

4.16 Contacte comunicatiu fins al darrer alè

Estimulació Basal® en les cures d'infermeria de persones en procés de mort

La Estimulació Basal® va ser desenvolupada originàriament per a nens amb pluridiscapacitat des de l'any 1975 pel Prof. Dr. A. Fröhlich. Per tal de fomentar especialment les possibilitats d'interacció de nens i cuidadors es van desenvolupar ofertes de proximitat corporal. En aquest procés es va recórrer a aquells sentits més bàsics i fonamentals, o sigui basals. Des de 1985 la infermera i pedagoga C. Bienstein va adaptar aquest concepte per a persones malaltes i persones grans, i va aprofundir en el seu desenvolupament conjuntament amb A. Fröhlich. Avui en dia, constitueix un dels conceptes més importants en les cures d'infermeria per a persones amb greus discapacitats de totes les edats i ofereix suport des de l'inici de la vida, en processos crítics i traumàtics, així com al final de la vida.

Estimular una persona que es troba en procés de mort, sembla, com a mínim, quelcom contradictori. Per „Estimulació“ no s'ha d'entendre aplicació d'estímuls! Tampoc es tracta de desencadenar reflexes o quelcom similar. Més aviat, es tracta de fer ofertes significatives i rellevants al moribund.

L'Estimulació Basal procura ofertes significatives

Els sentits basals o corporals (el contacte, la forma corporal, la vibració, el moviment i la percepció de la posició espacial) estan actius i reactius fins la

El sentits basals estan actius fins a la mort

No limitar-se a la comunicació verbal

mort biològica també en les persones anomenades *no-conscients* (millor dit: persones en estats diferents de consciència). A més, Fröhlich remarca que, el „jo-cos“ representa el jo primari d’una persona“ (Fröhlich 2006, p.12). A l’inici de la vida, durant i després de greus experiències traumàtiques i especialment al final de la vida vivim i definim la nostra persona (el nostre jo) a partir, a través del nostre cos. No és vàlid doncs el „penso, llavors sóc“ sinó que com Damasio (2000) diu: „Sento, llavors sóc“. Sentim amb tot el nostre cos. A vegades, en una malaltia, crisi o davant la mort, sovint només sentim el cos. El nostre entorn espacial, i després el personal, tot allò que percebem mitjançant els sentits externs (veure, escoltar, oïr, gustar, tocar) va perdent significat progressivament. Precisament aquí apareix un gran problema en l’acompanyament a la mort, quan un intenta aproximar-se a l’altre en excés des d’allò verbal. La comunicació esdevé més important que mai, però el llenguatge oral es comprèn amb dificultat. Això és important pel moribund però també per l’acompanyant. Morir ens fa esdevenir *muts*. Però „**mut és només aquell a qui no responem en la seva llengua**“ (Bodenheimer citat a Fröhlich 2001, p.22).

El llenguatge corporal dilueix el llenguatge mental

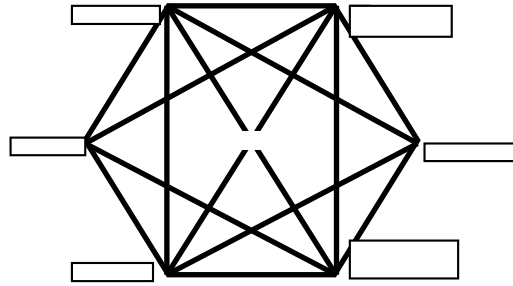
El **llenguatge corporal** és el que progressivament va guanyant significat, mentre que el llenguatge mental es va diluint. La persona està preparada fins al final de la seva vida per a comunicar-se mitjançant la respiració, la tensió muscular, la sudoració i mínims moviments. Una respiració conscient i la construcció d’activitats que realment “toquin” a l’altre, són compreses i al mateix temps ofereixen a les mans del cuidador la possibilitat d’escoltar atentament.

Les persones per les que es va desenvolupar la Estimulació Basal, es caracteritzen per unes clares limitacions en les àrees de

Moviment – Percepció – Comunicació

Aquests tres elements formen part de la „xarxa de la **globalitat**“ de Fröhlich i Haupt (Schürenberg 2004, p.75).

