

## 4.16 Contacto comunicativo hasta el último aliento

### **Estimulación Basal® en los cuidados de enfermería de personas en proceso de muerte**

La Estimulación Basal® fue desarrollada originariamente para niños con pluridiscapacidad desde el año 1975 por el Prof. Dr. A. Fröhlich. Con tal de promover especialmente las posibilidades de interacción de niños y cuidadores se desarrollaron ofertas de proximidad corporal. En este proceso se recurrió a aquellos sentidos más básicos y fundamentales, o sea basales. Desde 1985, la enfermera y pedagoga C. Bienstein adaptó este concepto para personas enfermas y personas mayores, y profundizó en su desarrollo conjuntamente con A. Fröhlich. Hoy en día, constituye uno de los conceptos más importantes en los cuidados de enfermería para personas con graves discapacidades de todas las edades y ofrece apoyo desde el inicio de la vida, en procesos críticos y traumáticos, así como al final de la vida.

*Estimular* una persona que se encuentra en proceso de muerte parece, como mínimo, algo contradictorio. Por „Estimulación“ no hay que entender aplicación de estímulos! Tampoco se trata de desencadenar reflejos o algo similar. Más bien, se trata de hacer ofertas significativas y relevantes al moribundo.

*La Estimulación  
Basal procura  
ofertas  
significativas*

**Los sentidos basales o corporales** (el contacto, la forma corporal, la vibración, el movimiento y la percepción de la posición espacial) están activos y reactivos hasta la muerte biológica también en las personas llamadas *no-conscientes* (mejor dicho: personas en estados diferentes de consciencia). Además, Fröhlich remarca que, el „yo-cuerpo“ representa el yo primario de una persona“ (Fröhlich 2006, p.12). Al inicio de la vida, durante y después de graves experiencias traumáticas y especialmente al final de la vida vivimos y definimos nuestra persona (nuestro yo) a partir de nuestro cuerpo. No es válido pues el „pienso, luego existo“ sino que como Damasio (2000) dice: „Siento, luego existo“. Sentimos con todo nuestro cuerpo. A veces en una enfermedad, crisis o ante la muerte, a menudo solo sentimos el cuerpo. Nuestro entorno espacial, y luego el personal, todo aquello que percibimos mediante los sentidos externos (ver, oír, oler, gustar, tocar) va perdiendo su significado progresivamente. Precisamente aquí aparece un gran problema en el acompañamiento a la muerte, cuando uno intenta aproximarse al otro excesivamente desde lo verbal. La comunicación resulta más importante que nunca, pero el lenguaje oral es comprendido con dificultad. Esto es importante para el moribundo pero también para quien le acompaña. Morir nos convierte en *mudos*. Pero **„mudo es solo aquel a quien no respondemos en su lengua“** (Bodenheimer citado en Fröhlich 2001, p.22).

*Los sentidos  
basales están  
activos hasta la  
muerte*

*No limita-se a la  
comunicación verbal*

*El lenguaje corporal  
diluye el lenguaje  
mental*

El **lenguaje corporal** es el que progresivamente va ganando significado, mientras que el lenguaje mental se va diluyendo. La persona está preparada hasta el fin de su vida para comunicarse mediante la respiración, la tensión muscular, la sudoración y

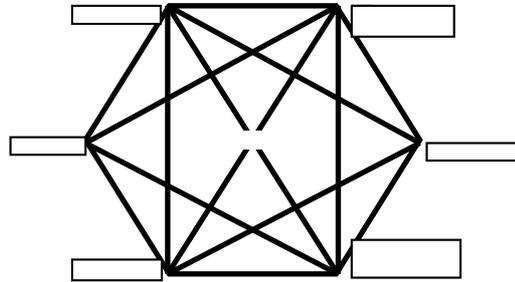
mínimos movimientos. Una respiración consciente y la construcción de actividades que realmente “toquen” al otro, son comprendidas y al mismo tiempo ofrecen a las manos del cuidador la posibilidad de escuchar atentamente.

