

Comunicación primaria.

Dr. Prof. Andreas Fröhlich.

Artículo del Dr. Prof. Andreas Fröhlich, que aparece de forma similar como parte del libro: Bienstein, Chr., Fröhlich, A. Basale Stimulation in der Pflege- die Grundlagen, Thieme -Verlag, Bern, en una edición nueva que se publicará durante el año 2020.

Traducido por Barbara Roller y revisado por Gema del Moral Orro, ambas formadoras de Basale Stimulation®.

Introducción

La estimulación basal¹ fue pensada desde el principio como un tipo de acceso hacia personas con limitaciones muy severas y extensas. Personas que fueron consideradas "no accesibles"; Niños diagnosticados como "sordos y ciegos"; para aquellas personas, a las cuales incluso las personas más cercanas, como sus propios padres, no podían encontrar una forma de acceso para llegar a ellos. La severidad aparente de su discapacidad física, los grandes retrasos del desarrollo como resultado de un retraso mental severo y las múltiples limitaciones sensoriales, llevaron inicialmente a la creencia de que la comunicación con estas personas simplemente no era posible.

Años después, cuando la enfermería "descubrió" la estimulación basal, esta impresión se repitió enfocada en personas "inconscientes", en los cuales justamente el "no tener acceso" a ellos, era una característica.

La estimulación basal se vio desde el principio como una ayuda a la comunicación, como una especie de lenguaje común, que, sin embargo, debía ser descubierto por ambos lados. Sobre la base de la presencia física de estas personas "no accesibles- que no responden", se podía establecer un contacto físico. Tocar, al principio solo contacto físico, era posible. Si de este hecho también podría resultar en un "sentirse tocado" a nivel psíquico, se tenía que demostrar primero.

En el concepto de estimulación basal, se estructuraban los toques cotidianos, estimulantes, lúdicos y también los de enfermería de tal manera que, más allá de la mera funcionalidad, también podrían ser significativos para la persona tocada. Un ritmo más acentuado, una repetición clara y simple de cada toque podría ayudar a hacer notar a la persona implicada que algo significativo está ocurriendo a través de sentirlo. Las pausas conscientes, un parar planeado,

¹ Nota del traductor: Estimulación basal es la traducción al castellano del nombre del concepto Basale Stimulation nach Prof. Dr. Fröhlich



y luego nuevamente una oferta de sentirse tocado, hacía hincapié en esta oferta somática y la dejaba más clara e inequívoca.

Pero también se mejoraron las cualidades del toque. Uno se preocupaba por un toque plano o puntual, un toque deslizante o toques con una presión más profunda (Comparar Schürenberg, 2006). Así se creó un amplio "know-how" (conocimiento basado en la experiencia) que, sin embargo, todavía no se puede incorporar en un "diccionario del toque- contacto". Conocemos las diferencias entre un toque firme y un toque ligeramente fugaz, pero en casos individuales no podemos decir con certeza lo que esto puede significar para los diferentes pacientes o niños, diferentes toques en una situación específica y concreta. Podemos tender a afirmar que el toque firme tiene más que ver con la seguridad, la calma y la concentración; mientras que el toque fugaz tiende a irritar, excitar, pero quizás también ayuda a despertarse. Esperamos que, en el futuro, se pueda hacer un trabajo específico de investigación, para crear más conocimiento para la práctica.

Este diálogo del cuerpo se ha convertido en un principio básico de la estimulación basal, marca el concepto y se encuentra en el centro del trabajo práctico (ver Fröhlich, 2015, pp. 65-75).

Cambio de perspectivas.

Fue sobre todo **Ursula Haupt**, basándose en su experiencia terapéutica con niños, quien puso entonces la "memoria corporal" más en el centro de nuestro trabajo. Señaló que, *"según los hallazgos recientes de la neuropsicología y la psicología evolutiva, se puede suponer que nuestro cuerpo, independientemente de la percepción cortical, quiere decir, desde la percepción consciente, puede almacenar de forma autónoma las experiencias. Estas experiencias no son solamente de carácter físico - orgánico, sino globales. Parece ser que el cuerpo también puede almacenar experiencias emocionales de manera difusa pero muy duradera, por ej. situaciones catastróficas para el sujeto"*. (Haupt, 1982).

Ella observaba los gritos inexplicables, los golpes, morderse, la negación total del afecto, pero también los trastornos del sueño y de la alimentación bajo este contexto. Las explicaciones simples de estímulo-respuesta, tal como las ofrecían los compañeros, profesionales orientados en la terapia de conducta, no eran suficientes para ella, veía fenómenos más complejos basados en la biografía de los niños.