Figura 1: La globalitat en el desenvolupament



El model pretén fer present que els elements de percepció, cognició, emoció, comunicació, experiència social, moviment i experiència corporal estan sempre relacionats els uns amb els altres i que s'influeixen recíprocament. En cada situació el pacient viu aquests elements que tenen tots el mateix valor, es donen al mateix temps i són reals per igual. Així, posicionar un pacient és viscut per aquest no només com una experiència de moviment, sinó també com una experiència social (el cuidador com a executor, company, qui dóna suport, acompanyant ...), que també està vinculada a sentiments ("això fa tant mal, ell és tan brusc, ella no pot suportar el patiment, al final podré descansar bé ...), i aquests

*Cada activitat és
viscuda de manera
global*

també són processats cognitivament (“sé que ho fa amb bona intenció, ahir vaig poder respirar millor en aquesta posició, ...”) i poden ser comunicats (“està ben estirat així?”, mímica relaxada, aixecar la cama ...). Tot plegat és experimentat i transmès en i amb el cos, és global.

Si com a conseqüència d'una malaltia o necessitat de cures d'infermeria, apareixen limitacions en alguna d'aquestes àrees, malgrat aquestes alteracions es continua donant el mateix sentit a les informacions que s'hi recullen. Així s'entén perquè quan un intenta amb cura donar de beure, la reacció de l'altre pugui ser sigui brusca i de rebuig. No es tracta només de la experiència corporal „ apagar la set“.

*L'allitament
perllongat genera un
cercle viciós*

D'altra banda es posa de manifest, perquè **solament el fet d'estar sempre allitat** pot tenir conseqüències més àmplies per la persona, com un cercle viciós. Jeure al llit implica processos fisiològics. No es tracta només de la posició concreta al llit, inclús el fet que el tronc estigui més o menys incorporat fa variar poc les conseqüències de l'allitament. El cos emmagatzema líquids en la perifèria que paralitzen la musculatura extensora ja que manquen impulsos gravitatoris que normalment s'experimenten al posar-se dret i al seure. El cos es prepara pel descans (perllongat), el raonament s'altera i el coeficient d'intel·ligència disminueix (Zegelin 2006). En decúbit supí cal més força per bellugar els braços i el cap. Això afecta, per exemple al beure, ja que degut a la posició es necessita més impuls per fer força i coordinar els moviments de deglució. Així mateix, els instruments comunicatius habituals com la cara (mímica), la boca i les cordes vocals (veu) i

els braços (gestualitat) es veuen afectats. La parla resulta més difícil. Si el pacient (allit) està estirat, els seus interlocutors socials (família, visites, acompanyants, cuidadors...) ja no es troben a l'alçada dels seus ulls sinó que el miren, sembla ser, des de dalt. Aquesta és una experiència social que per si mateixa ja desencadena emocions. La capacitat de moviment, disminuïda i més difícil, modifica la percepció, sobretot per l'ús de matalassos tous com a mesura preventiva d'úlceres per pressió. Degut a les informacions difuses de pressió i contacte sobre el llit, la pròpia vestimenta, però també de la resta de persones, la persona experimenta una imatge corporal de si mateix que es manté poc definida i la xarxa (la globalitat) es tanca. Si des de fora no s'intenta donar un impuls estimulatiu, la persona queda empresonada allà dins. Això ve reforçat perquè les diferents malalties així com també el procés de mort en si comporten problemàtiques afegides que reforcen aquest efecte negatiu. Acompanyament en el sentit de la Estimulació Basal permet que la xarxa de la globalitat esdevingui una xarxa segura i que la persona pugui vincular-se a les persones de referència i acompanyants.

*Acompanyament
basal crea vincles
intensos*

En la mort, la unitat jo-cos es difumina, el jo es separa del cos. Un procés de mort lent significa majoritàriament tant per l'afectat com per a aquells que l'envolten un esvaïment progressiu del jo-cos. Aquest es percep com a quelcom difús i sense contorns. Així doncs aquesta separació esdevé amb prou feines una part conscientment viscuda i construïda de la vida. Depenent de cada persona, aquest fet pot viure's com a esvaïment o com a patiment. El cos amb prou feines pot ser emprat com

