

PEDAGOGÍA DE EMERGENCIA II

IIª conferencia (de IV)

03-05 de febrero de 2017

“Cómo ayudar a los niños a procesar experiencias postraumáticas con la Pedagogía de Emergencia”

Buenos días, espero que hayáis descansado bien y que hayan podido elaborar bien todo lo trabajo el día anterior. Lo van a necesitar hoy para afrontar este proceso que seguimos.

Hace unos tres-cuatro años hubo un accidente en nuestra ciudad y una madre de nuestra escuela lo sufrió. En un semáforo rojo que se saltó, la embistió un camión, saliéndose el coche y perdiendo el control. Hubo un muerto y muchos heridos graves. La madre, con todos los niños que estaban en el coche, camino al jardín de infancia, no tuvo ninguna herida, pero igualmente la llevaron al hospital. Cuando la fui a visitar dos horas después, me dijo “sé que he matado a una persona y he herido a muchas, pero gracias a Dios no ha pasado nada grave”. Imagínense en qué estado estaría para poder hacer una afirmación así: por un lado, se había enterado de lo sucedido -al menos una parte suya sí- pero la valoración de la gravedad del asunto no había podido elaborarla, no podía con ello -de ahí esa afirmación de “no ha sido grave”. Y si no se trabaja rápidamente en la elaboración del suceso, apareciendo negaciones como esta, puede derivarse en algo grave. Ayer abordamos el trauma desde cuatro aspectos:

Herida anímica emocional, que se puede curar por sí misma pero también se puede infectar. En primera instancia, esta herida es una herida, un daño, pero que si no se cura puede llevar a una enfermedad. Hemos visto que el trauma es un bloqueo, un congelamiento, una parálisis, una arritmia que se puede disolver o superar en el momento en el que soltamos la contracción que sufrimos. Este trastorno en el ámbito rítmico se puede presentar también en el ámbito social, llevando a problemas sociales de conducta y comportamiento.

El trauma suele producir una separación de lo emocional con el cuerpo, un “salirse del cuerpo” que lleva a una experiencia cercana a la muerte. Estas investigaciones han corroborado que ambas experiencias son similares.

Hemos visto también que todos los tipos de trauma tienen en común cierta sintomatología, pero que algunos de ellos son más sencillos de superar. Por ejemplo, es más fácil superar un trauma sufrido por catástrofe natural que por causa humana. Asimismo, es más sencillo superar un monotrauma que un trauma repetido en numerosas ocasiones. Finalmente, vimos

que el más difícil de superar es el trauma que surge de acciones de personas cercanas a la víctima (familiares, entorno...).

Algunos traumas pueden ocasionar enfermedad. El trauma es importante, pero más lo soy yo. Más importante son mis fuerzas de resiliencia y capacidad de superación que el trauma. Asimismo, el entorno también es clave, ya que puede ayudar a superar el trauma o dificultar enormemente la recuperación. Esto que les acabo de señalar es importante para la intervención futura: no puedo cambiar nada en el hecho, eso es algo que ha ocurrido. Pero sí puedo influir en la experiencia y vivencia que tiene la persona en la percepción y valoración del suceso. También el entorno social es influenciado. Todos estos son elementos a través de los cuales puedo actuar para elaborar el trauma. También el trauma modifica las funciones cerebrales: hemos visto como después de un estado de shock, de congelamiento, dejan de funcionar las áreas del cerebro relacionadas con el pensamiento racional. Las conexiones neuronales, las redes nerviosas que van hacia el neocórtex cada vez se van debilitando más hasta que finalmente caen. Paralelamente se van a fortalecer cada vez más las conexiones, las redes, la sinapsis, que conectan con el tronco encefálico y que van a potenciar cada vez más las reacciones de huida, de lucha o de parálisis.