Este punto de vista ha sido confirmado en los últimos años. Investigaciones sobre el llamado "Embodiment" confirman la presencia de una **memoria corporal**. La memoria del dolor y la memoria del movimiento se pueden ver como áreas específicas de esta memoria corporal.

Como resultado de sus muchos años de trabajo terapéutico, **Ursula Büker** ha establecido el contacto corporal como el medio de comunicación no verbal más importante para el concepto de



Basale Stimulation[®], incluso en áreas que anteriormente no habían sido cubiertas por el concepto.

Ella fue capaz de demostrar que un buen número de interacciones entre padres e hijos en la infancia temprana y media, tienen su punto de partida aquí. Un cambio en el comportamiento de contacto por la persona de referencia adulta, guiada, puede dar ayudas decisivas para el comportamiento desafiante de los niños.

El contacto físico (toque) se convierte en un "puente" cuando las posibilidades supuestamente normales de la comunicación verbal no llegan a la otra persona. A través de tocar el cuerpo se crea contacto, el contacto facilita una comprensión basal y reduce el estrés comunicativo.

Otra vez una mirada hacia atrás: así fue como nos acercamos a una niña que presentaba desafíos considerables durante el trabajo práctico. Se golpeaba a sí misma, gritaba, se mordía a sí misma, arañaba y no podíamos ver las conexiones con las circunstancias externas que podían haber sido estresantes para la niña. Dos colegas descubrieron para esta chica con gran sensibilidad, las posibilidades del masaje para bebés según Leboyer, entonces muy extendido. Usaron este masaje de "despliegue somático" regularmente, con paciencia, mirándola con mucha atención y sintiendo lo que ocurría, pero también con consistencia. Una y otra vez llegaba a esos ataques de gritos, mordiscos y arañazos; Pero resultó que, con el toque fluido de este masaje para bebés adaptado y modificado, la niña se calmó mucho más rápido que sin esta oferta. Sí, una y otra vez ella misma usó en sí misma elementos de este modelaje envolvente y acariciante, y así, tal vez, fue capaz de contribuir a que pudiera salir de su nivel de excitación tan alto.

Para nosotros, estos eran acontecimientos claves, que nos ayudaron a interrelacionar, por un lado, un enfoque muy práctico (masaje para bebés) con una visión más teórica (experiencia corporal en el sentido de U. Haupt). De allí surgió el **diálogo somático**. Tratando de ayudar a las personas en situaciones emocionales difíciles; Ofrecer una posibilidad de comunicación, pero no con palabras sino a través del contacto corporal y del movimiento.

Estas ofertas las solíamos usar siempre que teníamos la impresión de que en un niño con pluridiscapacidad grave se manifestaban problemas psico-emocionales a nivel físico. El miedo, la ira, la desesperación como emociones determinantes que evidentemente abrumaban a los niños una y otra vez.

Por supuesto, con nuestras ofertas de contacto no pudimos resolver los problemas básicos del niño; quizás le podíamos comunicar que alguien se había dado cuenta de su difícil situación, que quería reaccionar ante ella y ofrecerle acompañamiento. Eso es lo que hoy llamamos **resonancia**. La resonancia es claramente más que un simple ponerle el espejo. Poner el espejo muestra a la



otra persona lo que hace, cómo se comporta. La resonancia tiene que ver más con: **se trata de hacer algo en común, es la oferta de una experiencia compartida y vivida conjuntamente.**

Esto impone mayores exigencias al terapeuta o la persona que hace esta oferta terapéutica, más que simplemente reflejándola. No se queda con una representación reflectante neutral, sino que se mete en la situación de emergencia de una persona que está limitada considerablemente en sus posibilidades expresivas. Y a uno mismo sólo le queda también la expresión física para hacer evidente esta resonancia.

El diálogo somático como “conversación de ayuda”.

Las personas con las que tratamos en el concepto de estimulación basal están generalmente en una situación de vida que fue precedida por una incisión profunda. A través de una enfermedad, un accidente, trauma antes, durante o después del nacimiento, durante la infancia o la edad adulta, por el que el desarrollo individual cambia radicalmente. Podemos hablar de una situación traumática, a la cual generalmente sigue un cambio radical en las condiciones de vida y las relaciones. Regresión, aislamiento autista, retiro físico en una situación de aislamiento espástico o inmóvil, rechazo a la alimentación, movimientos estereotipados, auto estimulaciones, evitación y rechazo del contacto, casi una total falta de interés ... Esta lista negativa podría continuar eternamente. Aquí tenemos pruebas claras de un trastorno mental importante que no podemos describir de manera adecuada. Vemos una y otra vez que las emociones básicas intensas como el miedo, la ira, el dolor, pero también emociones como la alegría, inundan a estas personas, a menudo les dejan “salirse de sí mismo”.

