción contra nosotros mismo o contra otros afecta la totalidad, pues al causar una imperfección en una parte, ésta se refleja en el todo, cuyas partículas habrá de alcanzar la perfección en última instancia” (Bach, 1980, p.31-32)

El Dr. Bach expone en este principio, su cosmovisión mediante metáforas. Esta cosmovisión está basada en la idea de que en el Universo está todo conectado, que el Universo funciona al igual que un organismo, como partes de un sistema que posee microsistemas, que somos parte de un todo. Así, el Universo es Sistémico (porque todas sus partes están interrelacionadas), Amoroso (porque el Universo es expresión del Amor), Solidario (porque todos los seres vivos y no vivos importan dentro del Universo), Orgánico (porque funciona al modo de un organismo) y Evolutivo (porque es perfectible según el Plan Divino).

2.2.- Antecedentes Biográficos de Edward Bach

El Dr. Edward Bach (1886-1936) fue un connotado médico inglés de principios de siglo XX que estudió en Universidades tradicionales de Inglaterra, como la Universidad de Birmingham, la Clínica Universitaria en Londres, el National Temperate Hospital y en Cambridge (Solari, 2000). En la primera etapa de su carrera profesional centró su quehacer y sus investigaciones en el campo de la inmunología y la bacteriología, resultando de ello

el descubrimiento exitoso de vacunas que en ese entonces contribuyeron eficazmente al tratamiento de enfermedades crónicas (Guerra, 2002).

La gran preocupación del Dr. Bach durante toda su vida fue la de aliviar el sufrimiento humano, lo que se expresa en su vocación de médico y en su esfuerzo por encontrar las vacunas ya aludidas (Solari, 2000). Es así como producto de este interés se desempeña en el área de la homeopatía, donde transforma vacunas inyectables en gotas orales, siendo por ello ampliamente reconocido en diversos países (ETFMV, 2004).

Según se señala en el artículo de *Fernández José María Esteban* (2011), Edward Bach nació el 24 de septiembre de 1886 en Moseley, cerca de Birmingham, Inglaterra. A los 20 años ingresó en la Universidad de Birmingham, terminó sus estudios en University College Hospital en Londres, donde se graduó en 1912. En 1913 logró el título de Bacteriólogo y Patólogo y al año siguiente, hasta 1913 trabajó en el University College Hospital y ese mismo año ingresó como cirujano en el National Temperance Hospital, pero su delicada salud le hizo abandonar ese puesto, cuando se recuperó abrió una consulta médica en Harley Street, es allí donde crece su insatisfacción con los métodos tradicionales de la medicina, puesto que pensaba que los médicos olvidaban lo más importante: la personalidad y se centraban exclusivamente en los síntomas. Por ello ingresó al campo de la inmunología en el University College Hospital, como bacteriólogo asistente. Frutos de estas investigaciones fueron los primeros descubrimientos sobre Flora Patógena y Saprofita Intestinal y sus beneficios.

A fines de 1914 obtuvo el Diploma de Salud Pública de Londres; durante la I Guerra Mundial en 1914, estuvo a cargo de 400 camas de heridos de guerra en el University College Hospital, además de continuar como asistente de bacteriología.

En 1917 presentó una severa hemorragia, que hizo necesaria una intervención quirúrgica autorizada por sus padres, puesto que él se encontraba inconsciente; se le comunicó que,

a pesar de que se le hubiera extirpado el tumor, podría presentársele una metástasis y tal vez no tuviera más de tres meses de vida.

Una vez restablecido, incremento su actividad investigadora. En 1918 las autoridades del University College Hospital, exigieron exclusividad laboral, obligando a abandonar trabajos que tuviesen fuera del recinto, además de aplicar ciertos horarios y normas, cosa que causo la dimisión de Edward Bach, fue entonces que organizó un pequeño laboratorio privado, lugar donde continuó con sus investigaciones. Los recursos que obtenía los utilizaba implementando su laboratorio, lo cual le obligó a vivir en una pequeña habitación.

En 1919 aparece la oportunidad de trabajar como patólogo y bacteriólogo, en el London Homeopathic Hospital (uno de los primeros y más reconocidos centros de tratamiento homeopático), fue allí donde se encontró con el libro “ *Organon del arte de curar*”, escrito más de cien años antes de su tiempo, de Samuel Hahnemann, creador de la homeopatía, las coincidencias entre los descubrimientos de este último y Bach, le llevo a interesarse por la homeopatía, es así como el principio “tratar al paciente y no a la enfermedad” se hizo una base terapéutica para el Dr. Bach, esto unido a la aceptación de las bases de la terapia homeopática, pues se dio cuenta que podía combinar sus principios con los de la Homeopatía y empezó a preparar sus vacunas con la metodología homeopática y a administrarlas por vía oral y ya no por vía parenteral, como se practicaba hasta entonces, estableció una afirmación: no se debía repetir la dosis mientras que la anterior estuviera actuando; pues los mecanismos de curación se relacionaban con el individuo como un todo. A pesar de los avances obtenidos en el campo homeopático, sus logros no le satisfacían debido a que los nosodes⁴ no podían tratar todas las enfermedades, la materia prima no le

⁴La palabra “Nosode” se deriva del griego nosos y significa enfermedad; así, un Nosode es el nombre que se usa para hacer mención a un remedio preparado, ya sea del tejido de una enfermedad real, o de organismos asociados con enfermedades, bacterias o virus en forma de cultivo (http://www.haasler.com.mx/elaboracion_nosodes.asp)

parecía la más adecuada (bacterias) y deseaba obtener sus remedios mediante sustancias de origen vegetal. Todas estas ideas pudieron estar influenciadas desde otros campos del conocimiento, puesto que durante su permanencia en Londres ingresó a la Masonería y tuvo contacto con otros grupos herméticos, gracias a esto pudo conocer los trabajos de Isaac Newton y Paracelso, entre otros; además de ser influenciado por el alemán Rudolf Steiner, fundador de la medicina antroposófica.

En 1925 Bach presenta su primer libro *“La enfermedad crónica, una hipótesis en acción”* escrito en colaboración con el Dr. australiano Charles E. Wheeler, quien fuera asistente de Bach durante las investigaciones en el Hospital Homeopático de Londres. Luego, para el Congreso Homeopático Internacional de 1927 celebrado en Londres, Bach y los doctores C.E. Wheeler y T.M. Dishington presentan un trabajo titulado *“El Problema de la Enfermedad Crónica”* y a principios de 1928 *The Medical World* publica *“An Effective Method of Combating Intestinal”*.

En 1930 se trasladó a Gales e inició el estudio de las plantas de su entorno, es en este período donde descubre los remedios *Impatiens*, *Mimulus*, *Clematis* y *Star of Bethlehem*⁵, además comenzó a separar a los individuos en grupos según su comportamiento, como si sufriesen del mismo problema, con lo cual imaginó que debería existir un remedio que aliviase el sufrimiento común de cada grupo de individuos y planteó que sus remedios debían ser preparados a partir de sustancias inofensivas, es decir, no deben provenir de plantas tóxicas o venenosas. Asimismo logró comprobar que las propiedades de las flores se transfieren al rocío que moja sus pétalos cuando el sol los calienta. Es en este año que escribió el libro *“Cúrate a ti mismo”*, que se llamó inicialmente *“Sal a la luz del sol”* (*“Come out into the sunshine”*), el cual fue editado a fines de 1930, es en este libro donde define que

⁵*Impatiens* y *Mimulus*; preparados a base de flores, prescritos de acuerdo a la personalidad del paciente.

la causa de toda enfermedad es la falta de armonía entre la personalidad y el alma. En la primavera de 1932, viaja a Londres en donde escribe "*Libérate*" también traducida por "Libérense a Uds. mismos", en este trabajo el Dr. Bach desarrolla y profundiza su concepción contenida en "Cúrate a ti mismo", luego vuelve a los campos de Kent, donde completó la serie de los Doce Curadores y es aquí cuando escribió el libro "*Los Doce Curadores*".