Las personas para las que se desarrolló la Estimulación Basal, es caracterizan por unas claras limitaciones en las áreas de

Movimiento – Percepción – Comunicación

Estos tres elementos forman parte de la „red de la **globalidad**“de Fröhlich y Haupt (Schürenberg 2004, p.75).

nagen 1: La globalidad en el desarrollo



El modelo pretende hacer presente que los elementos de percepción, cognición, emoción, comunicación, experiencia social, movimiento y experiencia corporal están siempre relacionados los unos con los otros y que se influyen recíprocamente. En cada situación el paciente vive estos elementos que tienen todos el mismo valor, se dan al mismo tiempo y son reales por igual. Así, posicionar a un

*Cada actividad es  
vivida de forma  
global*

paciente es vivido por este no solamente como una experiencia de movimiento, sino también como una experiencia social ( el cuidador como ejecutor, compañero, quien da apoyo, acompañante ...), que también esta vinculada a sentimientos (“esto duele tanto, él es tan brusco, ella no soporta el sufrimiento, al final podré descansar bien ...), y estos son procesados también cognitivamente ( “sé que lo hace con buena intención, ayer pude respirar mejor en esta posición, ...”) y pueden ser comunicados ( “¿esta bien tumbado así?”, mímica relajada, levantar la pierna ...). En definitiva se experimenta y se transmite en y con el cos, es algo global.

Si como consecuencia de una enfermedad o necesidad de cuidados de enfermería, aparecen limitaciones en alguna de estas áreas, a pesar de estas alteraciones, se sigue dando el mismo valor a las informaciones que en ella se recogen. Así se entiende porqué cuando uno intenta dar de beber con cuidado, la reacción puede que sea brusca y de rechazo. No se trata únicamente de la experiencia corporal „ apagar la sed“.

Por otra parte se pone de manifiesto, por qué **solamente el hecho de estar siempre encamado** puede tener consecuencias más amplias para la persona, como un círculo vicioso. Estar tumbado en la cama implica procesos fisiológicos. No se trata de la posición concreta en la cama, incluso el hecho que el tronco esté más o menos incorporado hace variar poco las consecuencias de estar encamado. El cuerpo almacena líquidos en la periferia que paralizan la musculatura extensora ya que faltan impulsos gravitatorios que normalmente se

*Estar encamado  
prolongadamente  
genera un círculo  
vicioso*

experimentan al ponerse de pie y al sentarse. El cuerpo se prepara para el descanso (prolongado), el razonamiento se altera y el coeficiente intelectual disminuye (Zegelin 2006). En decúbito supino se requiere más fuerza para mover los brazos y la cabeza. Esto afecta, por ejemplo al beber, ya que debido a la posición se necesita más impulso para hacer fuerza y coordinar los movimientos de deglución. Así mismo, los instrumentos comunicativos habituales como la cara (mímica), la boca y las cuerdas vocales (voz) y los brazos (gestualidad) se ven afectados. El habla resulta más dificultosa. Si el paciente (encamado) está tumbado, sus interlocutores sociales (familia, visitas, acompañantes, cuidadores...) ya no se encuentran a la altura de sus ojos sino que lo miran parece ser, desde arriba. Esta es una experiencia social que por sí misma ya desencadena emociones. La capacidad de movimiento, disminuida y más dificultosa, modifica la percepción, sobretodo por el uso de colchones blandos como medida preventiva de úlceras por presión. Debido a las informaciones difusas de presión y contacto sobre la cama, de la propia vestimenta, pero también del resto de personas, la persona experimenta una imagen corporal de sí misma que se mantiene poco definida y la red (la globalidad) se cierra. Si desde fuera no se intenta dar un impulso estimulante, la persona queda aprisionada allá dentro. Esto se ve reforzado porque las diferentes enfermedades así como también el proceso de muerte en sí conllevan problemáticas añadidas que refuerzan este efecto negativo. Acompañamiento en el sentido de la Estimulación Basal permite que la red de la globalidad sea una red segura y que la persona

pueda vincularse a las personas de referencia y acompañantes.