A veces parecen abrumados y completamente expuestos a estos sentimientos. Bajo otras condiciones, a lo mejor podrían buscar una conversación con sus padres, amigos o parejas, o incluso con otra persona, para elaborar y trabajar estos sentimientos. Así que solo les queda gritar, pegar, arañar, tener brotes de sudoración y se les acelera el corazón, a veces lloran y gimen.

En su memoria corporal posiblemente hay presencia de: casi haberse ahogado, haber sido aplastado por un coche, una caída, fiebre interminable, dolores, el cordón umbilical interrumpido, el “veneno” que llega poco a poco, hundiéndose en una anestesia de la cual nunca más se despertó, la infinita soledad de la cama, las manipulaciones en y alrededor del propio cuerpo...

Entrar en contacto conjuntamente y moverse, sentir la resistencia, tirar, apretar, retorcerse, sostener y soltar, de esta forma puede crearse un diálogo que expresa sentimientos y que permite compartirlos. No podemos comprender la causa del miedo, pero podemos entender el



miedo y mostrar que le respondemos. A veces, esto funciona mejor a nivel físico que con palabras, tal como sabemos que ocurre cuando consolamos a alguien.

Personalmente, me gustaba iniciar el diálogo en los pies. Los pies de mi "interlocutor" no están demasiado cerca de su centro corporal, de forma que mi actuación no sea demasiado invasiva. Muchas personas logran hacer un movimiento de rechazo con sus pies y pueden mantener así a alguien a distancia. Pero al mismo tiempo, puedo hacer muchas pequeñas "preguntas" a través de los dedos de los pies, del pie mismo y del tobillo. Hacer mini-ofertas de movimiento, sentir si alguien me está siguiendo, si se puede abrir algo o si necesito ser aún más prudente.

En este momento hay que decir claramente, que este tipo de diálogo realmente no se puede transmitir por escrito. Hay dos idiomas diferentes: el lenguaje hablado y el toque o el movimiento; solo puedo describir uno de ellos de forma inadecuada a través del otro. La orientación, el aprendizaje y la enseñanza sólo se puede transmitir en el trabajo corporal práctico y directo.

Enfoques comparables.

Winfried Mall derivó y diferenció su "Basale Kommunikation" bastante temprano de la estimulación basal. Con su oferta de comunicación, basada básicamente en la respiración común y la vocalización, quiere llegar particularmente a personas con discapacidades cognitivas muy graves. Él pretende, por decirlo de manera global, que las personas para quienes el lenguaje todavía no tiene un significado real, reconozcan que un intercambio con otras personas es posible. Al respirar juntos, tarareando, gimiendo, o también a través de movimientos conjuntos del tronco que acompañan los signos vocales guiados por el ritmo de la respiración. (Mall, 1995)

El enfoque pedagógico de Gestalt de Van Vugt y Besems (1992) también intenta crear un terreno común entre dos personas a través de movimientos corporales extensos, que superan la barrera de la discapacidad. Los movimientos disuelven los bloqueos, pueden estar relacionados entre sí. Los movimientos abren y cierran el espacio entre dos personas. Los movimientos compartidos crean la experiencia de hacer algo en común. Se vivencia y se siente más el propio ser físico. Así se puede iniciar una interacción.

Andreas Zieger, un médico que ha pasado muchos años ocupándose de personas en coma y estado de mínima conciencia, describe su enfoque de acercamiento como una construcción de diálogo cercano al cuerpo (Zieger, 1993). También para él, la comunicación entre una persona afectada muy severamente y sus familiares, terapeutas o cuidadores es un tema central. Él desarrolló a partir de una entrevista médica que investiga y pregunta, más bien un diálogo corporal, que ciertamente está influenciado por el arte clásico del manual diagnóstico de un



médico. Con gran sensibilidad, se registran los signos físicos del paciente y se interpretan seriamente, de modo que es más probable que el médico o cuidador evalúe o valore la condición de su paciente que no habla y que presenta afecciones severas. El elemento básico y característico es la pregunta y la respuesta esperada para la búsqueda en común, por ejemplo, de las causas de dolor, molestias en el bienestar general durante la enfermedad o los signos de mejoría.

