

Cuando colapsa el mundo

Intervenciones educativas de urgencia para niños psicológicamente traumatizados de regiones en crisis.

Boceto de aproximación a una intervención pedagógico-terapéutica en contextos de guerra y catástrofe agudos, basados en la Pedagogía Waldorf

1. Resumen

Cada año, millones de niños y personas jóvenes vivencian experiencias traumáticas. Sufren opresión étnica, guerra y tortura. Son explotados como soldados-niños o se convierten en refugiados. Alrededor del 50 % de todos los refugiados son niños o jóvenes. Otros sufren prisión, secuestro, trabajo forzado, son abusados sexualmente o presencian atrocidades cometidas en personas cercanas a ellos. Otros son víctimas de desastres naturales. Todos tienen en común experiencias traumáticas.

Traumas que no son tratados psicológicamente pueden más tarde conducir a severos síntomas y pueden menoscabar el desarrollo del niño en el largo plazo. De semejantes experiencias pueden resultar enfermedades psíquicas y físicas, así como dificultades de aprendizaje. Esas experiencias traumáticas infantiles no subsanadas pueden más adelante llevar a significativos problemas conductuales, especialmente durante la adolescencia. Las víctimas pueden llegar a ser delincentes.

Las intervenciones educativas de urgencia intentan apoyar a estos niños y jóvenes en la superación de su trauma a través de medidas de estabilización. Entregando protección, seguridad y cobijo, así como la oportunidad para desarrollar relaciones confiables a través del fortalecimiento de la confianza en sí mismos y la autoestima, además de su auto-control, y reduciendo las cargas mediante la provisión de una atmósfera sanadora y de apoyo, puede fortalecerse toda la constitución del niño y estimularse el proceso de auto-sanación. El objetivo es integrar las experiencias traumáticas a la biografía de cada individuo y de ese modo contrarrestar el desarrollo de estrés postraumático.

El enfoque holístico de la Pedagogía Waldorf, basada como está en los principios de desarrollo del niño y sus dimensiones globales, se muestra particularmente indicado como base para la intervención educativa de urgencia, especialmente cuando es suplementado con terapias artísticas específicas. En fases estructuradas de aprendizaje y juego, y en fases de actividad cultural creativa, pueden reactivarse y liberarse los recursos interiores de renovación del individuo que se han visto afectados por el trauma. Una rutina diaria rítmicamente estructurada, comidas regulares y períodos de sueño que alternen fases de descanso y de actividad, pueden ayudar a niños y jóvenes a volver a orientarse a sí mismos, a encontrar seguridad y apoyo. De ese modo, ellos pueden desarrollar nuevas relaciones que fomenten esa sensación de seguridad. Puede ayudárseles a encontrar y desarrollar nueva confianza en otros, así como en sí mismos, un nuevo interés por el mundo y una auto-motivación adecuada a su edad, así como el hacerse responsables de sí mismos.

Los **Amigos del Arte de la Educación** están creando equipos de intervención en crisis y de educación de emergencia que trabajarán con niños y personas jóvenes psicológicamente traumatizadas de regiones en crisis. Se están desarrollando recursos humanos y se está estableciendo un centro de intervención en crisis, equipado con los necesarios recursos logísticos. Las primeras intervenciones de urgencia se verificaron en el Líbano en 2006 y 2007, en cooperación con UNESCO.

En orden a facilitar intervenciones educativas de urgencia efectivas se planea una estructura de contrapartes en 80 países en cooperación con otras agencias internacionales de manejo de crisis y ONGs internacionales.

2. Traumas psicológicos en niños y jóvenes de regiones en crisis

2.1 Traumas causados por guerra o catástrofes naturales

Cada año, millones de niños son víctimas de la guerra y sus consecuencias (Cruz Roja Alemana, 2003), o sufren por efecto de catástrofes y terremotos, inundaciones, tormentas e incendios. Tanto como sufren daños físicos, todos también sufren de trauma psicológico (Hilweg/Ullmann, 1997).

En psicología clínica, el trauma psíquico o trauma psicológico es caracterizado como un daño psicológico causado por fuerzas externas. Este concepto refiere a las consecuencias psicológicas de eventos externos más que a los eventos que constituyen en sí amenaza para la vida. Esos eventos pueden incluir experimentar directamente la guerra, catástrofes naturales, la necesidad de huir del propio hogar, accidentes, abuso sexual, *bullying* o el ser testigo de semejantes eventos. La severidad del evento original no es lo decisivo, si no que la experiencia subjetiva. (Fischer/Riedesser, 1998).