En la muerte, la unidad yo-cuerpo se difumina, el yo se separa del cuerpo. Un proceso de muerte lento significa mayoritariamente tanto para el afectado como para aquellos que están a su alrededor un desvanecimiento progresivo del yo-cuerpo. Este se percibe como algo difuso y sin contornos. Así pues esta separación se convierte a duras penas en una parte conscientemente vivida y construida de la vida. Dependiendo de cada persona, este hecho puede vivirse como desvanecimiento o como sufrimiento. El cuerpo a penas puede ser utilizado como medio de expresión. Las personas que se pueden ver más afectadas por este desvanecimiento, son aquellas que llevan mucho tiempo encamadas y en situación de privación social y comunicativa y que a menudo no sufren enfermedades mortales ni lesiones neurológicas agudas y que ni viven ni pueden morir. A menudo yacen solas y olvidadas en las habitaciones, a menudo en posición fetal permanente y no parecen reactivos al habla. Se han encerrado completamente en si mismos y parecen “erizos enroscados en si mismos”. Tienen pocos familiares que aparecen solo esporádicamente y que muestran tener todavía menos recursos que los cuidadores que les atienden con lo mínimo (alimentación por sonda, lavado e higiene). Especialmente en estos casos, a los que desgraciadamente no se les ofrece ningún acompañamiento a la muerte, hemos podido constatar especialmente el efecto de los cuidados de enfermería según la Estimulación Basal. Mediante lavados basales estimulantes hemos podido hacer sentir la propia forma corporal, a partir de sentarnos

juntos en el borde de la cama, hemos puesto a la persona “en situación” (posicionado) con tal que pueda comunicarse con nosotros a través de la respiración. Al poco tiempo de empezar a trabajar así nos pareció ya verlas más presentes hasta que finalmente, pocos días después morían con una expresión claramente relajada en el rostro. A veces incluso fue posible (después de meses y años de silencio) un pequeño intercambio verbal antes de la muerte.

La Estimulación Basal desea dar forma a la vida y la muerte del yo (corporal), y por tanto es, en el sentido literal de la palabra *cura paliativa*. Pallium es la palabra latina para definir „cobertura en forma de manto“ (Knipping 2006, p.30). Palliativo significa por tanto *envolver*.

La palabra **comunicación** proviene del latín „communicare“, hacer alguna cosa en común, en el sentido de dejar que alguna cosa se convierta en una causa común, tomar parte, participar. Por tanto, incluso cuando no hacemos nada con el paciente, estamos comunicando. Otros elementos esenciales de la comunicación analógica (ver 4.1.1., p.6) es a parte de los comentados en el punto 3.1.1.3 sobre „gesticulación, mímica, estímulos táctiles<sup>1</sup>,

*Acompañamiento y  
refuerzo en pacientes  
cerrados en sí  
mismos*

---

<sup>1</sup> En vez de estímulos táctiles, preferimos hablar de *informaciones a través del contacto*

(\*) Este artículo se incluye en un libro dedicado a los cuidados paliativos. Esto explica las referencias del autor tanto aquí como más adelante en otros capítulos. Para orientar al lector añadiremos solamente que la Teoría de la Comunicación mencionada comprende como comunicación analógica toda aquella no verbal y que tiene algo de similar “a la cosa en sí” en aquello que utiliza para expresarla. En cambio la comunicación digital, es verbal y utiliza las palabras como signos arbitrarios que se utilizan de acuerdo con la sintaxis lógica del mismo lenguaje. N. del T.

*La respiración es un  
elemento  
comunicativo  
importante*

contacto visual, postura corporal“ (p.7), son también nuestros olores corporales (p.ej. sudor de pánico) así como nuestra respiración (tranquila, relajada, excitada, emocionada, tensa por el dolor, superficial, miedosa, ...)(\*). Y esto hay que tenerlo en cuenta en los dos miembros de la pareja comunicativa! Una expresión verbal como „todo está bien, no tengas miedo“, dicha rápidamente justo antes de un contacto nervioso, frívolo, rápido da a entender claramente al paciente que quien da la información verbal está convencido justamente de lo contrario. Nuestra respiración y nuestros contactos mienten y les podemos dar forma conscientemente. Esto tiene consecuencias directas sobre la persona que quiere darles forma: si profundizo y ralentizo mi propia respiración, estaré yo mismo más tranquilo; si en este momento me dirijo al otro (paciente) y le *hablo* (quizás sin palabras ni símbolos), para él me vuelvo comprensible y claramente perceptible, y por tanto efectivo. La respiración del acompañante es especialmente efectiva cuando el moribundo a penas puede hacer otros movimientos que no sean los respiratorios. Este lenguaje es comprensible para él y le da la posibilidad de responder.