Al mismo tiempo, por supuesto, vemos muchas formas diferentes de esfuerzos para entablar una conversación con "personas que no responden". Los familiares, cuidadores, terapeutas y educadores desarrollan sus propios enfoques, algunos con buen éxito. Este esfuerzo aún depende en gran medida del compromiso individual, pero falta una guía general de comunicación para el intercambio con personas que no hablan, personas que no responden al lenguaje, tanto en el campo de los cuidados como en la pedagogía. (Ver Fröhlich, 2010.)

En el Manual Basale Stimulation (2018), Ulrike Reisenberger muestra cómo se pueden desarrollar formas individuales desde esta primera comunicación relacionada con el cuerpo hasta una comunicación intencional y deliberada. Jens Boenisch, también en este manual, presenta las posibles alternativas, desarrolladas en los últimos años, de poder comunicarse en estructuras lingüísticas simples con conceptos, con comportamiento simbólico, incluso sin lenguaje hablado. Sin embargo, cuando esto todavía, o nunca es posible, realmente se requiere una "comunicación primaria". Klaus Sarimski informa sobre enfoques comparables más recientes. Zündel y Tolle ofrecen pensamientos básicos sobre la interacción y la comunicación con personas con discapacidades graves.

Comunicación primaria

El término comunicación primaria pretende hacer posible una diferenciación entre las formas más (psico) terapéuticas y las formas útiles para la vida cotidiana de comunicación basal. La comunicación primaria debe representar la comunicación en la vida cotidiana, que acompaña el hacer en enfermería y educación.

La comunicación es diversa, la comunicación tiene diferentes objetivos y trabaja con diferentes medios. La comunicación, podemos afirmar, siempre tiene como objetivo establecer un terreno común entre las personas. Esto también significa la palabra latina original: *comunicare*. La comunicación es claramente más que simplemente dar información a otra persona.



Comunicar significa:

Dar orientación Acompañar Explicar Preparar Advertir Calmar	Crear curiosidad Crear atención Despertar Atraer Demandar Preguntar Estimular	Estar presente Dar confianza No dejar solo al otro Escuchar Aceptar Estar en silencio
--	---	--

En este listado queda claro que la comunicación en los cuidados, en terapia y en la educación tienen un énfasis diferente. Los maestros y pedagogos a lo mejor pueden encontrar más actividades comunicativas en la columna central, mientras que los cuidadores se encuentran en las columnas derecha e izquierda. Sin embargo, nadie se comunicará exclusivamente de una manera.

La comunicación primaria recoge los principios básicos del diálogo somático, es decir, **se basa en la capacidad del cuerpo vivo de expresarse**, incluso si esto se hace con signos que al principio no se entienden cómo tal. A esta nueva comprensión de la conocida frase de Paul Watzlawick "**No podemos no comunicarnos**" (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D.D. 1972), los cuidados han hecho una contribución muy significativa.

Los signos vitales son familiares para todos los profesionales de los cuidados, los conocen como importantes e indispensables para el diagnóstico de los síntomas físicos en un paciente. Sin embargo, estos signos no solo están mediados por un cuerpo enfermo, las personas sanas también muestran siempre algo a nivel físico y el otro percibe dichos cambios y reacciona ante ellos, incluso si esto no sucede conscientemente y no lo hace a propósito. Esta forma elemental de la llamada comunicación corporal determina nuestra conducta comunicativa de manera sustancial. Pero también podemos elevar tales cambios físicos observables a un "nivel superior", al nivel de los signos. Una respiración más rápida puede convertirse en un signo de excitación, a lo que respondo de inmediato como pareja de comunicación. A través de mi respuesta, ofrezco resonancia al otro, es decir, le transmito que he sentido su excitación y que estoy dispuesto a tomarlo en serio.

Signos vitales como señales de comunicación individuales:

Actividad básica	Signos de comunicación
Respiración	Cambio del ritmo. Cambio de la profundidad.



	Retención de la respiración. Bostezar, suspirar, toser, carraspear.
Tono muscular	Formación o relajación del pliegue de la frente. Tensión o relajación de los labios. Apertura de la boca. Tensión, movimiento de las fosas nasales. Subir o bajar los hombros. Cambio de la musculatura del cuello. Pared abdominal tensa o relajada. Tensión o relajación de las extremidades, incluyendo las manos. Cambio en la espasticidad.
Movimiento	Apertura ligera de las manos Movimiento de los pies. Movimientos oculares. Movimientos en los párpados. Levantar las cejas. Tragar. Movimientos de sonrisa.
Secreción	Aumento de salivación durante la relajación . Ruidos gastrointestinales. Cambio en la transpiración.
Bajo condiciones de medición clínica: Hemodinámica	Cambios en la frecuencia cardíaca. Cambio en la presión arterial. Cambio en la circulación sanguínea periférica.