En muchos casos, la experiencia traumática se ve acompañada por una sensación de desamparo y la destrucción de la comprensión de sí mismo y del mundo. Si no ocurre un proceso de tratamiento del trauma dentro de un lapso breve de tiempo después de los eventos, éste podrá tener consecuencias negativas de largo alcance que conducirán a una aguda sensación de carga, desestabilización postraumática, pérdida de la capacidad de adaptación y graves condiciones neuróticas (Streeck/Fischer, 2006).

La intervención temprana con medidas pedagógico-terapéuticas después de las experiencias traumáticas puede ayudar a reducir las posibles consecuencias biográficas negativas de largo plazo.

2.2 Posibles consecuencias del trauma psicológico

2.2.1 Fases del trauma psicológico

Las fases del trauma psicológico pueden ser descritas recurriendo al siguiente modelo de tres fases (Hausmann, 2005, p. 62 f):

1. La situación traumática
2. La experiencia traumática
3. La reacción traumática

2.2.1.1 El evento traumático

El evento traumático es determinado por varios factores, incluyendo intensidad, duración, causa, culpa, la relación entre la víctima y el perpetrador, la naturaleza del trauma y la naturaleza de los efectos.

2.2.1.2 La experiencia traumática

Acaso una experiencia gravosa conduce a un trauma psicológico depende de la sensibilidad efectiva de la víctima y la disposición de ella o él. Los factores de protección y de riesgo pueden influenciar el grado del trauma. Así mismo juegan un papel significativo la percepción de la amenaza y la conducta del individuo durante el evento traumático.

2.2.1.3 La reacción traumática

El proceso traumático conduce a varias consecuencias traumáticas, que pueden ser divididas en efectos de corto y largo plazo (Hausmann, 2005, 2006):

a. Consecuencias de corto plazo

Entre las consecuencias de corto plazo cuentan “reacciones directas de emergencia, síntomas psíquicos agudos y los primeros intentos de superar el problema” (Hausmann, 2005, p. 63).

b. Consecuencias de largo plazo

Entre las típicas consecuencias de largo plazo de un trauma cuentan “síntomas y desórdenes crónicos, la aparición de déficits permanentes, aunque también síntomas retardados, así como repeticiones semiconscientes o inconscientes de la situación traumática” (Hausmann, 2006, p. 45).

c. Otras consecuencias indirectas

El trauma psicológico afecta al sujeto y a aquellos del entorno social y psicológico del sujeto. Es posible que cargas existentes o posteriores empeoren y puedan ser traspasadas a la siguiente generación.

d. Re – traumatización

Casos comparables, interrogatorios policiales, juicios en la corte, entrevistas de diagnóstico y otros semejantes pueden llevar a una traumatización reiterada. Incluso “lesiones en partes de un cuerpo previamente herido pueden conducir a memorias defensivas, pudiendo desestabilizar una conducta compensatoria duramente ganada y abrir viejas heridas (Ibíd.: 46).

2.2.2 Síntomas

Los niños exhiben sistemas de eventos traumáticos que no pueden afrontar de un modo que corresponda a sus respectivas edades. Esos síntomas dependen de la madurez emocional, mental y social del niño (Levine/Kline, 2005).

2.2.2.1 Bebés y niños pequeños

- temores
- estrategias de evitación
- hipersensibilidad
- repliegue
- cerrazón
- conducta impulsiva
- desarrollo retardado
- dolor físico (p. ej. dolor de estómago)
- cambio de hábitos y modelos de conducta
- regresión a modelos de conducta anteriores
- problemas de sueño
- trastornos en la alimentación
- dificultades de comunicación

2.2.2.2 Niños preescolares

- uertes estallidos emocionales
- perturbación
- temeridad
- ira
- agresión
- protesta exagerada
- fobias
- problemas del sueño
- pesadillas
- regresión
- enuresis, chupar pulgar, defecación nocturna, balbuceo infantil
- bajas habilidades comunicativas
- problemas digestivos (diarrea, constipación)
- dolor de estómago
- cefaleas
- fiebre (sin otros síntomas)
- dificultades respiratorias
- cansancio y letargia como consecuencia de baja oxigenación
- trastornos en la alimentación

2.2.2.3 Niños escolares

- pérdida de capacidad de concentración
- pérdida de motivación
- incapacidad de completar tareas
- incapacidad para procesar fácilmente la información
- dificultad para adentrarse en nuevas tareas