Cuando decimos que una persona „no reacciona al habla“, la estamos juzgando y evidenciamos nuestra incapacidad (y egocentrismo), ya que según Bodenheimer „medimos la **consciencia** en tanto que somos capaces de establecer relaciones con los demás” (Bienstein 1994, p.35). Todo aquel que trabaja con personas en estados diferentes de consciencia, debe preguntarse cuan comprensible es el mismo y su actividad para la persona que tiene enfrente. Hay que partir del supuesto que al afectado no pueden interesarle órdenes como „abra los ojos“,

„si me entiende apriete mi mano“,.... Quizás no solamente falta dirigirse realmente al otro, sino que quizá también falta un lenguaje y una escucha adecuadas, haciendo así, que al afectado le resulte difícil o casi imposible respondernos o comprendernos. El experto en comunicación Watzlawick diferencia entre **comunicación** digital y analógica. „En aquellas ocasiones en las que la relación es el tema central de la comunicación, se pone de manifiesto que la comunicación digital es muy poco significativa (1969, p.64)

La Estimulación Basal en los cuidados de enfermería pretende utilizar un lenguaje analógico y elemental especialmente en situaciones y actividades conocidas y/o necesarias en las que el cuidador se dirija al paciente y tenga en cuenta aquello que expresa. Con este fin los cuidados diarios y las ayudas necesarias son las más indicadas para ello.

Para estos diálogos comunicativos hemos desarrollado el concepto de „**contacto basal**“

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

*Un lenguaje de  
contacto para  
favorecer diálogos  
„que realmente  
toquen al otro“*

„Elementos del contacto basal:

- Prepararse uno mismo para el contacto
- Anunciarse al afectado
- Acercarse a la zona de contacto aceptada por el afectado
- Tener en cuenta al otro

- Contacto amplio, claro (con cierta presión) para iniciar el contacto y que se mantiene el tiempo que dura un saludo
- Mantener el contacto durante el intercambio
- Contacto claro (con presión, mano tranquila, segura, plana, cerrada con contacto amplio) y con un movimiento acorde con la intención de la persona que toca y la aceptación de quien lo recibe (duración, velocidad, ritmo y continuidad)
- Tomar en serio los propios sentimientos y respetarlos
- Actuar desde “el aquí y el ahora”
- Intercambio de escucha y habla durante el contacto
- Final claro de la actividad con gestos de despedida
- Alejarse

*Desarrollar gestos de contacto para los pacientes*

Resulta especialmente útil desarrollar con el moribundo „un gesto de contacto“(Buchholz 2005, p.58) que ayude a percibir el inicio y el final de la actividad conjunta.

*Es necesario mantener también la distancia en el diálogo basado en el contacto*

Las condiciones apuntadas en el punto 3.1.1. 2. “Concepto de cuidados paliativos” (p.8) también pueden ser utilizadas para una comunicación somática o un diálogo basado en el contacto. También es muy importante el „mantenimiento de la **distancia** espacial“(p.8). En este aspecto hay que tener presente que las indicaciones referidas a la “esfera íntima (aprox. 50 cm.) “ y „atmósfera

*Percibir deriva de apercibir*

personal (aprox. 90-150cm)“ quizás deberían de modificarse para adaptarse a personas gravemente enfermas afectadas en su capacidad perceptiva. En personas moribundas así como en personas en coma vigil debemos tener presente que de entrada no perciben por los canales sensoriales vinculados al entorno (vista, oído, olfato, gusto, tacto). El concepto **Percepción** se deriva de apercibirse. Esto significa que cuando nosotros percibimos, percibimos no solamente algo sino también a nosotros mismos. Si los pacientes no perciben prácticamente nada debido a que los estímulos que les llegan no son claros o son desbordantes y a penas reciben informaciones perceptibles, progresivamente también tendrán dificultades para percibirse a si mismos. Los pacientes se pierden a ellos mismos y nosotros perdemos el contacto con ellos.

