

Efecto programa de salud domiciliaria en personas ancianas de grupos culturalmente diversos



Effect of the home health care program on culturally diverse elder people

Efeito do programa de assistência domiciliar em saúde de pessoas idosas em grupos culturalmente diversos

Díaz-Fernández, Jenny Katherine; Velásquez-Gutierrez, Vilma Florisa; López-Díaz, Alba Lucero

 **Jenny Katherine Díaz-Fernández**

jkdiazf@unal.edu.co

Clínica Medilaser, Colombia

 **Vilma Florisa Velásquez-Gutierrez**

vvelasquez@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá,

Facultad de Enfermería, Colombia

 **Alba Lucero López-Díaz** alopezdi@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá -

Facultad de Enfermería, Colombia

Revista Ciencia y Cuidado

Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia

ISSN: 1794-9831

ISSN-e: 2322-7028

Periodicidad: Cuatrimestral

vol. 15, núm. 2, 2018

revistacienciaycuidado@ufps.edu.co

Recepción: 20 Octubre 2017

Aprobación: 28 Marzo 2018

URL: <http://portal.amelica.org/amei/journal/508/5082332007/>

Resumen: Introducción: Los programas domiciliarios adaptados culturalmente, permiten obtener resultados eficientes en poblaciones vulnerables. **Objetivo:** Evaluar el efecto de un programa de salud domiciliaria en personas ancianas con dependencia funcional en tres grupos culturalmente diversos. **Materiales y Método:** Estudio cuantitativo con datos secundarios, resultados de cuatro estudios cuasiexperimentales. Participaron en el Programa de salud domiciliaria adaptado culturalmente 155 personas ancianas de tres grupos culturales: habitantes del área urbana de Bogotá (58), campesinos de Cáqueza (30), afrocolombianos de Tumaco (18) y Guapi (49). La información fue recolectada con las escalas de: intensidad del dolor, autopercepción de la salud y actividades de la vida diaria (AVD). Se realizó un análisis descriptivo y prueba no paramétrica de rango signo de Wilcoxon en cada grupo. Se consideraron aspectos éticos. **Resultado:** El programa de salud domiciliaria para personas ancianas tuvo efecto positivo estadísticamente significativo en las variables de dolor, autopercepción y dependencia en actividades de la vida diaria; se observó especialmente la intensidad de dolor en afrocolombianos y el aumento de la independencia de las actividades de la vida diaria en los campesinos. **Conclusiones:** El logro de resultados estadísticamente significativos en las variables de dolor, autopercepción y dependencia en los grupos culturalmente diversos de personas ancianas, sugiere la necesidad de realizar investigaciones sobre programas de salud domiciliaria con perspectiva cultural y con participación de cuidadores, teniendo en cuenta la baja adherencia terapéutica de personas ancianas con dependencia funcional.

Palabras clave: Anciano, dolor, enfermería transcultural, servicios de Atención de Salud a Domicilio.

Abstract: Introduction: The culturally adapted home health care programs, allow to obtain efficient results in vulnerable populations. **Objective:** Evaluate the effect of a home health care

program on elder people with functional dependency in three culturally diverse groups. **Materials and Methods:** Quantitative study with secondary data, results of four quasi-experimental studies. 155 elders from three cultural groups participated in the program: inhabitants of the urban area of Bogota (58), farmers from Caqueza (30), afro Colombians from Tumaco (18) and Guapi (49). The information was recollected with the following scales: pain intensity, self-perception of health and daily life activities (AVD). A descriptive analysis and a Wilcoxon signed-rank test were performed for each group. Ethical aspects were considered. **Results:** The home health care program for elder people had a statistically significant positive effect in the variables of pain, self-perception, and dependency on daily life activities; it particularly observed the pain intensity of afro Colombians and the increase of independence of farmers in daily life activities. **Conclusions:** The achievement of statistically significant results in the variables of pain, self-perception and dependency in the culturally diverse groups of elder people, suggest the need to perform researches about cultural home health care and participation of the caregivers, also considering the low therapeutic adherence of elder people with functional dependency.

Keywords: Elder, pain, transcultural nursing, home health care services.

Resumo: Introdução: Os programas de visitas domiciliares adaptados culturalmente, permitem obter resultados eficientes em populações vulneráveis. **Objetivo:** Avaliar o efeito de um programa de assistência domiciliar em saúde de pessoas idosas com dependência funcional em três grupos culturalmente diversos. **Materiais e Métodos:** Estudo quantitativo com dados secundários, provenientes de quatro estudos quase experimentais. Participaram do Programa de Assistência Domiciliar em Saúde 155 pessoas idosas de três grupos culturais: habitantes da área urbana da cidade de Bogotá (58), camponeses do município de Cáqueza (30), Afro-colombianos dos municípios de Tumaco (18) e Guapi (49). A informação foi recolhida com as escalas de: intensidade da dor, autopercepção da saúde e atividades da vida diária (AVD). Realizou-se uma análise descritiva e um teste dos postos sinalizados de Wilcoxon (teste de hipóteses não paramétrico) em cada grupo. Consideraram-se aspectos éticos. **Resultados:** O programa de assistência domiciliar em saúde para pessoas idosas teve efeito positivo estatisticamente significativo nas variáveis da dor, autopercepção e dependência em atividades da vida diária; observou-se especialmente a intensidade da dor em Afro-colombianos e o aumento da independência das atividades da vida diária nos camponeses. **Conclusões:** A obtenção de resultados estatisticamente significantes nas variáveis da dor, autopercepção e dependência nos grupos culturalmente diversos de pessoas idosas, sugere a necessidade de realizar pesquisas sobre programas de assistência domiciliar com perspectiva cultural e com participação de cuidadores, tendo em conta a baixa aderência terapêutica de pessoas idosas com dependência funcional.