Cuando colapsa el mundo

Intervenciones educativas de urgencia para niños psicológicamente traumatizados de regiones en crisis

- hipersensibilidad crónica
- bajo umbra de frustración
- nerviosismo, fáciles de choquear, mirada difusa, fáciles de distraer, incapacidad para permanecer sentados tranquilos, vigilia exagerada
- agresión y agresión auto-inflingida
- fáciles de provocar
- hablar compulsivamente
- ensimismamiento
- disociación, aislamiento, cerrazón, timidez extrema
- falta de atención, cansancio, fantaseo, depresión
- temores y fobias
- postura colapsada
- cansancio, letargia, “flojera”
- temor a terceros
- temor a los sueños
- pérdida de concentración
- pérdida de memoria
- dificultades de aprendizaje
- jugar compulsivamente a la situación traumática
- cambio conductual (p. ej. agresión, regresión)
- problemas de sueño
- trastornos alimentarios
- síntomas corporales los padres no deben cargar con sus problemas

2.2.2.4 Adultos jóvenes

- repentino cambio en las relaciones
- pérdida de interés en relaciones que previamente fueron importantes
- retiro, aislamiento y separación
- cambios fundamentales en el rendimiento escolar
- cambio fundamental de actitudes
- cambios fundamentales en la apariencia externa
- repentinos cambios conductuales
- mentira
- repetición de la situación traumática al punto de amenazar la propia vida
- cambios repentinos de ánimo (temor, depresión riesgo de suicidio)
- problemas de drogas y alcohol
- pérdida repentina de interés por antiguo hobby
- fáciles de provocar; ira, pensamientos vengativos
- actividad sexual anormal
- cambio frecuente de pareja sexual

2.2.3 Cambios neurobiológicos

Estudios recientes han mostrado que la traumatización de largo plazo puede conducir a cambios permanentes en el desarrollo cerebral. Pueden ocurrir desarrollos anormales en el hipocampo, el sistema límbico y el neo-córtex (Perry, en May/Remus, 2003). Estos estudios muestran que el desarrollo del neo-córtex y del sistema límbico puede ser destruido a través de experiencias traumáticas tempranas. Esto puede conducir a cambios de largo plazo en los procesos hormonales y a una actividad cerebral anormal en ambos hemisferios del cerebro. Esto conduce a cambios funcionales en lo cognitivo, las emociones y la conducta social y de otro tipo (Ibíd.). Efectos de largo plazo pueden ser causados mediante la repetición del trauma a través de experiencias reiteradas o a través de trauma re-imaginado vía flash-back (Hüther, 2002, 2004). Por tanto resulta crucial para prevenir la repetición del trauma que se haga hincapié en este aspecto.

2.2.4 Imágenes perturbadoras

Traumas no tratados pueden, aunque esto no sucederá necesariamente, pueden conducir a psicopatologías graves que podrían conducir a enfermedad de por vida. Las experiencias traumáticas severas durante la temprana infancia a menudo revelan sus consecuencias destructivas durante la adolescencia. Las víctimas pueden convertirse en delincuentes si reviven sus traumas (Streeck-Fischer, 1999).

Después de las experiencias traumáticas pueden ocurrir los siguientes cuadros:

- perturbaciones agudas (ICD-10: F 43.=)
- incapacidad de adaptación (ICD-10: F 43.2)
- trastorno de estrés postraumático (ICD-10: F 43.1)
- cambio de personalidad de largo plazo como consecuencia de sufrimiento extremo (ICD-10: F62.0)

2.3 Posibles intervenciones educativas agudas de emergencia

2.3.1 Fases de intervención

Las intervenciones posteriores a eventos traumáticos siguen tres fases:

- **intervención de urgencia**
(intervención peri-traumática, primera ayuda de urgencia, habitualmente a nivel local)
- **estabilización psicológica**
(intervención psicológica de urgencia dentro de las primeras cuatro semanas)
- **terapia de rehabilitación**
(fase de tratamiento del trauma, fase de integración)

La intervención educativa de urgencia puede ocurrir como intervención aguda local. Habitualmente, esta intervención ocurre después de cuatro semanas (fase de estabilización psicológica). Durante ese tiempo se manifiesta acaso el sujeto puede enfrentar por sí solo el trauma o acaso desarrollará un

trastorno de estrés postraumático y requiere terapia. La terapia educativa puede ser usada durante la fase de terapia de trauma.