*Apercebre's un mateix a partir de la percepció*

En primer lugar son los sentidos basales y corporales (ser tocado, experimentar el movimiento, percibir la vibración, experimentar la fuerza de la gravedad) los que son vividos agradablemente y los que permiten el contacto „hacia fuera“. A menudo se produce incluso lo que se llama „centralización de la percepción“(Buchholz 2005, p.198) por la cual el afectado no muestra ninguna reacción cuando se le tocan las extremidades (incluidas las manos). Sólo a partir de desarrollar y ritualizar “gestos de contacto” (Buchholz 2005, p. 58) individualizados y que partan del tronco, es posible que la persona dependiente responda con la ayuda de cambios en la respiración, movimientos, mímica o otros.

*Algunas personas se retiran ellas mismas*

Un **gesto** respetuoso, dirigido al otro, como puede ser dar la mano puede transmitir dedicación al otro y seguridad. Un gesto no es en si mismo una

*Un gesto de contacto transmite dedicación y seguridad*

actividad, sino que es un fin en sí mismo que denota el grado auténtico en que uno está dispuesto al diálogo con el otro. Un buen diálogo se caracteriza además, por estar en contacto alternadamente. Si al realizarse verbal o visualmente este diálogo resulta demasiado agotador para el moribundo, se puede ofrecer contacto. Aquí habrá que tener en cuenta no ofrecer un diálogo verbal monótono, ni mantener un contacto inmóvil (mirar fijamente, mantener un monólogo rápido tipo oración...). Por tanto no se trata solamente de poner la mano o de acariciar arriba y debajo de forma mecánica sino que esta mano debe de *hablar y escuchar*. El cuidador pues, puede lavar la cara o todo el cuerpo, dar de beber, ayudar a hacer un cambio postural o actividades similares sin interrumpir el contacto (!). Si este se mantiene, aquel que es tocado siente que se le tiene en cuenta en las diferentes actividades y que quien le toca tiene toda la atención puesta en él durante todo este tiempo.

**Respirar conjuntamente** apoyándose en el brazo del otro puede ser una forma profunda de *communicare*, de *comunicación somática*. El mensaje transmitido en un suspiro conjunto podría llenar páginas y páginas. Una forma activa de diálogo basado en el contacto y la respiración es el que ofrece la “friega respiratoria estimulante”. Es uno de los procedimientos desarrollados por la Estimulación Basal en los cuidados de enfermería. En primera línea se replantearon actividades de cuidados cotidianos (como: higiene corporal, posicionamiento, apoyo en el comer y beber, ...) de tal manera que se les sacó el carácter desinformador con tal que ofreciesen al paciente un contorno claro de su cuerpo así como una vivencia clara de la

*Los cuidado como  
comunicación  
orientadora*

actividad. En lugar de una sensación caótica de si mismo se ayuda al paciente a percibir su cuerpo. A través de secuencias conocidas y ritualizadas, las actividades se convierten en algo comprensible y previsible. Al mismo tiempo, la vivencia que se tiene del cuidador pasa de ser “aquel que hace”, a la de una pareja comunicativa.