El Dr. Bach fue desarrollando cada vez más su desapego por las cosas materiales, desde que abandonó la ciudad de Londres no volvió a cobrar una consulta y vivía de las donaciones voluntarias de los enfermos, reinvertía el dinero proveniente de la venta de sus libros para abaratar el precio de las nuevas ediciones que lograba publicar, es durante el mes de diciembre en Norfolk, Cromer, que escribe:

"Lo que llamamos Amor es una combinación de ambición y temor, es decir deseo de tener más y miedo a la pérdida. Por lo tanto lo que llamamos Amor debe ser ignorancia. El verdadero Amor debe ser infinitamente superior a nuestra comprensión corriente, algo tremendo, la completa negación del Ser, la pérdida de la individualidad en la unidad, la absorción de la personalidad en el todo. Por eso, parece que el Amor es lo que se opone perfectamente al Yo. Cuando entendamos estos términos, las enseñanzas de Cristo ya no serán parábolas para nosotros, podremos entenderlas. El Amor de alguna manera, pone a su servicio la sabiduría.

Hablamos de Amor cuando alguien nos da algo, porque satisface nuestro ávido deseo por tener más y hablamos de Odio, cuando alguien nos quita algo, porque estimula nuestro miedo a la pérdida. Cuando nos demos cuenta de que no tenemos nada que perder en este mundo, sino todo para ganar, entonces no podremos conocer el Odio, y seremos capaces de Amar a nuestros enemigos, en el verdadero sentido de la palabra.

El verdadero Amor a Dios o a nuestros semejantes parece ser el deseo de servir sin esperar recompensa. Es probable que lo más cerca que lleguemos en nuestra comprensión del Amor sea el Amor por lo inalcanzable, las puestas de sol, las noches estrelladas, la música y la belleza de las montañas y de las praderas.

En el fondo de nuestro corazón debemos saber que nuestros enemigos son aquellos que ceden ante nosotros, porque al hacerlo nos atan, con una atadura casi imposible de romper y debemos agradecerles que se esfuercen por liberarse.

Cualquier persona a la que podamos influir, controlar, dominar es un peligro para nuestra libertad. Es lo mismo si nuestra influencia nace del Amor, del Poder, del Miedo a lo que sea que consiga esa persona de nosotros.

Nuestra Alma debe agradecerles a todos aquellos que se nieguen a ser nuestros servidores, ya que esto nos priva a ellos y a nosotros de nuestra individualidad.”

En Abril de 1934 se mudó a Sotwell a una pequeña casa llamada “Mount Vernon”, donde se quedó hasta su muerte. Fue en esta región donde completó la serie de los otros tres para publicar: *Los Siete Auxiliares y la Historia de los Viajeros*.

El Dr. Bach enfermó gravemente durante octubre de 1936, y luego de una leve mejoría, murió el 27 de noviembre en su casa de Mount Vernon, con la certeza de haber cumplido su misión en la vida encontrando estos treinta y ocho remedios vibracionales (Ricciardelli, 2010).

2.3.- Conocimiento de las Esencias Florales del Dr. Edward Bach y su relación con los niños.

Para poder explicar que es la Terapia Floral, se debe señalar que es una terapia complementaria que no crea hábitos ni adicciones, y no produce reacciones secundarias (ETFMV, 2004).

Una esencia floral es una frecuencia vibracional sutil, prácticamente imperceptible, necesaria. La función de estas esencias es recuperar el equilibrio o provocarlo en el caso de que nunca haya sido establecido con anterioridad.

La Terapia Floral es vista como una terapia integradora, no sólo por el hecho de que se vea a la persona en sus aspectos biopsicosociales y espirituales, sino también porque, de alguna manera, su objetivo final es la integración con el todo.

A partir del año 1976 la Organización Mundial de la Salud reconoció la validez de la Terapia Floral, como una efectiva forma de medicina alternativa, y la recomienda por su facilidad de uso, inocuidad y bajo costo.

En la práctica estas esencias florales deben ser prescritas por un Terapeuta Floral, luego de haber generado una entrevista individual, se ingieren como gotas a nivel sublingual, que de manera similar a la homeopatía ingresan directamente desde allí hacia los cuerpos sutiles o campos bioenergéticas del ser humano, armonizándolos y reequilibrándolos. No obstante, es importante plantear que *“Los remedios no son necesarios en todo momento, y no hay porque dar un remedio a un niño feliz y contento, simplemente porque su personalidad se ajusta a la descripción. Los remedios no alterarán la constitución básica del niño; por el contrario, traerán consigo un retorno al equilibrio cuando el niño esté trastornado o desasosegado, o se sienta mal”* (Judy Howard, 1995, p.18).

Céspedes y Céspedes (2007), plantean en relación a la intervención de los niños que: *“Cuando el niño se ve sobrepasado por algunas situaciones que se repiten en el tiempo, va cayendo en un estado específico e integral, que además pareciera retroalimentarse. Este se caracteriza por el surgimiento de una serie de procesos o fenómenos internos desencadenantes a su vez de desajustes emocionales, afectivos, cognitivos y fisiológicos, derivados del sobre estrés ... La exposición continua a un tensión excesiva y el consiguiente desmoronamiento de los mecanismos de adaptación provocan en la mayoría de los niños*

y adolescentes sutiles quiebres del equilibrio emocional, que se expresan en conductas o en síntomas que no siempre son adecuadamente interpretados...los quiebres psicopatológicos infantiles puede evitarse o atenuarse cuando el médico abandona el modelo médico, sustentado en la triada diagnóstico-tratamiento-pronóstico, y adscribe al modelo integral...”

“Los niños responden a los remedios más rápidamente que los adultos, de modo que el equilibrio interno se restablece mucho antes y con mucha mayor facilidad. Los niños son frescos, inocentes, nuevos a este mundo de experiencias, y no tienen, por tanto toda una vida de frustraciones, y trastornos acumulados que interfieren con su visión de la vida...Al escoger remedios para los niños, necesitamos tomar nota no sólo de los que dicen, sino de cómo se comportan, cómo se mezclan con otros niños o interaccionan con los adultos, cómo juegan ...Necesitamos considerar su comportamiento, su estado de ánimo y personalidad en estos términos, y confrontar el comportamiento negativo con el comportamiento normal o acostumbrado del niño”. Judy Howard (1995).