2.3.2 Objetivos

Toda terapia educativa de trauma destinada a ayudar a niños y personas jóvenes traumatizadas por guerra o catástrofe natural tiene por tarea minimizar el sufrimiento de aquellos afectados, fortaleciendo su constitución y fuerzas de auto-sanación. El objetivo de la intervención educativa de urgencia es ayudar a construir relaciones que ofrezcan seguridad, confianza y confianza en sí mismo, despertar nuevo interés en el mundo y, de forma apropiada para cada edad, fortalecer el aprendizaje auto-dirigido y la responsabilización de uno mismo. A través de las medidas educativas de urgencia debieran reducirse o prevenirse consecuencias biográficas posteriores como desórdenes postraumáticos.

2.4 Convertir las crisis en oportunidades

La investigación de las consecuencias del trauma psicológico ha reconocido en forma creciente que esas crisis pueden conducir a cambios de personalidad positivos en aquellos afectados una vez que el trauma ha sido debidamente tratado (Landolt, 2004; Tedeschi/Park/Calhoun, 1998). Estos beneficios incluyen:

- profundización de relaciones
- ampliación de las perspectivas de la vida
- madurez
- profundización del valor de la propia vida
- profundización espiritual y religiosa

El tratamiento exitoso y la integración de la experiencia traumática en la biografía de un niño pueden favorecerse mediante la intervención educativa de urgencia.

3. Pedagogía Waldorf – El ser humano en el centro focal

3.3 Pedagogía Waldorf como educación de urgencia

3.3.1 Intervención educativa

3.3.1.1 Principio básico de la intervención

Entre los principios directrices de la educación de urgencia para niños psicológicamente traumatizados se sitúan la verdad, la claridad y la estructura (Hausmann, 2005, p. 181).

3.3.1.2 Principios educacionales para tratar traumas

Después de una experiencia traumática, un niño necesita ayuda educativa para enfrentar el trauma. Es el futuro del niño lo que depende de ese apoyo. Por sobre todo, el niño requiere integrar sus experiencias y restablecer el contacto con el entorno. Aquí se mencionan algunos e los principios clave del enfoque educacional para tratar el trauma: (Eckardt, 2005):

- escuchar y hablar
- permitir que se expresen los sentimientos
- cultivar rituales
- cultivar el ritmo
- nutrir al niño
- ayudar al niño a relajarse (respiración, dormir, descansar)
- ejercicios de concentración
- formas creativas de sobreponerse al trauma a través de escribir, pintar y hacer música
- movimiento a través del deporte, la danza, caminatas, movimiento libre
- juego
- hacer planes
- fortalecimiento de sentimientos religiosos
- fortalecimiento de la auto-estima

3.3.1.3 Tratar con reacciones traumáticas

A seguidilla de las experiencias traumáticas pueden suscitarse síntomas extremos que se expresan a través de serios cambios conductuales. Requieren de intervención educativa e incluyen:

- egresión
- temor, ataques de pánico, fobias
- pesadillas
- vergüenza y sentimientos de culpa
- agresión
- lesiones auto-inflingidas, agresión hacia sí mismo
- intrusión y flash-back
- sentirse sobrepasado
- supresión y negación
- falsa interpretación de los eventos
- disociación
- conducta compulsiva
- conducta desequilibrada
- enfermedad física

3.3.1.4 Estabilización a través de intervención educativa

La intervención educativa puede tener enefecto estabilizador. Estas intervenciones incluyen:

- ofrecer protección y seguridad
- asegurar relaciones confiables
- apoyar la confianza en sí mismo y proveer reafirmación positiva
- crear una atmósfera sanadora dentro del grupo
- apoyar la comprensión de experiencia revivida
- prevenir recuerdos incontrolables y flash-back
- identificar la transferencia traumática
- fomentar la auto-sanación

3.3.2 Medidas pedagógicas y terapéuticas específicas como parte de un enfoque educativo

La idea de un enfoque médico y terapéutico holístico está estrechamente relacionada con el enfoque antropológico y de desarrollo de la Pedagogía Waldorf. Esta ofrece una alternativa a los enfoques médicos y terapéuticos convencionales, aunque más bien es un modo de extender el espectro de diagnóstico y terapia de los mismos. Durante las últimas décadas han sido desarrollados en diversos centros terapéuticos, clínicas, instituciones curativas y Escuelas Waldorf un número de terapias independientes que complementan exitosamente los enfoques convencionales. Entre éstas se cuentan la eiritmia terapéutica, formas especiales de terapia musical, del habla y artística, terapia por sonido y color, terapia de sombras coloreadas y muchas otras. El objetivo de todas estas terapias artísticas es que el paciente llegue a ser capaz de activar sus propios procesos de sanación bajo la guía de un terapeuta, pudiendo ser sanado a través de esas actividades auto-dirigidas y creativas (Bopp/Schürholtz, 2004; Treichler, 1996).