Estos signos vitales son diversos en su valor comunicativo y puede que nunca sean completamente claros:

- La respiración puede expresar por ej. ansiedad, excitación o nerviosismo, pero también comunica paz y serenidad.
- La tensión muscular puede ser defensiva, pero también muestra de una excitación positiva, puede indicar calma y serenidad, pero también aburrimiento.
- La piel nos dice algo sobre el estado general y lo hace a través de la temperatura, la humedad y la tensión.
- La presión arterial y el ritmo cardíaco también tienen algo que ver con la excitación, la atención, el estado de alerta o la desconexión.
- La secreción de saliva, los sonidos gastrointestinales pueden estar estrechamente relacionados con las situaciones psico-emocionales.



- La presión arterial y el ritmo cardíaco también, por lo que nos encontramos con una variedad de comunicación bastante rica, aunque no siempre fácil de descifrar. En la variedad de presión arterial y ritmo cardíaco existe una comunicación bastante rica.

El llamado masaje estimulante de la respiración (ASE) es una forma de comunicación estandarizada y bien diferenciada ahora, por ej. para responder a la excitación.

Si ahora hablamos de comunicación primaria, entonces queremos decir, que la comunicación tendrá lugar en un nivel "extra-verbal". Esto no significa que esta comunicación deba ser completamente sin palabras o sin voz, pero **el significado real, el intercambio real se produce no a través del lenguaje o palabras sueltas, sino a través del tacto, a través del acercamiento y la distancia física, a través de la creación del espacio entre dos personas.**

Esta comunicación también es pre-intencional (ver Reisenbergera.a.O.). Los signos comunicativos que emiten personas con discapacidades graves o muy limitadas todavía no tienen necesariamente el carácter comunicativo de trasmisión deseado. Es quizás más una función del cuerpo que nos hace comprender algo de cómo está la persona en este momento. Todavía no es como signo de un mensaje emitido por un niño, un hombre, una mujer en concreto, dirigido a un destinatario. Pero deben ser tomados y contestados como algo significativo.

Esta comunicación también es pre-simbólica. No existe todavía un código de carácter específico para ciertos sentimientos, pensamientos ni hay términos específicos. Un corazón o una mano colocada en el corazón aún no significa "Te amo" o "Estoy conmovido".

Principios básicos de la comunicación primaria.

Con precaución, se puede especificar algunas reglas básicas prácticas que pueden ser decisivas para una situación comunicativa exitosa:

- Los compañeros de comunicación más activos se colocan en una posición frente a frente, que probablemente lleve al otro al mejor rango de agudeza visual. Tal vez esta es una posición muy cercana, que uno no querrá mantener durante mucho tiempo para mantener la intimidad. Entonces uno se puede mover con cuidado y lentamente para alejarse de esta posición tan cercana, pero debe tener cuidado de permanecer siempre, dentro de lo posible, en el campo de visión del otro.
- Hay que tener en cuenta, definitivamente, el fondo dentro del campo de visión del otro. Trasfondos desestructurados, indefinibles y poco claros hacen que sea muy difícil para las personas con discapacidad reconocer el rostro como foco central de la comunicación.



- Lo mismo ocurre con el fondo acústico. Una voz es mejor reconocida con un fondo de silencio. Un caos de sonidos cotidianos, otras voces, música y similares no solo provoca que se oiga menos el volumen de la voz, sino que también dificulta su reconocimiento.
- Un toque inicial positivo que perdura, crea cercanía y constancia en el nivel físico, y además facilita que no se rompa la conexión. El toque permanece constante, claro y con cierta firmeza.
- La calma y el silencio son el mejor contraste para las ofertas comunicativas; así es más fácil poder reconocer los signos, señales, incluso cuando se trata de tocar.
- Para la comunicación somática a través del tacto también es importante tener en cuenta, que se debería evitar en la medida de lo posible, toques molestos, irritantes, o no planeados, así como, otras actividades al mismo tiempo. Sólo el toque significativo está en el centro. Debido a las múltiples limitaciones de una persona discapacitada, es importante mantener la información lo más sencilla posible. Informaciones múltiples, las informaciones que comunican varias cosas al mismo tiempo, se deberían evitar en la medida de lo posible.
- Incluso para el compañero sin discapacidad es importante que se preocupe de sí mismo, de modo que la menor distracción acústica, visual y táctil afecte lo menos posible su propia capacidad de concentración.
- Los contactos somáticos-comunicativos deberían estar marcados por un inicio (toque inicial) y un final (ritual de despedida) para ambos compañeros.

