

# Dolor en personas ancianas con dependencia: programa de visita domiciliaria adaptado culturalmente a población rural

## Pain in dependent elderly people: home visit program culturally adapted to a rural population

Carolina A. Vargas-Acevedo, Martha L. Alzate-Posada,  
Lucero López-Díaz y Vilma F. Velásquez

Recibido 16 mayo 2014 / Enviado para modificación 21 enero 2016 / Aceptado 4 mayo 2017

### RESUMEN

**Objetivo** Evaluar los efectos de un programa de visita domiciliaria culturalmente adaptado sobre la intensidad del dolor de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en la población rural de Cáqueza-Cundinamarca.

**Método** Estudio cuasi-experimental con pre-prueba y post-prueba. Participaron 34 mayores de 60 años con deficiencia física o visual y dependencia total o parcial. El programa de visita domiciliaria constó de siete visitas con un promedio de dos horas de duración y un intervalo de 13 a 15 días. Para el manejo del dolor se propuso un sincretismo entre medicamentos, plantas medicinales y remedios caseros. El dolor se evaluó con la escala verbal del dolor y en diario de campo fueron registrados los datos cualitativos. Se aplicó la prueba de rangos asignados de Wilcoxon.

**Resultados** En la pre-prueba el 100 % tenían un tipo de dolor y en la post-prueba hubo efectos favorables y significativos ( $p$ .valor <0.001) en la disminución del dolor. Cualitativamente son atribuidos los cambios en parte al desarrollo del programa y otras explicaciones corresponden a los valores y creencias del grupo.

**Conclusiones** El programa de visita domiciliaria adaptado culturalmente deja evidencia cómo ofrecer una respuesta donde se dialoga entre el saber popular y profesional logrando una práctica segura y adaptada al universo cultural de las personas. Latinoamérica requiere de profesionales culturalmente sensibles a las expresiones y percepciones de dolor con curiosidad para explorar en la evidencia las posibilidades terapéuticas de las propuestas provenientes del saber popular.

**Palabras Claves:** Manejo del dolor, anciano, población rural, personas con discapacidad, competencia cultural, enfermería transcultural, terapias complementarias (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To assess the effects of a culturally adapted home visit program on pain intensity in elderly people with disability and poverty conditions in the rural population of Cáqueza-Cundinamarca, Colombia.

**Method** Quasi-experimental study with pre-test and post-test. The study included 34 people over 60 years of age with physical or visual impairment and total or partial dependence. The home visit program consisted of seven visits paid for an average of two hours and an interval of 13 to 15 days. A syncretism of drugs, medicinal plants and home remedies was proposed for pain management. Pain was assessed using the verbal pain scale and qualitative data were recorded in the field diary. Wilcoxon signed-rank test was applied.

**Results** During the pre-test, 100 % of the participants presented with a type of pain, while favorable and significant effects were observed in the post-test ( $p$  value  $s$ <0.001)

CV: Enfermera. Especialista en Promoción en Salud y Desarrollo Humano, M. Sc. Salud Pública, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (U.D.C.A.) Bogotá, Colombia. [cavargasa@unal.edu.co](mailto:cavargasa@unal.edu.co)

MA: Enfermera, Ph. D. Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [mlalztep@unal.edu.co](mailto:mlalztep@unal.edu.co)

LL: Enfermera. Ph. D. M. Sc. Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [allopezdi@unal.edu.co](mailto:allopezdi@unal.edu.co)

VV: Enfermera. M. Sc. Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [vvelazquez@unal.edu.co](mailto:vvelazquez@unal.edu.co)

in relation to pain reduction. Changes are qualitatively attributed, partly, to the development of the program and other explanations include values and beliefs of the group.

**Conclusions** The culturally adapted home visits program shows that it is possible to act in contexts where dialogues occur between popular and professional knowledge, achieving a safe practice adapted to the cultural universe of people. Latin America requires professionals culturally sensitive to expressions and perceptions of pain, who are curious to explore, based on evidence, the therapeutic possibilities proposed by popular knowledge.

**Key Words:** Pain management, aged, rural population, disabled persons, cultural competency, transcultural nursing, complementary therapies (*source: MeSH, NLM*).

El dolor es definido como la percepción de una sensación desagradable que indica un daño potencial o real en alguna estructura corporal (1). En Colombia, el Octavo Estudio Nacional del Dolor 2014, mostró una prevalencia de dolor en la población colombiana de 76 % en los últimos seis meses y de 46 % en los últimos tres meses (2). El dolor crónico se encuentra en más del 40 % en personas mayores de 65 años y superior a 85 % en mayores de 85 años (3), siendo aún más frecuente en los ancianos en condición de discapacidad física. En ancianos residentes en la comunidad, se estima que entre el 25 al 50 % presentan dolor (4,5,6), con consecuencias como limitación de la movilidad y desempeño de actividades cotidianas, depresión, disminución de la socialización, trastornos del sueño (2), mayor riesgo de caídas (7), la automedicación (8) aumento de la institucionalización (9) y mayor demanda de los servicios de salud.