3.3.2.1 Masaje rítmico

El método de masaje rítmico, desarrollado por las doctoras Ita Wegman y María Hauschka, se basa en técnicas de masaje clásicas, suplementadas con un masaje rítmico de movimientos oscilatorios que activa el torrente de los fluidos corporales y de ese modo suelta bloqueos patológicos en el sistema. Esta forma de masaje rítmico busca poner nuevamente en movimiento todo aquello que está anquilosado. Esto capacita al individuo para volverse física- y psicológicamente más activo. Ayuda a sobreponerse a la falta de sueño, al agotamiento y armoniza toda la constitución. También incrementa la atención corporal y restaura la sensación del individuo de poseer su propio cuerpo (Härter, 2005; Fingado, 2002).

3.3.2.2 Baños, compresas y aplicaciones externas

Usando baños, aplicaciones externas y compresas se estimulan los procesos vitales de la respiración, la generación de calor, la digestión, el metabolismo y la circulación y se relajan las tensiones. Se puede liberar procesos que se han vuelto rígidos. Esto puede apoyar el proceso de auto-sanación. Dichos métodos son complementados mediante el uso de aceites etéricos, esencias y tinturas (Fingado, 2003).

3.3.2.3 Actividades artísticas plásticas terapéuticas tridimensionales

Al modelar, el paciente confronta el material en orden a liberar su oculto potencial cognitivo, emocional y afectivo, y traducirlo en una forma exterior. No se trata de hacer algo decorativo, si no que más bien de luchar con el material en orden a liberar nuevas imágenes y fuerzas. Eso ayuda a los individuos a llegar a términos con su situación, superar la enfermedad y encontrar nuevo coraje para enfrentar la vida. Los materiales empleados incluyen jabón, piedra, madera, greda, cera natural, plastilina y arena. La selección depende del estado físico y psíquico del paciente y del tiempo disponible (Golombek, 2000).

3.3.2.4 Terapia de pintura y dibujo

La terapia a través del dibujo y la pintura conducen a un intenso encuentro con el sí mismo (*self*) en el camino hacia el encuentro de un nuevo equilibrio interior. A través de la vivencia anímica de los colores y las formas puede influirse sobre los procesos funcionales al interior de organismo. A través del proceso artístico de pintar se comprometen procesos de auto-conocimiento y se revelan modelos de conducta, hábitos de vida y bloqueos que habían permanecido ocultos y que se vinculan con diversas enfermedades. A través de la terapia de dibujo y pintura se pueden aflojar estructuras rígidas, superando, de ese modo, el trauma (Mees-Christeller/Denzinger/Altmaier/Künstner/Umfrid /FrielingAuer, 2000).

3.3.2.5 Terapia musical

La música abre la puerta hacia un mundo interior de experiencia. Apela más bien a los sentimientos que al intelecto. El objetivo de la terapia musical es activar la capacidad musical y rítmica, estimulando, así, los procesos vitales. Estos son fortalecidos y sustentados a través de toda actividad rítmica. La terapia musical ayuda al auto-conocimiento y favorece el proceso de asumir nuevas perspectivas sobre la vida. La terapia musical es particularmente efectiva en el tratamiento de condiciones crónicas de enfermedades graves. Ha encontrado un lugar reconocido en la medicina pediátrica, la medicina interna, la psiquiatría, la medicina intensiva y el alumbramiento, así como en las salas cuna (Felber/Reinhold/Stückert, 2000).

3.3.2.6 Formación terapéutica del habla

El habla es el más importante medio para la comunicación humana. Es un medio crucial para transmitir información. Toda la personalidad es la que se expresa en el habla de un ser humano. Cada persona tiene su propia voz, con su melodía y articulación únicas. El habla expresa los pensamientos y sentimientos de una persona a través de la voz.

La formación terapéutica del habla puede ayudar a liberar la respiración y puede de ese modo ser útil para el tratamiento del asma y de las enfermedades intestinales. El habla también puede afectar la armonía entre el pulso y la respiración (usando, p. ej. el ritmo del hexámetro). El habla rica en consonantes tiene el efecto de crear forma y de estructurar las cosas; un habla rica en vocales opera en apoyo de la esfera emocional y tiene el efecto de soltar o aflojar.

