



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud

**MÁSTER OFICIAL
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

Curso Académico 2011/2012

Trabajo Fin de Máster

**HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN
UNA RESIDENCIA ASISTIDA**

- Autor -

CARMEN ROPERO PADILLA

- Tutora -

CARMEN GONZÁLEZ CANALEJO

Junio 2012



Deseo que me hagas sentir que soy amado, que soy útil todavía, que no estoy solo.

Deseo que me ames por lo que soy y no por lo que tengo.

Deseo que llenes de cariño y comprensión esta última etapa.

Deseo que tengas tiempo para escucharme sin prisas, aunque lo que yo te diga te importe poco o nada.

Deseo que me recuerdes los aciertos y éxitos de mi vida pasada y que no me hables de mis errores y fracasos.

Deseo poder sentir la caricia de tu mano sobre la mía y escuchar sin agobiarme palabras suaves de ánimo.

Gracias por atender mis deseos.

UN DÍA OTROS LOS HARÁN POSIBLE PARA TI.

Ramón Buxarraia

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero comenzar agradeciendo este trabajo a mis padres. Por ellos y por su apoyo incondicional, sin dejar de creer nunca en mí.

También quiero agradecer a la Residencia Asistida de la Diputación de Almería su colaboración, sin sus fotografías este proyecto no tendría sentido.

A Carmen González Canalejo, mi tutora y guía en estos casi dos años de trabajo a su lado. Sin ella, esto no habría sido posible. Por su dedicación y su gran apoyo en todo momento. Personas como ella son las que me animan a luchar día a día por lo que es justo y por lo que quiero conseguir.

A Laura Pulido, mi amiga, orgullosa de que así sea. Por ayudarme a retocar las fotografías una y otra vez, incluso en la distancia. Aguantando mis miles de cambios. Gracias por esas horas y días dedicados a mí.

Finalmente y para nada menos importante, un especial y cariñoso agradecimiento a mi compañero Miguel Jesús Rodríguez Arrastia. Gracias por los ánimos en todo momento y sobre todo por apoyarme en los momentos bajos, por las lecturas para mejorar y todas las modificaciones que han hecho falta para conseguir todo esto. Sin tu ayuda y tu ánimo esto no estaría hecho. Gracias por estar siempre ahí.

RESUMEN

Desde sus orígenes, la enfermería se ha concebido desde un enfoque humanizado. Más concretamente, la humanización de los cuidados, no es otra cosa que prestar atención directa para y con el paciente, siendo éste el eje fundamental de nuestra asistencia. Algo tan fácil, pero a la vez, tan complejo de llevar a la práctica diaria. Hoy día, en las instituciones imperan los modelos biomédico y tecnocrático. De aquí la necesidad de humanizar los cuidados. Tanto uno como otro modelo han demostrado ampliamente sus limitaciones y deficiencias, como cualquier otro modelo basado exclusivamente en lo orgánico, los procedimientos técnicos y/o los basados en un marco meramente biologicista.

Este trabajo de investigación es un estudio cualitativo en el que hemos querido perfilar, de forma observacional, cómo podría transformarse una residencia de la tercera edad en un proyecto de cuidados humanizados. Dicho proyecto de humanización lo hemos realizado con la ayuda del personal de la Residencia Asistida de la Diputación de Almería. El acento lo hemos puesto en la transformación de espacios y en el uso de la cromoterapia. Estas dos variables pueden influir, según su aplicación, positiva o negativamente en el estado de ánimo y en la salud general tanto del personal de enfermería como de los residentes asistidos. En la discusión se plantean posibles alternativas a seguir en futuras investigaciones y algunas medidas a adoptar.

Aunque nos hemos centrado en una residencia de ancianos, en realidad, los resultados confirman que la aplicabilidad de este proyecto puede avanzar en todas las áreas de enfermería, ya sean geriátricas o no. Instrumentalmente, lo hemos desarrollado a través de herramientas informáticas validadas que nos permite recrear virtualmente cómo sería la transformación de espacios para hacerlos más humanizados.

Como limitaciones, entre otras que se detallarán a lo largo de las siguientes páginas, se pueden destacar las impuestas por las propias normas institucionales, las escasas iniciativas profesionales y a la falta de recursos económicos en que nos encontramos.

ABSTRACT

Since its inception, nursing has conceived from a humanized approach. More specifically, the humanization of care, there is nothing more than direct attention to and with the patient, which is the cornerstone of our assistance. Something so easy, yet so complex to put into daily practice. Today, in the prevailing institutions and technocratic biomedical models. Hence the need to humanize care. They then both have amply demonstrated their model limitations and shortcomings, as any model based solely on the organic, technical procedures and / or merely a framework based biologist.

This research is qualitative study in which we wanted to profile of observational way, how could become a home for elderly care project in a humanized. The project of humanization we've done with the help of staff of the County Nursing Home in Almeria. The emphasis we put on the transformation of spaces and the use of color therapy. These two variables can influence, by application, positive or negative impact on mood and overall health of both nurses and residents attended. In discussing possible alternatives are posed to continue in future research and some measures to be taken.

Although we have focused on a nursing home, in fact, the results confirm the applicability of this project can move forward in all areas of nursing, whether or not geriatric. Instrumentally, we have developed through validated tools allows us to virtually recreate what it would be the transformation of spaces to make them more human.

As limitations, among others that will be detailed throughout the following pages, we can highlight those imposed by institutional rules themselves, the few professional initiatives and lack of economic resources in which we live.

ÍNDICE

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Justificación de la investigación e Introducción	10
PARTE I: Un marco teórico para la humanización.....	14
- Estado de la cuestión y discusión de las fuentes.....	14
- La humanización como concepto y marco investigable.....	23
- El modelo de Watson: Un modelo de cuidados basado en la humanización.....	29
- Estrategias para la humanización.....	33
PARTE II: Planteamiento metodológico y fases de la investigación: “Un proyecto humanizador”.....	40
- Planteamiento del problema y objetivos de la investigación.....	41
- Metodología.....	43
▪ Diseño.....	43

▪ Las fases del estudio.....	43
▪ Métodos e instrumentos de recogida de datos.....	44
▪ Población de estudio.....	46
▪ Escenario del estudio.....	48
▪ Método de análisis y proceso analítico.....	48
▪ Confiabilidad, validez y transferibilidad.....	49
▪ Consideraciones éticas.....	49
▪ Limitaciones, dificultades, imprevistos y debilidades.....	50
- Presentación y análisis de los datos:.....	51
▪ Identificación y clasificación de las categorías.....	51
Discusión de los resultados.....	56
La asistencia humanizada en una unidad geriátrica. Ejemplo de un proyecto práctico.....	63
Conclusiones.....	76
Bibliografía.....	78
Anexos.....	87

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN E INTRODUCCIÓN

El motivo que nos ha llevado a realizar un trabajo como el que describimos es el impacto que los espacios, la luz y el color, redundan a favor de la salud de los pacientes geriátricos. Llama la atención desde el punto de vista de los cuidados, lo descuidado y la escasa importancia que, a veces, se da a un espacio físico bien equilibrado, por diversas causas. Esto supuso una llamada de atención en el objetivo de este estudio que no es otro que, el bienestar de los ingresados y la humanización de los cuidados. Esta práctica desarrollada hace tres décadas en España. Forma parte del proceso humanizador de los pacientes ingresados.

Esta necesidad de humanizar las instituciones viene dada por el modelo tecnocrático que sin duda impera como reminiscencia del pasado en el que se ha desenvuelto la enfermería alejando el trabajo de las enfermedades, de su visión humanista y holística del cuidado (**Poblete, 2007: pp. 502**). Los modelos técnico y biomédico presentan un abordaje predominantemente físico, parcial y fragmentario, enfocado en especialidades y procedimientos. Estos vienen siendo cuestionados por su limitación o incapacidad para hacer frente otras dimensiones del ser humano, las cuales actúan en la calidad de vida del individuo. La biomedicina perdió progresivamente o no ha desarrollado, su capacidad de ejercicio clínico con alta proporción de integralidad. Cuando un enfermo se encuentra ingresado o tiene acceso al sistema de salud, es tratado por muchos especialistas, sufriendo varias intervenciones como si fueran pacientes diferentes, nadie se responsabiliza de la globalidad del cuidado y tratamiento, ni de las consecuencias, esperando que la suma de los tratamientos parciales resulte en un tratamiento integral, generando frustración tanto en curadores como en pacientes (**Ceolin, 2009: pp. 3; Rubio, 2006: pp. 58 y 60**). Un argumento importante en lo que a la dignificación del cuidado se refiere, sería el trato de su totalidad, del holismo, de la integralidad al que casi siempre se hace alusión pero que, difícilmente, se plasma en la práctica diaria. Sin embargo, la humanización es algo que no se reduce a una cuestión meramente económica, sino que se debe invertir en ello; es decir, “gestionar” los recursos de la mejor manera (**Ceballos, 2010: pp. 34**).

Justificación de la Investigación e Introducción

Comenzando por un esfuerzo coordinado de que el paciente no sea visto separadamente por múltiples especialistas sino que éstos hiciesen el esfuerzo de coordinarse para informar de forma conjunta y global a los intereses de la situación del paciente **(Ceolin, 2009: pp. 4)**.

Varios autores son los que solucionan este problema a través de unas nuevas fórmulas de las relaciones humanas, donde las palabras motivación, comunicación y participación sean conceptos regidos en las organizaciones laborales y donde el quehacer enfermero sea la persona, el usuario, el paciente, el cliente, en definitiva “el ser humano” **(Arroyo, 2001: pp. 29; Ceballos, 2010: pp. 32; Guillen, 2010)**. En nuestra profesión enfermera, la cual, es ejercida de forma directa por personas y para las personas, la humanización del trabajo, la concepción del factor humano como uno de los principales elementos del proceso de provisión de cuidados enfermeros, ha de ser un objetivo común de todos los profesionales. Con esto, no solo se conseguirá una mayor satisfacción de las necesidades de unos y otros, sino también un sustancial aumento en la calidad de los cuidados y servicios enfermeros **(Arroyo, 2001: pp. 30; Cussi, 2010: pp. 356 y 358)**.

Centrándonos en los espacios institucionalizados, como son las residencias de tercera edad, espacio donde se ha centrado este estudio, podemos mencionar que en las últimas dos décadas, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se ha hecho promotora de numerosas iniciativas orientadas a comprender y solucionar los problemas planteados por el aumento creciente del número de personas que han entrado en la etapa de la ancianidad. Estas iniciativas comenzaron con la necesidad de considerar al anciano en su dignidad de persona, dignidad que no merma con el pasar de los años y el deterioro de la salud física y psíquica. Nuestra civilización tiene que asegurar a los ancianos una asistencia rica en humanidad e impregnada de valores auténticos. Por todo ello, pueden tener un papel determinante, el desarrollo de la medicina paliativa, la colaboración de los voluntarios, la implicación de las familias y la humanización de las instituciones sociales y sanitarias que acogen a los ancianos.

Justificación de la Investigación e Introducción

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) también reconoce la importancia de las terapias naturales. Como efecto humanizador, nos viene recomendando que las usemos y llevemos a cabo todo lo que esté a nuestro alcance para conseguir salud para todos y poder realizar un cuidado lo más humanizado posible. Abogan por que se lleve a cabo un desarrollo armónico y científico y se introduzcan medidas para la regulación junto con el control de éstas. Esto exige una formación adecuada y estudios de investigación por parte de los profesionales, para saber cuáles son los más idóneos, y cuándo y cómo utilizarlos **(Ruiz, 2005; López, 2003: pp. 228; OMS, 2004)**. Como indicó Florence Nightingale en el último cuarto del siglo XIX, todas estas medidas y formas de cuidados no sólo nos dan la oportunidad de actuar con autonomía en la provisión del cuidado, sino que nos permiten poner en práctica una visión holística del paciente que es característica de la profesión enfermera **(Zapico, 2010; Potter, 1988: pp. 105)**.

Varios son los autores que confirman que un cuidado humanizado como el que hemos proyectado para esta residencia podría desarrollarse a través de terapias naturales entre ellas, la cromoterapia. En la sociedad multicultural en la que nos encontramos, ya es un 25% la población que recurre a estos medios denominados por algunos naturales, por otros autores, complementarios. Sea como fuere la denominación a la que nos acogamos, el caso es que se recurre a dichos medios para prevenir y/o mejorar algunos problemas de salud **(Ruiz, 2005; López, 2003: pp. 228; OMS, 2004)**. Las personas de los países desarrollados han decidido hacer uso de algunas de las terapias naturales por distintas razones; entre ellas, conseguir un mejor nivel de bienestar, que se traduce en una mejor calidad de vida. Igualmente, son muchos los problemas de salud a los que la enfermería de hoy día se enfrenta, tales como el envejecimiento, situaciones de cronicidad, estilos de vida poco saludable, etc. Sin olvidar que estos problemas no suelen presentarse solos porque se asocian a niveles elevados de estrés, soledad y depresión, requiriendo el uso de otras medidas adicionales para hacerles frente; es decir, se recurre a diferentes a medidas que, usualmente, se canalizan en nuestro sistema de salud de forma, casi exclusiva, a los tratamientos farmacológicos **(López, 2003: pp. 229; Nelson, 2011: pp. 152-153)**.

Justificación de la Investigación e Introducción

Estudios como el de Elvin, C. (2007), muestran cómo factores del entorno tienen el potencial de impactar en el estado de ánimo y en el comportamiento. Un ejemplo es, cómo al usar el color en nuestras vidas, éste afecta en la manera en que nosotros nos sentimos. La gente usa color para decorar sus entornos más íntimos (casas) y así mismos (ropa) durante su vida cotidiana e incluso inconscientemente, en nuestro propio lenguaje para describir cómo nos sentimos. Ejemplo: “Él tiene un humor muy negro”. Lo cual nos introduce en el concepto de cómo el uso del color en el cuidado, en nuestros alrededores, puede afectar en el estado de ánimo, y estimula así a residentes y profesionales. Como concluyó Goldstein (1963), cada color tiene un papel que desempeñar y es necesario un buen equilibrio y un buen uso de éste para que tenga efectos positivos y poder ayudar a tener una vida sana (Elvin, 2007: pp. 417).

En resumen, el objetivo es humanizar los cuidados a un determinado grupo de pacientes, que si bien es verdad nos hemos centrado en los grupos de mayor edad, no implica que podría aplicarse a otros rangos etarios. Sin embargo, hoy día somos conscientes de las dificultades económicas que entrañaría una adecuación de las instalaciones para el objetivo que nos proponemos. No obstante, podemos demostrar que los beneficios superan los costes ya que las reformas que proponemos se circunscriben a la aplicación de la cromoterapia y humanización de los espacios, sin prácticamente coste adicional.

PARTE I:

UN MARCO TEÓRICO PARA LA HUMANIZACIÓN

“Soy un ser que sufre...Un enfermero me ayuda a relajarme de todas las tensiones que acompañan mi dolor, me aplica un masaje y, mediante la calidad de su presencia y de su lenguaje tranquilo, me enseña a ver imágenes de paz, de fuerza y de curación.