Palavras-chave: Enfermagem transcultural, dor, idoso, serviço de assistência domiciliar em saúde.

Introducción

Para el año 2050 la población mayor de 60 años se proyecta que llegará a los 2000 millones (1- 3); panorama que representa un crecimiento de necesidades y cuidados de salud en este grupo poblacional frente al dolor, la autopercepción y las actividades de la vida diaria (4).

Para Elliot et al. (5) el dolor en las personas ancianas se calcula que puede ir desde un 25 hasta 88 %, siendo las mujeres quienes reportan mayor dolor causado especialmente por artritis. Por otra parte, Guerrero y Gómez (6) afirman que “Los reportes nacionales efectuados por la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) revelan que cerca de la mitad de la población refiere dolor crónico (46 %), con predominio de intensidad severa (41 %) y casi una tercera parte son personas mayores de 55 años (29.9 %)”. Por último, Castillo et al. (1) reseñan que la alta prevalencia de dolor en la población geriátrica, así como la frecuente cronicidad y sus consecuencias, ponen de manifiesto esta problemática como un asunto de salud pública que requiere manejo integral, con el fin de favorecer el bienestar de las personas ancianas, especialmente de aquellas que viven en situación de discapacidad y carecen de los recursos económicos para acceder a los tratamientos necesarios para mitigar el dolor y el sufrimiento que éste produce considerado como multifactorial. Desde ésta perspectiva la literatura recomienda un acompañamiento complementario que involucra aspectos psicológicos, físicos y farmacológicos.

En consecuencia, la literatura sugiere una valoración del dolor multidimensional, lo que implica tener en cuenta los reportes sobre lo que el paciente transmite, puesto que el dolor presenta una valoración subjetiva influenciada por los estados de ánimo que el paciente experimenta (1). De igual forma, los factores socioculturales influyen en las manifestaciones de dolor y dan cuenta de las concepciones que tienen sobre el mundo los diferentes grupos étnicos, relacionadas con creencias, actitudes, lenguaje, expresiones del mismo, género/sexo, prácticas medicamentosas, espiritualidad, roles sociales y expectativas de los integrantes del grupo cultural; también se debe tener en cuenta la socialización de las expresiones y la discriminación percibida del dolor, el estatus socioeconómico, la aculturación, la edad y los factores medioambientales. Por consiguiente, se concluye que las condiciones sociales y culturales juegan un rol importante en el comportamiento del dolor en miembros de la misma cultura y que pueden tener diferentes actitudes hacia varios tipos de dolor (7,8).

Por otro lado, la literatura señala que el dolor es un predisponente directo a la mala percepción de salud (7) e influye en las actividades de la vida diaria, y de acuerdo con Bazargan et al. (9) también repercute en el estado de ánimo, la calidad de vida y puede aumentar el riesgo de discapacidad física, dependencia e inmovilidad. Al respecto un estudio efectuado por Dorantes et al. (10) en México con 7171 personas ancianas encontró que el dolor limita las actividades de la vida diaria ($p < 0,01$) y produce baja autopercepción respecto a las AVD ($p < 0,01$).

En lo que respecta a las intervenciones, la revisión de literatura advierte sobre una marcada tendencia a la implementación de intervenciones no farmacológicas para el control del dolor, donde están incluidas técnicas de relajación, musicoterapia, estimulación sensorial, formación, entrevistas motivacionales e información (1).

Por otra parte, estudios realizados en Europa, Asia y Latinoamérica reportan 3 programas que contribuyen a la disminución del dolor: Un programa desarrollado en Colombia con enfoque cultural y en ambiente domiciliario (7) mientras que los otros se realizaron en un entorno de atención primaria en Alemania (11) y en centros comunitarios en Brasil (12). En los tres programas participaron personas ancianas entre los 60 y 85 años, en grupos conformados por 16 y hasta 79 personas, con una duración de 2 a 8 semanas; fueron dirigidos por diversos profesionales como trabajadores sociales, enfermeras, médicos, terapeutas físicos y terapeutas ocupacionales.