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

„La Estimulación Basal es la **estructuración de aquello obvio** y cercano“(Fröhlich 1998, p.37). Aparentemente para personas gravemente enfermas, cosas obvias como el propio cuerpo, comunicar con movimientos y acciones conocidas e incluso la propia respiración, parecen para ellos extrañas, poco claras o confusas. Las cosas y sus procesos no parece que puedan ser comprendidos por los afectados. Algunas cosas son nuevas y no pueden ser procesadas (alimentación por sonda, deposiciones por sonda o bolsa de orina,...), otras cosas ya no son tal como eran, o son en parte diferentes y ya no se puede abstraer de ellas la similitud con lo que sucedía antes (higiene corporal en la cama realizada por otra persona ...). Procesar y pensar resulta a menudo difícil. En parte faltan ayudas para la orientación y a menudo falta también el punto de partida para la orientación, la referencia original, o sea, nuestro propio cuerpo ha desaparecido en la niebla. Mientras la vivencia de nosotros mismos y de nuestra vida esta regida por aquello mental, tenemos como referentes por ejemplo, aquello que dicen y viven nuestros padres, las creencias, una cosmovisión determinada, la ciencia, las normas y las leyes... En enfermedades graves o cuando el intelecto se ralentiza, el cuerpo con el cual estamos en este mundo pasa a un primer plano como última instancia comprensible. Cuanto

más podamos comprender con nuestros sentidos aquello que nos sucede y que sucede a nuestro alrededor, más podremos comprender y vivir con sentido. Por eso necesitamos nuestro cuerpo como una referencia clara y buena hasta el fin. Previamente también nos descarga mucho si a parte de las estructuras corporales necesarias nos podemos regir por actividades y tiempos estructurados de forma personal (día-noche, día de la semana, mes,..., celebraciones). Mientras que la consciencia de nosotros mismos y nuestro radio de acción se expanden más allá del cuerpo durante la fase embrionaria y de bebé, este proceso se da en la dirección opuesta durante el proceso de muerte y este radio de acción se vuelve cada vez más pequeño.

*Hacer ofertas claras*

Por este motivo la Estimulación Basal intenta dar orientación a los pacientes a partir de sus expresiones y necesidades actuales mediante ofertas estructuradas y claras. El espacio vital actual, p.ej. la habitación del centro debe poder ser vivida a partir de objetos personales. Mediante la iluminación, la visión que se tiene de la ventana, las cortinas, las fuentes auditivas y de actividad, han de permitir experimentar el ritmo día-noche. A partir de posicionamientos adecuados (en la cama o la silla) se pueden experimentar las fases personales de sueño-vigilia de manera más clara. Las actividades cotidianas se ritualizan y se intentan orientar el máximo posible en la "Sensobiografía"(Buchholz 2005, p.99) manteniendo al máximo la fidelidad a los hábitos del afectado en su secuenciación y el modo forma en que se realizan. .

*A parte de la estructura corporal también se necesario ayudar a percibir las actividades*

Ejemplos de estas **actividades** cotidianas **ritualizadas**:

- Despertarse
- Higiene corporal
- Vestir/ cambiarse
- Posicionamiento en la cama
- Transferencia a la silla
- Beber
- ...

Evidentemente no existe un “lavado o posicionamiento para moribundos” o similar. También es falso partir del supuesto que los pacientes paliativos siempre deben recibir un lavado relajante o un posicionamiento en forma de “nido” ya que las circunstancias personales, contextuales, los estados anímicos y sobretodo las necesidades de las personas en proceso de muerte son muy diversas. E incluso, o especialmente cuando se prescribe „Minimal Handling“<sup>2</sup> hay a pesar de ello muchas ocasiones para dar apoyo al moribundo en su proceso. Generalmente minimizar consiste en menor información a través de menos contactos, de menor duración y más suaves, cuando lo que necesita el paciente es justo lo contrario.

*No siempre solamente tranquilizar*

---

<sup>2</sup> Para el cuidado del paciente a estos se les lava y cambia de posición etc. sólo el mínimo indispensable.