Arregla mi entorno para una mayor comodidad.

Cuando se va de la habitación, ya me siento mejor. Han pasado unos treinta minutos”.

“El pensamiento enfermero” Kérouac, 1995.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

ESTADO DE LA CUESTIÓN Y DISCUSIÓN DE LAS FUENTES

La panorámica bibliográfica que se plantea sobre el tema de la humanización es amplia. Varios son los trabajos científicos que nos permiten analizar cómo está la situación de la humanización tanto en países hispano hablantes, anglosajones y de habla portuguesa en el que se ha centrado el screening de la bibliografía.

Dado que el objeto es humanizar los espacios destinados a pacientes geriátricos, la búsqueda bibliográfica había que orientarla en este sentido. Para ello, se hizo un sondeo en las bases de datos buscando artículos sobre humanización en espacios institucionalizados y artículos sobre calidad de los cuidados administrados. Realizamos una búsqueda en las bibliotecas universitarias y bases de datos en los estudios de ciencias de la salud en general y de enfermería en particular. Se accedió a las bases de datos disponibles en: Cuiden Plus[®] y CINAHL[®] donde se localiza información relevante, con un total de 76 artículos y bibliografías que se adjunta en el apartado bibliográfico, al final de este trabajo.

En la base de datos de Cuiden Plus[®] se usaron como tesauros de búsqueda los siguientes términos: “Terapias alternativas”, “Residencias asistidas”, “Proyectos de investigación”, “Centros de día”, “Humanización en salud” y “Cuidados de calidad”, combinándolos de la siguiente forma:

“Cuidados de calidad” y “Terapias alternativas”; “Cuidados de calidad” y “Residencias asistidas”; “Cuidados de calidad” y “Centros de día”; “Cuidados de calidad” y “Humanización en salud”; “Humanización en salud” y “Terapias alternativas”; “Humanización en salud” y “Residencias asistidas”; “Humanización en salud” y “Centros de día”; “Residencias asistidas” y “Terapias alternativas”; “Residencias asistidas” y “Proyectos de investigación”; “Centros de día” y “Proyectos de investigación”; “Humanización en salud” y “Cuidados”.

En dicha búsqueda se obtuvo más de medio centenar de artículos de los cuales pudieron seleccionarse 54.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Por otro lado, en la base de datos CINAHL[®] y utilizando los tesauros: “Nursing care”, “Humanization”, “Humanization care”, “Nursing”, “Complementarytherapies”, “Chromatherapy”, “Color therapy”, finalmente, se seleccionaron 12 artículos con información relevante.

Además de la producción científica aglutinada, en total, 76 artículos, se han publicado en los últimos 19 años, al menos 7 monográficos sobre el tema específico de la humanización en enfermería, y unos cuantos informes que han sido del interés, uno de la ONU y dos de la OMS.

En los últimos 19 años, se han publicado un total de 76 estudios, aunque ninguno de ellos orientado hacia los efectos de la cromoterapia en una residencia asistida.

Un extracto de la producción científica que, a nuestro juicio, es la más significativa es la que presentamos en la siguiente tabla:

Lugar de producción	Autor (año)	Estudio	Resumen
Producción Hispana (48)	Arroyo, P. (2001)	Calidad y humanización de los cuidados	Invita a la reflexión sobre la calidad y la humanización de las enfermeras, a la consecución del objetivo de alcanzar el mayor grado posible de calidad de los cuidados profesionales enfermeros.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

	Pereira, A. (2012)	Volviendo a los planteamientos de la atención sensible	Hace una reflexión sobre como el cuidado sensible contempla una razón sensible, la creatividad, la estética, la solidaridad y la libertad de asociación en relación con el cuidado humano.
	Quero, M. (2010)	Humanización de los cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional	Trata de recordarnos la esencia de la enfermería, su visión humanista y holística del cuidado y algunas de las causas que provocan la deshumanización de ésta.
Producción Portuguesa (16)	Vieira de Almeida (2010)	Etica, alteridade e saúde: o cuidado como compaixao solidária	Relaciona la humanización del ser humano debido a la relación con el otro. La proximidad en el cuidado.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

	Aparecida, M (2010)	Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa	Reflexión sobre el cuidado humano y la tecnología de la información. Innovar la práctica del cuidado en un mundo globalizado, donde haya una mejor organización del cuidado y más avanzada tecnológicamente.
	De Oliveira, SM (2010)	Cuidando e humanizando: Entraves que dificultan esta prática	Análisis de los obstáculos que se encuentran los profesionales para llevar a la práctica unos cuidados humanizados.
Producción Anglosajona (12)	Watson, J. (1985)	Teoría del Caring	Teoría basada en la enfermería como ciencia del cuidado. Entiende al paciente como un ser biopsicosocial.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

	Kérouac (1996)	Paradigmas: Categorización, Integración, Transformación	Kérouac menciona estos tres paradigmas situando al paciente en diferentes posiciones de poder de decisión de su cuidado, con respecto al personal que le ofrece el cuidado.
	Elvin, C. (2003)	Complementary therapies: Using color in care	Hace una relación sobre la influencia que tiene el uso del color en ropas, comidas y decoración de casas en nuestra salud.
	Green, M. (2005)	Using color to improve care environments	Hace un breve resumen de las reacciones que tiene el uso del color en establecimientos y hogares.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

	McGuiness (2007)	The healing power of color	Hace un breve recorrido sobre los efectos en la salud que tienen los diferentes colores del espectro de la luz.
	Heller, E. (2000)	Psicología de los colores	Hace un detallado estudio sobre la influencia que presentan los colores en las personas.

En el análisis de las fuentes cabe destacar, por el número de producciones y calidad científica la de habla hispana, que engloba tanto a españoles como a enfermeras latinoamericanas¹. En general, toda la producción, tanto española como foránea coinciden en no dejar atrás la visión humanizadora de los cuidados, que siempre ha acompañado a la enfermería. Es necesario, poner en evidencia que, puesto que ninguno de esos estudios ha sido experimentado con pacientes geriátricos, ed por lo que creemos conveniente convertirlo en el eje de este estudio.

¹ Para economizar en el lenguaje, utilizamos el término “enfermera” para referirnos a ambos sexos.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Watson, ya en 1985, a través de la teoría del Caring, recoge una visión humanizadora de los cuidados enfermeros. Entiende la enfermería como una interrelación de la calidad de vida, incluidas la muerte y la prolongación de la vida, estableciendo como interés principal de la enfermería, la promoción de la salud, la recuperación y la prevención de las enfermedades. Watson se refiere a la salud como “la unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma” y estos se encuentran relacionados con el grado entre lo que percibe y experimenta cada uno de forma independiente.

Kérouac (1996) distingue varios Paradigmas, entre los que cabe destacar dos de ellos, como son el Paradigma de la transformación, que orienta la enfermería hacia la persona, interviniendo “con ella” y teniendo en cuenta su globalidad como ser biopsicosocial, y por otro lado, el Paradigma de la transformación, el cual considera a la persona como ser único, donde el profesional trabaja desde una relación de igualdad, siendo compañeros en un cuidado individualizado y humano.

Trabajos más recientes como los de Durán (2007), Ceballos (2010), Ceolín (2009) y Arredondo (2009) coinciden en que cada vez es más evidente el giro que la enfermería está tomando hacia el tecnologicismo en nuestro medio de cuidado, debido a los grandes avances que se están desarrollando en este campo. Cada vez está tomando más relevancia, en los profesionales de enfermería, las técnicas y procedimientos, a veces llegando a olvidar nuestro eje de cuidados, que es el ser humano. Como dice Stein (2007), este giro no debe sustituir el cuidado humanizado que lleva consigo la enfermería, sino que tecnología y cuidado pueden y deben complementarse.

Diferentes autores como Quero (2004), Arroyo (2009), Pereira (2012) y González (2003) están de acuerdo en que la enfermería tiene un papel humano muy importante que se debe fortalecer y que es lo que diferencia otras disciplinas de las ciencias de la salud. Coinciden en que la enfermería está basada en el trato humanizado con el paciente, el cual nunca podrá ser desplazado de la actividad humana.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Por otra parte, Quero (2010), Poblete (2007), Escudero (2003) y Pades (2009) defienden que el cuidado enfermero debe ser académico, científico, que debe ser fomentado, aprendido y practicado. El cuidado no es solo una filosofía de vida ni sucede de manera espontánea, sino que requiere de unos conocimientos y una evidencia científica. Concretamente, Wills (2007), McGuinness (2007) y Satyam (2004) refieren la importancia del color como base de bienestar usada desde muy antiguo. En la historia de la humanidad se hace referencia al uso del color desde el Antiguo Egipto donde construían habitaciones de colores en sus templos que eran usados para la curación, cada habitación radiaba uno de los colores del espectro. Los pacientes que requerían curarse de alguna dolencia eran “diagnosticados con un color” y entonces se les trataba en la habitación radiada con el color prescrito. Por otra parte, Wills (2007) hace hincapié en la influencia positiva que tiene el color o cromoterapia en la salud ya en épocas anteriores. Técnica que fue recuperada a mitad del siglo XIX por el físico Danés, Niels Ryberg Finsen, pionero en la terapia de la luz utilizada de pacientes tuberculosos (Ryberg, 1967).

Un grueso de trabajos científicos que tratan de los aspectos del color y otras formas de humanizar los cuidados, coinciden en decir que estas terapias deben llevarse a cabo por personas cualificadas, profesionales y especialistas en cada una de ellas, entre los que figuran: So Sun Kim (2006), O’Regan (2010) Tracy (2005), Van der Riet (2011), Satyam (2004), Wills (2007) McGuinness (2007), Green (2005), Elvin (2007) y Heller (2000).

Sin embargo, ninguno de los estudios anteriormente analizados ha incidido concretamente sobre los efectos saludables de la cromoterapia y de la adecuación de espacios, como método de humanización, en los pacientes geriátricos. Por este motivo, consideramos que el presente trabajo de investigación puede aportar nuevos enfoques en lo relacionado con los cuidados enfermeros en los este tipo de pacientes.

LA HUMANIZACIÓN COMO CONCEPTO Y MARCO INVESTIGABLE

Partimos de la premisa ya investigada de que la persona como un ser humano, sano o enfermo, que demanda cuidados de salud es un todo indivisible, único en la experiencia de enfermar y/o de la sanación y que actúa de acuerdo con sus opciones, sus valores y sus creencias a lo largo de estas experiencias. Como ser humano, se interrelaciona con los demás y con su entorno: físico, psicosocial, político, económico, espiritual, cultural y organizacional (Guillen, 2010; Báez, 2007: pp. 405; Hinchliff, 1993: pp. 221).

El acto de cuidar es una acción humanista, que no humanitaria, en el que el primer término hace referencia a una actividad profesionalizada, que sólo puede ir orientada desde el fundamento científico del “caring”, en tanto que lo “humanitario” contempla una actividad de ayuda que no necesariamente es profesionalizadora, es decir, la puede llevar a cabo cualquier persona no profesional del cuidado, lo que se ha dado en llamar un “cuidador/a informal”. Por tanto, cuando nos referimos al término “humanista” nos referimos en todo momento a un concepto inherente a la ciencia, metodológico, que tiene proyección sobre la persona, pero que se centra en el conocimiento, en el hacer a través de una metodología. En este caso será la metodología del proceso enfermero, interviniendo muchos elementos entre los que encontramos: la valoración de la necesidad de la seguridad, del bienestar físico y emocional, de la ayuda a la motivación, pero a la vez, de planificación de una serie de actividades encaminadas a la gratificación de las necesidades humanas y de evaluación de los logros conseguidos. Toda esta planificación de actividades deben ir acompañadas a una ética profesional en la que se tenga en cuenta los valores culturales, las creencias, la creencia de lo que la persona atendida entienda como belleza, bienestar o felicidad (Guillen, 2010; Mendes, 2009: pp. 166-167; Duarte da Silva, 2011). Debido al peso que estos valores han tenido y siguen teniendo en el marco social de la ciudadanía, el cuidado humanizado ha sido y sigue siendo uno de los componentes más preocupantes en el ámbito de la práctica.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Sin embargo, esta cuestión se encuentra menos patente en la circunscripción científica ya que no hay una relación directa entre la preocupación que sienten los profesionales por el cuidado humanizado y el cómo esto se refleja en los estudios científicos, si bien es verdad que esta preocupación se empieza a vislumbrar a partir de los trabajos realizados en la última década. Ello, se debe en parte, a la creciente sociedad industrializada y su tecnologización, lo que trae consigo, el triunfo de la razón instrumental sobre la prestación de cuidados de salud. El trabajo directo, el realizado cuerpo a cuerpo con el paciente queda más en un segundo plano ante el trabajo mecánico y técnico que lo acompaña. El uso y abuso de la tecnología para realizar el cuidado y el mantenimiento de la vida, lleva a la desaparición de manera intangible de la práctica del cuidado. Todo ello, lo defienden autores como Duran (2007), Aparecida (2010) o Ceballos (2010), quienes han demostrado que se ha generado un progresivo alejamiento de los valores humanos sumergiendo al ser humano en una “cosa” totalmente manipulable replegándose en muchas de las ocasiones a sustituir el nombre de la persona atendida al número de una historia, de una patología o de habitación ocupada (Ejemplo: es todavía frecuente oír en el contexto práctico: “el paciente de la 202”, “la vesícula de esta mañana” o “la historia del paciente ingresado hoy”). Y esto es lo que hace que tengamos la necesidad de rescatar la connotación humana en el cuidado de enfermería. La humanización de los cuidados en Enfermería, según Poblete (2007) y Juntini (2009), está basada en una filosofía que pone al ser humano como valor central. Y como principio moral más importante, el tratar a los demás como uno quisiera ser tratado si estuviera en su lugar.

Al hilo de lo planteado, podemos considerar que **la humanización** es una actividad profesional que tiene muchos aspectos invisibles e intangibles, de ahí que este marco de la práctica se base más en las premisas subjetivas de la persona atendida, cualitativas en suma, que en otros elementos fácilmente cuantificables como pudieran ser el medir una tensión arterial o una temperatura. Nos basamos en esta afirmación en el hecho de que, una determinada práctica como la aplicación de los colores o la humanización de los espacios pueden ser relajantes y beneficiosos para unos, y sin embargo, producir un efecto adverso en otros. Una de las razones que apoya esta idea de subjetividad que hay que tener en cuenta es que hay muchas actividades en el cuidado enfermero que no se han formalizado precisamente por eso, por ser subjetivas, inherente a los valores culturales y personales del paciente (Potter, 1988: pp. 6-7 y 1003-1004).