Imagínense que yo estoy aquí y entre vosotros y yo hay una cristalera. Ahora viene un león aquí, grito como loco y me estampo contra la pared aquella y ahora si les pregunto a ustedes qué habrían hecho, dirían que lo mismo, salir corriendo. Vuelvo al día siguiente y escucho un ruido, por lo que me pongo a buscar el origen y veo un gatito y me pongo a correr como un loco. Ustedes pensarán “qué le pasa, qué ocurre”. Pero es justo lo que ocurre con una persona traumatizada: es lo que ocurre cuando el botón de alarma se queda “pulsado” -que es la amígdala-, que constantemente salta la alarma de peligro de vida, peligro vital, y continuamente se hiperreacciona.

Imagínense que ha ocurrido una catástrofe, de la naturaleza que sea, y hemos visto que no importa lo que piensen los demás: para mí es una catástrofe porque lo he percibido como una catástrofe.

1. Entonces, viene la primera fase, que es la fase aguda de shock. Dura apenas unos segundos, otras veces algunas horas, pero como mucho dura uno o tres días (esto en casos muy raros). Esta fase aguda la pueden comprobar si son testigos de cualquier accidente; también por ejemplo un ataque al corazón. La respiración se hace cada vez más superficial y más alta, dan también taquicardias, la cara se palidece, sudor, contracción total muscular, las manos se humedecen, la boca se seca, tal vez se empieza a temblar, etc. Hay cerca de cuarenta parámetros para medir este estado de shock agudo. Esto pasa y entonces comienza la segunda fase: la de reacción.

La fase de reacción o reacción postraumática y esta fase tiene diferentes duraciones, dependiendo de la persona. Puede ir de 2 semanas a 6-8 semanas e, incluso, hasta algunos meses. Aquí aparecen una serie de síntomas y lo curioso es ver que no son

idénticos: algunas personas desarrollan un tipo de sintomatología y otras otro tipo de sintomatología. Y, para los que están familiarizados con los cuatro temperamentos de la Pedagogía Waldorf, estas reacciones están relacionadas con el temperamento de la persona. Así mientras una puede caer en una melancolía acentuada -temperamento melancólico-, otra puede caer en reacciones agresivas -temperamento colérico-. Del mismo modo vemos a los que de manera obsesiva se quedan enganchados al suceso y pegados a cada detalle del suceso y otros que se quedan fuera de sí, totalmente desconectados de sí mismos, como una mariposa. Sólo voy a profundizar en aquella sintomatología que es más habitual en la mayoría de las personas:

- dificultad de concentración: muchas personas dicen “voy al trabajo pero no estoy presente, no puedo concentrar, no estoy aquí. Externamente siento que todo sigue su curso normal pero yo no estoy”. Ahí vemos que está separada de su cuerpo, totalmente desconectada de sí.
- Otro síntoma es la memoria: unos no pueden quitarse las imágenes en la cabeza y otros tienen agujeros negros y no pueden acordarse de nada.
- Luego vienen los flashbacks. Un flashback no es un recuerdo normal. Un recuerdo normal es que yo, estando aquí, les puedo contar las cosas más terribles de mi vida, pero sé que eso ya ha pasado y que yo estoy aquí con vosotros. Y esa es la principal diferencia con el flashback: cuando ven un flashback, la persona no puede distinguir que eso ya ha pasado, que esas imágenes que la vienen ya han pasado, y reacciona de la misma manera que en ese momento. El flashback nos hace revivir la experiencia traumática y, por eso, es como una “retraumatización”. Y estos flashbacks son “disueltos” a través de triggers. Imagínense que van a un parque y son atropellados. Llovía y caen las gotas sobre un techo de plástico o de chapao sobre un tambor y se escucha ese “clac clac clac clac”. Y, ahora, a partir de ahí, cada vez que uno escuche ese “clac clac clac clac” de la lluvia sobre el metal, vuelve el flashback y uno cree que va a venir el accidente. El trigger son estos detonantes. Después de un trauma, cualquier cosa puede tornarse trigger o detonante: un ruido, un color, un olor, un lugar...

Yo he tenido un joven en China, después del terremoto, con el cual conectamos muy bien, venía muy alegre todas las mañanas, quería seguir con el trabajo... Y al decir buenos días, le rocé un poquito, le dio un ataque, se alejó, gritó y se fue corriendo.