*No poder ni viure ni
morir estant tancat en
si mateix i oblidat*

*Acompanyament i
reforç en pacients
tancats en si matei-
xos*

a mitjà d'expressió. Les persones que es poden veure més afectades per aquest esvaïment, són aquelles que porten molt temps allitades i en situació de privació social i comunicativa i que sovint no pateixen malalties mortals ni lesions neurològiques agudes i que ni viuen ni poden morir. Sovint jeuen sols i oblidats en les habitacions, sovint en posició fetal permanent i no semblen reactius a la parla. S'han tancat completament en si mateixos i semblen "eriçons enroscats en si mateixos". Tenen pocs familiars que apareixen només esporàdicament i que mostren tenir encara menys recursos que els cuidadors que els atenen amb allò mínim (alimentació per sonda, rentat i higiene). Especialment en aquests casos, als que malauradament no se'ls ofereix cap acompanyament a la mort, hem pogut constatar especialment l'efecte de les cures d'infermeria segons l'Estimulació Basal. Mitjançant rentats basals estimulatius hem pogut fer sentir la pròpia forma corporal, a partir de seure junts a la vora del llit hem posat a la persona "en situació" (posicionat) per tal que pugui comunicar-se amb nosaltres a través de la respiració. Al poc temps de començar a treballar així ens va semblar ja veure'ls més presents fins que finalment, pocs dies després morien amb una expressió clarament relaxada al rostre. A vegades inclús fou possible (després de mesos i anys de silenci) un petit intercanvi verbal abans de la mort.

L'Estimulació Basal desitja donar forma a la vida i la mort del Jo (corporal), i per tant és, en el sentit literal de la paraula *cura paliativa*. Pallium és la paraula llatina per a definir „cobertura en forma de mantell“ (Knipping 2006, p.30). Palliatiu significa per tant *embolcallar*.

La paraula **comunicació** prové del llatí „communicare“, fer alguna cosa en comú, en el sentit de deixar que alguna cosa es converteixi en una causa comuna, prendre part, participar. Per tant, inclús quan no fem res amb el pacient, estem comunicant. Altres elements essencials de la comunicació analògica (vegeu. 4.1.1., p.6) és a banda dels esmentats en el punt 3.1.1.3 sobre „gesticulació, mímica, estímuls tàctils¹, contacte visual, postura corporal“ (p.7), són també les nostres olors corporals (p.ex. suor de pànic) així com la nostra respiració (tranquil·la, relaxada, excitada, emocionada, tensa pel dolor, superficial, poruga, ...)(^{*}). I això s'ha de tenir en compte en els dos membres de la parella comunicativa! Una expressió verbal com ara „tot està bé, no tinguis por“, deixada anar ràpidament just abans d'un contacte nerviós, frívol, o ràpid dona a entendre clarament al pacient que qui dona la informació verbal està convençut justament del contrari. La nostra respiració i els nostres contacte no menteixen i els podem donar forma conscientment. Això té conseqüències directes sobre la persona que vol dona'ls-hi forma: si aprofundeixo i alenteixo la meua pròpia respiració, estaré jo mateix més tranquil; si en aquest moment m'adreço a l'altre (pacient) i li *parlo* (potser sense paraules ni símbols), per a ell esdevinc comprensible i clarament perceptible, i per tant

La respiració és un element comunicatiu important

¹ Enlloc d'estímuls tàctils, preferim parlar de *informacions a través del contacte*

(^{*}) Aquest article s'inclou en un llibre dedicat a les cures pal·liatives. Això explica les referències de l'autor tant aquí com més endavant a altres capítols. Per orientar al lector, afegirem tant sols que la Teoria de la Comunicació esmentada comprèn com a comunicació analògica tota aquella no verbal i que té quelcom de similar "a la cosa en si" en allò que utilitza per a expressar-la. En canvi la comunicació digital, és verbal i fa ús de les paraules com a signes arbitraris que s'utilitzen d'acord amb la sintaxis lògica del mateix llenguatge .N. del T.

*La respiració és un
element comunicatiu
important*

efectiu. La respiració de l'acompanyant és especialment efectiva quan el moribund amb prou feines pot fer altres moviments que no siguin els respiratoris. Aquest llenguatge és comprensible per a ell i li dona la possibilitat de respondre.