En la revisión sistemática de Rahim se analizó la sensibilidad al dolor en varios grupos étnicos, mostró como la interacción entre biología, psicología, cultura y ambiente llevan a respuestas diferentes (10). Dada la diversidad cultural latinoamericana, los profesionales requieren desarrollar mayor sensibilidad a la influencia de la cultura en la percepción y comportamientos frente al dolor, por lo que valorar el dolor en personas ancianas debe considerar aspectos como inicio, localización, intensidad, duración, factores agravantes y reductores y tratamientos suministrados (11), así como aspectos que modifican la respuesta al dolor como el género, la cultura, el ambiente, los significados atribuidos y el nivel de tolerancia al mismo (6,12,13), el lenguaje atribuido al dolor y a las partes del cuerpo, los aspectos espirituales o religiosos, el estatus socioeconómico y la aculturación, que facilite individualizar el cuidado de la persona y lograr un cuidado culturalmente congruente (10,14,15,16).

En Colombia, algunos grupos de campesinos del altiplano cundiboyacence conciben el dolor corporal como una manifestación de algo postizo o un mal puesto (7). Estudios del grupo de investigación en Cuidado Cultural de la Salud de La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional (GCCS-FEUN), han reportado cómo la brujería, las alteraciones de la sangre, la exposición al

calor-frío, el castigo divino, el descuido en la juventud, en ancianos mestizos y afrocolombianos en situación de discapacidad y pobreza son causantes de los “males del cuerpo y del alma”, incluido el dolor. Ante estos males y sus causas, realizan prácticas sincréticas que incluyen tratamientos farmacológicos, asistir a curanderos o sobanderos, rezos, uso de plantas, “sobijos” (masajes) y prácticas espirituales como oraciones para ofrecer el sufrimiento y pedir el alivio del cuerpo, aplicación de aceites o agua de determinado santo o iglesia (9,17,18,19).

Considerando el universo cultural sobre el dolor de la población rural de personas ancianas en situación de pobreza y dependencia funcional, el GCCS co-creó el programa de visita domiciliaria culturalmente congruente denominado “Trabajando como hormigas para echar pa'lante”, adaptado y aplicado en diversos entornos culturales, evaluando los efectos sobre cuatro variables: dolor, autopercepción de la salud, depresión y actividades de vida diaria. En este artículo se presentan los efectos del programa de visita domiciliaria sobre el dolor en una población rural de ancianos en situación de discapacidad y pobreza del municipio de Ciénega-Cundinamarca.

## METODOLOGÍA

Investigación cuantitativa, con diseño cuasi-experimental con pre-prueba y post-prueba, en la cual se evaluó el efecto de un programa de visitas domiciliarias culturalmente congruente en personas ancianas mayores de 60 años residentes en el área rural de Ciénega-Cundinamarca, Colombia, con deficiencia física o visual, dependencia total o parcial para las actividades de la vida diaria y restricciones en la participación social por no salir por sus propios medios del domicilio; con funciones mentales preservadas y capacidad de comunicación verbal. No fueron consideradas personas con deficiencia física o visual congénitas, aquellos con enfermedad mental o alteraciones en el lenguaje y quienes tenían apoyo de un cuidador formal o familiar remunerado. El programa de visita domiciliaria culturalmente adaptado “Trabajando como hormigas para echar pa'lante”, consistió en siete visitas domiciliarias con intervalos entre 13 a 15 días con una duración promedio

de dos horas, variabilidad dada por la complejidad de las condiciones de la persona anciana y el contexto. El programa favorece la reflexión sobre las prácticas culturales, promueve la autodeterminación, el desarrollo de capacidades y la toma de decisiones significativas y acordes con su universo cultural. Cada visita constaba de cinco fases: sensibilización, información culturalmente adaptada, toma de decisiones, acciones culturalmente congruentes con compromisos y cierre. La primera visita tuvo como propósito presentar el programa y firmar el consentimiento informado. Las demás, tenían una temática donde se incorporaban materiales, símbolos e ideas propias de la cultura y se negociaban compromisos para la siguiente sesión.