¿Qué había pasado? Pues que su maestro, en el instante en el que surgió el terremoto, quiso tenderle la mano para decirle “buenos días”. El maestro se murió y hubo que enterrarlo.

También había un alumno, en la quinta clase en la escuela, con el que tenía buena relación. Pero había días en los que se ponía a gritar como loco y me quería pegar. Imagínense que uno llega tranquilo por la mañana, abres la puerta de la clase y el alumno se te echa encima

y te quiere pegar. ¿Qué ocurre? ¿qué es eso? Necesité tiempo para entender que era mi jersey. Siempre que me ponía ese jersey, me atacaba. Entonces empecé a probar: si no me ponía el jersey, no me pegaba; si salía, me cambiaba el jersey, y volvía a entrar, me atacaba. Este niño no podía decir nada al respecto, no sabía nada de esto. En este caso, el trigger era el color, el diseño... Alguna de estas características le hacía recordar el trauma y se volvía agresivo.

También tuve otro adolescente que una noche se fue con las amigas a tomarse un helado. Posiblemente muchas personas se la cruzaron y, de repente, pasa un hombre y ella saca un cuchillo de la cartera y se lo clava. No se conocían. No podía explicar por qué lo había hecho. No había dado tiempo siquiera a que el hombre la mirara. Y al cabo del tiempo se descubrió que había sido un detonante y que había sido el perfume de ese hombre. A través de este perfume le vino un flashback y le vino el recuerdo de un hombre que durante años había abusado de ella y que en ese momento llevaba ese perfume. A través del perfume conectó con el recuerdo de aquellos abusos y la vino la experiencia subjetiva de peligro vital y, subjetivamente, se defendió. Por supuesto hay muchos otros síntomas.

También pueden surgir dolores corporales que el médico no le encuentra ninguna explicación físico-psicológica, dolores de cabeza, de espalda... También trastornos respiratorios, arritmias, problemas digestivos... También problemas de percepción sensorial, ya que la percepción sensorial es algo rítmico. También conductas psicopatológicas como dolor, rabia contra alguien; o depresión, tristeza; pesadillas nocturnas, ataques de pánico, miedos... Problemas en el control de los impulsos, que pueden llevar a agresión pero que también puede ser un impulso de coger algo que no nos pertenece e, incluso, impulsos sexuales. Importante es darse cuenta que el autocontrol, lo que antes se ocupaba de controlar la inconciencia, los impulsos, ahora no los está controlando. También vienen trastornos del movimiento, de congelación, parálisis... Pero también puede llevarse al ámbito de la palabra esta parálisis, y a problemas de comprensión, del lenguaje... Y todo esto que les he mencionado son sólo heridas, todavía no es enfermedad, y que pueden sanarse de manera autónoma. Después de un tiempo esta sintomatología pasa y significa que la herida está curada. Si después de un máximo de dos meses no sólo se mantienen, sino que además se agravan, es cuando hablamos de una psicopatología, hablamos de un trastorno, de una enfermedad. Y ahí es cuando hablamos de un **trasto postraumático**. Concretamente, uno de los trastornos postraumático es el trastorno de estrés postraumático.

Uno de los trastornos postraumáticos es el trastorno de estrés postraumático (que tiene unas siglas concretas). Pero es sólo un trastorno éste del stress postraumático.

Hay cientos de otras posibilidades:

Por ejemplo, me puedo volver hiperactivo. O después de diez años puedo desarrollar una depresión o puedo a partir del suceso empezar a sufrir de asma. Y, si a través de medicamentos aplaco la sintomatología del asma, entonces me puede surgir una dermatitis.