Quan diem que una persona „no reacciona a la parla“, l'estem jutjant i evidenciem la nostra incapacitat (i egocentrisme), ja que segons Bodenheimer „mesurem la **consciència** en tant que som capaços d'establir relacions amb els altres" (Bienstein 1994, p.35). Tot aquell que treballa amb persones en estats diferents de consciència, s'ha de preguntar quan de comprensible esdevé ell mateix i el seu fer per aquell qui té davant. Hem de partir del supòsit que a l'afectat no poden interessar-li ordres com „obri els ulls“, „si m'entén apreti la mà“, Potser no només manca adreçar-se realment a l'altre, sinó que potser també manquen un llenguatge i una escolta adequades, fent tot plegat, que a l'afectat li resulti difícil o quasi impossible de respondre'ns o de comprendre'ns. L'expert en comunicació Watzlawick diferencia entre **comunicació** digital i analògica. „En aquelles ocasions en les que la relació esdevé tema central de la comunicació, es posa de manifest que la comunicació digital és molt poc significativa (1969, p.64)

L'Estimulació Basal en cures d'infermeria pretén utilitzar un llenguatge analògic i elemental especialment en situacions i activitat conegudes o en tot cas necessàries en les que el cuidador s'adreça al pacient i tingui en compte allò que expressa. Amb aquesta finalitat les cures diàries i els ajuts necessaris són els més indicats per fer-ho.

*Un llenguatge de
contacte per afavorir
diàlegs „que
realment toquin a
l'altre“*

Per aquests diàlegs comunicatius hem desenvolupat el concepte de „**contacte basal**“

(Schürenberg 2004, p.100; Buchholz 2005, p. 58):

„Elements del contacte basal:

- Preparar-se un mateix per al contacte
- Anunciar-se a l'afectat
- Apropar-se a la zona de contacte acceptada per l'afectat
- Tenir en compte l'altre
- Contacte ampli, clar (amb certa pressió) per iniciar el contacte i que es manté el temps que dura una salutació
- Mantenir el contacte durant l'intercanvi
- Contacte clar (amb pressió, mà tranquil·la, segura, plana, tancada amb contacte ampli) i amb un moviment en concordança amb la intenció de la persona que toca i l'acceptació de qui el rep (durada, velocitat, ritme i continuïtat)
- Prendre's seriosament els propis sentiments i respectar-los
- Actuar des de “l'aquí i l'ara”
- Intercanvi d'escolta i parla durant el contacte
- Final clar de l'activitat amb gestos d'acomiadament
- Allunyar-se

Desenvolupar gestos de contacte per als pacients

Resulta especialment útil desenvolupar juntament amb el moribund „un gest de contacte“ (Buchholz 2005, p.58) que ajudi a percebre l'inici i el final de l'activitat conjunta.

Cal mantenir també la distància en el diàleg basat en el contacte

Les condicions apuntades en el punt 3.1.1. 2. Concepte de cures pal·liatives” (p.8) també poden ser emprades per una comunicació somàtica o un diàleg basat en el contacte. També és molt important el „manteniment de la **distància** espacial“ (p.8). Aquí cal tenir tant sols en compte que les indicacions referides a la “esfera íntima (aprox. 50 cm)” i „a l'atmosfera personal (aprox. 90-150cm)” potser s'hauran de modificar per adaptar-les a persones greument malaltes afectades en la seva capacitat perceptiva. En persones moribundes així com en persones en coma vigil hem de tenir present que d'entrada no perceben pels canals sensorials vinculats a l'entorn (vista, oïda, olfacte, gust, tacte). El concepte **Percepció** es deriva d'apercebre's. Això significa que quan nosaltres percebem, no tant sols percebem quelcom sinó també a nosaltres mateixos. Si els pacients no perceben pràcticament res degut a que els estímuls que els arriben no són clars o són desbordants i amb prou feines reben informacions perceptibles, progressivament també tindran dificultats per a percebre's a si mateixos. Els pacients es perden ells mateixos i nosaltres perdem el contacte amb ells.