Con respecto a las variables dolor y dependencia, el programa realizado en Brasil por Salvetti et. al (12) demuestra que el uso de un enfoque psicoeducativo comportamental tiene resultados estadísticamente significativos en la disminución del dolor ($p < 0,001$) y una correlación significativa con respecto a la disminución de la dependencia para la ejecución de actividades de la vida diaria ($p < 0,001$). También el estudio de Leonhardt et al. (11) relacionado con un programa de atención primaria efectuado en Alemania, con tratamiento de actividad física graduada, presentó una disminución estadísticamente significativa de la intensidad del dolor ($p = 0,029$) y un aumento en la capacidad física después del tratamiento con un valor de ($P = 0,008$). Con respecto, a las variables dolor y autopercepción de la salud, no se encontraron programas; sin embargo, un estudio en Madrid (España) sobre los factores que influyen en la autopercepción de la salud, muestra una correlación entre el estado autopercebido de salud (EAS) y dolor (EVA); con un valor de p significativo ($p < 0,001$) (13).

En nuestro país, algunas intervenciones con perspectiva cultural en la población afrodescendiente han utilizado métodos tradicionales que se complementan con el uso de medicamentos, favoreciendo la autodeterminación, el desarrollo de capacidades y la toma de decisiones acordes con su universo cultural (7). Es decir, que los parámetros anteriores impactan en el ámbito disciplinar con una valoración y manejo adecuado del dolor (8,14), según el componente cultural; igualmente, repercuten a nivel social, fortaleciendo y manteniendo las representaciones sociales propias de las comunidades, disminuyendo los costos en salud mediante la prevención de la discapacidad, lo que facilita una apertura hacia un modelo biomédico basado en el dialogo y el conocimiento de saberes de los distintos grupos culturales. De acuerdo con lo planteado anteriormente, con esta investigación se evaluará el efecto de un programa de salud domiciliaria a personas ancianas en situación de dependencia funcional, aplicado en tres grupos culturalmente diversos.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el efecto de un programa de salud domiciliaria en personas ancianas con dependencia funcional que pertenecen a grupos culturalmente diversos.

Objetivos específicos

- Evaluar el efecto de un programa de salud domiciliaria respecto a la intensidad del dolor en tres grupos culturalmente diversos.

Evaluar el efecto de un programa de salud domiciliaria respecto a la autopercepción de la salud en tres grupos culturalmente diversos.

Evaluar el efecto de un programa de salud domiciliaria respecto a las actividades de la vida diaria en tres grupos culturalmente diversos.

Materiales y Métodos

Estudio cuantitativo con datos secundarios de cuatro estudios cuasiexperimentales de tres grupos culturales: urbanos de Bogotá (58), campesinos de Cáqueza (30), afrocolombianos de Tumaco (18) y Guapi (49), que cumplían con los criterios de inclusión asociados con la residencia en los municipios mencionados, personas ancianas, mayores de 60 años, con dependencia funcional, con asistencia de un cuidador familiar en alguna de sus actividades de la vida diaria y que conservan la capacidad de comprensión y verbalización.

Grupos culturales diversos

De acuerdo con Dreachslin (15) los grupos culturales diversos se definen con un amplio rango de similitudes y diferencias humanas en grupos de personas que de acuerdo con sus vivencias en el contexto de sus orígenes regionales han adaptado aspectos de su cultura tradicional y de sus entornos de vida. Por su parte, Halcomb et al. (16) afirman que viven de acuerdo a sus creencias, valores, lenguaje, ideas, costumbres y normas de comportamiento aprendidas y transmitidas mediante la filiación de grupo en un proceso continuo de socialización, incluyendo las diferencias de edad, raza/etnia, clase social, el papel dentro de una organización, religión, orientación sexual, habilidad física y otras identidades grupales.

Se debe precisar, que Colombia, por su gran diversidad cultural y étnica reviste especial importancia, razón por la cual se debe adoptar un enfoque diferencial con poblaciones, como las afrocolombianas, para quienes el autorreconocimiento étnico facilita el análisis sobre la situación social y demográfica particular de estas poblaciones. De acuerdo con los resultados de la ENDS 2015 (17), el 14.4 % de la población del país se autorreconoció como perteneciente a un pueblo indígena o a la población afrodescendiente. Los participantes del estudio se ubican en poblaciones diversas así:

Población Afrodescendiente

Los participantes de los municipios de Guapi y Tumaco se autorreconocen como afrodescendiente. Tienen raíces africanas y mantienen una estrecha relación persona-naturaleza; la marimba, los tambores y la relación con el río Guapi, la selva y el océano Pacífico hacen de su cotidianidad un ritmo mágico (18). En términos de salud responden a una cosmovisión donde predomina lo sobrenatural (18).

Población Campesina

La población rural de Cáqueza se autorreconoce como campesina. Según menciona Galán (19) las comunidades campesinas producen sus alimentos básicos con sistemas ancestrales y escasa dotación de recursos, siendo los focos donde se concentra la extrema pobreza. Así, el término campesino puede aplicarse a cualquier persona que se ocupe de la agricultura, la ganadería, la trashumancia y las artesanías relacionadas con la agricultura u otras ocupaciones similares en una

zona rural. Trabajan la tierra por sí mismos y dependen sobre todo del trabajo en familia y de otras formas en pequeña escala de organización del trabajo (20).