Imagínense un trauma que ha ocurrido antes de los tres años y que el niño no puede recordarlo o que el stress fue tal que se ha provocado una amnesia para realmente borrarlo de la consciencia. Y ahí es donde el médico diagnosticará a la persona de depresión, hiperactividad, asma, pero no podrá ir al origen del asunto. Pero hasta tanto no demos con la clave, con el origen del asunto, no vamos a poder resolver realmente el tema. Solamente vamos a trabajar con la sintomatología e incluso van a ir desarrollándose diferentes síntomas y diferentes patologías derivadas del mismo trauma.

Porque ya hemos visto qué es lo que ocurre en el cerebro cuando las enfermedades se vuelven crónicas. Cuando es algo repetitivo, cómo esto modifica el cerebro. Cada flashback me va a hacer la herida más profunda. Cada flashback va a hacer que se dificulte aún más la curación. Y en algunos casos (o sea no es que esto tenga que derivar en esto) pero sí puede en algunos casos llevar a la cuarta fase de trauma que es el surgimiento de un trastorno de la personalidad.

Y ya a esta patología se la llama trastorno permanente de la personalidad causado por un entorno de stress postraumático. Es la fase final de un trauma donde realmente vemos que la biografía se cae completamente, se derrumba.

Las personas se tornan completamente asociales. Los problemas de comportamiento son tales que nadie los aguanta, es difícil estar con ellos. Pierden los amigos, las parejas se separan. Piensen en este trastorno del sistema rítmico en lo social que lleva aun aislamiento y a un encerramiento cada vez mayor. Cada vez es menor la capacidad social y cada vez son peores los comportamientos y las conductas. Cada vez hay menos capacidad de conducir los impulsos, de controlarlos, y en algún momento terminan en la cárcel.

Quien tiene actos de violencia constantes quien constantemente hace abuso sexual, quien constantemente roba porque no puede controlar los impulsos, tarde o temprano termina en la cárcel o algo similar. También vemos que es muy habitual generar una adicción a las drogas. ¿Por qué? Imagínense que están bajo esta parálisis, bajo esta contractura que por sí mismos no la pueden disolver.

Quien tiene un cólico renal o agujetas así muy graves, sabe lo que es una contractura. Y ahora imagínense si este tipo de contracción dolorosa se puede después del trauma disolver a través del alcohol. Cómo el alcohol permite esa liberación que por las propias fuerzas es imposible por propia voluntad y sin embargo a través de una sustancia, aunque sea por un tiempo corto es posible sentir esa soltura y esa falta de dolor. Entonces está claro que si se tiene esa experiencia uno se vuelve adicto.

Vemos que es un intento de auto sanación. Es un intento fallido. Pero no deja de ser un intento de auto sanación.

Y luego vienen estos graves trastornos de la personalidad borderline, personalidad disociativa, trastorno de la personalidad que se disocia. Vemos que está en el espectro de la

esquizofrenia. Pero también enfermedades físicas. Como por ejemplo el cáncer. También el cáncer puede ser el resultado de un trauma no superado. Es decir, ya se conocen ciertos tumores que están relacionados con el trauma. Un estado extremo de stress puede activar ciertos genes, ciertas células que normalmente están en el cuerpo, pero dormidas.

Y este despertar de estos genes produce una activación de ciertas hormonas que normalmente no están presentes o una hiperactivación de ciertas hormonas. Y esta descompensación hormonal vemos que después de veinte o treinta años puede llevar a ciertos tumores en ciertas zonas. También lo sabemos del reuma. También en relación a la demencia. Podríamos decir que la demencia es el nivel más alto de este desconectar o aplacar el trauma e irse a otro lado.

Lo que quiero que les quede claro es como a través de estos cuatro pasos, la secuencia que vemos es como una víctima a través de cuatro pasos se puede convertir en agresor. Es decir, la víctima se transforma en agresor. Y sobre todo existe este peligro cuando el trauma parte de un trauma producido por humanos.

¿Y por qué esto es así? ¿Por qué la víctima se parece cada vez más al agresor? Y esto tiene que ver con que un trauma realmente es una enfermedad infecciosa.