Percebre es deriva d'a-percebre

Apercebre's un mateix a partir de la percepció

En primer lloc són els sentits basals / corporals (ser tocat, experimentar el moviment, percebre la vibració, experimentar la força de la gravetat) els que són viscuts agradablement i els que permeten el contacte „cap a fora“. Sovint es produeix inclús el que s'anomena „centralització de la percepció“

Algunes persones es retiren elles mateixes

(Buchholz 2005, p.198) per la qual l'afectat no mostra cap reacció quan se li toquen les extremitats (incloses les mans). Només a partir de desenvolupar i ritualitzar "gestos de contacte" (Buchholz 2005, p. 58) individualitzats i que parteixin del tronc, és possible que la persona dependent respongui amb l'ajut de canvis en la respiració, moviments, mímica o d'altres.

Un **gest** respectuós, dirigit a l'altre, com pot ser el donar la mà pot transmetre dedicació a l'altre i seguretat. Un gest no és en si mateix una activitat, sinó que és un fi en si mateix que denota el grau autèntic en què un està disposat al diàleg amb l'altre. Un bon diàleg es caracteritza a més, per estar en contacte alternadament. Si al realitzar-se verbal o visualment aquest diàleg resulta massa esgotador pel moribund, llavors es pot oferir contacte. Aquí caldrà tenir en compte no oferir un diàleg verbal monòton, ni mantenir un contacte immòbil (mirar fixament, mantenir un monòleg ràpid tipus oració ...). Per tant no s'ha de posar la mà i prou o acariciar amunt i avall de manera mecànica sinó que aquesta mà ha de *parlar i escoltar*. El cuidador doncs, pot rentar la cara o tot el cos, donar de beure, ajudar a fer un canvi postural o activitats similars sense interrompre el contacte(!). Si aquest es manté, aquell qui és tocat sent que se'l té en compte en les diferents activitats i que qui el toca té tota l'atenció posada en ell durant tot aquests temps.

No interrompre el contacte en el diàleg basat en el contacte

Un gest de contacte transmet dedicació i seguretat

Respirar conjuntament arrepenjant-se en el braç de l'altre pot ser una forma profunda de *communicare*, de *comunicació somàtica*. El missatge transmès en un sospir conjunt podria omplir pàgina i pàgines. Una forma activa de diàleg basat en el

Les cures com a comunicació orientadora

contacte i la respiració és el que ofereix la “frega respiratòria estimulativa”. És un dels procediments que van ser desenvolupats per l’Estimulació Basal en les cures d’infermeria. En primera línia es van replantejar activitats de cures quotidianes (com ara: higiene corporal, posicionament, suport en el menjar i beure, ...) de tal manera que se’ls va treure el caràcter desinformador per tal que oferissin al pacient un contorn clar del seu cos així com una vivència clara de l’activitat. Enlloc d’una sensació caòtica d’ell mateix s’ajuda al pacient a percebre el seu cos. A través de seqüències conegudes i ritualitzades, les activitats esdevenen comprensibles i previsibles. Al mateix temps, la vivència que es té del cuidador passa a ser de “aquell que fa”, a la d’una parella comunicativa.

El cos percebut com a punt de partida per a la pròpia orientació

„L’Estimulació Basal és l’**estructuració d’allò obvi i proper**“ (Fröhlich 1998, p.37). Aparentment per a persones greument malaltes, coses obvies com el propi cos, comunicar amb moviments i accions conegudes i inclús la pròpia respiració, semblen per a ells estranyes, poc clares o confuses. Les coses i els seus processos no sembla que puguin ser compresos pels afectats. Algunes coses són noves i no poden ser processades (alimentació per sonda, deposicions per sonda o bossa d’orina, ...), altres coses ja no són tal com eren, o són en part diferents i ja no es pot abstraure d’elles la similitud amb allò que succeïa abans (higiene corporal al llit feta per algú altre ...). Processar la informació i pensar sovint resulta més difícil. En part manquen ajudes per a l’orientació i sovint manca també el punt de partida per a l’orientació, la referència original, és a dir, el nostre propi cos ha desaparegut en la boira. Mentre la vivència de nosaltres mateixos i de la nostra vida

està regida per allò mental, tenim com a referents per exemple, allò que els pares diuen i viuen, les creences, una cosmovisió determinada, la ciència, les normes i les lleis. En malalties greus o quan l'intel·lecte s'alenteix, el cos amb el qual estem en aquest món passa a un primer pla, com a darrera instància comprensible. Quan més puguem comprendre amb els nostres sentits allò que ens passa i què passa al nostre voltant, més podrem comprendre i viure amb sentit. Per això necessitem el nostre cos com una referència clara i bona fins al final. Prèviament també ens descarrega molt si a banda de les estructures corporals necessàries ens podem regir per activitats i temps estructurats de manera personal (dia-nit, dia de la setmana, mes, ..., celebracions). Mentre que la consciència de nosaltres mateixos i el nostre radi d'acció s'expandeix més enllà del cos durant la fase embrional i de nadó, aquest procés es dona en l'altra direcció durant el procés de mort i aquest radi d'acció esdevé cada cop més petit.