Comunicación en la vida cotidiana.

El diálogo somático en sentido estricto debería usarse para situaciones más terapéuticas. Conocemos "conversaciones difíciles". Conocemos el desafío de ayudar a una persona en una situación particularmente estresante. Sabemos que una y otra vez nos encontramos en condiciones de aclarar algo con otras personas, lo que no es fácil de explicar para ambos. En situaciones similares, el diálogo somático es una forma de hablar entre sí sin palabras. En la vida cotidiana a menudo no será posible tener conversaciones tan intensas. El diálogo somático requiere calma y tiempo, difícilmente puede acelerarse, ni se puede iniciar en cualquier momento.

Pero la comunicación primaria puede convertirse en la comunicación regular con personas para las cuales la comunicación verbal, alternativa y aumentativa con símbolos no es, o aún no es, posible. **Uno puede hacer suya la comunicación a través del tacto y en contacto**, uno la puede incluir en las actividades de la vida diaria necesarias con una persona gravemente discapacitada. La cualidad y la estructura del toque puede ser entrenado, se puede usar de forma específica para llegar a otra persona, para entrar en contacto con ella y para mantener este encuentro.



Tal y como las personas con una disminución auditiva grave tienen el derecho de disponer de un traductor de lenguaje de signos, así las personas con limitaciones en la comunicación más compleja y más seria, también tendrían que tener el derecho que alguien se dirija a ellos con la comunicación primaria y así darle la posibilidad de ser entendido mejor.

Cuando descarrila la comunicación.

El apoyo comunicativo implica la observación sensible (diagnóstico) de la persona muy severamente afectada. La observación no puede entenderse aquí como una actividad neutra y distanciada, sino como un proceso interactivo que aprovecha la propia sensibilidad del profesional para responder adecuadamente incluso a los más mínimos signos de cambio en el otro. Debido a que estos no suelen disponer lenguaje verbal y no usan la mímica y los gestos de manera convencional, la interpretación de los signos descritos como vitales es de suma importancia. Sin embargo, estos a menudo son apenas visibles y, por lo tanto, se pasan por alto fácilmente si uno se orienta en los signos comunicativos habituales. La tensión muscular alterada, las variaciones en el ritmo respiratorio, el aleteo de los párpados, los músculos de la barbilla que curvan la piel, un sonido diferente durante la inhalación o la exhalación pueden ser tales signos. Del mismo modo, un aumento de la salivación, los movimientos repentinos de los ojos o la dilatación de la pupila son signos vitales, y de gran importancia, de un cambio en la percepción en el bienestar. Así se muestra el rechazo o interés, ansiedad o una tensión por alegría.

Sólo cuando una persona con una discapacidad muy grave puede tener la experiencia positiva de que el otro responde a sus actividades de expresión mínima con las respuestas adecuadas, puede experimentarse como una persona autónoma y activa.

Cuando los deseos insinuados, por ejemplo, de un cambio de posición, no son observados y, por lo tanto, no tienen respuesta, se introduce un proceso de aprendizaje negativo: esta persona ya no intentará mostrar sus deseos, ya que no experimenta la conexión entre su expresión, sentirse escuchado y haber provocado una acción.

La percepción de los cuidadores debe diferenciarse cada vez más y hacerse sensible para poder hacer ofertas basales más adecuadas. En primer lugar, el ser humano (con impedimentos) debe poder construir seguridad en relación a sus expectativas sociales, sólo entonces se puede esperar de él que sea activo. Debe construir certezas de que sus actividades son observadas, comprendidas y contestadas. Sin estas experiencias, no podrá entrar en comunicación e interacción.

La falta de interpretaciones o las interpretaciones incorrectas pronto conducen a una divergencia de la relación. Este es quizás el mayor peligro en la estimulación y en el acompañamiento de las personas más gravemente afectadas: la comunicación descarrila permanentemente. Esto



conlleva a los comportamientos conocidos de los cuidadores, es decir, básicamente un cuidado dominante, no orientado en las necesidades individuales de cada persona. Ya no son las necesidades encontradas a través del diálogo las que determinan la interacción, sino las "necesidades" prescritas de forma unilateral o resultantes de las necesidades de cuidados generalizados.

Y esto es precisamente lo que se debe evitar, ya que impide la participación real, y la heteronomía domina las vidas de las personas con discapacidades graves.

La diversidad en el concepto de estimulación basal.