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Otro hecho inherente a la humanización es el de mantener la relación de confianza, la relación con el otro, la necesidad de ayuda, el tacto como coger su mano en algunos momentos, la escucha, tranquilizar, el confort como colocar una almohada para que el paciente se sienta más cómodo, el respeto, la intimidad, la presencia, la disponibilidad o la vigilancia de su entorno. Todos aquellos actos humanos que no quedan registrados ni reflejados en ningún papel pero que, sin embargo, el paciente percibe, les ayuda a encontrar un significado o un propósito a su vida o a su muerte. Estos cuidados, que pueden ser invisibles de forma escrita, son los que imperan en el cuidado humanizado (**Germán Bes, 2010; Rondón, 2010; Klock, 2007: pp. 453-454**). La humanización es la esencia de la Enfermería (**Quero, 2010: 20; Riba, 2008: pp. 12**), es decir, es una filosofía de vida, una forma de vida en la cual se valora y se hace énfasis en lo específicamente humano. Sin embargo, ésta no es algo que suceda de manera espontánea sino que debe ser fomentada, aprendida y practicada. Como fin y principio de una actividad evidente y eminentemente humana (**Santo-Tomás Pérez, 2004: pp. 1-127**).

Estamos de acuerdo con Corbani (2009) y Vega (2009) cuando dicen que debemos recurrir a nuestra propia humanidad para asistir al otro como ser único, compuesto de cuerpo, mente, emociones, espíritu e integrado en una sociedad (**Corbani, 2009; Vega, 2009: pp. 83**). En definitiva, debemos humanizar la práctica de los derechos humanos. Humanizar es también la convicción de que el ser humano es dignidad y no precio, por lo que no debe ser utilizado como medio ni reducirlo a un mero presupuesto económico (**Arroyo, 2009: pp. 3**). Sólo desde la solidaridad, la responsabilidad y el compromiso, en un contexto de metas comunes, se puede conseguir un aumento de la calidad y grado de humanización de los cuidados. Leininger (1985), nos menciona que: “Los cuidados culturalmente congruentes son los que dejan al paciente convencido que recibió buenos cuidados, de calidad”. Por lo tanto, el enfoque que buscamos de la enfermería, debería desviarnos de lo meramente especulativo para el cuidado.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Debemos de modificar la idea de que el ser humano que cuidamos no debe ser asistido esencialmente desde una visión del modelo economicista, el cual divide a la persona en segmentos y en esa fragmentación se desvaloriza su condición emocional, social y espiritual en el que está inmerso. Nadie precisa ser configurado como portador de una enfermedad pero, sin embargo, sí debe ser comprendido como persona que no tiene exclusivamente desequilibrios de orden psicobiológico. “Si muere el cuidado muere también el ser” **(Pereira, 2012: pp. 345-346; Vieira, 2009: pp. 90,92 y 93; Vieira, 2010: pp. 338,339 y 341; Raimundo, 2010: pp. 752-753).**

Por todo lo anteriormente señalado, se nos plantea una revisión sobre el modelo de cuidados que estábamos llevando a cabo hasta hace poco. Numerosos estudios muestran cómo se está consolidando un paradigma de cuidados de tipo humanista donde los profesionales empiezan a sentirse cómodos y familiarizados con sus planteamientos. Esta visión humanista debe traducirse en un cambio actitudinal. Se debe incorporar una actitud “humanizante”, que entendemos como la búsqueda permanente de lo humano en nuestro quehacer diario **(Quero, 2004: pp. 57-58; Rodríguez, 2010: pp. 263-264; Ferrera, 2007: pp. 75-76; Irany, 2010: pp. 317-322).**

Desde el punto de vista ético, el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es sólo un procedimiento o una acción. El cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre el paciente y la enfermera. La enfermera ayuda al paciente encontrar su equilibrio corporal, mental y espiritual, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. El cuidado requiere, como defiende Poblete (2007), Caires (2010) y Caldas (2008) que la enfermera sea científica, académica, clínica y un agente humanitario y moral, copartícipe en de cuidados humanos. Las instituciones de salud cumplen la función de administrar cuidados a través de un trabajo vivo, un núcleo de cuidados para los usuarios. Sin embargo, el cuidado, a veces, es deficiente debido a que los diferentes profesionales no realizan actividades centradas en el paciente, sino en los procedimientos o en la técnica. Esto ha provocado una crisis en el eje del cuidado y la identidad de las enfermeras. Debemos añadir el hecho de que la hegemonía del modelo biomédico ha empobrecido y hace más difícil las acciones cuidadoras del equipo de salud **(Poblete, 2007: pp. 500-501; De Oliveira, 2010: pp. 599).**

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Los profesionales de la salud necesitamos enfocar el conocimiento teórico y técnico de las ciencias hacia los aspectos afectivos, sociales, culturales y éticos de las relaciones personales que se establecen a través de la práctica asistencial. Por este camino conseguiremos no restringir la humanización a técnicas sino que se utilice la capacidad de comprender y respetar al ser humano en sus diferentes formas de ser y existir. La humanización es un proceso de transformación de la cultura organizacional que necesita reconocer y valorizar los aspectos subjetivos, históricos y socioculturales de los pacientes y de los profesionales mejorando así las condiciones de trabajo y la calidad asistencial por medio de la promoción de acciones que integren los valores humanos a los valores científicos (Stein, 2007; Regina, 2011).

Dado que el proyecto que aquí presentamos se centra en la humanización hacia los pacientes de mayor edad, cabe destacar lo que algunas organizaciones internacionales proclaman sobre el tema. En las dos últimas décadas, la ONU (1999) ha promovido iniciativas orientadas a comprender y solucionar los problemas planteados por el creciente aumento de personas que forman la etapa de la ancianidad. Una de las iniciativas más importantes fue la que se celebró en 1999, el Año Internacional de las Personas Ancianas. En ella se llamó la atención a toda la humanidad sobre la necesidad de afrontar la construcción de “una sociedad para todas las edades” (ONU, 1999). Una sociedad donde debemos considerar al anciano en su dignidad de persona, cuya dignidad no disminuye con el paso de los años ni con el deterioro de la salud física y/o psíquica. Para ello es necesaria una cultura capaz de superar los estereotipos sociales, donde el valor de la persona reside en la juventud, la eficiencia, la vitalidad física y la plena salud. Con esta visión cultural y con estos estereotipos, es fácil que el anciano quede marginado y en una soledad comparable a una muerte social. Es imprescindible asumir que atender las necesidades de las personas mayores no sólo es cuidar sus necesidades físicas sino también las afectivas (Fernández, 2008: pp. 69; Serrano, 2010; Hernández, 2006; Prochet, 2011; OMS, 2002). Como dice Salas (2006) la calidad de vida es un concepto resultante de la combinación de factores subjetivos y objetivos. El envejecimiento exitoso estaría marcado por el grado de bienestar, factor subjetivo, mientras que la longevidad y el vivir de forma independiente serían factores objetivos. Sin embargo, para los mayores la distinción de estos criterios no es del todo significativa, ya que apreciarán la longevidad si logran vivir en un estado de subjetivo bienestar.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Para mantener esta calidad de vida es importante el desarrollo personal y social con autonomía, en las condiciones y estilo de vida, implicando la posibilidad de asumir decisiones tanto individuales como con otras personas. Por tanto, el papel de la enfermera consiste en ayudarles a captar el sentido de la edad, a apreciar sus recursos, a superar el aislamiento y la depresión; sin olvidar que también tienen la responsabilidad de preparar a la sociedad y a las generaciones futuras para una vejez con mayor tinte humano y social hacia el proceso de envejecimiento. Por último, y no por ello menos importante, deben introducir elementos innovadores, haciendo surgir nuevas propensiones que se integren en las políticas dirigidas hacia una mejor calidad de vida y humanizar el envejecimiento.

Resumiendo, debemos asegurar a nuestros ancianos una asistencia impregnada de cuidados humanizados y de valores auténticos, en los cuales puede tener un papel decisivo la humanización de las instituciones sociales y sanitarias que acogen a los ancianos.

EL MODELO DE WATSON: UN MODELO DE CUIDADOS BASADO EN LA HUMANIZACIÓN

Jean Watson:

Desde la perspectiva de la ciencia del Caring, hay algunas necesidades que coinciden con la teoría de la motivación humana de Maslow, pero hay otras que Watson identifica por considerarlas que son específicas e importantes para la enfermería. Diferentes necesidades de la lista de Maslow, en el Caring están implícitas en necesidades más complejas, por ejemplo, la necesidad de pertenencia engloba la necesidad de amor, aceptación y reconocimiento. En la base de la jerarquía nos encontramos con las necesidades biofísicas de: alimentarse, hidratarse, eliminar, respirar y el sueño. En un grado más alto de la jerarquía tenemos, la pertenencia y la actualización. Estas necesidades son importantes para el desarrollo del potencial humano, para la maduración y la calidad de vida de uno mismo y del otro. Ayudar en la satisfacción de las necesidades es importante para enfermería, y nuestro papel consiste en ayudar a las personas en las actividades de la vida diaria y facilitar su crecimiento y desarrollo. Y ésta es la principal función en la práctica del Caring. Cuando en la práctica clínica integramos la humanización a la satisfacción de las necesidades, estamos ayudando a la esencia de los cuidados.

Para enfermería, la mejor forma de abordar el estudio de las necesidades bajo la teoría del Caring es desde la aproximación humanística, la síntesis de las cuatro componentes: biofísico, psicológico, social y cultural.

La teoría del Caring parte de unos supuestos principales que numeramos a continuación:

- El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona que puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Valores del cuidado humanizado:

- El cuidado y el amor comprenden la energía física primaria y universal.
- El cuidado y el amor, a menudo pasados por alto, son las piedras angulares de lo humano; para nutrir estas necesidades se requiere humanidad.
- La capacidad de mantener el cuidado ideal y la ideología en la práctica afectará al desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
- El cuidado de uno mismo es un prerrequisito para el cuidado a los demás.
- Históricamente, la enfermería ha ofrecido un cuidado humano a la gente con problemas de salud o con enfermedades.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

- El cuidado es el elemento central unificador de la práctica enfermera: la esencia de la enfermería.
- El cuidado, en el ámbito humano, ha ido perdiendo interés para el sistema sanitario.
- Los avances tecnológicos y las barreras institucionales han superado en algunos casos el cuidado de enfermería.
- Un problema importante para la enfermería de hoy día y la del futuro es la conservación y el avance del cuidado humano.
- Sólo mediante relaciones interpersonales el cuidado humano se puede demostrar y practicar de manera eficaz.
- Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad se hallan en sus compromisos con los ideales del cuidado humano en la teoría, la práctica y la investigación (**Marriner, 2010: pp. 97-98; Watson, 1988**).

Carbelo, citando a Watson (1997), indica que se ha trabajado desde hace años en un modelo teórico que recoge la dimensión humanística y humanizadora que son el eje del cuidado. Ella, en 1985, a través de la “Teoría del Caring” propone una práctica, un “caring”, que sea a la vez humanista y científico considerando aspectos del ser humano como la cultura. Efectivamente, el cuidado humano en enfermería, no es sólo una emoción, un interés, una actitud o un deseo benevolente. La atención lleva consigo una respuesta profesional. La atención incluye valores, un deseo y una promesa de cuidar, conocimientos, acciones de atención y consecuencias. Todo el cuidado humano está relacionado con las respuestas humanas intersubjetivas a las condiciones y al conocimiento de salud-enfermedad; interacciones de la persona-entorno, conocimiento de enfermería; autoconocimiento y al conocimiento del poder de uno mismo y sus limitaciones.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Siguiendo con el marco teórico que nos proporciona Watson al tratar de identificar los fundamentos filosóficos del cuidado, se confirma que “el cuidado está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan: proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”. Por lo tanto, el interés de la enfermería reside en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científica relacionado con los aspectos humanísticos de la vida **(Marriner, 2010: pp. 98-99)**.

Uno de los planteamientos más brillantes sobre el Paradigma de la humanización de los cuidados es el que plantea Kérouac (1996) en el que distingue el Paradigma de la integración y el Paradigma de la transformación. El primero, orienta la enfermería hacia la persona, dando origen a la concepción de ésta como un ser bio-psico-socio-espiritual, donde la enfermera interviene en un significado de “actuar con” el paciente, teniendo en cuenta sus precepciones y su globalidad. Por otro lado, el Paradigma de la transformación considera a la persona como ser  nico. El principio esencial que hace en este enfoque es la participación de las personas y el resto de la comunidad en las actividades de planificación, realización y evaluación de proyectos sanitarios dirigido a la persona, a la familia o a los grupos. En este paradigma el profesional trabaja desde una relación de igualdad. Sin embargo, estas actitudes exigen un espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso, apreciación de la diversidad y respeto. Los cuidados humanizados se dirigen al bienestar y están basados en el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones. La enfermera y la persona son compañeros en un cuidado individualizado y humano **(Araya-Cloutier, 2010: pp. 21-24)**.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

ESTRATEGIAS PARA LA HUMANIZACIÓN

Después de esta revisión teórica sobre la importancia de la humanización en la práctica enfermera, queremos reflejar, aplicando la Teoría del Caring, una visualización de cómo se humanizaría la Residencia Asistida de la Diputación de Almería y cómo quedaría ésta, aplicando la cromoterapia y otras estrategias humanizadoras. Para ello, hemos realizado un proyecto basado en la humanización de unos espacios en el que se puede observar de manera comparada los cambios introducidos.

Las actividades introducidas están basadas en:

- Lo que los pacientes consideran humanizador.
- El potencial de los espacios.
- La aplicación de la cromoterapia y musicoterapia.

La terapia del color, como terapia natural que es, usa el color y la luz para equilibrar la energía de nuestro cuerpo donde ésta se encuentra carente para prevenir o curar enfermedades. En este proyecto, siguiendo a McGuiness, hemos trabajado con los siete colores del espectro de la luz (o los siete colores del sol), que incluye el violeta, índigo, azul, verde, amarillo, naranja y rojo. Basada en la evidencia científica que sugiere que todas las cosas vivas dependen de la existencia de la luz se confirma que nuestros cuerpos físicos reciben y almacenan luz solar, la cual mantiene el equilibrio interno. Sin embargo, debido a que la luz es liberada de forma natural por las células de nuestro cuerpo, puede ocurrir el desequilibrio de los colores del espectro de la luz en nuestro cuerpo, reflejándose en el cuerpo físico como una enfermedad (McGuiness, 2007: pp. 14).

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Por otra parte, para Green (2005) y Elvin (2007) coinciden en que la cromoterapia influye poderosamente en el beneficio de los pacientes hospitalizados o ingresados en instituciones sanitarias. Contrariamente, un mal uso de la cromoterapia, influye negativamente en el estado de ánimo de las personas ingresadas a largo plazo. La investigación de las propiedades y los efectos del color se remontan a Issac Newton con su experimento sobre la refracción de la luz del sol a través de un prisma con los siete colores del arco iris. Este ejemplo es conocido como “ciencia del color”.

Numerosos son los autores que han investigado los efectos del color en el bienestar psico-físico. Brookes Simpkin (1958) exploró la terapia de la luz con un exitoso trabajo detallado sobre el tratamiento de cataratas aplicando colores brillantes apropiados en los ojos. Otro autor conocido es Jacob Liberman (1992), pionero en el uso terapéutico del color y la luz. Integró la investigación científica y la experiencia clínica en su trabajo de la cromoterapia. Liberman estudió el efecto de la luz y el color en cáncer, depresión, ansiedad y estrés, así como problemas visuales, dificultad de aprendizaje y el sistema inmune. Sugirió que salir fuera y exponerse a la luz natural durante una hora después de comer puede ayudar a hacer la digestión. También afirmó que la exposición a la luz natural puede aliviar los síntomas de la artritis. Max Lüscher, en su estudio “The Colours of Love”, probó los efectos psicológicos del color. El famoso test del color de Lüscher (1969) ayudó a determinar estados psicológicos de una persona y ha sido extensamente usado en industrias de publicidad y moda desde esta publicación. El trabajo de Lüscher es fundado en el concepto de que los colores pueden afectar a las actitudes sobre la vida y a los estados emocionales.