Fer ofertes clares

És per això que l'Estimulació Basal intenta orientar als pacients a partir de les seves expressions i necessitats actuals mitjançant ofertes estructurades i clares. L'espai vital actual, p.ex. l'habitació del centre ha de poder ser viscuda a partir d'objectes personals. Mitjançant la il·luminació, la visió que es té de la finestra, les cortines, les fonts auditives i d'activitat, han de permetre experimentar el ritme dia-nit. A partir de posicionament adequats (en el llit o la cadira) es poden experimentar les fases personals de son-vigília de manera més clara. Les activitats quotidianes es ritualitzen i s'intenten orientar el màxim possible a la "Sensobiografia" (Buchholz 2005, p.99) mantenint la seva

*A banda de la
estructura corporal
cal també ajudar a
percebre les activitats*

seqüenciació i la forma en què es realitzen, el màxim de fidel als costums de l'afectat.

Exemples d'aquestes **activitats** quotidianes **ritualitzades**:

- Despertar-se
- Higiene corporal
- Vestir/ canviar-se
- Posicionament en el llit
- Transferència a la cadira
- Beure
- ...

Evidentment no hi ha un “rentat o posicionament per a moribunds” o similar. També és fals partir del supòsit que els pacients pal·liatius sempre han de rebre un rentat relaxant o un posicionament en forma de “niu” ja que les circumstàncies personals, contextuals, els estats anímics i sobretot les necessitats de les persones en procés de mort són molt diverses. I inclús, o especialment quan es prescriu „Minimal Handling”² hi ha tot i així moltes ocasions per donar suport al moribund i recolzar-lo en el seu procés. Generalment minimitzar consisteix en oferir menor informació a través de menys

*No sempre només
tranquil·litzar*

² Per a la cura del pacient a aquests se'ls renta i canvia de posició etc. només el mínim indispensable.

contactes, de menor durada i més suaus, quan el que necessita el pacient és just el contrari.

La Sra Bienstein ha desenvolupat entre altres els següents procediments per a una **higiene corporal**:

Rentat relaxant

*Higiene corporal que
reforça la pròpia
forma*

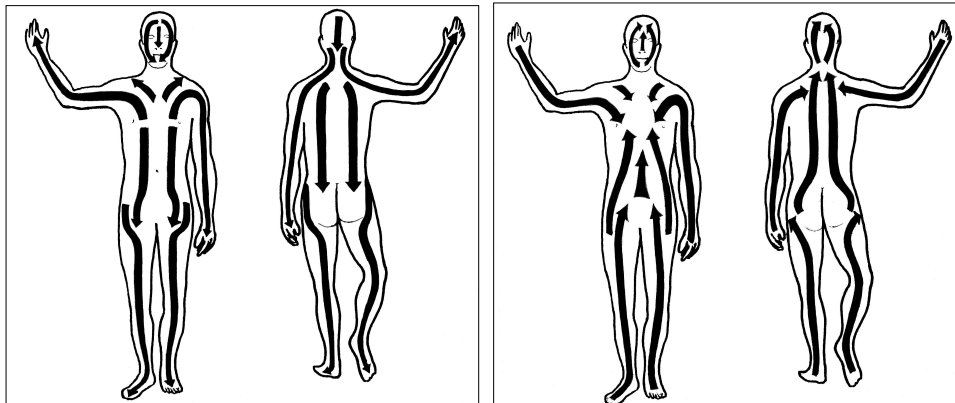
Rentat estimulant

Rentat per a fer baixar la febre i reduir la suor

Rentat de tancament

Rentat d'obertura

D'aquesta manera, segons cada necessitat l'aspecte de la higiene en si pot passar a un segon terme o just al contrari, i la necessitat de treure la suor, deposicions etc no té perquè ser viscuda com a desagradable, sinó com una bona ajuda (Buchholz



2005, p.67).