Además de lo anterior Judy Howard, (1995) nos señala que: *“Los altibajos son importantes experiencias de aprendizaje, vitales para el desarrollo emocional del niño. Los Remedios de Bach no niegan al niño la oportunidad de aprender, pero a veces los períodos, experiencias y situaciones problemáticas y difíciles en vez de ayudar al desarrollo emocional pueden obstaculizar su progreso volviendo al niño demasiado temeroso, demasiado retraído o demasiado infeliz. Los remedios no son una muleta o una opción fácil, pero están ahí para ayudar a los niños a alcanzar por sí mismos ese delicado equilibrio, y son, por tanto, como combustible para la mente, igual que el ambiente es combustible para el cuerpo”.*

3. ESENCIAS FLORALES DE BACH Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS EMOCIONALES DE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

3.1. Las 38 Esencias Florales del Dr. Bach, clasificadas en los 7 Grupos Emocionales.

El Dr. Edward Bach, describió siete grupos emocionales, bajo los cuales clasificó 38 flores, cada una de ellas se relaciona con un determinado estado emocional (Campos, 2004; Grecco, 2004; Guerra, 2002; Howard, 1995; Céspedes y Céspedes 2007).

3.1.1. Grupo I Sentimientos de Miedo

- 1) Rock Rose: Esta esencia contrarresta el terror, el pánico, las reacciones paralizantes. Durante la niñez, puede ser útil para las pesadillas, o para los niños que expresan frases como: "Para mí lo peor es disertar. No puedo. Me bloqueo. Me pongo tartamuda. Transpiro. Se me abre el piso bajo los pies".
- 2) Mimulus: es la esencia para contrarrestar el temor a las personas, hipersensibilidad, y para aquellos que llevan sus miedos en silencio. se puede utilizar para los niños tímidos, vergonzosos y para los niños que expresan frases como: "Todo me da miedo. Me pongo roja cuando me hablan. Me da miedo hacer el ridículo".
- 3) Aspen: es la esencia que aborda los miedos y ansiedades de origen desconocido, presagios difusos, incluso el miedo a contar sus preocupaciones a los demás. Se utiliza para trabajar el sentido de aprensión asociado con el vago temor a lo desconocido, y un sentido de desasosiego sin motivo aparente. Los niños pueden expresar frases como: "No puedo dormir con la luz apagada".

- 4) CherryPlum: es la esencia que ayudaría a los niños histéricos, delirantes o que tienen el repentino impulso de hacer algo por naturaleza. También estaría indicado en ocasiones en las que un niño tiene de pronto un estallido de mal genio, y pierde todo autocontrol aparente. Los niños pueden expresar frases como: “Me dicen Hulk por matón. Lo que sucede es que no puedo aguantar la rabia cuando me molestan. Y pego”.
- 5) Red Chestnut: es la esencia para quienes están muy preocupados por el bienestar de otros. Se preocupa por el bienestar de sus padres, bienestar y felicidad de los animales, amigos y otros miembros de la familia en ocasiones son fuente de ansiedad. En ocasiones los niños pueden expresar frases como: “Si mis papás salen y demoran en volver me paso películas: que nunca más van a regresar, que chocaron, que se volvieron amnésicos y nunca más los veré. Me como las uñas de ansiedad”.

3.1.2. Grupo II Sentimientos de Incertidumbre

- 6) Cerato: esta flor puede ayudar a los niños a conocer su propia mente, a confiar en sus propias creencias y a seguir su propia intuición. Los niños que requieren de esta esencia son los que dudan de su propio juicio. En la clase pueden buscar el consejo de sus compañeros, imitar lo que hacen, son fácilmente influenciados, corren el riesgo de perder su propia personalidad e identidad.
- 7) Scleranthus: Esta esencia está dada para aquellos que son incapaces de entre dos cosas, inclinándose por una y luego por la otra. Los niños que se ven favorecidos con esta esencia son los que presentan una personalidad indecisa, insegura, vacilante. Encuentran difícil tomar una resolución sobre lo que quieren hacer o adonde ir, y están dando vueltas en su mente constantemente dos ideas a la vez. Esta esencia puede ayudar a estabilizar estos pensamientos fluctuantes, y a establecer mayor equilibrio y certeza mental.

- 8) Gentian: esta esencia está dada para aquellos que se desaniman fácilmente, aquellos que ante el menor retraso u obstáculo en su progreso, dudan y pronto se desaniman. Cuando el tiempo de los exámenes aparece, unas notas inferiores a las esperadas pueden causar un intenso contratiempo, o que les digan que no son adecuados para el equipo de deportes del colegio. Gentian estaría indicado en todas ocasiones, y ayuda a los niños a encarar situaciones similares de una forma más positiva si llegasen a ocurrir en el futuro.
- 9) Gorse: está dada para las personas que presentan una gran desesperanza, personas que han perdido toda fe en que se pueda hacer algo por ellas. Pueden existir ocasiones en que se presente una crisis importante en el hogar o tras haber suspendido unos exámenes, cuando pierden la inclinación a intentarlo de nuevo. Esta esencia ayuda a la reaparición de la chispa.
- 10) Hornbeam: esta esencia está dada para quienes sienten que no tienen fuerzas suficientes, mentales o físicas, para llevar la carga de la vida sobre los hombros; los asuntos cotidianos les parecen demasiado. Esta esencia es para la dilación y el tipo de fatiga que ocurre antes de que suceda algo. Es en general el pensamiento de lo que está a punto de suceder, o de lo que uno tiene que hacer, que causa este sentimiento de letargia. Los niños pueden expresar expresiones como: "Me cansa el ruido que hay siempre en mi sala. Me agota". Esta esencia ayuda a proporcionarles la fuerza necesaria para encarar lo que se les presenta con mayor interés.
- 11) Wild Oat: Esta esencia es para quienes tienen ambición y deseo de hacer algo que merezca la pena, pero se sienten perdidos en cuanto a la dirección que tomar. Esta esencia ayuda porque aclara la confusión, posibilita el ver el camino que se desea tomar.

3.1.3. Grupo III Sentimientos de Falta de Interés por el presente

- 12) Clematis: está dada para los soñolientos, adormilados, sin gran interés por la vida. Gente callada, que no es feliz con su presente y vive más en el futuro. Los niños que Clematis son los ensoñadores; los que se pierden en la creatividad; los que tienen una viva imaginación y se ven absortos en hacer teatro y juegos imaginarios con amigos imaginarios, este lado artístico es su expresión positiva, pero a veces esta creatividad también puede verse bloqueada, debido a una falta de concentración, fantasías futuras y una mente que a veces vaga en blanco. Clematis ayuda a canalizar su imaginación.
- 13) Honeysuckle: es para quienes viven demasiado en el pasado, no esperan felicidad como la que tuvieron. En niños se puede dar cuando este sufre algún trauma y el recuerdo está presente constantemente en su mente. Si un niño ha perdido uno de sus padres o abuelos y el pesar causa una reflexión constante, su interés por el presente desaparece. También puede servir cuando un niño va de viaje del colegio y es separado de sus padres o de su hogar por un tiempo.
- 14) Wild Rose: esta esencia está dada para quienes, sin razón aparente, se resignan a cuanto les sucede, no se esfuerzan por mejorar las cosas.
- 15) Olive: es para quien ha sufrido mucho mental o físicamente y se encuentra exhausto y agotado, siente que le falta fuerza para hacer lo que sea. En niños puede requerirse en tiempos de exámenes. Los niños pueden expresar expresiones como: "Me siento como si fuera de trapo. No tengo fuerzas para nada, ni para pensar. Creo que se me fundió la batería".
- 16) White Chestnut: Es para quienes no pueden evitar pensamientos, ideas, argumentos que no desean que entren en su mente. La presencia de aquellas ideas termina con la calma e interfiere con la capacidad de concentración. White Chestnut está indicado para quienes sufren de un pensamiento persistente, capaz de causar

desasosiego y hasta noches de insomnio. En los niños se puede presentar en época de exámenes finales, disertaciones, presentaciones, reacción esperada por portarse mal, etc.