Finalmente, Kart Goldstein (1963) llegó a la conclusión de que cada color desempeña un papel importante, por lo que es necesario un buen equilibrio del color para una vida sana. Los resultados de las investigaciones sobre este tema, sugieren que el color puede afectarnos física y psicológicamente. Es importante ser más conscientes del color en nuestro entorno, y el efecto que éste puede tener en nosotros mismos y en los demás (Elvin, 2007: pp. 417). No podemos olvidar a autoras de relevancia como Heller (2000), quien hace una exposición más detallada sobre esto en su libro “Psicología del color”.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Se confirma cómo el color de la ropa, puede afectar el estado de ánimo del que la lleva e incluso de las personas que están a su alrededor. Los colores de la ropa pueden reflejar el tipo de personalidad y puede influir en la forma en que los demás nos perciben. Consideramos importante mencionarlo, debido a que los profesionales de salud a menudo usamos uniformes para realizar nuestro trabajo y debemos recordar que el color del uniforme puede provocar efectos en el paciente (Elvin, 2007: pp. 417-418).

Las enfermeras, por ejemplo, suelen usar tonos pasteles como el rosa, verde, azul o lila, los cuales transmiten diferentes sensaciones. El rosa transmite cuidado, crianza, generosidad, simpatía y entendimiento. El verde además de representar crianza y simpatía, también destila equilibrio y confianza. El azul, sin embargo, representa tranquilidad, amabilidad, cuidado e integridad. El lila por otra parte, infiere dignidad, amor por la humanidad y sensibilidad (Elvin, 2007: pp. 418). De igual forma, los pacientes que realizan actividades físicas y mentales en grupo o en terapia, pueden añadir colores más vivos a su ropa, como pueden ser el rojo, naranja y amarillo. El rojo es muy adecuado para realizar actividad física energética y para mostrar confianza. El naranja es bueno para el personal que organiza las actividades físicas y mentales, ya que muestra que son animados, extrovertidos, alegres, activos y creativos. El amarillo muestra inspiración, actividad mental y optimismo. Estos colores pueden estar presentes en camisetas, pañuelos o jerséis, pero deben ser usados sólo para actividades específicas, de esta forma, los pacientes no estarán sometidos a una sobre-estimulación por los colores. Debemos recordar, que los colores también pueden presentar efectos negativos en las personas si ellos se sobreexponen. Hay que tener en cuenta que no todos los colores afectan de la misma manera a todas las personas. Por ello, es necesario añadir salpicaduras o rotar el uso de los colores en el mobiliario, paredes y ropa, para de esta forma equilibrar su uso y sus efectos en los pacientes (Elvin, 2007: pp. 418).

Parte I – Un marco teórico para la humanización

En la mayoría de las ocasiones, los colores elegidos para ambientar residencias, son los colores neutrales o pálidos, como pueden ser un beige palo o magnolia. Estos colores no sirven para crear un entorno terapéutico. Sin embargo, con un toque de color se puede fácilmente transformar en un lugar de vitalidad, energía y felicidad. Hay muchas maneras de aprovechar los beneficios que generan los colores para producir salud y bienestar. Algunos ejemplos pueden ser: cuadros coloridos, cojines de color, maceteros y vajillas de colores, también algunas cortinas con colores pálidos o se puede introducir alguna cinta o amarre de color (Elvin, 2007: pp. 419; Green, 2005: pp. 511; Wills, 2007: pp. 11).

Una idea introducida por Elvin es que los profesionales, fijen “un día de color”, donde los residentes o usuarios deben llevar ese día alguna parte de la ropa del color fijado. Por ejemplo: el Martes Naranja o el Jueves Amarillo (Elvin, 2007: pp. 419). Por otro lado, para aumentar la claridad o luminosidad en un espacio oscuro de la residencia, se puede colocar un espejo que refleje la luz hacia ese lugar (Elvin, 2007: pp. 419).

Según el neuropsicólogo Kart Goldstein (1918), la luz es percibida como una forma de energía. La cromoterapia está basada en el concepto de que el color es entendido subconscientemente, infiriendo incluso en personas ciegas o dañadas visualmente, adquiriendo, por tanto, los beneficios del color (Elvin, 2007: pp. 417; Green, 2005: pp. 510). A través de la investigación llevada a cabo por Birren (1961), se reconoce que el color rojo puede estimular el sistema nervioso simpático, el cual nos hace tener una buena disposición a la acción, mientras que el color azul estimula el sistema nervioso parasimpático el cual induce a la calma y disminuye la presión sanguínea. Pero usar color en interiores no es simplemente plasmar tantos colores brillantes como sea posible. Es importante armonizar los colores con el fin de asegurar que se maximicen los beneficios. (Green, 2005: pp. 511). Por ello, se deben introducir mediante pequeños toques de color y así poder aumentar las energías permitiendo que el estado de ánimo y la actividad aumenten.

Todos estos actos realizados con el fin de humanizar los cuidados, tienen una influencia positiva en la reputación de la residencia o el espacio institucionalizado donde se apliquen (Elvin, 2007: pp. 419).

Parte I – Un marco teórico para la humanización

Son alentadoras las investigaciones que han realizado Itten (1974), Holtschue (1997) y Eiseman (2000), sobre las asociaciones universales, con respecto a los efectos individuales del color en la psicología humana, donde hacen un recorrido detallado de los efectos que el uso del color tiene sobre las personas. Efectos, tanto positivos como negativos, que pueden producir los diferentes colores y como estas percepciones pueden cambiar al combinarse con otros colores. El autor y psicólogo Jill Morton (1998) realizó un estudio con más de 60.000 personas de todo el mundo y determinó un consenso general en cuanto a la asociación que los humanos hacen cuando observan un color específico.

Mahnke (1996) llevó a cabo estudios sobre los efectos del color en 10.000 niños, llegando a la conclusión de que una sobre-estimulación puede causar cambios en el ritmo de la respiración, del pulso, de la presión sanguínea, aumentar el tono muscular y producir reacciones psiquiátricas de varios tipos. Por otro lado, las personas sometidas a poca estimulación muestran síntomas de inquietud, respuesta emocional excesiva, dificultad de concentración e irritación, entre otras. Por ello, para aquellos que proponen un blanco como color neutral y crear de esta manera un entorno neutral, esta decisión debería ser considerada seriamente, ya que tales entornos no son cuanto menos neutrales en los efectos que éstos tienen sobre sus ocupantes. Conseguir alcanzar el equilibrio y la armonía correcta de los colores es casi tan esencial como el color en sí mismo. De esta forma, aplicando a los espacios institucionales los colores correctos y de la manera correcta, podemos hacer una enorme diferencia en las experiencias emocionales, tanto de usuarios o residentes como de los profesionales. Es fundamental, que gran parte del pensamiento y de las investigaciones estén destinadas a la planificación de los interiores de estas instituciones, ya que es donde probablemente pasan la mayor parte del día.

Es vital que quien trabaja y vive dentro de edificios estén envueltos con un plan inicial de secuencias de colores que deben ser usadas dependiendo de la actividad en cada área. Todo esto se encuentra basado en la teoría de que las diferentes áreas requieren estados de ánimo

Parte I – Un marco teórico para la humanización

diferentes. Cada institución o propiedad tiene sus propios requerimientos y no se puede crear un plan de color universal que se adapte a todo (Green, 2005: pp. 512).

Un ejemplo de los beneficios del color y estrategias de humanización, puede verse en la tendencia actual al bienestar, en la industria de los baños, donde un número elevado de fabricantes han creado hidromasajes y cabinas de ducha que incluyen iluminación de cromoterapia. Un líder en este sector son los servicios de Guzzini Illuminazione, así como su grupo de investigación que trabaja para descubrir los efectos reales del color para nuestro bienestar (Green, 2005: pp. 510).

La Asociación Internacional del Color afirma que el cuerpo alcanza armonía física y psicológica a través del uso de la energía vibracional del color (Green, 2005: pp. 511).

Un gran número de autores (McGuinness, 2007: pp. 15-16; Elvin, 2007: pp. 418-419; Green, 2005: pp. 511; Wills, 2007: pp. 11; Satyam, 2004: pp. 9) llegan como conclusión, mediante sus estudios, a unos puntos en común como que la luz natural del sol tiene la habilidad de asistir a todos los procesos de curación casi sin excepción. Por ejemplo:

→ **Rojo**: Trae sentimientos de afecto, excitación y pasión.

→ **Naranja**: Evoca sentimientos energizantes, confianza y positivismo. Quien tiene una falta de color naranja, puede causarle confusión, tristeza y pesimismo.

→ **Amarillo**: Trae sentimientos de alegría, ánimo, esperanza y vitalidad.

→ **Verde**: Asociado con crecimiento, fructífero y renovación. El verde está asociado con un efecto armonizante y significa relajación, calma y concentración. El color verde en exceso puede producirle a alguien letargia, falta de motivación, inseguridad y celos.

Parte I – Un marco teórico para la humanización

→ **Azul:** Color de la paz y el infinito. Asociado con espiritualidad, limpieza y tranquilidad. En exceso, el azul puede traer desconfianza, duda, apatía y melancolía.

→ **Morado:** Vincula espiritualidad, misticismo y creatividad.

→ **Violeta:** Color de la emoción, el violeta es considerado un color meditativo. En exceso, el violeta puede producir sentimientos de fanatismo y dominación.

A todo ello, cabe decir que si bien la mayoría de los trabajos científicos publicados hablan de aspectos específicos, a nuestro juicio, un proyecto global como el que presentamos a continuación puede incluir la suma de variables como es el uso de la cromoterapia, adecuación de espacios y música, sin mencionar otros que se puedan adecuar, los cuales pensamos—según nuestra hipótesis de trabajo—pueden influir positivamente en el estado de bienestar de los pacientes a los que nos referimos.

PARTE II

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO Y FASES DE LA INVESTIGACIÓN. “UN PROYECTO HUMANIZADOR”.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En qué medida influye la cromoterapia y humanización de los espacios en el bienestar de los pacientes geriátricos

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Humanizar los espacios destinados a enfermos geriátricos en una Residencia Asistida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aplicación de la cromoterapia como coadyuvante del cuidado.
2. Humanizar los espacios de la Residencia Asistida de la Diputación de Almería.

METODOLOGÍA

Diseño:

Tal y como hemos indicado en las primeras páginas, se trata de un estudio cualitativo que conlleva un análisis de los cuidados en una Residencia Asistida con 400 pacientes en el que hemos aplicado un modelo de cuidados basándonos en el modelo de Watson. Apoyándonos en producciones científicas, se confirma la mejoría de los pacientes a quienes se les aplica un cuidado humanizado. Para ello, hemos diseñado un proyecto en el que queremos visibilizar los cambios producidos en la Residencia Asistida de la Diputación de Almería, después de aplicarle la cromoterapia y la transformación de espacios. Viendo la importancia que la comunicación amable y directa de los cuidadores/as tiene en los asistidos, no hemos querido desestimar este elemento que, en principio, no formaba parte del proyecto; sin embargo, después de la revisión científica sobre el tema, nos hemos visto obligados a incluir, dada la importancia enorme que el trato humanizado tiene de beneficioso en los pacientes, especialmente geriátricos.

Las fases del estudio

Esta investigación consta de tres fases:

1. *Planteamiento de la investigación:* Antes de comenzar fue necesario reflexionar sobre la necesidad de humanizar la residencia asistida de la Diputación de Almería donde decidimos abordar el tema de cómo esta podría mejorar la humanización de los cuidados que presta.
2. *Búsqueda bibliográfica:* Con el fin de apoyarnos en un marco teórico capaz de llevarnos a la aplicación de un modelo humanístico, nos hemos apoyado en la “**Teoría del Caring**” de Jean Watson.

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

3. *Desarrollo y aplicabilidad del Proyecto:* Para ello, era necesario explorar la situación que pretendemos investigar con objeto de realizar un proyecto virtual, pero aplicable, a un espacio concreto como es la citada Residencia y a unos pacientes que se pueden beneficiar de ello. No hace falta insistir en nuestro interés por aportar un conocimiento científico, basado en la evidencia del cambio de un entorno, adecuado a los recursos materiales y humanos de este Centro.

Métodos e instrumentos de recogida de datos:

La estrategia seguida para llevar a cabo la recogida de información ha sido mediante un cuestionario de 18 ítems realizado en diez pacientes de la Residencia a modo personal o entrevista “cara a cara” (ver Anexo III). Estos pacientes son los únicos que cumplen los requisitos de inclusión y exclusión al estar capacitados cognitivamente para la resolución de las preguntas.

Fase de la encuesta:

Cada una de las encuestas se realizó de la siguiente manera:

- *Presentación de la investigación:* En esta primera fase tratamos de crear un clima de confianza dando a conocer la finalidad de la investigación así como la importancia que tienen los objetivos marcados y el uso que le daremos a la información facilitada por ellos.
- *Cuerpo de la encuesta:* El esquema de cuestiones trata de preguntas subjetivas sobre sus opiniones, gustos y preferencias en el tema de la cromoterapia y de la modificación de los espacios como medidas para mejorar la humanización de los cuidados.

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

- *Despedida*: Incluimos una pregunta abierta con el fin de fomentar la aportación del encuestado y de esta manera incluir más datos de interés a la investigación.

Registro de información:

Las encuestas fueron realizadas por el encuestador, realizando él las preguntas personalmente y anotando las respuestas en el cuestionario.

Otros aspectos considerados:

- *Ubicación*: Las encuestas se realizaron en un despacho de enfermería en la Residencia Asistida de la Diputación de Almería. Era una sala iluminada.
- *Distancia*: La distancia entre el encuestador y el encuestado era una distancia social.
- *Feedback*: Durante la realización de la encuesta se fue haciendo una retroalimentación con los encuestadores para hacerle saber que era importante lo que se iba comentando.
- *Tiempo*: Ninguna encuesta sobrepasó los 30 minutos de duración.

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Población de estudio:

En esta residencia hay un total de 400 usuarios institucionalizados, mayoritariamente mujeres, quienes se verían beneficiados del proyecto humanizador. La residente de menor edad tiene 65 y el de mayor edad, 97 años. Entre este rango, hay un espectro amplio de edades cuya media es de 75 años. En general, todos los usuarios presentan enfermedades crónicas, la mayoría con patologías de carácter cognitivo, donde las de mayor prevalencia son la Enfermedad de Alzheimer, demencias de tipo senil y patologías psiquiátricas de múltiple causalidad que se han agravado con el tiempo. Por otro lado, un porcentaje estimado en 90% de ancianos, presentan enfermedades crónicas tipo Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Problemas óseos, etc. Prácticamente el 100% presentan la asociación de enfermedad mental, más alguna de las patologías crónicas mencionadas cuando no varias.