*Experienciar lleugera
frescor mitjançant un
rentat amb infusió de
menta*

Imatge 2: rentat relaxant

Imatge 3: rentat estimulant

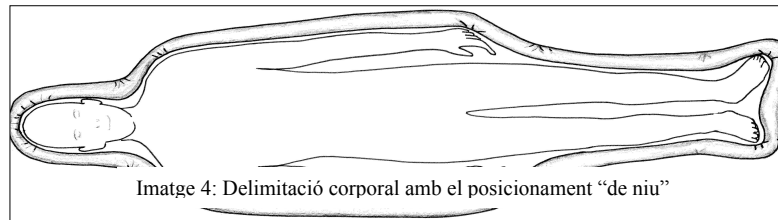
Per a pacients molt suats, allitats, tensos, un **rentat** (sencer o parcial) **amb infusió fresca de menta** realitzat mitjançant contactes regulars, que agafin la major superfície possible del cos, en direcció al creixement capil·lar (p.ex. des de l'espatlla fins la mà d'una tirada) sol ser viscut habitualment com a molt beneficiós i refrescant. Les substàncies actives de la infusió de menta, fan baixar la febre, estimulen la circulació sanguínia i deixen una sensació de lleugeresa no només en les parts que han estat rentades.

L'aromateràpia pot ser de gran ajuda per a persones moribundes tot i que els efectes de les substàncies suplementàries afegides a l'aigua o l'aire no són específiques de l'Estimulació Basal. (Price 2003).

Una bona oferta per a sentir-se protegit i acollit és també oferir el posicionament "**de niu**" (Buchholz 2005, p.87,151), pel qual amb un rotllo (d'aprox. 10 cm de diàmetre) o una manta o llençol prim, es marquen els límits corporals de la persona asseguda o ajaguda (especialment peus i cap). Cal remarcar que aquesta és tant sols una proposta, ja que hi ha pacients als quals els molesta qualsevol peça de roba o manta en contacte directe amb el seu cos.

*Trobar-se un mateix i
sentir-se protegit en el
posicionament "de niu"*

Necessiten espai i aire al seu voltant. Per tal que aquests pacients no es sentin sols i abandonats, els cuidadors poden intentar oferir la mateixa delimitació corporal però deixant entre la manta i el cos un espai d'uns 10 cm. Aquest tipus de posicionament també es pot oferir en decúbit lateral o pro.



Imatge 4: Delimitació corporal amb el posicionament “de niu”

En l'Estimulació Basal en les cures d'infermeria és bàsic el pensament d'aquell que fa les ofertes, fer-se preguntes de forma empàtica, l'escolta a la resposta de l'altre i el fet de tenir-la en compte e incorporar-la en la pròpia oferta. Només si això es té en compte es pot transformar el posicionament de niu en una comunicació somàtica amb la que al pacient “se'l situa en una posició” a partir de la qual pot percebre's, comunicar-se, relaxar-se o d'altres (Buchholz 2005, p.85). Sense haver d'expressar-se verbalment la persona afectada pot fer saber

mitjançant la mímica, els moviments, la tensió muscular i la respiració si treu profit de la oferta i si l'accepta o no.

Una oferta específica, que es pot donar addicionalment a les activitats habituals de cures d'infermeria és la **Frega Respiratòria Estimulativa** (*). En aquesta procediment, es frega l'esquena del pacient de manera simètrica amb les dues mans dibuixant

(*) ASE en l'original en alemany. N. del T.

dos espirals al llarg de la columna vertebral començant per les espatlles i acabant en les darreres costelles. Al mateix temps es busca conjuntament un bon ritme respiratori que es pot percebre a partir dels moviments de les mans sobre l'esquena. Així, reforçat per “la persona que està a la seva esquena”, el pacient percep la seva „respiració perllongada“ (vegeu Buchholz 2005, p.129). Els efectes d'aquesta frega són a banda dels seus beneficis per afavorir la son, el reforçament respiratori. A més per als dos implicats resultat impressionant la intensitat del diàleg respiratori i de contacte sense paraules que es produeix.