La formación terapéutica del habla no sólo es útil para trabajar con los problemas de habla y lenguaje, si no que puede también usarse para trabajar con fuerza sobre la relación entre el cuerpo,

el alma y el espíritu, y permite un acercamiento interno, psicossomático, psiquiátrico y curativo (Dejean-von Stryk/ von Bonin, 2000).

3.3.2.7 Eúritmia terapéutica

La eúritmia (de la palabra griega antigua para “bello ritmo”) es un arte de la representación que se emplea en la educación y en la medicina. La eúritmia terapéutica traduce el habla, la música y la gestualidad en secuencias de movimiento especialmente formadas. Cada vocal y cada consonante tienen su correspondiente movimiento. Los ejercicios de eúritmia terapéutica se realizan con todo el cuerpo, los brazos, manos, piernas y pies. Dependiendo del cuadro de la enfermedad del caso, los ejercicios individuales son practicados con intensidad. En la terapia se practican diferentes gestos que corresponden a cada diagnóstico. El objetivo es reactivar ciertas fuerzas formativas dentro del cuerpo, que se han perdido o han sido distorsionadas por enfermedad, en orden a regenerar los procesos vegetativos de los órganos. Los ejercicios surten un efecto estimulante, fortaleciendo y regulando los procesos rítmicos en el organismo, como ser el corazón y la circulación, el metabolismo, el movimiento y el equilibrio (Wennerschou, 1996; Kirchner-Bockholt, 1997).

4. El concepto de una intervención de urgencia terapéutica educativa en el contexto de guerra o desastre natural basado en la Pedagogía Waldorf

4.1 Equipo Waldorf de intervención en crisis

4.1.1 Composición

Sobre el trasfondo delineado más arriba, los “Amigo” establecerán un equipo de intervención de urgencia en crisis para trabajar con niños traumatizados en zonas de guerra o áreas de crisis.

4.1.2 Personal

a. Tamaño del equipo

El tamaño del equipo de intervención en crisis depende de la situación específica de la región en crisis y de las tareas implícitas. Semejante equipo podría incluir hasta 10 miembros con diversas competencias.

b. Competencias básicas

Tratar niños traumatizados requiere de las siguientes competencias (Weiss, 2006):

- competencia profesional
- auto-reflexión y auto-control
- confianza en sí mismo

c. Competencias especiales

El equipo de intervención de urgencia en crisis se compone de los siguientes roles:

- **Jefe del proyecto/coordinador**
Esta persona dirige y coordina el proyecto
- **Médico/psicólogo**
Este individuo es responsable de la intervención terapéutica médica y lidera ésta en el campo de acción.
- **Terapeuta**
El equipo puede incluir un número de terapeutas especialistas que trabajen juntos en diferentes grupos.
- **Colaborador experto en educación especial y pedagogía social**
Maestros, maestros de educación especial, trabajadores sociales, trabajadores de pedagogía social, quienes trabajarán con grupos de niños y de jóvenes.
- **Equipo de apoyo**
Dependiendo de la naturaleza de las tareas, apoyarán a los terapeutas.
- **Traductor**
Un traductor que debe ser capaz de cubrir las necesidades locales.

d. Condiciones estructurales

El grado en que los educadores y terapeutas puedan realizar su trabajo de modo efectivo depende de las condiciones estructurales e institucionales (Weiss, 2006):

- formación
- perfeccionamiento
- supervisión
- trabajo en equipo

4.2 Objetivos y tareas

El objetivo del equipo de intervención educativa de urgencia en crisis es proveer a los niños y personas jóvenes traumatizadas en regiones en crisis (guerra y catástrofes naturales) un apoyo educativo de urgencia. El objetivo es reducir su sufrimiento a través de medidas educativas terapéuticas y trabajar profilácticamente contra los efectos biográficos de largo plazo.

Las intervenciones de urgencia planeadas habitualmente serán del tipo primeros auxilios. El trabajo educativo especial con niños traumatizados estará basado en el enfoque antropológico holístico de la Pedagogía Waldorf y en sus métodos (Kiersch, 1997; Leber, 1993). Conjuntamente con este enfoque se implementarán terapias complementarias basadas en la antroposofía. Estos métodos están destinados a operar para el fortalecimiento, la estabilización y el apoyo a la liberación del potencial creativo, de los procesos vitales y de los recursos personales necesarios para los procesos de sanación y restauración (Bopp/Schürholtz, 2004).