Les comentaba ayer que realmente el trauma es una herida abierta que puede llegar a que se infecte y que se contamine todo el organismo llevando incluso a la muerte. Y lo mismo ocurre en el caso de la herida emocional. Así como antes en la herida física puede llegar algo del exterior y eso es lo que contamina, en el caso de un acto traumático, la víctima se abre una herida en la que por esa herida entra parte del agresor y la acción que tiene esta entrada de la energía del agresor en el cuerpo de la víctima vemos que tiene el efecto similar a un cuerpo extraño entrando en una herida física. Y si la víctima después de todo un proceso se transforma en agresor, entonces vemos que son las semillas del propio agresor las que se introducen en la propia víctima.

No apetece mucho entrar en la imagen de una violación, pero realmente sí que es importante que se imaginen una violación que es lo que nos da la imagen más clara de este suceso que les estoy explicando. Y este hecho que ocurre en un estado de agresión como puede ser una violación en realidad este mismo estado es similar en el caso de un accidente donde también la parte anímica emocional está totalmente abierta y sensible para con lo que viene de fuera.

Y les podría decir que no da igual qué persona viene ahora a ayudar a esta víctima por ejemplo de un accidente de tráfico.

Es decir, es tal el estado de apertura del herido emocionalmente que realmente corre el riesgo de infectarse o de llenarse de la energía que trae la persona que lo va a ayudar y por eso el que va a ayudar es importante que lleve guantes, por ejemplo, que es una manera de no infectarse de la víctima pero también de que la víctima no se infecte del ayudador.

El trauma es una enfermedad infecciosa del alma, emocional. Hemos visto en cuatro pasos y aquí hemos podido ver cómo las dos primeras fases no son enfermedad sino sólo herida. Y en general la herida se cura sola. Solamente no se cura cuando se infecta (infectarse significa que no puede superarse) entonces es que se transforma en una enfermedad, en un trastorno. Y esta infección, este trastorno, si se hace crónico puede llevar a una ruptura total de la biografía. Y recordemos que aquí lo determinante no es el suceso en sí sino qué capacidades tengo yo, personales, que herramientas y habilidades tengo para superar el suceso y que entorno social tengo. Es decir, El hecho de que herida pueda sanarse o que se transforme en un trastorno y que finalmente este trastorno lleve a esta ruptura total de uno mismo va a depender de estas fuerzas de auto sanación, las propias fuerzas de sanación de cada uno. De cómo ha sido vivido hasta el momento; realmente hasta qué punto tengo fuerzas en mí, fuerzas de auto curación.

¿Y qué podemos hacer? Hemos desarrollado intervenciones pedagógicas para cada una de estas fases.

1. La intervención que ocurre en esos primeros momentos de shock agudo, la fase aguda, a eso lo llamamos **intervención pedagógica de caso de emergencia**. Son aquellas acciones que puedo hacer con un niño en el lugar del accidente, en ese mismo instante inmediatamente después o en las siguientes horas.

Y así como hay cursos de primeros auxilios (de hecho, en Alemania para sacarse el carnet de conducir hay que hacer un fin de semana un curso de primeros auxilios para saber cómo tratar una herida física) del mismo modo podríamos hacer un fin de semana entero un curso solamente de primeros auxilios anímicos emocionales, cómo tratar la herida emocional inmediatamente después del suceso.

Y la sensación es que nosotros vamos un poco por delante y que en el futuro cualquier maestro infantil va a necesitar no sólo primeros auxilios físicos sino también estos recursos de primeros auxilios emocionales.

2. Luego viene la segunda fase que es esta reacción postraumática, esta sobrecarga, que lo llamamos **intervención temprana de pedagogía de emergencia** y eso es lo que hacemos en el extranjero cuando vamos a un lugar donde ha habido un terremoto, lo que hubiera sido unas dos semanas después del suceso.

A estas dos fases las llamamos **pedagogía de emergencia**. Y el objetivo de esta intervención es curar la herida, aflojar esta tensión, esta contracción, para evitar que se pase a las siguientes fases, a la del trastorno postraumático.