Se establecieron como criterios de inclusión que fuesen pacientes que estuviesen institucionalizados en la residencia. Por otro lado, como criterios de exclusión determinamos que el paciente tuviese alguna enfermedad con deterioro cognitivo medio-grave durante el tiempo que duró la fase de recogida de datos, ya que se encontraría incapacitado/a para poder realizar o responder a las cuestiones. Para la selección de los participantes se realizó un muestreo por conveniencia. Con este método de selección, el investigador tiene conocimiento sobre la población que elige. Seleccionamos a 10 pacientes residentes que cumplían con los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Por ello, la muestra tomada quedaría de la siguiente manera:

SUJETO	SEXO	EDAD
1	HOMBRE	79
2	MUJER	73
3	MUJER	84
4	HOMBRE	77
5	MUJER	90
6	MUJER	84
7	MUJER	86
8	MUJER	82
9	HOMBRE	67
10	HOMBRE	66

Tabla n°1: Muestra seleccionada

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Escenario del estudio:

Las encuestas se realizaron en la Residencia Asistida de la Diputación de Almería. Previamente se solicitó permiso para poder llevar a cabo las encuestas.

Las encuestas se llevaron a cabo en un despacho de enfermería en la Residencia Asistida de la Diputación de Almería. Las encuestas se realizaron por la mañana sobre las 12:00, ya que era la hora donde los residentes se encontraban más desocupados.

Método de análisis y proceso analítico:

Las encuestas fueron rellenas por el encuestador, aclarando alguna información en el momento de la encuesta, por si había dudas de algún tipo. Usamos esta forma de realizar las encuestas ya que la consideramos más fiable, versátil y flexible para este tipo de pacientes.

Los gráficos y el resto de datos cuantitativos obtenidos de las encuestas fueron tratados con el programa *Microsoft Word 2010*[®]. Por otra parte, las imágenes fotográficas han sido modificadas con el programa *Adobe Photoshop CS5*[®]. Añadiendo todo lo mencionado en los anexos del presente documento.

Segmentación: Tras la lectura de la información se siguen las ideas, opiniones y los temas emergentes. Se elaboran tipologías y se desarrollan conceptos y proposiciones teóricas al separar el conjunto de datos en unidades temporales, temáticas, sociales y espaciales. Es una etapa clasificatoria donde obtenemos lo que los participantes dicen sobre un tema concreto que ha sido preguntado directamente.

Categorización: Las categorías deben ser exhaustivas y mutuamente excluyentes puesto que cada unidad de información se incluye en una sola categoría. Las categorías se han creado “a priori”: se usan categorías definidas a partir del marco conceptual expresado en los temas y aspectos tratados en la recogida de datos.

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Codificación o asignación de un código: Se desarrollan categorías de codificación. Para la codificación de los datos se separan y clasifican conceptualmente las unidades de igual o similar información temática y, se reúnen en dicha categoría el código de la categoría correspondiente, especificando también el encuestado referido.

Confiabilidad, validez y transferibilidad:

Durante toda la investigación se ha pretendido garantizar la confiabilidad y la validez de la misma, mediante el uso de procedimientos seguidos en la recogida y el análisis de la información.

La confiabilidad según Martínez Miguélez (2006) sería la posibilidad de repetir la investigación y obtener los mismos resultados.

En cuanto a la validez, siguiendo la línea de Martínez Miguélez (2006) los datos obtenidos pueden explicar la realidad estudiada.

Por otro lado, la transferibilidad se centra en que la información y los hallazgos obtenidos puedan aplicarse a otras situaciones contextuales parecidas.

Consideraciones éticas:

Durante toda la investigación hemos solicitado de forma anticipada el consentimiento tanto por parte de la institución (ver Anexo I) como por parte de los encuestados (ver Anexo II) donde se les explica el motivo y el fin de la investigación que se ha querido realizar.

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Limitaciones, dificultades, imprevistos y debilidades:

En un principio se pensó realizar una encuesta para los efectos deseables que había producido la humanización de los espacios en esta residencia, pero al tratarse de un proyecto que no se ha llevado a cabo sino que hay que realizar, estas entrevistas no se han podido elaborar con este enfoque, sino que la encuesta que hemos realizado busca recoger qué opinan los pacientes, cómo les gustaría a ellos que fuese una residencia. Esto lleva aparejado que no se pueda llevar a la práctica a no ser que se lleve a cabo un presupuesto para poder hacer el proyecto de transformación de un espacio más humanizado; lo que consideramos una gran dificultad debido a la situación económica que nos acontece.

Otra limitación, es que una gran mayoría de los pacientes presentaba en el momento del estudio alguna enfermedad mental, por lo que tan solo 10 de ellos eran sujetos susceptibles de poder realizar dicha encuesta.

Por otro lado, la serie fotográfica no ha podido ser más amplia, ya que las fotos fueron cedidas por el establecimiento, con dificultades para poder realizarlas personalmente debido a la ley de protección de datos, por la cual no puede estar presente en ellas ningún usuario sin su autorización o la autorización de su tutor legal.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Identificación y clasificación de las categorías

Los datos los hemos agrupado en 5 metacategorías (zonas individuales, zonas comunes, zonas de actividades, zonas exteriores, otros datos). Éstas a su vez, se dividen en otras categorías (cromoterapia, manualidades, musicoterapia, jardín y piscina). Todo lo contestado por los encuestados ha sido codificado en la encuesta.

Categoría 1: Zonas individuales: dentro de esta metacategoría hemos querido incluir todo lo contestado por los encuestados sobre sus percepciones y opiniones en lo referente al uso de la color terapia en las zonas personales.

Tabla nº2: *¿Qué color elegiría para pintar su dormitorio?*

	Azul	Verde	Blanco o crema
Sujetos	3	1	6

Tabla nº4: *¿Las habitaciones o instalaciones están bien iluminadas con luz solar?*

	Si	No
Número de sujetos	8	2

Tabla nº3: *En relación a su dormitorio ¿qué sensación percibe con el color elegido?*

	Nada	Le gusta el color	Da más claridad	No es triste
Sujetos	2 – Azul 3 – Blanco	1 – Verde	3 – Blanco o crema	1 – Azul

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Categoría 2: Zonas comunes: dentro de esta metacategoría hemos querido incluir todo lo contestado por los encuestados sobre sus percepciones y opiniones en lo referente al uso de la color terapia en las zonas comunes.

Tabla n°5: *¿Qué color escogería para pintar la sala de estar?*

	Blanco	Naranja	Verde
Sujetos	8	1	1

Tabla n°6: En relación a la sala de estar *¿Qué sensación percibe con el color elegido?*

	Nada	Le gusta el color	Da más claridad
Sujetos	7 – Blanco	1 - Naranja 1 – Verde	1 - Blanco

Categoría 3: Zonas de actividades: dentro de esta metacategoría hemos querido incluir todo lo contestado por los encuestados sobre sus percepciones y opiniones en lo referente al uso de la cromoterapia en las zonas donde realizan actividad física y cognitiva; y si les gustaría que hubiera un lugar donde pudieran realizar manualidades.

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Tabla nº7: ¿Qué color pondría en la sala de Fisioterapia?

	Blanco	Azul	Naranja	Amarillo	Rosa claro
Sujetos	3	1	1	4	1

Tabla nº9: ¿Qué color añadiría en la sala de Terapia Ocupacional?

	Verde	Amarillo	Blanco
Sujetos	1	5	4

Tabla nº10: En relación a la sala de Terapia ocupacional, ¿qué sensación percibe con el color elegido?

	Nada	Alegría	Le gusta el color
	4 – Blanco		
Sujetos	1 – Verde	1 – Amarillo	1 - Amarillo
	3 - Amarillo		

Tabla nº8: En relación a la sala de Fisioterapia, ¿qué sensación percibe con el color elegido?

	Nada	Alegría	Le gusta el color
	3 – Blanco		
	1 – Azul		
Sujetos	1 – Rosa claro	1 - Naranja	1 - Amarillo
	3 – Amarillo		

Tabla nº11: ¿Le gustaría tener una sala de manualidades?

	Si	No
Número de sujetos	9	1

Tabla nº12: ¿Qué trabajos o manualidades le gustaría hacer?

	Albañilería	Costura	Electricidad	Carpintería	Dibujar	Ninguna
Sujetos	1	4	1	2	1	1

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Categoría 4: Zonas exteriores: dentro de esta metacategoría hemos querido incluir todo lo contestado por los encuestados sobre sus percepciones y opiniones en lo referente a lo que les gustaría hacer si hubiese zonas ajardinadas y qué actividades les gustaría hacer si hubiese una piscina.

Tabla nº13: *Si hubiera zonas ajardinadas y con huerto, ¿qué actividad le gustaría realizar?*

	Todas	Huerto	Ejercicio
Sujetos	8	1	1

Tabla nº14: *Si hubiese una piscina, ¿qué actividades le gustaría hacer?*

	Ejercicios acuáticos	Nadar o ejercicios independientes	Disfrutar del agua	Todas	Ninguna
Sujetos	2	1	1	1	5

Categoría 5: Otros datos: dentro de esta metacategoría hemos querido incluir todo lo contestado por los encuestados sobre sus percepciones y opiniones en lo referente a musicoterapia, a la relación terapéutica y escucha activa con la enfermera; y por último una pregunta abierta sobre que les gustaría tener o echan de menos en la residencia.

Parte II – Planteamiento metodológico y fases de la investigación

Tabla n°15: *¿Le gustaría escuchar música?*

	Si	No
Número de sujetos	8	2

Tabla n°16: *Si ha respondido sí a la anterior pregunta, ¿en qué lugares o momentos?*

	En todos los citados	Al despertarse	Contestaron NO a la pregunta
Sujetos	7	1	2

Tabla n°19: *A modo de conclusión, con respuesta abierta, ¿qué echa de menos en la residencia y qué les gustaría tener?*

	Jardín	Leer y escribir	Manualidades	Parchís y dominó	Todo está bien
Sujetos	5	1	1	1	2

Tabla n°17: *Por último, ¿qué tipo de música?*

	Para todo los citado	Para relajarse	Para activarse	Para bailar	No le gusta la música
Sujetos	4	2	1	1	2

Tabla n°18: *¿Siente que la enfermera y/o el personal de la residencia escucha todo lo que usted quiere contarle?*

	Siempre	Casi siempre
Número de sujetos	8	2

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado exponemos los resultados que hemos podido obtener de las encuestas realizadas en base a una teoría que hemos fundamentado al principio de este trabajo, exponiéndose en unas cuestiones de investigación posterior.

GRÁFICOS:

Heller (2000) nos manifiesta que los colores más favorables para el dormitorio, ya que es un lugar de descanso, serían el Azul y el Verde.

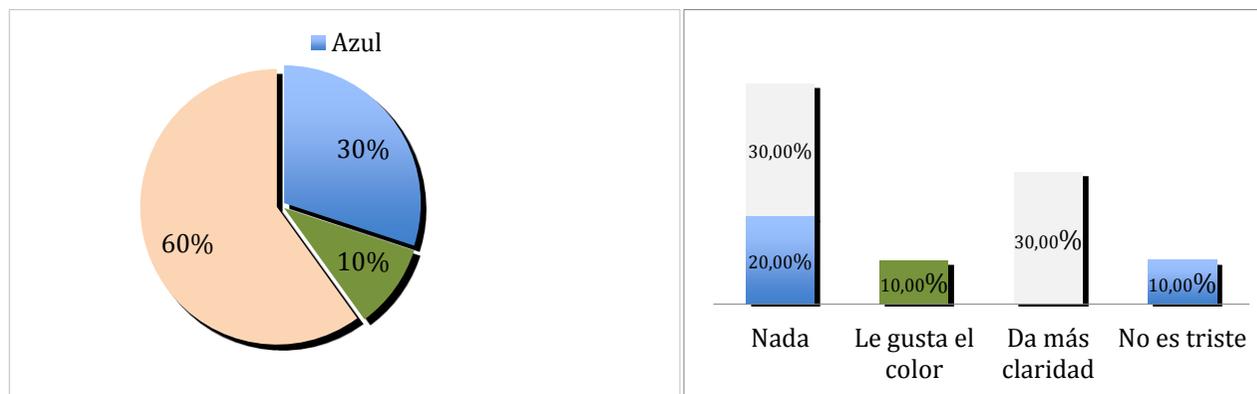


Ilustración 1: ¿Qué color elegiría para pintar su dormitorio? / Ilustración 2: En relación a su dormitorio ¿Qué sensación percibe con el color elegido?

En los datos de nuestra encuesta hemos obtenido que un 60% lo pintaría Blanco o crema, un 30% Azul y un 10% Verde. Lo llamativo de estos datos es que una mayoría elige el color Blanco o crema, aunque sean el Azul y el Verde los más recomendables para el descanso.

Discusión de los resultados

Según Green (2005) el Azul y el Verde dan una sensación de tranquilidad y armonía adecuado y recomendada para los dormitorios (Ilustración 1).

En los datos de la encuesta observamos que un 50% de los participantes no sienten nada por los colores seleccionados. Un 30% que eligió Blanco era debido a que daba más claridad al dormitorio, a un 10% que eligió el verde fue solo porque le gustaba y al último 10% que eligió Azul fue debido a que no le parecía un color triste (Ilustración 2).

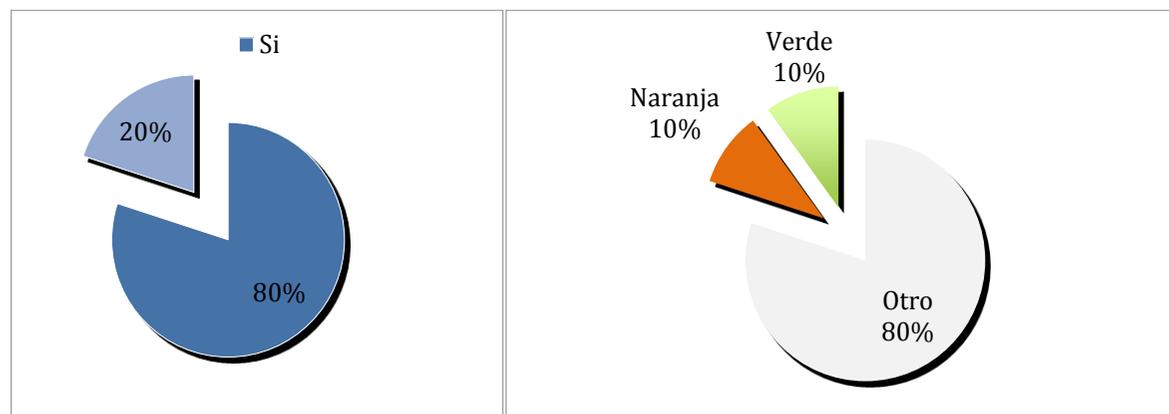


Ilustración 3: ¿Las habitaciones o instalaciones están bien iluminadas con luz solar? / Ilustración 4: ¿Qué color elegiría para pintar la sala de estar?