Población urbana residente en Bogotá, Distrito Capital

Los participantes de Bogotá residen en un espacio urbano definido como de naturaleza pública, con libre acceso a una comunidad o población que pueda desarrollar actividades sociales, culturales, educacionales, de contemplación y recreación que polariza, almacena y transmite la cultura (21). Bogotá, es el principal centro geográfico, político, industrial, económico y cultural del país. Es la cuna de las más importantes expresiones de arte colombiano y ha sido considerada como la ciudad con el mayor nivel educativo de la población económicamente activa del país (22).

Este análisis efectuado a partir de datos secundarios sobre investigaciones efectuadas por el GCCC, entre los años 2007-2012, contempló aspectos éticos de acuerdo con lo dispuesto en la Declaración de Helsinki 1975 y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Cada estudio contó con el aval del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y el GCCS conservó en estricta vigilancia dichos documentos.

El proceso para la recolección de la información tuvo en cuenta los siguientes pasos, que cambian de acuerdo al municipio:

a) Contacto de población: en Bogotá se hizo a través del programa de discapacidad de las Secretarías de Integración Social de las localidades de Kennedy y San Cristóbal; en Ciénega se contó con la coordinación de salud pública de la alcaldía del municipio; en Guapi se realizó a través de la Fundación Franciscana Da Amor FFUNDAMOR; y en Tumaco se dispuso de la información proveniente de la Alcaldía municipal.

b) Visita al domicilio e invitación a participar a las personas ancianas y presentación del proyecto.

c) Elección de participantes y firma del consentimiento informado.

d) Aplicación de instrumentos pre y post intervención: Bogotá y Ciénega entre marzo y diciembre de 2007, Guapi entre junio y octubre de 2010 y Tumaco entre junio y agosto de 2012.

La intervención efectuada se desarrolló igual en los tres grupos con el programa “Echar pa’lante como hormigas” adaptándolo a la cultura de cada grupo, teniendo en cuenta aspectos relacionados con la música, las costumbres y el lenguaje, etc. Consta de seis sesiones educativas con un intervalo de tiempo de quince días entre cada sesión en Bogotá, Ciénega y Guapi y ocho días en Tumaco, con una duración promedio de 2 horas por sesión.

De igual forma, el instrumento fue diseñado y aplicado por enfermeras con competencia cultural, mediante 5 fases (sensibilización, información, decisión, acción y evaluación) utilizando estrategias culturalmente competentes, adaptadas a las particularidades de cada población como frases, costumbres, canciones, lenguaje, etc. Las temáticas que abordaba el programa se relacionaron con el mejoramiento de la movilidad, la búsqueda de la independencia en la ejecución de actividades de la vida diaria y disminución del dolor. En este último aspecto se trabajó con el uso de plantas medicinales, actividad respaldada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA en Colombia, quien ha aprobado el uso de algunas plantas analgésicas y antiinflamatorias (23). Así mismo, se tuvo en cuenta el uso de medicación

analgésica prescrita por médicos, así como la negociación y fortalecimiento de cuidados propios.

Los instrumentos utilizados fueron:

1. Una encuesta para la recolección de las características sociodemográficas de los participantes

2. Las variables dependientes se midieron con tres instrumentos:

a) Índice de Barthel que mide la dependencia para efectuar diez actividades básicas de la vida diaria, con una confiabilidad de la versión original del índice de Barthel efectuada por Loewen y Anderson, y una consistencia interna con un índice de Cronbach de 0,86 y 0,92 (24).

b) Encuesta de autopercepción en salud; único ítem de esta variable planteado con una escala tipo Likert de cinco categorías, codificadas como se indica: [1] Excelente, [2] Muy buena, [3] Buena, [4] Regular y [5] Mala (25).

c). Para la intensidad del dolor se empleó una escala descriptiva simple con tres opciones de respuesta sobre el dolor: leve, moderado y severo (adaptada de la escala análoga visual de Scott-Huskinson, 1976, cuya validez es 0,81 y confiabilidad 0,82) (26).

El almacenamiento y análisis de la información se efectuó con el software estadístico SPSS versión 17.0 (Licencia IBM, asociada a la IP 168.176.39.1). Se realizó un análisis descriptivo comparativo de las variables sociodemográficas y la distribución porcentual del dolor, autopercepción y actividades de la vida diaria en los tres grupos culturalmente diversos. También se practicó la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon para demostrar la hipótesis alterna: la aplicación del programa domiciliario en personas ancianas con dependencia funcional en tres grupos culturalmente diversos, con efectos sobre la percepción del dolor, la autopercepción de la salud y la dependencia.

Resultados

En los grupos estudiados predominan las personas ancianas de género femenino: Bogotá (74 %), Ciénega (73 %), Tumaco (83 %) y Guapi (71 %). Debe señalarse, que las personas de mayor longevidad se observan en Bogotá y Ciénega con edades que oscilan entre 86-90 años (30 %), mientras que en Tumaco y Guapi la mayoría corresponde a edades entre 66-70 años (28 %) y 71- 75 años (26 %) respectivamente. En general, hay más participantes casados en Bogotá (32 %) y Ciénega (37 %); los viudos predominan en Tumaco (56 %) y Guapi (45 %) respectivamente, esto podría ser explicado por el contexto de pobreza, desplazamiento y conflicto armado que viven las poblaciones afrocolombianas en estas zonas geográficas. Con respecto a la escolaridad, en Ciénega la mayoría de personas ancianas cursó primaria incompleta o ha cursado la primaria completa (80 %), mientras que en los otros municipios predomina el analfabetismo en cerca de la mitad de las personas ancianas: Guapi (49 %), Bogotá (45 %) y Tumaco (44 %).