- 17) Mustard: Es para quienes están expuestos a temporadas de melancolía o desesperación, como si una sombra oscura o nube fría, ocultara su alegría y luz por vivir. Mustard está dada más comúnmente en adolescentes o en la pubertad, puesto que en ocasiones la depresión desciende sin una razón particular.
- 18) Chestnut Bud: dada para quienes no sacan todo el provecho de la observación y la experiencia, y a quienes les cuesta mayor trabajo y tiempo aprender lecciones de la vida cotidiana. Chestnut Bud es para quienes no aprenden a partir de la experiencia, de forma que cometen reiteradas veces el mismo error. La niñez es un periodo de aprendizaje, no obstante si un niño repite reiteradamente los mismos errores, esta esencia le ayudaría a apreciar el significado de aquella experiencia.

3.1.4. Grupo IV Sentimientos de Soledad

- 19) WaterViolet: Los niños de esta índole tiene la característica de estar seguros de sí, son independientes y hacen pocos amigos íntimos. Tienden a sufrir en silencio y como resultado se pueden volver solitarios.
- 20) Impatiens: Estos niños son de pensamiento rápido y veloces en la acción, desean que todo se haga rápido. Se aburren y frustran rápidamente si algo les lleva mucho tiempo. Son excitables e inquietos y ansiosos.
- 21) Heather: Dado para quienes buscan la compañía de cualquiera, porque necesitan discutir sus asuntos como los demás, no toleran la soledad.

3.1.5. Grupo V Hipersensibilidad a influencias y opiniones.

- 22) Agrimony: Este niño tiende a ser alegre y risueño, aparentemente feliz. Puesto a que oculta sus sentimientos detrás esta fachada alegre, no resulta fácil ver que se encuentra afligido. Agrimony ayuda a estos niños a que compartan y liberen la confusión interna que lleven. Por ende trae calma, consuelo y retorno a la felicidad natural del niño.
- 23) Centaury: Estos niños presentan una naturaleza generosa, difícilmente se defienden, por ello pueden convertirse en la víctima de los matones del colegio. Son felices de compartir, son niños buenos que hacen siempre los que se les dice. El problema es que sobreestiman su fuerzas en su ansia por agradar.
- 24) Walnut: La infancia representa un conjunto de cambios puesto que es un periodo de crecimiento rápido y de desarrollo. Walnut ayuda a los niños a adaptarse a estos periodos de cambio. Esta esencia entrega la protección, para que mantengan la constancia en seguir su propio camino y no lo que los otros le presentan.
- 25) Holly: Dado para aquellos que se sienten atacados por pensamientos como la envidia, celos, venganza, sospecha o cualquier sentimiento de vejación. En los niños incluiría desprecio, agresividad, dar pellizcos, mordisco, etc., también los celos de los compañeros. Esta esencia ayudará al niño, independiente de cual sea el objeto de su sentimiento, a ser menos airado y tener la capacidad de interactuar con mayor paz frente a los otros.

3.1.6. Grupo VI Para la desesperación o el abatimiento

- 26) Larch: Para aquellos que no sienten que son buenos o capaces de hacer cosas igual o mejor que los que los rodean, esperan el fracaso, sienten que nunca harán algo bien, por ello no se esfuerzan, ni se arriesgan por tener éxito. Los niños que requieren de esta esencia manifiestan desconfianza en sí mismos, y se sientan calladamente en clases, esperando ser desapercibidos, y aunque conocieran la respuesta a alguna pregunta en clases prefieren que otros la respondan, esto con el fin de no hacer el ridículo, temen el fracaso y se sienten demasiado cohibidos. Debido a esto Mimulus (esencia para aliviar temor, vergüenza y nerviosismo) complementado con Larch, ayudan al niño a encontrar el coraje perdido.
- 27) Pine: Dado a quienes se acusan a sí mismos, hasta cuando algo les sale bien, sienten que podrían haberlo hecho mejor, no están satisfechos de sus esfuerzos y resultados. Trabajan mucho y sufren porque se atribuyen todos los errores. Los niños que constantemente dicen “lo siento” y sienten preocupación porque piensan que pueden ser los culpables de alguna desgracia. Pine les ayuda a liberar la conciencia de culpabilidad, con el fin de que comprendan que lo que lo malo que pueda suceder no tiene que ser necesariamente culpa de ellos.
- 28) Elm: En los niños puede darse para quienes pasan a un grado superior, habiendo alcanzado notas altas, quedan indecisos por sentirse incapaz o también en el periodo de exámenes pueden sentir momentáneamente falta de confianza y cuando están bajo presión, pueden llegar a sentir pánico ante la sensación de no manejo del asunto. Elm ayuda a reavivar la fe del niño en su capacidad para manejar dicha presión.
- 29) SweetChestnut: está dado para un sentimiento profundo de angustia, momentos que sienten algunas personas en los que la mente o el cuerpo se sienten al límite de sus fuerzas, donde no ya no se ve ninguna luz de esperanza. SweetChestnut sería bueno para las ocasiones en que los niños se sientan acongojados por haber

perdido una mascota amada, o alguna persona que amen. Además, resulta útil durante la adolescencia, en ocasiones en que la desesperación se experimenta con mayor frecuencia. Esta esencia calma y consuela, ayuda a que desaparezca la desesperación, de forma que algo brillante aparece nuevamente y les muestra que no está todo perdido.

30) Star of Bethlehem: Dado para quienes se encuentran muy deprimidos a causa de una desdicha momentánea, para aquellos que por un tiempo se niegan a que se les consuele. Es útil para niños que han padecido una conmoción o duelo y se sienten tristes o solos. Esta esencia les ayudaría a abordar la tristeza de su pérdida, le ayudaría a sobreponerse.

31) Willow: esta esencia ayudaría a quienes han sufrido una adversidad o desgracia, que les resulta difícil de aceptar, sienten que lo que viven es injusto y se vuelven amargados. Los niños pueden sentirse resentidos cuando sus padres les regañan o sus compañeros en el colegio les molestan, etc., se tornan malhumorados cuando se les reprende. Esta esencia es para los enojos y otros estados de ánimo introspectivo. La función de Willow es promover el optimismo, devolver el lado liviano de la vida, ayudar en que los pensamientos salgan hacia fuera, aceptando la culpa cuando se tenga y ser capaz de pedir disculpas y perdonar con mayor facilidad.

32) Crab Apple: Dado para niños que son exageradamente limpios y pulcros, para aquellos que sienten que en su entorno no todo está limpio. Esta es la esencia de la limpieza.

33) Oak: es para aquellos niños que tiene la capacidad de restarle importancia las cosas, son esencialmente positivos, pero tienden a trabajar en exceso, llegando a quedar agotado. Cuando la fuerza interior de esta personalidad comienza a descender, es cuando es sugerida Oak.