En estos datos, los resultados son muy positivos ya que un 80% de los encuestados refieren tener unos dormitorios bien iluminados, lo cual es beneficioso para su salud como refiere McGuinness (2007) (Ilustración 3).

Discusión de los resultados

Según Wills (2007) recomienda en las salas de estar, donde no se va a realizar mucha actividad y donde pasamos la mayor parte del día, colores fríos como el verde. Sin embargo, un 80% de los encuestados prefieren el color Blanco, un 10% el Naranja y el 10% restante, el Verde (Ilustración 4).

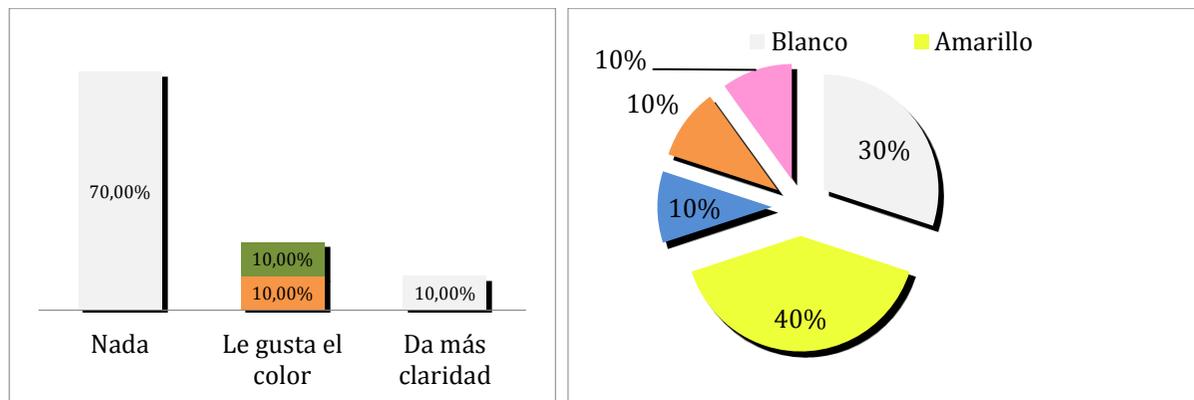


Ilustración 5: En relación a la sala de estar ¿Qué sensación percibe con el color elegido? / Ilustración 6: ¿Qué color elegiría en la sala de Fisioterapia?

En estos datos vuelven a repetirse un poco las sensaciones anteriores, un 70% de los que eligieron el Blanco no perciben ninguna sensación, un 10% que eligió el Naranja y otro 10% que eligió el Verde era por gustarle el color y un 10% restante que eligió el Blanco lo hizo por dar más claridad a la sala de estar (Ilustración 5).

Según nos menciona Satyam (2004) el color ideal para las zonas donde se van a realizar ejercicio físico son los colores cálidos, como el amarillo, el naranja y algún toque de rojo, debido a que estos colores incitan a la actividad y al dinamismo. Los resultados de los encuestados

Discusión de los resultados

para la sala de fisioterapia sí se relacionan más con las recomendaciones del autor, eligiendo un 40% de los encuestados el Amarillo, un 30% el Blanco, un 10% el Naranja, otro 10% el Azul y un 10% restante elige el Rosa (Ilustración 6).

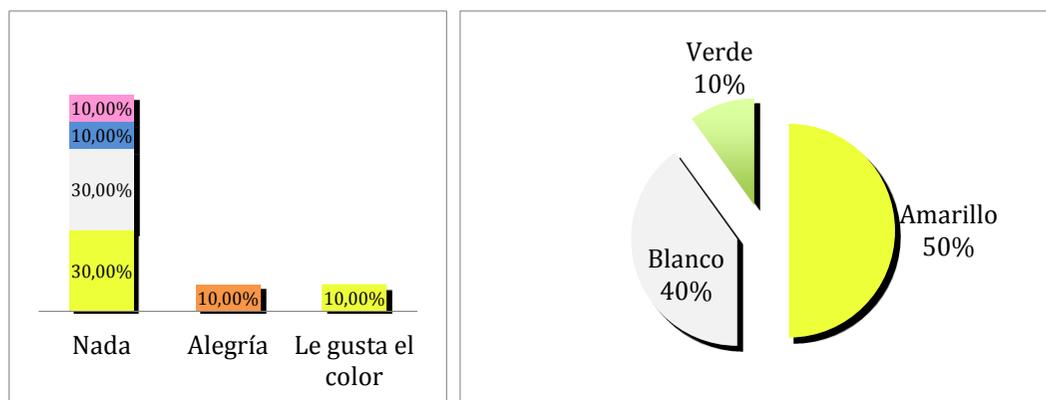


Ilustración 7: En relación a la sala de fisioterapia ¿Qué sensación percibe con el color elegido? / Ilustración 8: ¿Qué color añadiría en la sala de Terapia Ocupacional?

En estos resultados sigue sin haber coincidencia con la bibliografía que nos menciona la sensación más probable que perciben los seres humanos al tener contacto con estos colores. Los resultados relacionan que un 80% no tiene ninguna sensación al elegir el Amarillo, el Blanco, el Azul o el Rosa; un 10 % que elige el Amarillo es porque le gusta y finalmente el 10% que elige el color Naranja es porque le da sensación de alegría (Ilustración 7).

Discusión de los resultados

Al igual que mencionamos en el apartado anterior, los colores idóneos para la sala de terapia ocupacional, donde se requiere un cierto dinamismo, es el Amarillo, el Naranja y algún toque de Rojo. Los resultados de las encuestas son en una mayoría, con un 50%, elegido el color Amarillo, en un 40% el Blanco y en un 10% el Verde (Ilustración 8).

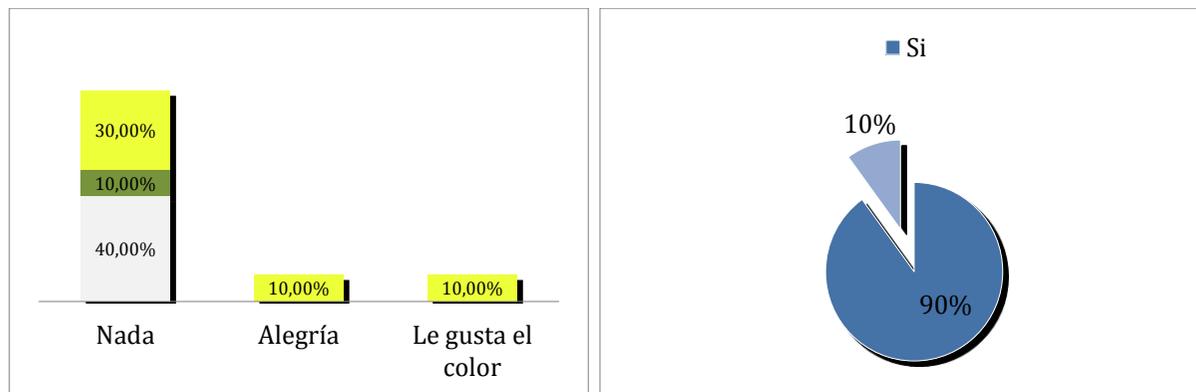


Ilustración 9: En relación a la sala de Terapia Ocupacional ¿Qué sensación percibe con el color elegido? / Ilustración 10: ¿Le gustaría tener una sala de manualidades?

Una vez más no existe una relación del color escogido por los encuestados y sensación percibida. Resultado en el que un 80% de los que eligen Amarillo, Blanco y Verde no perciben nada, un 10% lo escoge porque le transmite alegría y un último 10% porque le gusta el color (Ilustración 9).

Discusión de los resultados

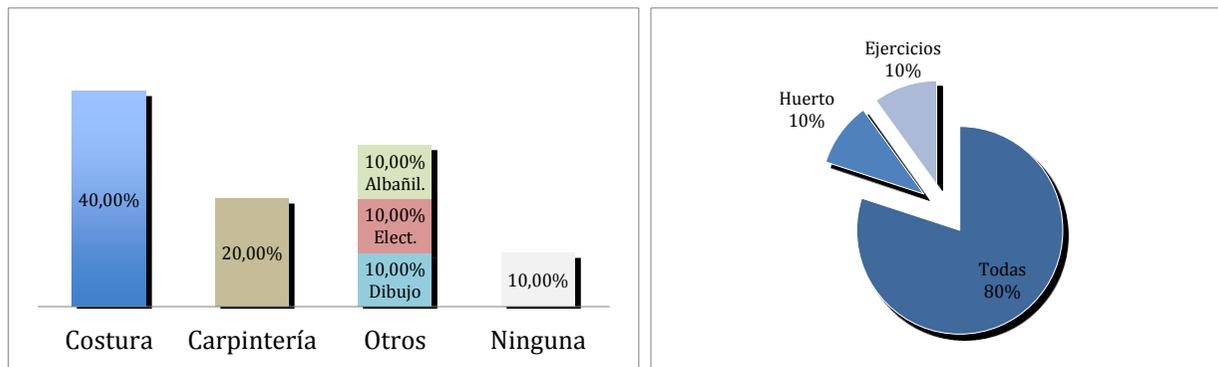


Ilustración 11: ¿Qué trabajos o manualidades le gustaría hacer? / Ilustración 12: Si hubiera zonas ajardinadas y con huerto, ¿qué le gustaría realizar?

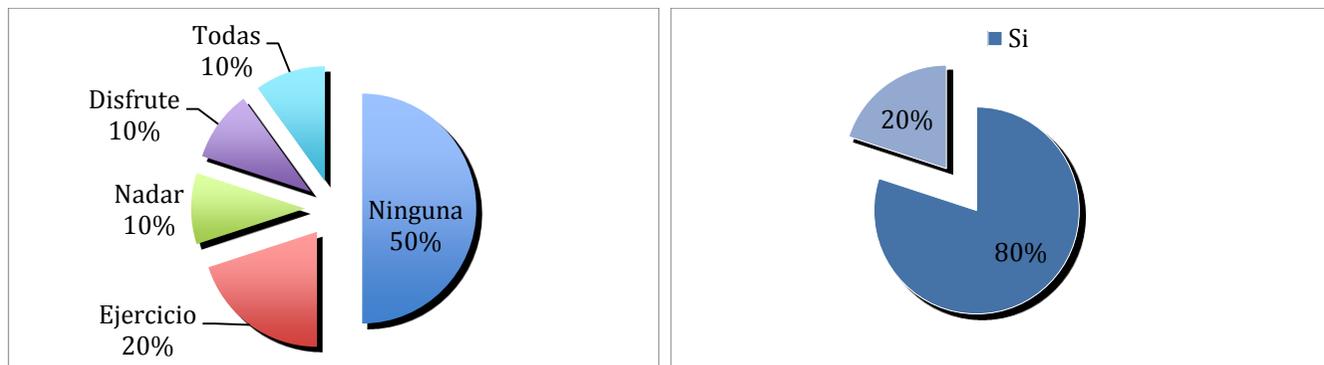


Ilustración 13: Si hubiese una piscina, ¿qué actividades le gustaría realizar? / Ilustración 14: ¿Le gustaría escuchar música?

Discusión de los resultados

Brito (2009) en su estudio sobre musicoterapia, establece la música como beneficioso para el cuidado expresivo, al promover bienestar, entretenimiento, expresión emocional y la integración de los pacientes con el ambiente de la institución. En los resultados de las encuestas la música ha sido bastante aceptada con un 80% de los pacientes (Ilustración 14).

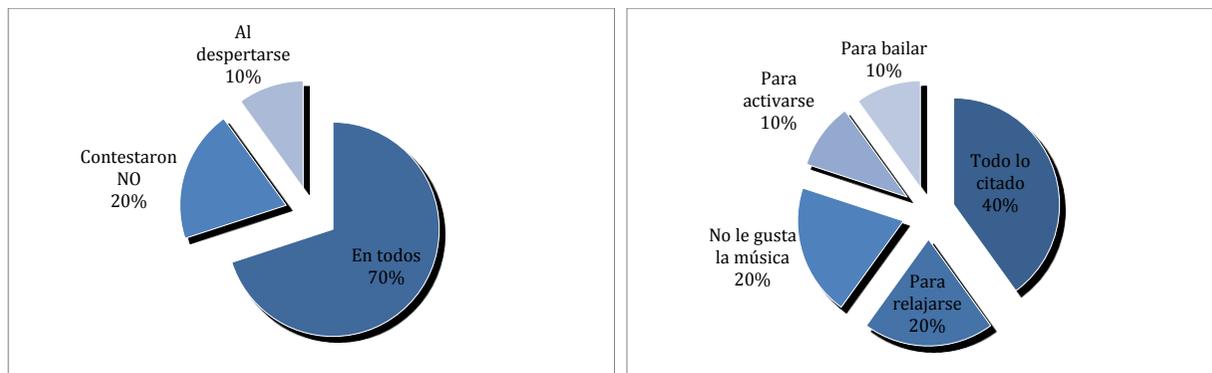


Ilustración 15: Si ha respondido si a la pregunta anterior, ¿en qué lugares o momentos? / Ilustración 16: Por último, ¿qué tipo de música?

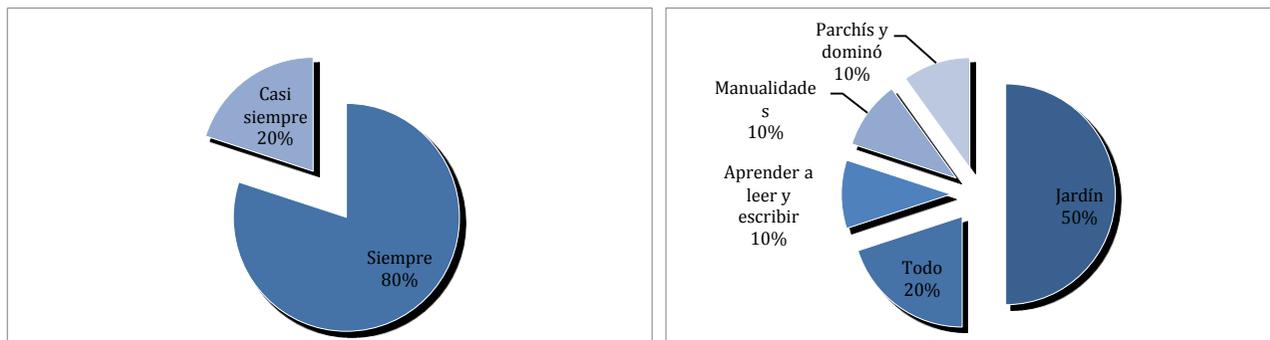


Ilustración 17: ¿Siente que la enfermera y/o el personal de la residencia escucha lo que usted quiere contarle? / Ilustración 18: A modo de conclusión, con respuesta abierta, ¿qué echa de menos en la residencia y qué les gustaría tener?

LA ASISTENCIA HUMANIZADA EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA.