De igual manera, se debe precisar la gran mayoría de personas ancianas con afiliación al régimen subsidiado (80%), con hipertensión arterial como principal morbilidad sentida, está distribuida como sigue: Bogotá (67 %), Ciénega (70 %), Tumaco (67 %) y Guapi (69 %). Por otra parte, casi todas las personas ancianas están acompañadas por sus cuidadores: Bogotá (91 %), Ciénega (93 %), Tumaco

(100 %) y Guapi (100 %). La mayoría convive con 1 o 2 personas: Bogotá (33 %), Cáqueza (56 %) y Tumaco (33 %); llama la atención que en Guapi las personas ancianas conviven con tres y más personas (26 %) o más de 9 personas (16 %).

El principal cuidador es la hija/o (58 %), seguido por el cónyuge (17 %). El tiempo de atención al día que requieren los adultos mayores es mayor a 8 horas de cuidado, con porcentajes elevados en los tres grupos, especialmente en Guapi (70 %) y durante todos los días de la semana (93 %).

Intensidad del dolor en tres grupos culturalmente diversos

La Tabla 1 muestra los resultados del programa de salud domiciliaria sobre la variable dolor en los tres grupos diversos. Como se puede observar, hay diferencia en la percepción de la intensidad del dolor, tanto en el pretest como en el postest: en el pretest se percibe que las personas ancianas con dolor severo y moderado se encuentran en Bogotá (87 %) y Cáqueza (83 %); frente a la percepción de la población afrocolombiana donde predomina el dolor moderado y leve, Tumaco (100 %) y Guapi (72 %) respectivamente. En el postest se evidencia el impacto porcentual positivo en los tres grupos culturales, sobre todo en los afrocolombianos, con excelentes resultados en Guapi donde al final gran parte de las personas no presentan dolor (71 %) y en Tumaco la totalidad de personas reportó dolor leve.

Tabla 1

Efecto de un programa de salud domiciliaria sobre la intensidad del dolor en tres grupos culturalmente diversos

Variable Dolor Pretest-postest	Urbanos		Campesinos		Afrocolombianos			
	Bogotá n=58		Cáqueza n=30		Tumaco n=18		Guapi n=49	
	Pre %	Post%	Pre%	Post %	Pre%	Post %	Pre%	Post %
Sin dolor	6	29	0	20	0	0	20	71
Leve	7	26	17	27	22	100	37	29
Moderado	42	27	50	43	78	0	35	0
Severo	45	18	33	10	0	0	8	0
Valor P	<0.01		0.001		<0.01		<0.01	

Grupo de cuidado cultural de la salud de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Al efectuar la prueba de rango con signo de Wilcoxon se pudo demostrar la hipótesis alterna relacionada con la aplicación del programa de salud domiciliaria en personas ancianas con dependencia funcional en tres grupos culturalmente diversos, con efectos estadísticamente significativos sobre el dolor en el grupo de habitantes de Bogotá (p= <0.01), campesinos de Cáqueza (p= 0.001) y afrocolombianos de Tumaco (p= <0.01) y Guapi= (<0.01).

Autopercepción de la salud en tres grupos culturalmente diversos

La tabla 2 presenta los resultados sobre el efecto del programa de salud domiciliaria en la variable autopercepción de la salud, en la que se puede observar que al iniciar el programa más de la mitad de las personas ancianas con dependencia reconocen tener mala y regular autopercepción: Tumaco (89 %), Cáqueza (84 %), Bogotá (76 %) y Guapi (57 %); sin embargo, al finalizar el programa se percibe un cambio positivo de autopercepción, especialmente en

la población afrocolombiana, donde la mitad o más personas expresaron que tenían una autopercepción entre buena, muy buena y excelente: Guapi (92 %) y Tumaco (50 %), mientras que en los ancianos de Cáqueza y Bogotá predomina la autopercepción entre regular y buena (86 % y 84 %) respectivamente.

Tabla 2

Efecto de un programa de salud domiciliaria sobre la autopercepción en tres grupos culturalmente diversos

Variable Autopercepción Pretest-postest	Urbanos		Campesinos		Afrocolombianos			
	Bogotá n=58		Cáqueza n=30		Tumaco n=18		Guapi n=49	
	Pre %	Pos %	Pre %	Post %	Pre %	Post %	Pre %	Post %
Mala	27	7	37	10	50	0	16	0
Regular	49	44	47	53	39	50	41	1
Buena	24	40	16	33	11	39	43	37
Muy Buena	0	5	0	0	0	0	0	50
Excelente	0	4	0	4	0	11	0	12
Valor de P	0.01		0.001		0.002		0.01	

Grupo de cuidado cultural de la salud de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia

Al practicar la prueba de rango con signo de Wilcoxon se demuestra que el programa logra modificar la variable autopercepción de salud en los 3 grupos culturalmente diversos, con los valores p estadísticamente significativos de la siguiente manera: habitantes de Bogotá ($p = <0.01$), campesinos de Cáqueza ($p = 0.001$), afrocolombianos de Tumaco ($p = <0.002$) y Guapi ($p = <0.01$).