La comunicación, como ya se formuló desde el principio, está en el centro del concepto de estimulación basal. Se trata de la comprensión mutua y del resultante de actuar conjuntamente. Esto es válido en situaciones terapéuticas, pedagógicas y de enfermería, así como también en todo el espectro de la vida privada.

El concepto de estimulación basal también incluye otros aspectos del apoyo comunicativo que no se pueden presentar aquí. En particular, el principio de una **comunicación estructurada** según Papousek, desempeña un papel muy importante en el trabajo con niños y jóvenes (Papousek y Papousek, 1989).

Beatrix Döttlinger ha adquirido nuevos conocimientos al incorporar gestos en el proceso de interacción. Estas cadenas de acción parecen permitir a las personas afectadas un mejor acceso al lenguaje utilizado anteriormente. Esto se podrá aprovechar en el acompañamiento de las personas con demencia como otra forma de resonancia.

El enfoque muy diferente de Dolto y Eliacheff merece una atención especial. Los dos analistas franceses han demostrado que el lenguaje hablado tiene una autoeficacia, incluso en personas que aparentemente no pueden "hablar". Incluso si no parecen entender el lenguaje hablado, captan mensajes importantes que les conciernen y responden de manera impresionante (Dolto 1988, Eliacheff 1988, así como Fröhlich, 2010).

El "marco de interacción" de Christoph Siegfried (también en el Manual Basale Stimulation) muestra que se deben aclarar otros fenómenos, como por ejemplo la comunicación entre niños con una discapacidad muy grave, que no hablan y que tampoco se comunican alternativamente (también Fröhlich, 2010).

Quizás es característico que sea precisamente la comunicación la que plantea tantas preguntas todavía pendientes. Tanto en la práctica como en la ciencia, nos hemos concentrado principalmente en los fenómenos de comunicación verbal y aquellos que acompañan el lenguaje, mientras que ignoramos y prestamos poca atención a otras formas. Existe "material" para que lo



descubra toda una generación de investigadores. Pero también está muy claro que esto solo puede ocurrir de manera transdisciplinar, ya que ninguna de las disciplinas involucradas, empezando con la neurolingüística, la psicoterapia, la terapéutica del lenguaje hasta la ciencia de la comunicación, es capaz de explicar estos fenómenos, que, ni siquiera, se han descrito sistemáticamente, y mucho menos han podido derivar en una aplicación viable.

Resumen

Con el diálogo somático como una forma más bien orientada en el diálogo corporal para resolver problemas y con la comunicación primaria de la vida diaria están disponibles dos enfoques relacionados que pueden aliviar el hecho de "no disponer de lenguaje" tanto en el ámbito pedagógico, en los cuidados de enfermería, como en las relaciones personales y privadas con personas con discapacidades graves.

No se utilizan elementos de comunicación nuevos y desconocidos, sino solo aquellos que siempre han estado presentes en el repertorio de la comunicación humana. Se utilizan de forma más intensa, más estructurada y planificada. Pero se reduce, simplifica y concentra el contenido de la comunicación.

La comunicación tiene lugar ENTRE seres humanos, un deterioro de la comunicación afecta a todos los involucrados por igual. Cuando cambiamos el nivel de comunicación, pasando del

lenguaje hablado al movimiento y al tacto, tenemos la oportunidad de alcanzarnos mutuamente. (Fröhlich, 2015, pp. 226-230 y el capítulo "Terapia basal", pp. 241-247).

Bibliografía

1. Bronfenbrenner, U. (1981) Die Ökologie der menschlichen Entwicklung, Stuttgart
2. Büker, U. (2014) Kommunizieren durch Berühren - Kindern mit Behinderung begegnen durch Basale Stimulation, Düsseldorf
3. Cierpka, M. (2012) (Hrsg.) Frühe Kindheit 0 - 3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Berlin - Heidelberg
4. Döttlinger, B. (2017) Gestisch kommunikatives Handeln zur Beziehungs- und Interaktionsgestaltung bei Menschen mit Demenz, wiss, Diss, Univ. Witten-Herdecke, noch unveröffentlicht
5. Dolto, F. (1988) Zwiesprache von Mutter und Kind: Die emotionale Bedeutung der Sprache, München