Es decir, a través de métodos pedagógicos procuramos activar las propias fuerzas auto sanadoras del niño o de las personas, o sea activar las fuerzas propias de sanación. Y cuando ya emergió la enfermedad entonces hace falta más. Entonces ya no hablamos de pedagogía de emergencia.

3. Entonces ya hablamos de **pedagogía del trauma**. Ahí se puede continuar haciendo todo lo que se ha estado haciendo hasta el momento, pero va a hacer faltamuchos más medios, intensificar estos medios pedagógicos además de añadir otros recursos para poder ahora sanar la enfermedad y que no pase al siguiente estadio. Ya la metodología de la fase I y II no son suficientes; desde el punto de vista pedagógico tampoco es suficiente. La diferencia se ve muy clara entre el tipo de intervenciones que hemos hecho después del terremoto de Nepal y las intervenciones que hacemos con estos niños dañados de este Parzival Zentrum de Karlsruhe; es decir, en un caso están en la fase II y en Karlsruhe ya son niños de fasetres.

No solamente en esta tercera fase voy a necesitar ampliar la metodología pedagógica, intensificar y ampliarla, sino que voy a necesitar de un equipo multiprofesional.

Es decir, vamos a dar el salto ya de lo pedagógico a lo terapéutico. Claro, antes no hablamos de terapia porque sólo puedo hacer terapia a alguien que está enfermo y si partimos de la base de que antes estaban sanos entonces tampoco estamos haciendo terapia. Es decir, en la fase II lo que hacemos es evitar que se pase a la enfermedad, que esto se vuelva enfermedad y todo esto lo que hacemos es estabilizar, o sea el objetivo es estabilizar al niño.

Y esta estabilización también la reforzamos con metodologías pedagógicas más potentes aun en la fase III. Realmente a través de esta estabilización pedagógica conseguimos la base para que luego sobre ella se pueda construir la terapia y las terapias psicológicas. Porque si no hay esta fase de estabilización no podemos avanzar y no podemos llevar a cabo la terapia. E incluso en la última fase también vemos que ahí con mucho ímpetu sí que se puede ayudar también, es posible dar ayuda. Posiblemente ya no se consigue sanar, pero si una ayuda para poder vivir con ese trastorno, con esa deficiencia. Ayuda para la persona en sí pero también ayuda para el entorno social de esa persona para que pueda convivir con esta persona.

Lo que vemos a simple vista es cómo al principio del proceso se puede actuar de manera muy rápida, fácil y sencilla, y a medida que va pasando el tiempo se va haciendo cada vez más complejo y más difícil la acción.

La primera fase podemos decir que es eso, cuando ocurre el accidente y viene el médico de urgencia, la ambulancia y ayuda y en la tercera fase es como estar en un hospital, aunque sea un hospital pedagógico, pero no deja de ser un hospital. Y en la cuarta fase estoy ya en cuidados intensivos.

A través de una imagen vemos eso, la intensidad de la acción. Vamos a profundizar en esta primera fase de este shock inicial después del accidente. Y esta tarde de manera más detallada profundizaremos en la fase II y mañana vamos a la tercera fase. Y entonces tendréis una imagen de lo que es pedagogía de emergencia antroposófica y pedagogía de trauma antroposófica.

Imagínense en qué tipo de situación de emergencia uno puede verse inmerso: accidentes, también urgencias médicas, una muerte en la calle, suicidios, explosiones, catástrofes civiles,

ataques terroristas; por supuesto también catástrofes naturales y guerras. Cualquiera de nosotros puede en cualquier momento verse en una situación de estas.

Y como maestro uno puede encontrarse con un grupo de niños cuando ocurra una emergencia y es importante saber en qué estado se encuentran los niños y qué cosas puedo hacer. Porque la primera intervención es determinante, al igual que en una intervención médica, con los primeros auxilios médicos esta primera intervención emocional también es decisiva para saber el desarrollo de las siguientes fases.