3.1.7. Grupo VII Excesiva Preocupación por el Bienestar de los Demás.

- 34) Chicory: Dada para aquellos que piensan más en la necesidades de los otros, estos niños son amorosos y cariñosos y buscan un afecto similar, en el peor de los casos pueden ser niños manipulativos y posesivos, pero el lado positivo de su carácter es el de ser guardianes. Quieren estar cerca de las personas que les preocupan.
- 35) Verbena: entregado para aquellos que presentan ideas y principios fijos, seguros de tener la razón y rara vez cambian de opinión. Sienten que siempre tienen la razón y que los otros debiesen pensar similar a ellos.
- 36) Vid: esta personalidad tiene fe en su éxito, es segura de sí misma, por ello sienten que sería bueno que los otros hagan las cosas como ellos, puesto que son los que tienen la razón.
- 37) Rock Wather: entregada para aquellos quienes son muy estrictos en su forma de vida, tanto que se niegan alegrías o placeres en función de lo que ellos consideran correcto, son severos consigo mismos. Piensan en estar fuertes y activos, esperan ser un ejemplo para el resto. Esta sobre exigencia puede llegar a causar rigidez mental, tensión, falta de sueño y estrés. Esta esencia ayuda a aliviar la presión y a mantener sus estándares elevados pero no a expensas de su salud y felicidad.
- 38) Haya: esta esencia está dada para quienes sienten necesidad de ver más belleza y bien del que les rodea y aunque muchas cosas parezcan estar mal tienen la capacidad de ver los bueno que les rodea. Esta esencia les ayuda a encontrar el equilibrio para poder ser más tolerantes, indulgentes y comprensivos.

3.1.8. Rescue Remedy

Esta es una combinación de cinco de las treinta y ocho esencias florales, es ideal para situaciones de emergencias, accidentes, situaciones de alarma, nervios ante los exámenes

u ocasiones donde existan situaciones donde haya un grado de shock o pánico, donde la persona se sienta repentinamente perturbada o desconcertada. Dentro de Rescue Remedy tenemos:

- 1.- Star of Bethlehem, para el choque.
- 2.- Rock Rose, entregado para el terror.
- 3.- CherryPlum, para el pánico y la histeria.
- 4.- Clematis, para la sensación de mareo o aturdimiento.
- 5.- Impatiens, para la agitación e irritación, sensaciones que frecuentemente se asocian con el dolor.

4. DESCRIPCIÓN HISTORICA Y CONCEPTUAL DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN CHILE.

En el presente punto se expondrá sobre las Políticas Educativas, los discursos y saberes que han dado identidad a la Educación Especial en Chile, donde podremos ver como la

Educación Especial ha estado fuertemente ligada más fuertemente a la mirada racional y médica, visión que entiende a las personas con Discapacidad como “enfermas”, asociando la Discapacidad a patologías y problemas únicos de los sujetos.

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. EDUCACIÓN ESPECIAL EN CHILE

MINEDUC (2010) considera que el principal desafío para los establecimientos educativos y para la familia, es ofrecer un ambiente con calidad de respuestas, para que los niños que presentan trastornos mayores no aumenten la dificultad de adaptación social y escolar o el logro de los aprendizajes expresados en el Marco Curricular. Destacando que, en algunas oportunidades puede suceder que además de la causa biológica de las dificultades atencionales (entre muchas) que presentan los niños y niñas, se suma una imagen personal disminuida por varias experiencias de fracaso, desmotivación por aprender, vacíos importantes en los conocimientos, y la baja disposición para resolver los conflictos de manera armónica.

La atención educativa de los alumnos con discapacidad que asistían a Escuelas Especiales y de los alumnos con trastornos específicos de aprendizaje, en esta época, estaba regulada por planes y programas de estudio para cada uno de los déficit. Éstos se caracterizaban por tener un enfoque basado en la “habilitación y/o rehabilitación”, de los cuales se establecían niveles de educación preescolar y básico y se organizaban en áreas de desarrollo (psicomotriz, intelectual, manual - artística, emocional social y otros ámbitos específicos para cada déficit).

Durante 1989 se conformaron equipos de trabajo para elaborar nuevos Planes y Programas de estudio para las distintas discapacidades, los que serían aprobados a principios del año 1990. Con estas nuevas normativas se hace evidente el enfoque centrado en el déficit y desconectados del currículum común. (“Educación Nuestra Riqueza” p. 11).

En el siguiente cuadro podemos revisar como los Decretos vinieron a reafirmar el modelo médico – rehabilitador y categorizado de la Educación Especial en Chile.

Decreto 89 EXENTO (06-ABR-1990)	Aprueba planes y programas de estudio para educandos con déficit visual. Ministerio de Educación.
---------------------------------	---

Decreto 87 EXENTO (07-ABR-1990)	Aprueba planes y programas de estudio para personas con deficiencia mental. Ministerio de Educación.
Decreto 577 (12-ABR-1991)	Establece normas técnico-pedagógicas para educandos con trastornos motores. Ministerio de Educación.
Decreto 189 EXENTO (07-AGO-1990)	Autoriza aplicación gradual del Decreto N° 87 de 1990 que aprueba planes y programas de estudio para personas con deficiencia mental. Ministerio de Educación
Decreto 815 (07-OCT-1991)	Normas para atender educandos con graves alteraciones en la capacidad de relación y comunicación que alteran su adaptación social comportamiento y desarrollo individual y aprueba planes y programa de estudio integral funcional. Ministerio de Educación.

Más tarde en el año 1994 se promulga la Ley N° 19.284, la cual establece las normas para la “Plena Integración Social de las Personas con Discapacidad”, dejando claro en ella: Las normas preliminares (entre las que se define el concepto de personas con discapacidad); la calificación y el diagnóstico de las discapacidades; la prevención y rehabilitación; la equiparación de oportunidades (del acceso a la cultura, a la información, a las comunicaciones y al espacio físico, del acceso a la educación, de la capacitación e inserción laborales, de las exenciones arancelarias); el registro nacional de la discapacidad; procedimientos y sanciones; el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS, nuevos SENADIS); disposiciones generales; y disposiciones transitorias.

En el Artículo 3, la Ley N° 19.284 señala que: “se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un

tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social. Un reglamento señalará la forma de determinar la existencia de deficiencias que constituyen discapacidad, su calificación y cuantificación”.

Más adelante, en el artículo 7, se determina que la calificación y el diagnóstico de la discapacidad de una persona, le corresponde a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).

Esta ley se caracteriza por tener un enfoque basado en la “habilitación y/o rehabilitación”, en los cuales se establecen niveles de educación preescolar y básico y se organizan en áreas de desarrollo: psicomotriz, intelectual, manual - artística, emocional social y otros ámbitos específicos para cada déficit.

Manosalva (1997) sostiene que la presencia del Modelo Médico en las escuelas ha generado una relación con la forma de enfocar los procesos de enseñanza – aprendizaje y de los estudiantes con Necesidades Educativas Especiales, centradas en la homogeneización del grupo, obviando la individualidad que define a cada estudiante, agregando que: *“Lo único que se consigue en el ámbito educativo al realizar un diagnóstico operando mediante el modelo médico, es la construcción de una forma de relacionarse con el discípulo, centrada en aquella particularidad que lo diferencia”*. (p.37)

Como señala Harlow (1989), *“los colegios hoy en día funcionan desde un axioma fijo en el cual, para educar eficientemente, es necesaria una estrecha homogeneidad de la sala de clases”*.

Debido a que la medicina identifica las diferencias humanas y al mismo tiempo, las clasifica en categorías, significantes de una anormalidad que debiese ser reconstruida, estudiada, conocida e intervenida, es que la Educación Especial, ha estado fuertemente ligada con el campo médico. (Manosalva, 1997).

Es posible que debido a este vínculo la Educación Especial se haya preocupado por categorizar a sus estudiantes, sus procesos diagnósticos y la construcción de saberes especializados sobre los otros.