En l'Estimulació Basal en les cures d'infermeria de persones moribundes a banda d'emprar el contacte basal en totes les ocasions possibles, es fan ofertes especials orientades a estructurar els anomenats “**objectius essencials**”. “Aquests situen a la persona malalta, greument limitada en el centre de la nostra actuació. Es tracta especialment d'evitar que es vegi

als pacients com a objecte de les nostres cures, sinó que se'ls contempli com a subjectes actius que en aquest moment requereixen d'unes cures específiques. (...) Els objectius essencials són:

- Mantenir la vida i experimentar el desenvolupament
- Sentir la pròpia vida
- Experimentar seguretat i construir la confiança
- Desenvolupar el propi ritme
- Donar forma a la pròpia vida
- Experimentar la vivència d'un món exterior
- Entrar en relació i viure la trobada
- Experimentar el sentit i la significació
- Viure la pròpia autonomia i responsabilitat“

(Fröhlich 2006, p.8/9)

Ja que sovint els pacients no ens poden dir per si mateixos quin d'aquest objectius és essencial per a ells en aquest moment, és molt important que tant qui acompanya com qui cuida canviï de perspectiva i intenti buscar de manera crítica l'objectiu més adequat a partir del punt de vista del moribund i procuri desenvolupar ofertes adequades. Amb persones moribundes no es tracta sempre de „experimentar el sentit i la significació“ (*). Alguns desitgen viure les darreres trobades, construir una

*Morir forma part de
la vida, és
l'acomiadament
d'un
desenvolupament
constant*

relació amb aquell que els acompanya. D'altres desitgen construir ells mateixos la seva vida i la seva mort, i d'altres desitgen tenir una vivència segura i sentir al seu voltant només allò conegut. També „mantenir la vida i experimentar el desenvolupament” significa no només aferrar-se rígidament a la vida. Morir és una part important de la vida. Per tal de percebre aquesta vida fins al final no ens cal experimentar-nos vegetants i malaltissos, sinó en desenvolupament. I necessitem algú que ens faci perceptible aquest desenvolupament i ens hi acompanyi.

(*). Aquest és un objectiu essencials que recull aspectes vinculats a les relacions amb els altres i a l'espiritualitat de cadascú. N del T.

Literatura:

Bienstein, C./ Fröhlich, A. (Hrsg.): Bewußtlos. Verlag selbstbestimmtes leben, Düsseldorf 1994

Buchholz, T./ Schürenberg, A.: Lebensbegleitung alter Menschen – Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen. Hans Huber Verlag, Bern 2005

Damasio, A.R.: Ich fühle, also bin ich. Econ Ullstein List Verlag, München 2000

Fröhlich, A.: Basale Stimulation – gemeinsame Schritte in eine erfahrbare Welt. In: ASbH-Ratgeber Nr. 6: Üben-Fördern-Beraten. Dortmund 1998

Fröhlich, A.: Sprachlos bleibt nur der, dessen Sprache wir nicht beantworten. In: Orientierung 2/2001 (25), S.20-22, Stuttgart 2001

Fröhlich, A.: Basale Stimulation in der Pflege – das Arbeitsbuch. Kallmeyer Verlag, Seelze 2006

Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliativ Care. Hans Huber Verlag, Bern 2006

Schürenberg, A.: Basales Berühren. In: Schnell, M.W. (Hrsg.): Leib.Körper.Maschine. Verlag selbstbestimmtes leben, Düsseldorf 2004

Watzlawick, P./ Beavin, J.H./ Jackson, D.D.: Menschliche Kommunikation. Hans Huber Verlag, Bern 1969

Zegelin, A.: Festgenagelt sein – der Prozess des Bettlägerig werdens. Hans Huber Verlag, Bern 2006

Ansgar Schürenberg

Infermer, Multiplicador d'Estimulació Basal®, entrenador de Kinästhetiks, Expert en cures d'infermeria per a persones en coma vigil, formant-se en Ciències de la Salut (finalització Master of Science 2006 en la Universitat Witten/ Herdecke)

Traducció amb el permís de l'autor:

Anna Esclusa Feliu. Pedagoga. Formadora d'Estimulació Basal®. Terapeuta Affolter.

Lectura:

Carme Ruiz. Pedagoga. Psicomotricista.