La Sra. Bienstein ha desarrollado entre otros los siguientes procedimientos para una **higiene corporal:**

*Higiene corporal que refuerza la propia forma*

Lavado relajante

Lavado estimulante

Lavado para hacer bajar la fiebre y reducir la sudoración

Lavado de cierre

Lavado de apertura

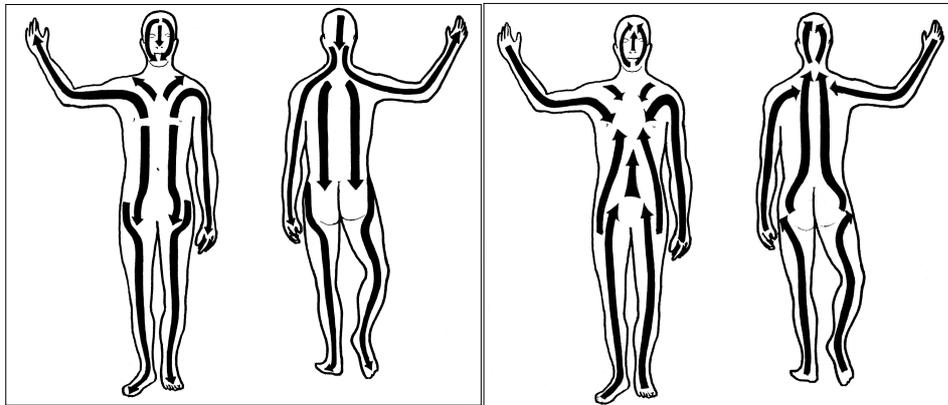


Imagen 2: lavado relajante

Imagen 3: lavado estimulante

De esta forma según cada necesidad el aspecto de la higiene en si puede pasar a un segundo término o al

contrario, y la necesidad de quitar el sudor, deposiciones etc. no tiene porque ser vivida como algo desagradable, sino como una buena ayuda (Buchholz 2005, p.67).

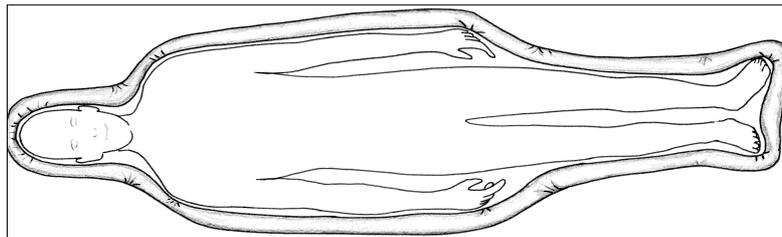
*Experimentar ligereza fresca mediante un lavado con infusión de menta*

Para pacientes muy sudados, encamados, tensos, un **lavado** (entero o parcial) **fresco con infusión de menta** realizado mediante contactos regulares, que abarquen la mayor superficie posible del cuerpo, en dirección al crecimiento capilar (por ej. desde el hombro hasta la mano en un solo movimiento) suele ser vivido habitualmente como muy beneficioso y refrescante. Las sustancias activas de la infusión de menta, hacen bajar la fiebre, estimulan la circulación sanguínea y dejan una sensación de ligereza no solamente en las partes que han sido lavadas.

La Aromaterapia puede ser de gran ayuda para personas moribundas a pesar que los efectos de las sustancias suplementarias añadidas al agua o al aire no son específicos de la Estimulación Basal. (Price 2003).

Una buena oferta para sentirse protegido y acogido es también ofrecer el posicionamiento “**de nido**” (Buchholz 2005, p.87, 151), mediante el cual con un rollo (de aprox. 10 cm. de diámetro) o una manta o sábana delgada, se marcan los límites corporales de la persona sentada o tumbada (especialmente pies y cabeza). Es importante remarcar que esta es solamente una propuesta, ya que hay pacientes a los que les molesta cualquier pieza de ropa o manta en contacto directo con su cuerpo. Necesitan espacio y aire a su alrededor. Con tal que estos pacientes no se

*Encontrarse uno mismo y sentirse protegido en el posicionamiento “de nido”*



sientan solos y abandonados, los cuidadores pueden intentar ofrecer la misma delimitación corporal pero dejando entre la manta y el cuerpo un espacio de unos 10 cm. Este tipo de posicionamiento también se puede ofrecer en decúbito lateral o prono.