Objetivo del apoyo terapéutico educativo de urgencia es fortalecer la constitución total del niño traumatizado, así como estimular los procesos de auto-sanación, ayudando así al individuo a evitar los desórdenes del estrés postraumático, o al menos a reducir sus efectos cuanto sea posible (Stellamans-Wellens, 2002).

Las tareas especiales incluyen:

4.2.1 Diagnóstico inicial

En un diagnóstico inicial se determina y documenta la naturaleza y el grado del trauma. Esto lo efectúan los médicos, psicólogos y terapeutas.

4.2.2 Intervención educativa de urgencia

a. Primeros auxilios educativos

El objetivo de los primeros auxilios educativos en una intervención terapéutica de crisis ha de alcanzarse a través de la implementación de medidas educativas especiales basadas en la Pedagogía Waldorf.

Mientras la intervención terapéutica de crisis tomará principalmente la forma de una terapia individual, el enfoque educativo especial será apoyado con dinámicas de grupo sociales.

Los recursos personales del individuo que han quedado sumergidos por el trauma pueden ser liberados y activados a través del empleo del juego creativo y las actividades artísticas. Contar cuentos puede contribuir de modos importantes a hacer frente al trauma.

Una rutina diaria rítmica, con horas de comidas regulares, períodos de sueño, descanso y acción ayuda a los niños a establecer una nueva orientación y una sensación de seguridad.

El objetivo de la ayuda educativa de emergencia es construir relaciones de confianza y confianza en sí mismo, en que el individuo puede hallar un nuevo interés por el mundo. También ayuda al individuo, de modos apropiados para cada edad, a dirigir la propia conducta y asumir responsabilidad por ella.

El trabajo educativo ha de ser realizado por educadores calificados, expertos en educación especial y trabajadores sociales.

b. Ayuda terapéutica de urgencia

Comenzando por un diagnóstico inicial, se confeccionará un plan de terapia individual en que se planifique e implemente intervención en grupo o sesiones de terapia individual.

Se proyecta usar principalmente terapias antroposóficas (Bopp/Schürholtz, 2004)

Las terapias serán implementadas por terapeutas especialmente formados.

c. Apoyo médico de urgencia

Los niños serán apoyados y monitoreados por médicos y, de ser necesario, tratados clínicamente.

La terapia médica estará exclusivamente en manos de doctores.

4.2.3 Diagnóstico final

Cada individuo recibirá un diagnóstico final en que se describa la condición de él o ella, con recomendaciones para un tratamiento y apoyo terapéutico posteriores.

4.2.4 Documentación

El diagnóstico inicial, las terapias prescritas y la descripción del proceso de terapia serán documentados de forma estándar para permitir estudios de seguimiento de los pacientes.

El informe final contendrá un informe educacional en que queden documentados la intervención educativa especial, así como el desarrollo del individuo y sus posteriores necesidades.

4.3 Marco temporal

4.3.1 Análisis, planificación y preparación

El despliegue de un equipo de intervención educativa de urgencia en situación de crisis depende de un detallado análisis y planeamiento. Responsable de la planificación es el *Centro de intervención* de la sede de Los Amigos, en Karlsruhe, Alemania.

4.3.2 Despliegue e implementación

Los despliegues generalmente durarán entre dos y cuatro semanas.

4.3.3 Evaluación

Inmediatamente después del regreso del equipo se analizará el proyecto en orden a aprender lecciones para la acción futura.

4.4 Contrapartes y cooperación

Por el interés de una intervención exitosa y la mantención de las actividades es esencial tener estrecha cooperación con organismos y contrapartes nacionales e internacionales y entre agencias gubernamentales y no-gubernamentales. Se espera poder enlazar con otras organizaciones internacionales de manejo de crisis.

4.5 Estructuras básicas

En orden a reaccionar prontamente en situaciones de emergencia, deben existir y ser mantenidas estructuras efectivas. Estas incluyen:

4.5.1 Centro de Coordinación de Crisis

En orden a facilitar y coordinar las intervenciones en crisis es necesario contar con un centro de manejo de crisis en Alemania que pueda funcionar las 24 horas durante las intervenciones.