Actividades de la vida diaria AVD, en tres grupos culturalmente diversos

La tabla 3 presenta el efecto del programa de salud domiciliaria en la variable dependencia de las personas ancianas frente a las actividades de la vida diaria (AVD), medida con la escala de Barthel. Al iniciar el programa un alto porcentaje de personas ancianas manifestaron presentar dependencia moderada, severa y total: Bogotá (97 %), Tumaco (95 %), Cáqueza (95 %), y Guapi (71 %); por el contrario, al finalizar el programa se observa un efecto positivo de ganancia en independencia en todos los grupos. Teniendo en cuenta esta variable, se pudo constatar que la ganancia de dependencia moderada, leve e independencia predominó en los afrocolombianos de Guapi (88 %), en los campesinos de Cáqueza (84 %) y en los habitantes de Bogotá (83 %).

Por otra parte, la prueba de rango con signo de Wilcoxon permitió probar la hipótesis alterna sobre la aplicación del programa de salud domiciliaria en personas ancianas con dependencia funcional en tres grupos culturalmente diversos, demostrando que tiene efectos estadísticamente significativos sobre el logro de mayor independencia en los tres grupos culturales: habitantes de Bogotá ($p = 0.01$), campesinos de Cáqueza ($p = 0.0009$), afrocolombianos de Tumaco ($p = 0.001$) y Guapi ($p = 0.01$).

Tabla 3. Efecto de un programa de salud domiciliaria sobre las actividades de la vida diaria (AVD), en tres grupos culturalmente diversos.

Tabla 3
Efecto de un programa de salud domiciliaria sobre las actividades de la vida diaria AVD en tres grupos culturalmente diversos

Variable dependencia Pretest-postest	Urbanos		Campesinos		Afrodescendientes			
	Bogotá n=58		Cáqueza n=30		Tumaco n=18		Guapi n=49	
	Pre %	Post %	Pre %	Post %	Pre %	Post %	Pre %	Post %
Dependencia total	4	0	3	3	0	6	4	0
Dependencia severa	24	16	17	13	39	22	22	12
Dependencia moderada	69	49	63	34	56	39	74	59
Dependencia escasa	4	18	14	23	6	22	0	29
Independencia	0	16	3	27	0	11	0	0
Valor P	0.01		0.009		0.001		0.01	

Grupo de cuidado cultural de la salud Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Discusión

El programa muestra efectos estadísticamente significativos en las variables: intensidad del dolor, autopercepción de la salud y actividades de la vida diaria en los tres grupos culturalmente diversos.

Sin embargo, se destaca en los resultados que los afrocolombianos perciben dolor leve y moderado en la preprueba y al finalizar el programa. Es posible que este hallazgo esté relacionado por las características culturales propias de la población afrocolombiana acerca de la percepción del dolor, como lo refieren López et al. (7) quienes afirman que la manera como las distintas comunidades abordan el dolor es atribuida directamente a la cultura que aborda un lenguaje, un significado del cuerpo, la salud y la enfermedad propios y únicos en su visión (8,27,28).

Por otra parte, al examinar el acceso a los servicios de salud, desde la perspectiva cultural se debe precisar, como lo afirman Bazargan et al. (29) que “Los afroamericanos se ven afectados por las condiciones médicas crónicas, más que sus homólogos blancos, y tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad a partir de estas condiciones. También son menos propensos a tener atención médica de proveedores regulares y son más propensos a identificar erróneamente el propósito de medicamentos”.

De acuerdo a lo planteado por Calvillo y Flaskerud (30) las enfermeras como parte fundamental del equipo de salud deben tener competencia cultural para realizar una valoración oportuna del dolor (31). En otro estudio Gallegos et al. (32) señalan que existe una relación proporcionalmente directa entre la variable dolor y la variable percepción de la salud; lo cual sugiere que al disminuir el dolor aumenta la percepción positiva de la salud ; es decir, que los ancianos perciben el dolor, pero lo expresan de manera alterada porque el proceso de envejecimiento provoca una disminución del umbral sensorial, aunque no es claro si aplica para el dolor crónico. De igual forma, añaden que la proporción de

enfermedades crónicas y limitaciones físicas también repercute en la percepción de la salud, lo cual puede significar que los resultados de nuestro estudio podrían tener variabilidad a la hora de clasificar su dolor, se deja claro que los participantes del estudio estaban clasificados con dependencia moderada (32). Por otra parte Castillo et. al (1) relatan que no todas las intervenciones contribuyen al mejoramiento del dolor, “para las enfermedades osteomusculares la terapia física con ejercicios breves mejora la movilidad, pero puede llegar a empeorar el dolor”.