Ejemplo de un proyecto práctico

En este ejemplo práctico vamos a presentar un prototipo de residencia pública con una mejora de los cuidados humanizados mediante diferentes recursos, con el fin de que sientan lo más parecido posible a “estar en su casa”, como mostramos en las siguientes imágenes:



INTERIORES



Fotografía 1: Original



Comparativa

Fotografía 1: Humanizada

El dormitorio lo hemos querido humanizar en primer lugar, dando un toque de color verde, por ser un color que invita al descanso y ser armonizante. Por otro lado, hemos mejorado la claridad de la habitación, permitiendo una mayor entrada de luz solar. Y en último lugar, hemos añadido un cuadro más alegre y hemos colocado objetos personales, como es la foto de algún familiar, con el objetivo de hacer el dormitorio mas suyo, más personal.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 2: Original



Comparativa

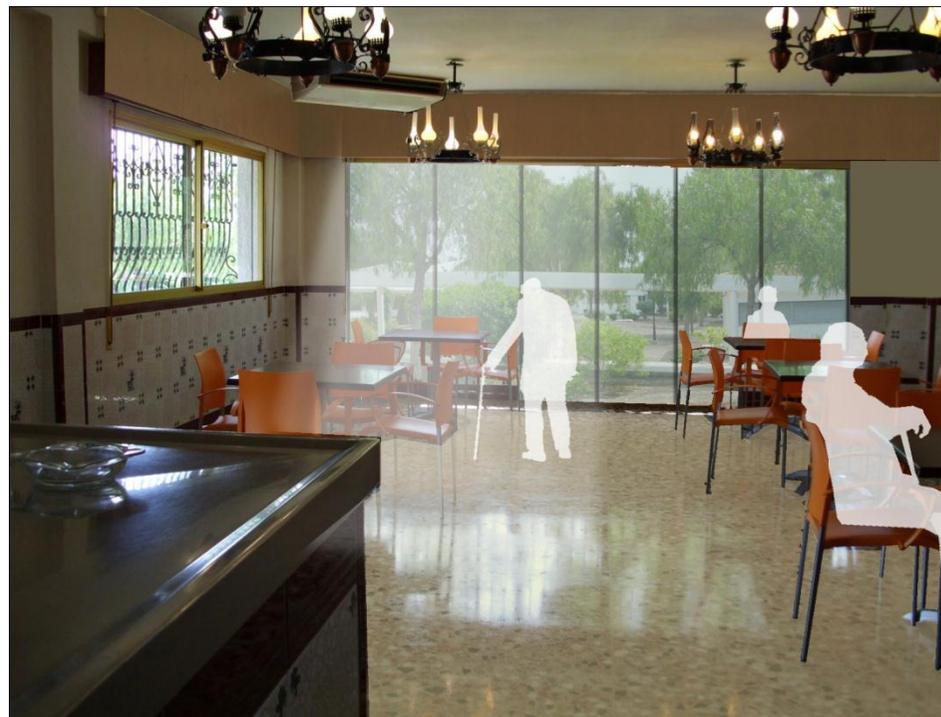
Fotografía 2: Humanizada

En este segundo dormitorio, hemos realizado un cambio de color en el interior, añadiendo en este caso, el color violeta por alentar a la meditación y al descanso, siendo de esta forma, idóneo para un mejor descanso. También hemos mejorado la iluminación con luz natural, ampliando la ventana de la habitación.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 3: Original



Comparativa

Fotografía 3: Humanizada

Este espacio, correspondiente al comedor, lo hemos humanizado sustituyendo las ventanas enrejadas por un gran ventanal donde la luz era nuestro principal objetivo debido a los beneficios que la luz solar nos aporta. El suelo lo hemos sustituido por otro más práctico y luminoso de color claro, todo con el objetivo primordial de dar mayor transparencia y amplitud a esta estancia.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 4: Original



Comparativa

Fotografía 4: Humanizada

A la sala de estar le hemos dado un toque de color verde, ya que este color invita a la tranquilidad y la armonía, muy idónea para un lugar donde los pacientes se reúnen para descansar y pasar la mayor parte del día. El mobiliario lo hemos sustituido por unos sillones más cómodos, unas mesas más seguras al ser redondas; también hemos colocado unos cuadros más alegres y vistosos en la pared. Por otro lado, el suelo lo hemos aclarado, para dar una sensación de amplitud a la sala. Por último, hemos ubicado en esta sala de estar una televisión con el objetivo de que tengan momentos de entretenimiento, pudiendo usarse en determinados momentos como cine.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 5: Original



Comparativa

Fotografía 5: Humanizada

En la sala de Fisioterapia, hemos añadido un toque de amarillo en las paredes y un toque de naranja en los estores, puesto que ambos animan a la actividad física y dan una visión de positividad. Hemos proyectado más luminosidad para beneficiarnos de las propiedades de la luz solar. Por último, hemos puesto un poco de orden en los materiales de la sala de fisioterapia con el objetivo de crear una sala más segura y con más amplitud.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 6: Original



Comparativa

Fotografía 6: Humanizada

A este espacio, destinado a la sala de Terapia Ocupacional, le hemos dado un color amarillo a las paredes y un toque de color verde, naranja y azul a las mesas, mejorándolo al dar una sensación más alegre y dinámica a la habitación. Por otra parte, hemos iluminado más la estancia y hemos colocado una cadena de música para poder realizar actividades de musicoterapia con los pacientes.

EXTERIORES



Fotografía 7: Original



Comparativa

Fotografía 7: Humanizada

En una parte de las zonas ajardinadas, hemos colocado unas pasarelas para que los pacientes puedan acceder con facilidad a las zonas ajardinadas y así disfrutar de ellas, y a las cuales anteriormente no se podía acceder, aprovechando así un espacio vacío y sin uso.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 8: Original



Comparativa

Fotografía 8: Humanizada

En esta zona exterior hemos añadido césped para ajardinar los alrededores. De esta manera, los pacientes pueden pasear y descansar en los bancos y tomar el sol, si así lo desean. Por otra parte, en la zona central hemos colocado una pasarela de ejercicios, para a la vez que pasean puedan ejercitar los miembros inferiores y superiores al aire libre.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 9: Original



Comparativa

Fotografía 9: Humanizada

Este espacio, correspondiente a la zona del aparcamiento, lo hemos mejorado añadiendo una zona peatonal en la parte izquierda, haciendo de la zona un lugar más seguro; y un mejor acceso para las sillas de ruedas en la parte derecha de la foto.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 10: Original



Comparativa

Fotografía 10: Humanizada

Este lugar en el exterior lo hemos humanizado pensando en un clima como el nuestro, por lo que debe de haber una zona de sombraje y descanso. La estrategia de humanización es colocar una pérgola de amplias dimensiones para acceder a un punto de descanso sombreado. Por supuesto, el suelo lo hemos mejorado con un pavimento más adecuado. Por otro lado, hemos colocado fuentes de agua potable cada ciertos metros para que los pacientes estén bien hidratados en todo momento y evitar con ello, posibles complicaciones.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 11: Original



Comparativa

Fotografía 11: Humanizada

Teniendo en cuenta que en los resultados de las encuestas un 100% de los pacientes les gustaría tener zonas ajardinadas y de ellos, a un 90% les gustaría realizar alguna actividad relacionada con el huerto, no hemos podido dejar de lado este dato y por ello en esta zona exterior y con gran espacio, hemos considerado importante colocar un huerto, donde los pacientes familiarizados con un ambiente rural o que disfruten trabajando en el huerto, puedan tener la oportunidad.

La asistencia humanizada en una Unidad Geriátrica



Fotografía 12: Original



Comparativa

Fotografía 12: Humanizada

Este espacio exterior hemos decidido humanizarlo colocando una piscina, donde los pacientes puedan realizar diversas actividades como las que se comentan en los resultados de las encuestas, siendo importante porque aunque no hay una opinión mayoritaria en cuanto a querer realizar actividades en la piscina, si que un 40% de los encuestados refiere que le gustaría tener una piscina para nadar, realizar ejercicios acuáticos, disfrutar de la sensación del agua y/o realizar todas ellas. Por lo tanto, estos pacientes se pueden beneficiar de las propiedades que el agua tiene a nivel físico y psíquico.

Conclusiones

CONCLUSIONES

En primer lugar, debemos mencionar que el modelo de Watson es un modelo válido como estrategia de humanización por fundamentarse en el bienestar, donde ayudamos a satisfacer las necesidades humanas y facilitamos el entorno del paciente.

Se confirma que la aplicación del color y la adecuación de espacios son estrategias válidas para incrementar la humanización en los pacientes institucionalizados. Podemos afirmar que para realizar una mejora en la humanización de los cuidados, no es necesario un gran gasto económico, ya que algunos de los recursos mencionados anteriormente tienen un bajo gasto o incluso nulo, ya sea mediante reciclaje de utensilios o con el uso adecuado de las ropas de los usuarios; sin dejar de lado el trato por parte de los profesionales, siendo muy importante para un cuidado humanizado. Por otro lado, no podemos dejar en el olvido que los beneficios que producirían serían superiores al gasto.

Un 100% de los pacientes consideran positivo un aumento y mejora de las zonas exteriores con jardines, huertos, pasarelas, etc. donde poder realizar diversas actividades para mejorar su bienestar biopsicosocial.

Las estrategias de la cromoterapia y la adecuación de los espacios pueden plasmarse en proyectos virtuales a través de instrumentos informáticos como *Adobe Photoshop CS5*[®] aplicado en el presente estudio.

Por otra parte, debemos tener presente que para estos usuarios las residencias e instituciones en las que se encuentran, por un largo periodo de tiempo e incluso hasta el final de sus días, es su casa. Por todo ello, mantener unos espacios humanizados y que creen una sensación acogedora, mejorará los estados de ánimo y las depresiones que muchos de ellos sufren por no sentirse “como en casa” y, por el contrario, sentir que se encuentra en un lugar extraño y en soledad.

Conclusiones

Para futuras líneas de investigación, proponemos ahondar en la importancia del uso del color y adecuación de los espacios como medios que potencian la humanización.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

Aparecida Baggio M, Lorenzini Erdmann A, Teresinha Marcon Dal Sasso G. Cuidado Humano e Tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Rev. Texto Contexto Enferm Florianópolis. 2010 Abr-Jun; 19(2):378-385.

Araya-Cloutier J, Ortíz-Salgado A. Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. Rev. Enfermería en Costa Rica. 2010; 31(1): 21-25.

Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una Mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index de Enfermería [Index Enferm]. 2009; 18(1):32-36. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/index-enfermeria/v18n1/6624.php>

Arroyo Gordo MP. Calidad y humanización de los cuidados. Rev. Metas de Enferm Octubre. 2001. 39:26-31.

Arroyo Gordo MP. Hacia un humanismo tecnológico. Rev. Metas de Enferm jul/ago. 2009; 12(6):3.

Báez Hernández FJ, Soriano y Sotomayor MM, Durán López MR. Calidad Humana en el Cuidado de Enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. 2007; 15(9):403-405.

Brito Bergold L, Titonelli Alvim NA. A música terapéutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(3):537-42.

Bibliografia

Caires Dias Araújo Nunes E, Wilma Santana da Silva L, Moreira de Oliveira J, Da Conceição Martins de Oliveira P. Refletindo o 'Transpessoal' humano – uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser. Revista de Enfermagem Referência. 2010 Dic:173-180.

Caldas de Souza J, De Oliveira Roque e Lima J, Bouttelet Munari D, Esperidião E. Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. Rev. bras. enferm. 2008; 61(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600014>

Carbelo Baquero B, Romero Llord M, Casas Martínez F, Ruiz Ureña T, Rodríguez de la Parra S. Teoría enfermería. El cuidado desde una perspectiva psicosocial. Rev. Cultura de los Cuidados. 2º Semestre 1997, Año I, Nº2:54-59.

Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Aten Primaria. 2003; 31(8):527-538.

Casas J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). Aten Primaria. 2003; 31(9):592-600.

Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Rev. Ciencia y Enfermería. 2010; XVI (1):31-35.

Ceolin T, Heck RM, Pereira DB, Martins AR, Coimbra VCC, Silveira DSS. Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud atendiendo al cuidado integral en la asistencia. Enfermería Global. 2009 Jun:1-9.

Cussi Assunção Lemos R, Loami Ruyz Jorge L, Santiago Almeida L, De Castro AC. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. Rev Eletr. Enf. 2010; 12(2): 354-359. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>.

Bibliografía

De Oliveira Lopes Barros SD, De Queiroz JC, De Melo RM. Cuidando e humanizando: Entraves que dificultam esta prática. Rev. enferm. 2010; 18(4):598-603.

De Souza Corbani NM, Passarela Brêtas AC, Cassuli Matheus MC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. Rev. bras. enferm. 2009; 62(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>

Duarte da Silva F, De Moraes Chernicharo I, De Assunção Ferreira M. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. Rev. Esc. Anna Nery. 2011; 15(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200013>

Durán Escribano M. La condición humana en el cuidado, un enfoque para la educación enfermera. Rev. ROL Enf. 2007; 30(4):283-288.

Elvin C. Complementary therapies:Using colour in care. Nursing & Residential Care. 2007; 9(9):417-419.

Escudero B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. Enf. Clínica. 2003; 13:164-170.

Fernández Méndez R, Peñas Maldonado M, Díaz Piedra C. Bienestar autopercibido y nivel de autonomía de las personas mayores y su relación con el lugar de residencia. Metas de Enferm. 2007-2008; 10(10):65-71.

Ferrera Picado JA. Humanización en los cuidados. Rev. Metas de Enferm. 2007; 10(9):75-76.

Fran Tracy M, Lindquist R, Savik K, Watanuki S, Sendelbach S, Jo Kreitzer et al. Use of Complementary and Alternative Therapies: A National Survey of Critical Care Nurses. Rev. American Journal of Critical Care. 2005; 4(5):404-414.

Bibliografía

Germán Bes C, Hueso Navarro F. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Rev. Paraninfo Digital. 2010; IV(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/pi009.php>

González Canalejo C. Sobre la construcción de la identidad enfermera: Dos o tres ideas clave. Rev. Alborán. 2003; (2):4-5.

Green M. Using colour to improve care environments. Nursing & Residential Care. 2005; 7(11):510-512.

Guillén Velasco RC. La connotación humana y cultural del cuidado. Biblioteca Lascasas. 2010; 6(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0557.pdf>

Heller E. Psicología del color. Cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón. 1ª ed. Munich: Gustavo Gil; 2000.

Hernández Zamora ZE. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Index Enf. 2006; 52-53. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/52-53/4044.php>

Irany Grütner D, Elisa Carraro T, Hilda Sobrinho S, Lima Gomes de Carvalho A, Campregher G. O amor no cuidado de enfermagem. Rev. enferm. 2010; 18(2):317-22.

Justini Fowler D, Cristina de Sá. A. Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. O Mundo da Saúde. 2009; 33(2):225-230.

Keighley T. La dirección de los cuidados. En: Hinchliff SM, Norman SE, Schober JE. Enfermería y cuidados de salud. Doyma; 1993:221.

Klock P, Ribeiro Lopes Rodrigues AC, Stein Backes D, Lorenzini Erdmann A. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: Importando-se com o outro. Cogitare Enferm. 2007; 12(4):452-459.