4.5.2 Recursos de equipo humano

a. Disponibilidad inmediata de equipos

Se requiere crear y mantener una red de individuos adecuadamente calificados.

b. Formación y perfeccionamiento

Los potenciales colaboradores requieren ser formados.

c. Apoyo psicológico

Los miembros del equipo reciben asesoramiento y apoyo psicológico durante y después de los despliegues.

4.5.3 Equipamiento

Se necesita preparar, mantener y disponer permanentemente de equipo básico para los despliegues.

5. Bibliografía

Bopp, A./ Schürholz, J. (2004):

Anthroposophische Therapien. Grundlagen, Spektrum, Anwendungen. Dornach.

Denjean-von Stryk, B./ von Bonin, D. (2000):

Therapeutische Sprachgestaltung, Stuttgart.

Deutsches Rotes Kreuz (2003):

Materialien zur Traumaarbeit mit Flüchtlingen.

Eckhardt, J. J. (2005):

Kinder und Trauma.

Felber, R./ Reinhold, S./ Stückert, A. (2000):

Musiktherapie und Gesang. Stuttgart.

Fingado, M. (2002):

Rhythmische Einreibungen. Dornach.

Fingado, M. (2003):

Therapeutische Wickel und Kompressen. Dornach.

Fischer, G./ Riedesser, P. (1998):

Lehrbuch der Psychotraumatologie. München.

Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V. (1996):

Waldorfpädagogik. Ausstellungskatalog anlässlich der 44. Sitzung der internationalen Konferenz für Erziehung der UNESCO in Genf. Stuttgart.

Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V. (2001):

Waldorfpädagogik weltweit. Ein Überblick über die Entwicklung der Waldorfpädagogik und der anthroposophischen Heilpädagogik und Sozialtherapie. Berlin.

- Golombek, E. (2000):
Plastisch-Therapeutisches Gestalten. Stuttgart.
- Gschwend, G (2004):
Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie. Bern.
- Härter, S. (2005):
Berührung, Rhythmus, Heilung. Die Rhythmische Massage nach Dr. med. Ita Wegman.
Arlesheim.
- Hausmann, C. (2005):
Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen,
Versorgungsstandards. Wien.
- Hausmann, C. (2006):
Einführung in die Psychotraumatologie. Wien.
- Hilweg, W./ Ullmann, E.(1997):
Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg. Göttingen:
- Hüther, G.(2002):
Und nichts wird fortan sein wie bisher. Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für
die weitere Hirnentwicklung. In: PAN, Pflege- und Adoptionsfamilien NRW e.V. (Hg):
Traumatisierte Kinder in Pflegeund
Adoptivfamilien. Ratingen.
- Hüther, G (2004):
Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen.
- Kirchner-Bockholt, M. (1997):
Grundelemente der Heileurythmie. Dornach.
- Kiersch, J. (1997):
Die Waldorfpädagogik. Eine Einführung in die Pädagogik Rudolf Steiners. Stuttgart.
- Landolt, M. A.(2004):
Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen.
- Leber, S. (1993):
Die Menschenkunde der Waldorfpädagogik. Anthropologische Grundlagen der Erziehung des
Kindes und Jugendlichen. Stuttgart.
- Levine, P. A./ Kline, M. (2005):
Verwundete Kinderseelen heilen. München.
- Lievegoed, B.C.J. (1956):
Entwicklungsphasen des Kindes. Stuttgart.
- Mees-Christeller, E./ Denzinger, I./ Altmaier, M./ Künstler, H./ Umfrid, H./ Frieling,
E./Auer, A. (2000):
Therapeutisches Zeichnen und Malen. Stuttgart.

Perry, B. D. (2003):

Gewalt und Kindheit: wie ständige Angst das Gehirn des Kindes im Wachstum beeinflussen kann. In: May, A./ Remus, N.: Traumatisierte Kinder. Berlin.

Stellamans-Wellens, H. (2002):

Narben auf der Seele. Traumatisierte Kinder und ihre Eltern. Stuttgart.

Streeck-Fischer, A. (1992):

Adoleszenz und Trauma. Göttingen.

Streeck-Fischer, A. (2006):

Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen.

Tedeschi, R. G./ Park, C. L./ Calhoun, L. G. (1998):

Postrumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis. New York.

Treichler, M. (1996):

Mensch-Kunst-Therapie. Anthropologische, medizinische und therapeutische Grundlagen der Kunsttherapien. Stuttgart.

Weiß, W. (2006):

Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in der Erziehungshilfe. Weinheim/ München

Wenenschou, L (1996):

Was ist Heileurythmie?. Dornach.