Por otro lado, en la literatura se afirma que el género femenino y la autopercepción de la salud tienen una relación negativa (29, 30); en este estudio predominan las mujeres entre 74 % y 83 % de la muestra, lo que podría explicar que los resultados encontrados, fuesen entre regular y buena autopercepción.

De otra parte, Castillo et al. (1) expresan que si se tiene en cuenta un tamaño de muestra pequeño, mediante corto tiempo de intervención y la falta de un seguimiento a largo plazo puede subestimar la efectividad del tratamiento. Se destaca que en los estudios encontrados solo tres son explícitos y muestran de manera completa el desarrollo de los programas (8, 12, 13), mientras que en otros de los estudios analizados se da información sobre los resultados estadísticamente significativos (1, 10, 11, 14, 15, 29, 30), sin revelar detalles sobre la propuesta metodológica utilizada en el programa, por lo que es difícil valorar la relevancia clínica de los efectos encontrados (1). Los estudios que reportan la metodología, población y tiempo de duración (8, 12, 13), coinciden con los resultados del presente estudio, en donde se señala que existe un cambio positivo significativo en el control del dolor, la autopercepción de la salud y la dependencia.

Por consiguiente, se sugiere continuar investigando en el diseño y aplicación de programas de salud en el ámbito domiciliario y hospitalario, desde una perspectiva interdisciplinaria y con comunidades culturalmente diversas.

Limitaciones

De acuerdo con las condiciones específicas de las poblaciones, el tamaño de la muestra y el cumplimiento de los criterios de inclusión, estos estudios no se pueden extrapolar a otras comunidades diversas en términos culturales, por lo tanto, se sugiere replicar estudios en otras poblaciones y continuar realizando investigaciones culturalmente congruentes con el desarrollo de la profesión y así garantizar un cuidado integral, coherente culturalmente y de calidad.

Conclusiones

- Son escasos los estudios sobre programas de salud domiciliaria con enfoque cultural, que midan las variables dolor, autopercepción y actividades de la vida diaria en personas ancianas. Los programas de salud con diversos enfoques terapéuticos tienen un impacto positivo y estadísticamente significativo frente a estas variables.
- El programa de salud domiciliaria con enfoque cultural alcanzó resultados estadísticamente significativos en los tres grupos culturalmente diversos, presentándolo como una estrategia innovadora de entrada a contextos y poblaciones vulnerables, donde la cosmovisión sobre la salud plantea una mediación cultural en las intervenciones para mejorar la salud.

- El programa facilitó la interacción y crecimiento mutuo de cuidadores, profesionales de la salud y sujetos de cuidado. Igualmente, se logró un efecto estadísticamente significativo, gracias a la exploración de las creencias, valores y prácticas significativas, lo que ha permitido moldear intervenciones adaptadas al contexto cultural, y al mismo tiempo ser aplicadas por profesionales con competencia cultural.
- Se recomienda la producción de programas de salud domiciliaria, que tengan un enfoque cultural, que sean aplicados por grupos de profesionales interdisciplinarios con competencia cultural; programas que deben estar dirigidos hacia poblaciones vulnerables, en donde se incluyan a las personas y a su familia, con un enfoque diferencial.

Conflicto de Intereses

Los autores manifiestan no tener conflicto de intereses.

Referencias Bibliográficas

1. Castillo Bueno M, Moreno Pina J, Martínez Puente M, Artiles Suárez M, Company Sancho M, et al. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. *JB Libr Syst Rev*. 2010; 8(28):1112–68.
2. Reina Leal LM, Romero Ballén MN. La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. *Cultura de los cuidados* [Internet]. 2014 [Consultado el 18 de abril de 2018]; 18(38):128-138. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36991/1/Cult_Cuid_38_15.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. *Sabe Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Resumen Ejecutivo*. [Internet]. Bogotá; [Consultado 01 de marzo de 2017]; 1–11. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
4. Barreto Y, Enriquez C, Velasquez V. Efectividad de un programa en la carga de cuidado para cuidadores familiares en tres grupos culturalmente diversos. *Med UNAB*. [Internet]. 2017 [consultado el 22 de abril de 2018]; 20(1):28-38. Disponible en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=2688>
5. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Cairns Smith W, Alastair Chambers W. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* [Internet]. 1999 [Consultado el 1 de Marzo de 2017]; 354(9186):1248– 1252. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673699030573/fulltext>
6. Guerrero AM, Gómez MP. Prevalencia del dolor crónico en Colombia. *Asoc Colomb Neurol* [Internet]. 2014 [Consultado el 01 de Marzo de 2017]; 1–44. Disponible en: <http://www.acnweb.org/images/noticias/viii-estudio-dolor-cronico-2014.pdf>
7. López L, Barreto Zorza YM, Maluche A. Dolor en personas ancianas afrodescendientes: resultados cualitativos de un programa domiciliario adaptado culturalmente. *Index de Enfermería*. 2014; 23(3):162–6.
8. Davidhizar R, Giger JN. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2004 [consultado el 17 de noviembre