Como exponen Manosalva y Tapia (2012), de manera concluyente, *“Al analizar la construcción disciplinar de la Educación Especial, necesariamente nos remite a dos aspectos identitarios de su saber y de su hacer: El diagnóstico y la intervención. Como su lenguaje devela, ambos procesos forman parte de la influencia del área de la medicina en nuestra disciplina y, lamentablemente, no es sólo una influencia en el uso de un tipo de lenguaje sino que también de formas de comprensión de los sujetos-objetos”*.

Por otra parte, Janin (2007) nos expone que: *“Los niños que no responden a las exigencias del momento son diagnosticados como deficitarios, medicados, expulsados de las escuelas. Ya no se “portan mal” sino que tienen un déficit, no es que son inquietos, sino que sufren de un trastorno, no se distraen, sino que tienen una enfermedad”* (p. 37).

Además, agrega que los Diagnósticos se generan sin escuchar a los niños, *“sobre la base de cuestionarios o de observaciones regidas por una normalidad atemporal, desconociendo la incidencia del contexto y de los vínculos tempranos. Sin bucear en la historia de ese niño, sin hablar con él, se atribuyen a causas orgánicas sus comportamientos...se promueven conductas defensivas, de alerta o de ensimismamiento y luego se redobla la violencia diagnosticándolos como “deficitarios” y medicándolos. Quedan así como únicos portadores de una “discapacidad”* (p. 41-42).

En la sociedad que sobrevivió hasta comienzos del siglo XX, cada sujeto tenía un rol definido en el interior de la sociedad, dentro de esta el analfabetismo tenía un lugar establecido. Hoy en día, la sociedad exige mayor preparación, otras habilidades y competencias a sus integrantes, esta evolución ha dado nacimiento a una nueva “patología”

llamada “Fracaso Escolar”, visión particularmente generada desde la institución escolar y/o de la estructura interna del niño(a).

Actualmente y a pesar de todos los cambios paradigmáticos que se han generado con el fin de mejorar la calidad educativa y respetar los Derechos Humanos de todos las/los estudiantes (incluidos aquellos con Necesidades Educativas Especiales) y aunque se trabaja bajo la premisa que “toda persona tiene derecho a la educación”, - Declaración Mundial sobre Educación para todos (1990) - aún podemos encontrar la presencia importante del enfoque clínico, el cual aún se encuentra fuertemente arraigado, en las Políticas Educativas de nuestro país.

Respecto del punto anterior, podemos señalar que en el Decreto Supremo N° 170/2009, dentro del apartado Normas Generales Artículo N°2, letra b, determina que la Evaluación Diagnóstica: *“constituye un proceso de indagación objetivo e integral realizado por profesionales competentes, que consiste en la aplicación de un conjunto de procedimientos e instrumentos de evaluación que tienen por objeto precisar mediante un abordaje interdisciplinario, la condición de aprendizaje y de salud del o la estudiante y el carácter evolutivo de estas”*.

En el presente cuadro del TITULO II Artículo 16

Discapacidad	Profesionales
Discapacidad Auditiva	Médico otorrinolaringólogo o neurólogo y Profesor de educación especial/diferencial.
Discapacidad Visual	Médico oftalmólogo o neurólogo y Profesor de educación especial/diferencial.

Discapacidad Intelectual y coeficiente intelectual(CI) en el rango límite con limitaciones significativas en la conducta adaptativa.	Psicólogo Médico pediatra o neurólogo o psiquiatra o médico familiar y y Profesor de educación especial/diferencial.
Autismo Disfasia	Médico psiquiatra o neurólogo, Psicólogo, Fonoaudiólogo y Profesor de educación especial/diferencial.
Multidéficit o discapacidades múltiples y sordoceguera	Médico neurólogo u oftalmólogo u otorrino ofisiatra u otras especialidades, según corresponda. Psicólogo y Profesor de educación especial/diferencial.
Déficit Atencional con y sin hiperactividad o Trastorno Hiperkinético	Médico neurólogo o psiquiatra o pediatra o médico familiar o médicos del sistema público que cuenten con la asesoría de especialistas, de acuerdo a lo establecido por el Fondo Nacional de Salud, Psicólogo y/o Profesor de educación especial/diferencial o psicopedagogo
Trastornos específicos del lenguaje	Fonoaudiólogo y Profesor de educación especial/diferencial. Médico pediatra o neurólogo o psiquiatra o médico familiar.
Trastornos específicos del aprendizaje	Profesor de educación especial/diferencial o psicopedagogo y Médico pediatra o neurólogo o psiquiatra o médico familiar.

Podemos observar como dentro de las Políticas Educativas de nuestro país continúa imperando una “dependencia” de la visión/autorización médica. Es así pues como se impone un enfoque clínico en el proceso de diagnóstico centrando principalmente en realizar una etiqueta diagnóstica, categorizar, clasificar y segmentar al sujeto, en base a las dificultades, principalmente físicas o biológicas que pudiese presentar el sujeto dentro de su proceso de aprendizaje. Siguiendo con este lineamiento médico la Intervención se ha generado principalmente desde la mirada clínica, como señalan Manosalva y Tapia (2012) *“el sujeto que presenta algún retraso o dificultad de aprendizaje, es un enfermo o trastornado. Puesto que en esta concepción el aprendizaje reside básicamente en el sistema nervioso central, debiera ser un sujeto con alteraciones en ese nivel.*

Por lo tanto, las causas que se buscan para explicar las supuestas “anomalías” (por el hecho de estar asociados a lo clínico), debieran ser, necesariamente, endógenas u orgánicas.

Así, se distancia la Educación Especial de la pedagogía para acercarse a la psicología, neurología, psiquiatría, fonoaudiología, kinesiología o a cualquier rama de la medicina que permita centrarse en el trastorno (patología) y no en las dificultades de aprendizaje (y

enseñanza) que puede experimentar un sujeto en cualquier momento de su escolaridad” (p. 04).

4.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN CHILE

En nuestro país el inicio de la atención a personas con discapacidad, consistió básicamente en “dar asistencia médica a personas enfermas”, situación que se mantuvo hasta la década de los 40. Posteriormente entre los años 40 y 60 van surgiendo nuevas experiencias de atención educativa a la población con discapacidad, es durante esta etapa en la que se define y forja una modalidad de atención segregada de la educación común con un enfoque fundamentalmente clínico. A partir de la década de los 60 y 70, se inicia la expansión de cobertura y mejoramiento de la capacidad técnica, para la atención de alumnos con discapacidad.

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).

Como plantean Godoy, M^a; Meza, M^a; Salazar, A. (2004), la trayectoria de la Educación Especial en nuestro país se inicia a partir de 1852 en la ciudad de Santiago, con la creación de la primera Escuela Especial para niñas y niños sordos de Latinoamérica. Años más

tarde, durante 1975, se crearon los Centros de Diagnóstico Psicopedagógico, debido a la demanda de atención asistencial por parte de los niños con problemas para aprender, este apoyo se dirigió principalmente hacia los hospitales infantiles que tenían Servicios de Psiquiatría y Neurología Infantil (Roberto del Río, Calvo Mackenna, el Instituto de Neurocirugía e Investigaciones Cerebrales y Arriarán).

El aporte de los Servicios de Psiquiatría y Neurología infantil a la educación nacional, no se limitó a los aspectos asistenciales, de diagnóstico y rehabilitación, sino también a la investigación clínica de los trastornos específicos del aprendizaje, la disfunción cerebral mínima, la dislexia específica, la epilepsia y el retardo mental.