Las acciones para el manejo del dolor, surgieron tanto de estudios etnográficos realizados en la misma comunidad como de revisiones sistemáticas sobre el tema y se les dió el nombre de “trabajos”, término constructor de la identidad campesina que se resignifica para el trabajo consigo mismo. Los “trabajos” propuestos para el manejo del dolor fueron: Trabajo 1: uso de Caléndula, Manzanilla, Apio o Canea, especies cultivadas y/o comercializadas en el área, culturalmente aceptadas y con evidencia científica para el manejo del dolor (20). Trabajo 2: uso de medicación analgésica prescrita por los médicos tratantes; se favoreció la comprensión sobre el tipo, acción, precauciones y forma de administración de medicamento; promoviendo la organización de horarios flexibles y acordes con sus dinámicas de vida. Trabajo 3: negociación y fortalecimiento de prácticas propias previamente identificadas de tipo mecánicas (amarre con cuerdas o telas de color rojo en partes específicas del cuerpo, uso de pomadas, masajes con aceites de origen animal o vegetal), psicológicas (como la resignación o la distracción) y espirituales o mágico religiosas (oración, rezos o conjuros, misas).

Los 34 participantes cumplieron con los criterios de inclusión, identificadas en las bases de datos de diferentes entidades del municipio y por referencia de los pobladores. Se presentaron cuatro pérdidas por: muerte (1); cambió de municipio de residencia (1), hospitalización (1) y retiro voluntario (1).

#### **Instrumentos y recolección de datos Se creó una ficha para los datos sociodemográficos.**

La intensidad del dolor se evaluó con una escala descriptiva simple con tres opciones de respuesta dolor leve, moderado, severo, utilizando las palabras de la escala análoga graduada (adaptada de la escala análoga visual de Scott-Huskinson, 1976, cuya validez es 0,81 y confiabilidad 0,82) (21). Aunque los estudios sugieren utilizar la escala análoga visual en población anciana (22), la prueba piloto demostró la imposibilidad de uso dada la disminución de

agudeza visual de esta población y las dificultades en la comprensión de la instrucción. Por tanto, se hizo mediante la escala verbal, con las mismas opciones descriptivas de la escala análoga, siendo este un método de valoración del dolor aceptado como escala (23). En el mismo instrumento se contó con un esquema del cuerpo humano donde se localizó el dolor referido de mayor intensidad o más molesto. Fue valorado en cada una de las visitas desde la segunda, con el fin de individualizar el programa a la necesidad particular. Sin embargo, se tomó como pre-prueba la segunda visita y como post-prueba la visita # 7.

La recolección de la información la realizó cada enfermera de campo, quien visitó el mismo grupo de personas ancianas durante todo el programa, como una forma de promover la empatía, la confianza y la sensibilidad a las necesidades particulares. Cada enfermera registró de forma manual en el diario de campo generado para cada participante del estudio, el número de la visita y los hallazgos cualitativos relevantes.

La información de las pruebas se organizó en la base de datos en Acces. Una persona previamente capacitada introdujo los datos y luego fue verificada por el investigador principal. Los datos fueron procesados en SPSS, Versión 10.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas. La prueba no paramétrica de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon se aplicó a la variable intensidad del dolor. Fueron considerados los principios éticos de investigación en salud de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (24). Los participantes firmaron el consentimiento informado y los hallazgos generales del programa fueron presentados a la comunidad, a los actores políticos y sociales, quienes hicieron diversos compromisos para apoyar a esta población en triple situación de vulnerabilidad.

## **RESULTADOS**

Como se observa en la Tabla 1, de los 30 participantes del estudio el 73.3 % son mujeres, 66,7 % tiene más de 75 años de edad; el 80 % tienen primaria incompleta, siendo el máximo nivel alcanzado la primaria completa por el 16.7 %; el 90 % pertenece al régimen subsidiado de salud. La pre-prueba indica que el 100 % de los participantes presentó dolor; el 83 % con intensidad de moderada a severa; el 73.3 % en miembros inferiores, 13.3 % en extremidades superiores y 10 % en la región pélvica. 76 % de quienes refirieron dolor entre moderado y severo, manifestaron tener trastornos músculoesqueléticos como artritis u osteoporosis. La post-prueba, como lo ilustra la Tabla 2, indica 20 % con ausencia de dolor y disminución del dolor moderado y severo pasando a leve.