Desde la perspectiva de la Estimulación Basal en los cuidados de enfermería es básico el pensamiento de aquel que hace las ofertas, preguntarse de forma empática, la escucha a la respuesta del otro y el

Imagen 4: Delimitación corporal con el posicionamiento “de nido” propia oferta. Solo cuando si esto se tiene en cuenta, se puede transformar el posicionamiento en nido en una comunicación somática con la que al paciente “se le sitúa en una posición” a partir de la cual puede percibirse, comunicarse, relajarse u otros (Buchholz 2005, p.85). Sin necesidad de expresarse verbalmente el afectado puede hacer saber mediante la mímica, los movimientos, la tensión muscular y la respiración si saca partido de la oferta y la acepta o no.

Una oferta específica, que se puede dar adicionalmente a las actividades habituales de cuidados de enfermería es la **Friega Respiratoria Estimulativa** (\*). En este procedimiento, es friega la espalda del paciente de manera simétrica con las dos manos dibujando dos espirales a lo largo de la columna vertebral empezando por los hombros y terminando en las últimas costillas. Al mismo tiempo se busca conjuntamente un buen ritmo respiratorio que se puede percibir a partir de los

movimientos de las manos sobre la espalda. Así, reforzado por “la persona que esta a su espalda”, el paciente percibe su „respiración prolongada“ (ver Buchholz 2005, p.129). Los efectos de esta friega son a parte de sus beneficios para favorecer el sueño, el refuerzo respi-

---

(\*) ASE en el original en alemán. N. del T.

ratorio. Además para los dos implicados resulta impresionante la intensidad del diálogo respiratorio y de contacto sin palabras que se produce.

En la Estimulación Basal en los cuidados de enfermería de personas moribundas a parte de utilizar el contacto basal en todas las ocasiones posibles, se hacen ofertas especiales orientadas a estructurar los llamados “**objetivos esenciales**”. “Estos sitúan a la persona enferma, gravemente limitada en el centro de nuestra actuación. Se trata especialmente de evitar que se vea a los pacientes como objeto de nuestros cuidados, sino que se les contemple como sujetos activos que en este momento requieren de unos cuidados específicos. (...) Los objetivos esenciales son:

- Mantener la vida y experimentar el desarrollo
- Sentir la propia vida
- Experimentar seguridad y construir la confianza
- Desarrollar el propio ritmo

- Dar forma a la propia vida
- Experimentar la vivencia de un mundo exterior
- Entrar en relación y vivir el encuentro
- Experimentar el sentido y la significación
- Vivir la propia autonomía y responsabilidad“

*Morir forma parte de la vida, es la despedida de un desarrollo constante*

(Fröhlich 2006, p.8/9)

Ya que a menudo los pacientes no nos pueden decir por sí mismos cuáles de estos objetivos es esencial para ellos en este momento, es muy importante que tanto quien acompaña como quien cuida cambie de perspectiva e intente buscar de manera crítica el objetivo más adecuado a partir del punto de vista del moribundo y desarrolle ofertas que le sean adecuadas. Con personas moribundas no se trata siempre de „experimentar el sentido y la significación“(\*). Algunos desean vivir sus últimos encuentros, construir una relación con aquel que les acompaña. Otros desean construir ellos mismos su vida y su muerte, y otros desean tener una vivencia segura y sentir a su alrededor sólo aquello conocido. “Mantener la vida y experimentar el desarrollo” significa también no sólo agarrarse rígidamente a la vida. Morir es una parte importante de la vida. Con tal de percibir esta vida hasta el fin no es necesario experimentarnos vegetantes y enfermizos, sino en desarrollo. Y necesitamos alguien que nos haga perceptible este desarrollo y nos acompañe en él.

---

(\*). Este es un objetivo esencial que recoge aspectos vinculados a las relaciones con los demás y a la espiritualidad de cada uno. 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**

Enfermero, Multiplicador de Estimulación Basal®, entrenador de Kinästhetiks, Experto en cuidados de enfermería para personas en coma vigil, formándose en Ciencias de la Salud (finalización Master of Science 2006 en la Universität Witten/ Herdecke)

Traducción con el permiso del autor:

Anna Esclusa Feliu. Pedagoga. Formadora de Estimulación Basal®. Terapeuta Affolter.

Lectura:

Carme Ruiz. Pedagoga. Psicomotricista.