Bibliografía

- Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 5º edición actualizada: McGraw Hill interamericana; (1):54.
- López Ruiz J. Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros: toma de posición. Enfermería Clínica. 2003; 13(4):227-36.
- Mahnke FH. Color Environment and Human Response. John Wiley and Sons. New York. 1996.
- Martínez Miguélez, M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. 2006. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s1011-22512006000200002&script=sci_arttext
- McGuinness L. The Healing Power of Colour. Rev. Positive Health. 2007 Nov:14-16.
- Mendes G. A dimensao ética do agir e as questoes da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. Texto Completo Enferm, Florianópolis. 2009; 18(1):165-169.
- Neil RM, Marriner Tomey A. Jean Watson: Filosofía y ciencia del cuidado. En: Marriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª Ed. Ed. Elsevier Mosby:94-115.
- Nelson JP. Being in Tune with Life. Complementary Therapy use and well-being in Residential Hospice Residents. Journal of Holistic Nursing. 2006; 24(3):152-161.
- O'Regan P; Wills T; O'Leary A. Complementary therapies: a challenge for nursing practice. Rev. Nursing Standard. 2010; 24(21):35-39.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Carta de Juan Pablo II a la II Asamblea mundial sobre Envejecimiento (8 al 12 de abril) Madrid: ONU; 1999.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicados de prensa. 22 de Junio de 2004 en Ginebra. Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales. Acceso el 7 de Noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: Un marco político. Rev Esp. Geriatr Gerontol, 2002; 37 (S2): 74- 105 (78-79). Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Pades Jiménez, A; Homar Amengual, C; Martín-Perdiz, A; Ponsell-Vicens, E; Riquelme-Agullo, I. Algo se está moviendo en los hospitales, ¿Será quizás la humanización clínica?. Rev. Cultura de los Cuidados. 2009; XIII(25):98-103.

Pereira A; Souza da Silva R; De Camargo CL; Ribeiro de Oliveira RC. Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. Rev. Enfermería Global. 2012;(25):343-355.

Poblete Troncoso M. Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Rev. Acta.Paul.Enferm. 2007; 20(4):499-503.

Potter P; Griffin Perry A. Fundamentos de enfermería. Vol 1. 5° ed. Harcourt; Mosby:1003-1004.

Potter P; Griffin Perry A. Fundamentos de enfermería. Vol 1. 5° ed. Harcourt; Mosby:105.

Potter P; Griffin Perry A. Fundamentos de enfermería. Vol 1. 5° ed. Harcourt; Mosby:6-7.

Bibliografía

- Prochet C; Paes da Silva MJ. La percepción de los ancianos de las conductas afectivas expresadas por el personal de enfermería. Rev. Esc Anna Nery. 2011 Oct-Dic. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400018>
- Quero García M; Molina Fernández N. Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. Rev. Enfermería Docente 2010; (92):20-22.
- Quero Rufian A. Formación, humanismo y humanización. Rev. Metas. 2004; 7(3):55-58.
- Raimundo da Rosa CM; Teresinha Fontana R. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. Rev. Cienc Cuid Saude 2010 Out/Dez; 9(4):752-759.
- Regina Andre Silva C; Lunardi Filho WD; Stein Backes D; Da Silva Silveira R; Lerch Lunardi V; Andre Silva AP. Acolhimento como estratégia do programa nacional de humanização. Rev. Cienc Cuid Saude. 2011; 10(1):035-043.
- Rodríguez Rodríguez L. Jordán Jinez ML. La Vocación, Elemento Esencial en el Cuidado de Enfermería. Rev. Desarrollo Cientif Enferm. 2010; 18(6):261-264.
- Rondón de Gómez R. Fernández VE. Ortega NM. Ramírez,O. Rodríguez de García L. Luna Rosario C. Más allá de las dimensiones del cuidado. Sistematización de la experiencia de enseñanza aprendizaje sobre el cuidado. Enfermería Global. 2010; 18(2):9.
- Rubio Bellera L. Buendía Surroca C. Fabrellas Padres N. Trío de damas. Reflexión sobre la humanización de los cuidados. Rev. ROL Enf 2008; 31(1):9-14.
- Rubio Rico L. Humanización del cuidado: de la jerarquía a la colaboración. Metas de Enferm. 2006; 9(4):57-60.

Bibliografía

Ruiz Gómez MC; Rojo Pascual C; Ferrer Pascual MA; Jiménez Navascués L; Ballesteros García M. Terapias complementarias en los cuidados. Humor y Risoterapia. Index Enferm (edición digital) 2005; 48-49. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49_articulo_37-41.php

Ryberg Finsen N. Nobel Lectures Physiology or Medicine 1901-1921. Elsevier Publishing Co. Amsterdam 1967.

Salas Iglesias PM. Teoría y Método. La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. Rev. Cultura de los Cuidados. 2006; X(19): 73-78.

Santo-Tomás Pérez. En: Fernández Ferrín. Fundamentos de enfermería. Barcelona. Mason 2004:1-127.

Satyam C. Colour lighth Therapy. Rev. Positive Health. 2004 May:9-11.

Serrano Guzmán M. Pacheco Ruano I. Serrano Guzmán M. Humanización en instituciones de mayores. Paraninfo Digital 2010; (9). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/i009.php>

So Sun Kim; Erlen JA; Kwuy Bun Kim; Sohyune R Sock. Nursing Student's and Faculty Members' Knowledge of, Experience with, and Attitudes Toward Complementary and Alternative Therapies. Rev. Journal of Nursing Education. 2006; 5(9):375-378.

Stein BD; Magda Santos K; Alacoque Lorenzini E. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. Rev. Latino-am Enfermagem. 2007 Ene-Feb; 15(1). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

Van der Riet P. Complementary therapies in health care. Rev.Nursing and Health Sciences. 2011; (13):4-8.

Bibliografía

Vega P; Rivera MS. Cuidado holístico, ¿mito o realidad?. Horiz Enferm. 2009; 20 (1):81-86.

Vieira de Almeida D; Ribeiro Júnior N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. Rev. Revista Bioethikos- Centro Universitário São Camilo - 2010;4(3):337-342

Vieira de Almeida D. Corrêa Chaves E. Henrique Silveira de Brito J. Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. Rev. Referência. 2009 Jul; (10): 89:96

Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. 2º ed. Editorial: McGraw-Hill Interamericana. 1995:25

Wills P. Healing with Colour Therapy. Positive Health. 2007 Abril:9-11.

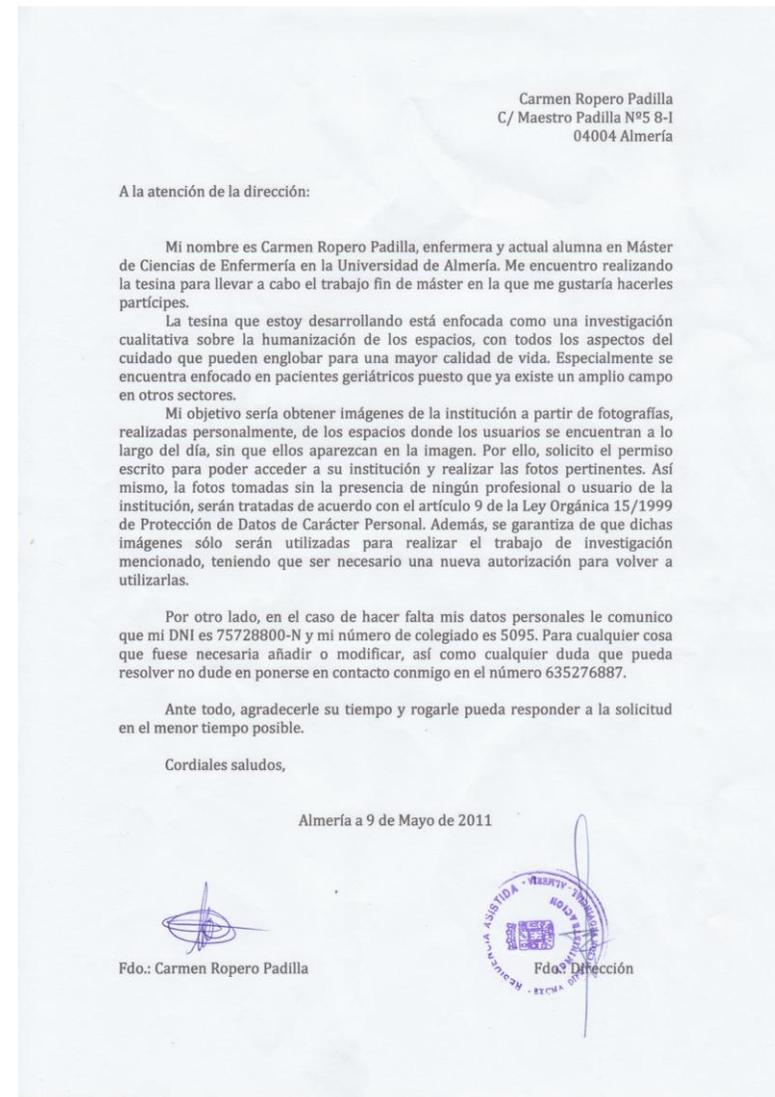
Zapico Yáñez Florentina. Autocuidados y autogestión de la salud: las terapias complementarias en la gestión personal de la enfermedad. Index Enferm. 2010; (9). Disponible en: <http://www.indexf.com/para/n9/i051.p>

Anexos

Anexos

Anexo I – Consentimiento de la institución

En el presente anexo se adjunta el documento firmado por la Residencia Asistida de la Diputación de Almería, en el que se acuerda el uso de su nombre así como el permiso para facilitarme las fotografías de los diferentes establecimientos de la institución que aparecen en el estudio:



Anexo II – Consentimiento informado para realizar la encuesta

En este anexo se adjunta uno de los consentimientos tipo con los que los usuarios acceden a participar en el estudio, en el que se les informa sobre la utilidad posterior en la investigación de los datos que se recaben durante el cuestionario:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación que se está realizando sobre la humanización de los espacios, con todos los aspectos del cuidado que se pueden englobar para una mayor calidad de vida, pretende aportar una idea sobre las percepciones u opiniones que tienen los pacientes a los que se les va a llevar a cabo los cuidados humanizados. Especialmente se encuentra enfocado en pacientes geriátricos puesto que, aunque existe un buen número de documentación centrada en la humanización de los espacios y de los cuidados, ésta no suele estar centrada en este tipo de pacientes. De ahí la importancia de ampliar nuestros conocimientos sobre la forma en la que podríamos mejorar los cuidados que damos a las personas mayores institucionalizadas.

El anonimato de los participantes está completamente garantizado y a partir de este momento sus nombres dejarán paso a la denominación genérica de "encuestados" seguida de un número. La encuesta será individual y registrada personalmente por el encuestador con el fin de facilitar la realización de la encuesta y recoger la información de la forma más exacta posible aportada por los encuestados. Los datos obtenidos serán tratados de manera analítica y, posteriormente, clasificados y discutidos.

Mediante el presente documento doy mi autorización para que los datos derivados de mi participación en esta encuesta, sean utilizados por los investigadores con las finalidades planteadas en el estudio. Igualmente me declaro conocedor de la posibilidad de abandonar la investigación cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta negativamente en mi persona.

Y para que conste donde proceda, firmo la presente en Almería a 9 de Abril de 2012.



Fdo.: E. J.

Anexos

Anexo III – Encuesta

A continuación se adjunta la encuesta realizada a los usuarios del centro de estudio sobre la usabilidad del objeto de estudio analizado durante todo el trabajo.

Edad	
Sexo	

Zonas individuales

1. *¿Qué color elegiría para pintar su dormitorio?*

- a. Azul.
- b. Violeta.
- c. Verde.
- d. Rojo.

e. Otro. ¿Cuál? _____

2. *En relación a su dormitorio ¿Qué sensación percibe con el color elegido?*

- a. Tranquilidad.
- b. Armonía.
- c. Meditación.
- d. Hiperactividad.
- e. Otra. ¿Cuál? _____

3. *¿Las habitaciones o instalaciones están bien iluminadas con luz solar?*

- a. Si.
- b. No.

Zonas comunes

4. *¿Qué color escogería para pintar la sala de estar?*

- a. Azul.
- b. Verde.
- c. Naranja.
- d. Amarillo.
- e. Otro. ¿Cuál?_____

5. *En relación a la sala de estar ¿Qué sensación percibe con el color elegido?*

- a. Tranquilidad.
- b. Armonía.
- c. Positividad.

d. Alegría.

e. Otra. ¿Cuál?_____

Zonas de actividades

6. *¿Qué color pondría en la sala de Fisioterapia?*

- a. Naranja.
- b. Azul.
- c. Rojo.
- d. Violeta.
- e. Otro. ¿Cuál?_____

7. *En relación a la sala de Fisioterapia, ¿qué sensación percibe con el color elegido?*

- a. Tranquilidad.

Anexos

b. Hiperactividad.

c. Positividad.

d. Meditación.

e. Otra. ¿Cuál?_____

8. *¿Qué color añadiría en la sala de Terapia Ocupacional?*

a. Naranja.

b. Amarillo.

c. Azul.

d. Verde.

e. Otro. ¿Cuál?_____

9. *En relación a la sala de Terapia ocupacional, ¿qué sensación percibe con el color elegido?*

a. Tranquilidad.

b. Armonía.

c. Positividad.

d. Alegría.

e. Otra. ¿Cuál?_____

10. *¿Le gustaría tener una sala de manualidades?*

a. Si.

b. No.

11. *¿Qué trabajos o manualidades le gustaría hacer?*

a. Carpintería.

b. Costura.

c. Manualidades con arcilla o pasta moldeable.

d. Todas.

Anexos

- e. Ninguna.
- f. Otra. ¿Cuál? _____

Zonas exteriores

12. Si hubiera zonas ajardinadas y con huerto, ¿qué actividad le gustaría realizar?

- a. Ejercicio (Ejemplo: Pasear, ejercitar brazos y piernas).
- b. Plantar en el huerto.
- c. Sentarse en algún banco a tomar el sol.
- d. Todas.
- e. Ninguna.

13. Si hubiese una piscina, ¿qué actividades le gustaría hacer?

- a. Ejercicios acuáticos monitorizados por un profesional.
- b. Nadar o hacer ejercicio de forma independiente.
- c. Simplemente disfrutar de la sensación del agua con un baño en la piscina.
- d. Todas.
- e. Ninguna.

Otros datos

14. ¿Le gustaría escuchar música?

- a. Si.
- b. No.

Anexos

15. *Si ha respondido sí a la anterior pregunta, ¿en qué lugares o momentos?*

- a. Durante la comida.
- b. Al despertarse.
- c. Durante la ducha.
- d. En todos los citados.

16. *Por último, ¿qué tipo de música?*

- a. Para relajarse.
- b. Para bailar.
- c. Para activarse.
- d. No le gusta escuchar música.
- e. Escucha música para todo lo citado.

17. *¿Siente que la enfermera y/o el personal de la residencia escucha todo lo que usted quiere contarle?*

- a. Siempre.
- b. Casi siempre.
- c. A veces.
- d. Casi nunca.
- e. Nunca.

18. *A modo de conclusión, con respuesta abierta, ¿qué echa de menos en la residencia y qué les gustaría tener?*