Ya antes les expliqué los efectos fisiológicos de ese shock, con esa taquicardia, como se retira la sangre hacia el interior del cuerpo produciendo esta palidez, que los ojos se abren... esto sería la parte fisiológica pero también vemos que hay una parte anímica. Miedo pánico hiperactividad, los niños corren de un lado para otro, o al revés, están sentados y paralizados y no se mueven, uno está triste, depresivo, o apático totalmente. Y de la combinación de las reacciones fisiológicas y de estas reacciones emocionales surge la reacción, el comportamiento, que pueden ser muy curiosas. Se pueden ver las cosas más extrañas y raras en personas que están bajo shock.

Si una persona mata a otra, o sea, la atropella, uno puede ver que una posibilidad es ponerse a gritar, a llorar como loco, que sería normal, pero en cambio si esta persona acaba de atropellar a alguien y le entra un ataque de risa brutal, vemos que esto es muy extraño para el entorno. Yo he visto personas que su reacción era como si aquí no hubiera pasado nada y miraban el suceso como si nada tuviera que ver con ellos. Es decir, hay personas que se salen totalmente de sí mismos y hay otras que están ahí estáticos, rígidos como una columna y pareciera que nada les afectara. Lo que quiero decirles es que todo esto es normal en un estado de shock y nadie de nosotros sabe cómo reaccionará hasta que no lo viva.

Ahora partamos de la base de que acaba de haber un accidente y hay niños. La primera pregunta va a ser qué necesita este niño ahora y les puedo decir qué es lo más importante de todo ahora: lo más importante son ustedes. Ustedes como ayudantes porque depende de vosotros el que el niño pueda volver a la estabilidad, o sea de este estado de desestabilización total sea capaz de volver a un estado de estabilidad.

Es decir, vosotros debéis manteneros estables, tienen que mantener la calma. Si ustedes pierden la estabilidad, si pierden la calma, si se desequilibran, entonces arrebatan al niño a un estado mayor de inestabilidad. De modo que lo determinante es, como adulto, nuestra calma, nuestra estabilidad, nuestro centro.

Pero claro, ¿cómo hace uno esto? ¿Cómo conseguimos mantenernos estables en una situación así? No les quiero dar ahora ejemplos. Si alguno ha vivido alguna situación de catástrofe natural, de terrorismo o de algo de esto, puede tener la experiencia que los gritos de auxilio de la gente es lo que nos saca completamente y nos desestabilizarnos.

Y ahora la pregunta es: ¿cómo en una situación así, yo consigo mantenerme estable para poder ayudar?

Y ahora podríamos hacer muchos ejercicios que posibilitan esto, permiten esto: sóloles voy a mostrar algunas pequeñas cosas, por ejemplo: si se dan cuenta que están fuera de sí, que es esa sensación de nerviosismo total que uno está como fuera. Entonces hagan así: (el Sr. Ruf pisa fuerte en el suelo alternando cada pié) entonces vean cómo sienten los pies. Cómo sienten los pies y el arraigo, el enraizamiento debajo de los pies. Vemos que es el movimiento contrario. O sea, este enraizamientocontrarresta o ayuda a equilibrar esta sensación de que me salgo completamente demí que es lo que produce este estado histérico de estar fuera de sí. También podemos cruzar las manos (el Sr. Ruf hace el gesto de la E en Eurytmia) o así los dedos. Cruzar las piernas. Es decir, el cruce.

Ayer hemos hablado del cuerpo calloso y de estas conexiones entre ambos hemisferios que nos permiten esa experiencia de Yo, cómo a través del cruce me siento Yo. Justamente en el estado de shock pareciera que estas conexiones se separan, se congelan. Y con ello caen todas nuestras funciones del Yo. Y a través de este ejercicio de cruce puedo en instantes volver a descongelar este bloqueo.

Después tendremos coloquios, Muchas gracias

<https://ideaswaldorf.com/pedagogía-de-emergencia-i/>
<https://ideaswaldorf.com/pedagogía-de-emergencia-iii/>
<https://ideaswaldorf.com/pedagogía-de-emergencia-iv/>

Aportación de Roberto Mendizábal F.