Por otra parte, la labor de los Centros Hospitalarios se reforzó con la acción educativa que ejercieron los psicólogos sobre los profesores de las Escuelas Especiales anexas a los hospitales al darles a conocer los aspectos psicopatológicos de los trastornos del aprendizaje, debido a que la mayor parte de los maestros eran autodidactas. Hasta ese momento nunca habían recibido una formación sistemática en esta especialidad.

Debido a la participación de los docentes en las reuniones clínicas de los servicios hospitalarios, en las cuales se analizaba y planificaba la acción terapéutica sobre los educandos, es que se fue desarrollando y consolidando el enfoque “médico - rehabilitador”, como sostiene el Ministerio de Educación Chileno, división de Educación General, en su publicación “Educación, Nuestra Riqueza” (2004, p. 07).

CAPITULO III

1. REVISIÓN DE LAS PUBLICACIONES

En 1975 la OMS reconoció las flores de Bach como terapia complementaria, “y cada vez son más los grupos de investigación que contradicen las teorías que hablan de un efecto placebo de este tratamiento. Uno de ellos, de la Universidad Central Marta Abreu de las Villas en Cuba, está llevando a cabo investigaciones con niños, adolescentes y adultos que demuestran la utilidad de estos remedios para tratar, entre otros, trastornos de adaptación en escolares o problemas de relación entre padres e hijos. (Mimbrero, 2019).

En el año 2012, el MINSAL de Chile, en su *Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas*, informan que los principales resultados obtenidos en su investigación, se destaca el alto porcentaje de uso de Terapias Complementarias, alcanzando un 55% de personas que lo utilizan. Asimismo, agregan como resultado a la oferta de MCA, que las terapias que mayor porcentaje de terapeutas poseen -tomando en consideración los resultados obtenidos por el estudio antes mencionado- son la Terapia Floral con un 56,3%; el Reiki con un 48,3%, la Reflexología con un 19,3%, el Biomagnetismo con un 15,9 %, y finalmente, la Aromaterapia con un 14,44%. (2012, MINSAL, *Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas*, Chile, El presente estudio pretendió obtener información acerca del conocimiento, uso y satisfacción que la población chilena tiene respecto a la Medicina Complementaria / Alternativa (MCA), con la finalidad de que el MINSAL disponga de información fidedigna sobre los usuarios y usuarias de este tipo de medicina. Esto, porque los estudios llevados a cabo hasta la fecha sólo hacían referencia a los ofertantes de estas terapias, pero no existía información concreta sobre el uso de estas mismas y el nivel de acogida por parte de la población hacia estas terapias.

Para cumplir con lo anterior, se elaboró un estudio de tipo cuantitativo, de carácter exploratorio descriptivo con aplicación de cuestionario estructurado mediante entrevistas

aplicadas de forma incidental por un encuestador/a capacitado/a en espacios de alta concurrencia. El trabajo de campo se desarrolló entre los días 29 de junio al 13 de julio de 2012 en las ciudades de Santiago, Antofagasta, Valparaíso, Talca Concepción y Puerto Montt. La metodología consideró un diseño muestral bietápico con parámetros de 4,4% de error, bajo un 95% de intervalo de confianza, asumiendo varianzas máximas estratificadas por afijación proporcional, según sexo, edad y quintil de ingreso, alcanzando una muestra total de 498 casos.

Este estudio tuvo como principal conclusión el alto número de personas que conoce y utiliza las diversas MCA existentes, obteniendo que el 55% de la población ha utilizado o utiliza al menos una de las MCA evaluadas. Siendo este uso diferenciado según sexo, edad y quintil de ingreso, así es utilizada mayormente por mujeres, jóvenes y adultas jóvenes. Tiene un mayor nivel de penetración en los quintiles de ingresos superiores, sin embargo el uso en los quintiles más bajos ronda el 50%.

La terapia más utilizada y reconocida por la población, fue el yoga con un 11,6% de uso, le sigue la Fitoterapia (11,4%) y la Homeopatía (10,2%).

Los datos muestran altos niveles de confianza en el uso de este tipo de medicinas, tanto para solucionar dificultades emocionales como físicas puntuales, mostrando altos niveles de satisfacción en la que la mayoría de quienes la utilizó logro superar los problemas de salud que los llevó a consultar MCA.

Además de su utilización como recurso curativo, un alto porcentaje de la población utiliza MCA como una forma de prevenir enfermedades y como un método para sentirse mejor, lo

que es reforzado por el hecho de que el 50% de quienes la utilizaron declara que no consultó de forma previa a la medicina convencional.

Quienes no la han utilizado manifiestan que es fundamentalmente por desconocimiento y porque no han tenido necesidad, descartando razones de desconfianza, malas experiencias o prejuicios frente a este tipo de medicina.

Respecto a las posibles dificultades de acceso por su precio, se percibe que no es un factor fundamental a la hora de acceder a MCA, esto se asocia fundamentalmente al alto grado de informalidad en la atención, demostrada en que cerca del 50% de quienes la han utilizado han sido tratados en casas de los terapeutas, así como en el mismo domicilio del paciente. El instrumento aplicado en la investigación es pertinente a la investigación de Medicina Complementaria en Chile. En este sentido, se observa una visión importante por parte de los usuarios de la MC, ya que evidencia credibilidad en las y los chilenos, ya que independiente si usaran o no las terapias de la MCA, un 55% manifestó no estar de acuerdo con que la medicina alternativa no era confiable por no estar científicamente comprobada.

4. CONCLUSIONES

Basados en los puntos anteriores, podemos ver la necesidad de integrar nuevas miradas dentro del Enfoque Educativo y en especial al interior del Trabajo de Inclusión Escolar,

enfoques que abarquen las partes con el todo, y que no sólo observe la punta del iceberg, se requieren miradas que presenten una evolución conceptual y una ruptura epistemológica sobre el concepto de enfermedad, salud y ser humano, entre otras. Integrar nuevos modelos a las Políticas Educativas de Educación Especial que consideren una conexión como lo señala Robe (2006) *“entre las emociones, la mente y el cuerpo físico/celular, los cuales están en interacción dinámica”*.

Bajo esta perspectiva, surge la necesidad de ampliar la mirada hacia el Paradigma de la Complejidad, moviéndonos los enfoques positivistas, disgregadores y reduccionista, hacia otras cosmovisiones incluyentes, integrativas, complementarias, que logren superar la lógica clásica excluyente que rige a la sociedad postmoderna.

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

La terapia Floral del Dr. Bach trata la desarmonía emocional y de la personalidad, finalmente Judy Howard (1995) nos plantea que “los Remedios de Bach ofrecen un medio delicado de aliviar actitudes negativas, y dado que se preparan a partir de flores y de árboles, ninguno de los cuales es venenoso, proporcionan un sistema de curación inocuo y que no crea hábitos ...los remedios se escogen, por tanto, de acuerdo con el estado de ánimo y naturaleza general de la persona, un enfoque que restablece delicadamente el equilibrio interno, dando libertad al cuerpo para iniciar su propia curación natural.” (pp.18) tales como

la impaciencia, el temor y la tristeza, entre otras, emociones presentes que se evidencian en estudiantes con Necesidades Educativas Especiales.