- de 2017]; 51(1):47–55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764014>
9. Bazargan M, Yazdanshenas H, Han S, Orum G. Inappropriate Medication Use Among Underserved Elderly African Americans. *J Aging Health* [Internet]. 2015 [consultado el 29 de agosto de 2016]; 28(1):118–138. Disponible en: <http://jah.sagepub.com/content/28/1/118?etoc>
 10. Dorantes G, Ávila JA, Mejía S, Gutiérrez LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2007 [consultado el 29 de agosto de 2016]. 22(1):1–11. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000600001&lng=en
 11. Leonhardt C, Kuss K, Becker A, Basler HD, De Jong J, Flatau B, et al. Graded Exposure for Chronic Low Back Pain in Older Adults: A Pilot Study. *J Geriatr Phys Ther* [Internet]. 2016 [consultado el 02 de marzo de 2016]; 40(1):51–59. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27058216>
 12. Salvetti MG, Cobelo A, Vernalha PM, Vianna CIA, Canarezi LC, Lacerda Calegare RG. Efectos de un programa psicoeducativo en el control del dolor crónico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [consultado el 25 de mayo de 2016]; 20(5):8p. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_11.pdf
 13. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Valero De Bernabé FA. Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2002; 76(6):683–699.
 14. Lasch KE. Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Manag Nurs*. 2000; 1(3):16–22.
 15. Dreachslin J. Conducting Effective Focus Groups in the Context of Diversity: Theoretical Underpinnings and Practical Implications. *Qual Health Res* 1998; 8(6):813–20.
 16. Halcomb EJ, Gholizadeh L, DiGiacomo M, Phillips J, Davidson PM. Literature review: Considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *J Clin Nurs* 2007; 16(6):1000–1011.
 17. ENDS Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Situación los niños y niñas en Colombia. [Internet]. 2015 [consultado el 15 de agosto de 2017]; Tomo I. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
 18. López L, Cataño N, López H. Creencias en salud de una población Afrocolombiana. En: *El cuidado de Enfermería y las metas del Milenio*. Bogotá Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2012; 1:53-66.
 19. Galán B. Participación campesina para una agricultura sostenible en países de América Latina. Italia. Editorial Roma; 1994.
 20. Consejo de Derechos Humanos. Greiff P De. Declaración sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales. [Internet]. 2013 [consultado el 15 de agosto de 2017]; 15861:1–7. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/WGPleasants/AHRC-WG-15-1-2_sp.pdf
 21. Leon Balza S. Conceptos sobre espacio público, gestión de proyectos y lógica social: Reflexiones sobre la experiencia Chilena. *Revista Eure*. 1998; 24(71): 27-36.
 22. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Características demográficas de Santa Fé de Bogotá [Internet]. 2017 [consultado el 02 de marzo de 2017];

Disponible en: <http://www1.udistrital.edu.co/universidad/colombia/bogota/caracteristicas/>

23. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA. Comisión Revisora. Sala Especializada de Fitoterapéuticos y Suplementos Dietarios. Acta N°02 [Internet]. 2015 [consultado el 02 de marzo de 2017]; pp.1-15. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/images/pdf/salasespecializadas/productos-naturales/2015/Acta%20No.%2002%20de%202015%20Marzo%20SEPFSD.pdf>
24. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 1997 [consultado el 05 de agosto de 2016]; 71(1):127–37. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
25. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - CELADE. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. [Internet] Santiago de Chile, 2006. [consultado el 10 de febrero de 2016]; 204 p. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-lavejez>
26. Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A, García Saura PL, Serrano Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (I). Rev Soc Esp Dolor. [Internet]. 2002 [consultado el 05 de agosto de 2016]; 9(1):94–108. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf
27. Bonham VL. Race, Ethnicity, and Pain Treatment: Striving to Understand the Causes and Solutions to the Disparities in Pain Treatment. J law, Med y Ethics. [Internet]. 1969 [consultado el 15 de noviembre de 2017]; 28(4):52–68. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1748-720X.2001.tb00039.x>
28. Zatzick DF, Dimsdale JE. Cultural variations in response to painful stimuli. Psychosom Med. [Internet]. 1990 [consultado el 15 de noviembre de 2017]; 52:544–57. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.542.6992&rep=rep1&type=pdf>
29. Bazargan M, Yazdanshenas H, Gordon D, Orum G. Pain in Community-Dwelling Elderly African Americans. J Aging Health. [Internet]. 2016 [consultado el 29 de agosto de 2016]; 28(3):403–25. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898264315592600>
30. Calvillo ER, Flaskerud JH. Evaluation of the pain response by Mexican American and Anglo American women and their nurses. J Adv Nurs. [Internet]. 1993 [consultado el 18 de noviembre de 2017]; 18(3):451–459. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8450141>
31. Lovering S. Cultural Attitudes and Beliefs About Pain. J Transcult Nurs [Internet]. 2006 [consultado el 18 de noviembre de 2017]; 17(4):389–95. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659606291546>
32. Gallegos Carrillo K, García Peña C, Duran Muñoz, Reyes Morales H. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. Rev Saúde Public [Internet]. 2006 [consultado el 02 de marzo de 2016]; 40(5):792–801. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/250042928_Autopercepcion_de_l_estado_de_salud_una_aproximacion_al_los_ancianos_en_Mexico