6. Eliacheff, C. (1997) Das Kind, das eine Katze sein wollte, München
7. Fagner, J (1991) Sonderpädagogische Intentionen der Förderung von Menschen mit schwerster Behinderung. In: Fröhlich, A. (Hrsg.) Pädagogik bei schwerster Behinderung, Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 12, Berlin
8. Fröhlich, A. (2017) ATL Kommunizieren, in: Thiemes Pflege, Stuttgart
9. Fröhlich, A. (2015) Basale Stimulation, ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen, Düsseldorf
10. Fröhlich, A. (2010) Kommunikation - Einführung in das Thema, in: Maier- Michalitsch, N., Grunick, G. (Hrsg.) Leben pur - Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, Düsseldorf
11. Fröhlich, A. (2000) Einführung und Übersicht. Zu: Kleine Leute vor schwersten Aufgaben. Konzepte der Förderung schwerstbehinderter Kinder. In: Leyendecker, Chr., Horstmann, T. (Hrsg.) Grosse Pläne für kleine Leute - Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär, München
12. Fröhlich, A. (1996) L'identité corporelle: la personne polyhandicapée à la recherche de son identité. In: Wolf, D. (Hrsg.) Polyhandicap, Lucerne
13. Fröhlich, A. (1995) Sprachstörungen und geistige Behinderung, in: Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 8 (M. Grohnfeldt, Hrsg.), Berlin
14. Fröhlich, A. (1992) Basale Stimulation für Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung, in: Fikar, H., Thumm, K.E. (Hrsg.) Körperarbeit mit Behinderten, Stuttgart
15. Fröhlich, A. (1989) (Hrsg.) Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder, Dortmund
16. Fröhlich, A. (1986) Zur Förderung der Sprachentwicklung körperbehinderter Kinder, in: Sprachheilpädagogische Arbeit mit mehrfachbehinderten Kindern (Hrsg. v. Hinteregger, F. und Meixner), F., Wien
17. Fröhlich, A. (1986) Vitale seelische Probleme schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher, in: Forschungsgemeinschaft Das körperbehinderte Kind (Hrsg.) Entwicklung und Förderung Körperbehinderter, Heidelberg
18. Fröhlich, A. (1986) Das helfende Gespräch - grundlegende Überlegungen. In: Fröhlich, A. Die Mütter schwerstbehinderter Kinder (S. 220 - 233), Heidelberg
19. Fröhlich, A. (1982) Der somatische Dialog, in: Behinderte 4/ 82, Linz



20. Fröhlich, A. (1979) Die Förderung schwerst (körper-) behinderter Kinder - Aspekte einer Kommunikationsförderung. In: Dittmann, W., Klöpfer, S., Ruoff, E. (Hrsg.) Zum Problem der pädagogischen Förderung schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher, Rheinstetten
21. Fröhlich, A., Mohr, L., Zündel, M. (Hrsg.) (2018) Handbuch Basale Stimulation, Bern, im Druck
22. Haupt, U. (1982) Grundlinien, Grundstrukturen der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren und ihre Bedeutung für die Förderung schwerstbehinderter Kinder. In: Kultusministerium Rheinland-Pfalz (Hrsg.) Schulversuche und Bildungsforschung, Berichte und Materialien, Bd. 36, Entwicklungsförderung schwerstbehinderter Kinder, Mainz
23. Heisterkamp, G. (2002) Basales Verstehen - Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse, Stuttgart
24. Herbinet, E., Busnel, M-C. (1981) (Hrsg.) L'aube des sens, ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles foetales et neonatales. Paris
25. Hüther, G., Krens, I. (2011) Das Geheimnis der ersten neun Monate, Weinheim
26. Leboyer, F. (1979) Sanfte Hände, München
27. Loux, F. (1983) Das Kind und sein Körper, Frankfurt
28. Mall, W. (1995) Kommunikation mit schwer geistig behinderten Menschen, Heidelberg
29. Mall, W. (2008) Kommunikation ohne Voraussetzungen mit Menschen mit schwerster Behinderung, Heidelberg
30. Montagner, H. (1984) L'enfant et la communication, Paris
31. Papousek, H. & Papousek, M. (1989) Frühe Kommunikationsentwicklung und körperliche Beeinträchtigung. In: Fröhlich, A. Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder, Dortmund
32. Schürenberg, A. (2006) Beobachtungen von Berührungen innerhalb elementarer Pflegehandlungen, Witten (unveröffentlichte Masterarbeit)
33. Spitz, R., A. (1976) Vom Dialog, Stuttgart
34. Van Vugt, G. Besems, T. (1992) Gestalttherapie mit Behinderten, in Fikar, H., Thumm, K.E. (Hrsg.) Körperarbeit mit Behinderten, Stuttgart
35. Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1972) Menschliche Kommunikation, Bern



36.Zieger, A. (1993) Dialogaufbau in der Frührehabilitation mit hirnerkrankten Komapatienten. In: Neander, K.D., Meyer, G., Friesacher, H. (Hrsg.) Handbuch der Intensivpflege, Landsberg