Así como la medicina ha ido dando cabida a nuevas visiones debido a que como lo señala Bach: “La principal razón del fracaso de la ciencia médica moderna es que trata los síntomas pero no las causas” y ya que dentro de su historia la Educación Especial ha estado tan fuertemente ligada al modelo médico, es que en definitiva, esta teoría se hace relevante en la medida que proporciona herramientas que permiten al sujeto crecer en lo personal y en lo espiritual, desde una mirada holística, considerando todas sus dimensiones. Así, esta disciplina no excluye ningún elemento que el sujeto considere importante; por el contrario, los integra en un marco de mayor envergadura, reconociendo la importancia de las experiencias personales como de las transpersonales.

A nivel emocional esto es apreciable como sentimientos negativos, estados de abatimiento sostenido por pérdidas afectivas, odio, rencor, entre otras. En el cuerpo mental como disociación ideoafectiva, excesiva intelectualización - sintomatología asociada al estrés - y excesiva preocupación (Bach, 2001). Es en estos dos campos, y especialmente a nivel emocional, donde actúa la Terapia Floral del Dr. Bach, la cual, al ir devolviendo un ritmo de funcionamiento óptimo a estos planos, los de menor frecuencia se irán alterando hasta generar una remisión de la sintomatología física, al ser restablecido el flujo adecuado de movimiento de la energía (Robe, 2005).

Durante muchos años el enfoque y las Políticas Educativas han ido principal y tradicionalmente en pos del desarrollo de la racionalidad, desarrollo físico e intelectual del sujeto, con respecto a esto Maturana (1990), nos enseña que “Al declararnos seres racionales vivimos una cultura que desvaloriza las emociones, y no vemos el

entrelazamiento cotidiano entre razón y emoción que constituye nuestro vivir humano, y no nos damos cuenta de que todo sistema racional tiene un fundamento emocional. Las emociones no son lo que corrientemente llamamos sentimientos. Desde el punto de vista biológico lo que connotamos cuando hablamos de emociones son disposiciones corporales dinámicas que definen los distintos dominios de acción en que nos movemos. Cuando uno cambia de emoción, cambia de dominio de acción". (p15)

A pesar de lo expuesto anteriormente, no se observan Políticas ni Normativas Educativas con enfoques de intervención que: *"ayuden al estudiante a estabilizar sus emociones y faciliten su paso a un estado de mayor optimismo, tolerancia a las frustraciones, energía, constancia, atención y concentración, serenidad, paz interior; lo cual se traduciría en relaciones más armónicas con su entorno, mayor seguridad en sí mismo, mayor autoestima y autovaloración, en conclusión un estado donde el estudiante logre bienestar y equilibrio"* (Céspedes y Céspedes, 2007, pp. 128).

Marco ideal para generar un aprendizaje de calidad, igualdad e inclusión dentro de todos los estudiantes, en especial de los que presentan mayores desafíos en la adquisición de sus aprendizajes.

5. REFERENCIAS:

Libros:

3. American Psychiatric Association (1994). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson
4. Bach Edward (1980). La curación por las flores. Madrid: EDAF. S.A.

5. Céspedes, Amanda y María Ester Céspedes (2007). "Terapia Floral para niños de hoy". Santiago, Chile: Ediciones B Chile S.A.
6. Céspedes, A. (2007). Cerebro inteligencia y emoción. Chile: Fundación Mírame.
7. Céspedes, A. (2008). Síndrome de Déficit Atencional. Estrategias Conductuales y Abordaje Pedagógico en el aula. Curso organizado por Centro Mahuida, sede Talca. Serena, Chile.
8. (ETFMV) Escuela de Terapeutas Florales Mount Vernon (2004) "Curso para optar al Título de Terapeuta Floral en Flores de Bach", Santiago, Chile.
9. Gerber, R. (1993); "La Curación Energética", Barcelona, España, Ediciones Robinbook
10. Guerra, Marcela (2002) "El Secreto de las Flores de Bach. 1 cuento y 38 esencias", Santiago, Chile, Editorial Cuatro Vientos.
11. Harlow, Steven (1989) "La Medicalización en la Sala de Clases". 4 Vientos, N° 2. Chile.
12. Janin, B. (2007). Un niño que se mueve demasiado. En Janin, B. Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD. Buenos Aires: Noveduc.
13. Lipman, M. (1998). Pensamiento complejo y educación. (2ª. Ed.)(Trad. V. Ferrer Cerveró). Madrid: Ediciones de la Torre (Original en inglés).
14. Manosalva, S. (1997). "Un Modelo de Evaluación Sistémico: en la frontera de dos paradigmas". Revista Repsi. N°34, Noviembre-Diciembre. Chile.
15. Manosalva, S y Tapia, C (2012). Breve historia de la educación especial en Chile.
16. Montoto, L. (2005). Fundamentos Físicos Comunicaciones. Madrid: Editorial Paraninfos.
17. Orozco, R. (2002). Flores de Bach. En R. Orozco, Flores de Bach (pág. 43). Barcelona: Indigo.

18. Orozco, R. (Enero de 2008). *Las Flores de Bach hoy: Una terapia en auge*. La Habana.

Artículos Electrónicos:

19. Céspedes, M., y Gálvez, M. (2017). *“El Libro de la Terapia Floral y sus Claves”*. Santiago de Chile (en Prensa).

20. Godoy, M^a; Meza, M^a; Salazar, A. (2004). *Antecedentes históricos, presente y futuro de la Educación Especial en Chile*. Santiago: MINEDUC, Programa de Educación Especial, 2004. Extraído el 23 de diciembre del 2019. Disponible en: http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/201304151210180.doc_Antecedentes_Ed_Especial.pdf

21. "Holístico". En: *Significados.com*. Disponible en: <https://www.significados.com/holistico/> Consultado: 27 de diciembre de 2019.

22. Mimbrero, E. (31 de octubre de 2019). *“Flores de Bach: gotas para el bienestar. Cuerpamente”*. Extraído el 5 de diciembre de 2019. Disponible en: https://www.cuerpamente.com/salud-natural/guia-uso-flores-bach_5367

23. Ministerio de Educación de Chile, (2009) *“Reglamento de Ley 20.201, decreto N° 170”*. Extraído el 27 de noviembre de 2019. Disponible en: https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2018/06/DTO-170_21-ABR-2010.pdf

24. Ministerio de Salud de Chile, (2012). *“Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas”*. Extraído el 5 de diciembre de 2019. Disponible en:

<https://psicolog.org/informe-final-estudio-sobre-conocimiento-utilizacin-y-grado-de.html?page=2>

25. Ministerio de Salud de Chile, (24 de enero de 2019). "*Medicinas Complementarias*".
Extraído el 20 de diciembre de 2019. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/medicinas-complementarias/>
26. Organización Mundial de la Salud. "*Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2014-2023*". Ginebra: OMS; 2013. Extraído el 20 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/s21201es.pdf>
27. Robe, C. (2005). "*Fundamentos de Medicina Vibracional*", Curso dictado en el marco de la ley 42 de MINSAL, Santiago, Chile.
28. Toboso, M. (2006). "La Teoría Cuántica, una aproximación al universo probable".
Extraído el 27 de diciembre de 2019. Disponible en:
https://www.tendencias21.net/La-Teoria-Cuantica-una-aproximacion-al-universo-probable_a992.html
29. Valdés, G. (2013). "*La importancia del conocimiento del marco teórico- filosófico de la terapia floral del Doctor Bach en la práctica terapéutica*". Extraído el 27 de noviembre de 2019. Disponible en: https://sedibac.org/wp-content/uploads/2018/01/25_Ponencia_Gonzalo_Valdes.pdf