**Tabla 1.** Frecuencia y porcentaje según género de resultados demográficos y de salud.

Variables	Mujeres		Hombres		Total	
	Frecuencia N = 22	% 73,3	Frecuencia N = 8	% 26,7	Frecuencia N = 30	% 100
<b>Grupo de edad</b>						
60 a 65	3	13,6	0	0	3	10,0
66 a 70	4	18,2	0	0	4	13,3
71 a 75	0	0,0	1	12,5	1	3,3
76 a 80	4	18,2	1	12,5	5	16,7
81 a 85	3	13,6	3	37,5	6	20,0
86 a 90	6	27,3	3	37,5	9	30,0
91 a 95	1	4,5	0	0	1	3,3
más de 96	1	4,5	0	0	1	3,3
<b>Estado civil</b>						
Soltero	9	40,9	1	12,5	10	33,3
Casado	5	22,7	6	75	11	36,7
Viudo	8	36,4	1	12,5	9	30,0
<b>Nivel de escolaridad</b>						
Sin escolaridad	1	4,5	0	0	1	3,3
Primaria incompleta	16	72,7	8	100	24	80,0
Primaria completa	5	22,7	0	0	5	16,7
<b>Régimen de afiliación en salud</b>						
Subsidiado	20	90,9	7	87,5	27	90,0
Contributiva	1	4,5	1	12,5	2	6,7
Ninguno	1	4,5	0	0	1	3,3
<b>Tiempo discapacidad</b>						
menos de 1 año	1	4,5	1	12,5	2	6,7
1 a 4 años	6	27,3	3	37,5	9	30,0
5 a 8 años	8	36,4	2	25	10	33,3
más de 9 años	7	31,8	2	25	9	30,0
<b>Co-morbilidad referida</b>						
Hipertensión arterial	16	72,7	5	62,5	21	70,0
Artritis	14	63,6	2	25	16	53,3
Osteoporosis	4	18,2	0	0	4	13,3
Diabetes	2	9,1	1	12,5	3	10,0
Enfermedad cardíaca	1	4,5	1	12,5	2	6,7
Otra enfermedad	8	36,4	6	75	14	46,7

**Tabla 2.** Frecuencia y porcentaje de la intensidad del dolor percibida por los participantes en la pre-prueba y post-prueba

Variable	pre-prueba		post-prueba	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin dolor	0	0	6	20,00
Leve	5	16,67	8	26,67
Moderado	15	50,00	13	43,33
Severo	10	33,33	3	10,00

La tabla de contingencias permite analizar los cambios de los participantes: cinco personas que al inicio del programa manifestaron tener dolor leve, en la post-prueba tres de ellas refirieron no tenerlo, una refirió continuar con dolor leve y la restante manifestó que su dolor aumentó ha moderado (Tabla 3). En cuanto a la categoría dolor moderado, en la tabla se muestra que de las 15 personas que en la pre-prueba dijeron tener dolor moderado, en la post-prueba dos de ellas refirieron no tener dolor, tres refirieron tener dolor leve, ocho manifestaron continuar con dolor moderado y dos, dolor como severo. Finalmente, de las 10 personas que al inicio manifestaron per-

cibir el dolor como severo, solo una de ellas continuó con igual intensidad, mientras que para las nueve restantes disminuyó la intensidad del dolor. Con la prueba de Wilcoxon se encontró, con un valor asociado a la estadística de prueba z de 3.136 y un valor p de 0.00085 mostrando que el programa incide positivamente en la reducción del dolor de personas ancianas participantes.

**Tabla 3.** Tabla de contingencias de las categorías de intensidad del dolor

Intensidad del dolor (pre-prueba)	Intensidad del dolor (post-prueba)				Total
	Sin dolor	Leve	Moderado	Severo	
Sin dolor	0	0	0	0	0
Leve	3	1	1	0	5
Moderado	2	3	8	2	15
Severo	1	4	4	1	10
Total	6	8	13	3	30

Al analizar independientemente el caso en que aumentó la intensidad del dolor de leve a moderado, se encontró que este corresponde a una participante de género femenino en quien varió también la localización, pues en

la pre-prueba manifestó tener dolor en extremidades inferiores que disminuyó con el uso de plantas durante la aplicación del modelo pero en la post-prueba apareció con mayor severidad dolor lumbar que la participante describe como punzante, permanente y relaciona con el diagnóstico médico (osteoporosis):

...“el médico me dijo que tenía artroporosis (osteoporosis) y por eso no puedo enderezar la espalda y me duele” GR (post-prueba).

En cuanto a la categoría dolor moderado en la pre-prueba, al finalizar la intervención dos personas dijeron percibir el dolor como severo. Un hombre quien en la pre-prueba refirió dolor moderado en miembro inferior derecho como secuelas de un accidente de tránsito sufrido hace 20 años, en la post-prueba se presentó en ambos miembros inferiores y con mayor intensidad. Dicho cambio lo atribuye a las siguientes situaciones:

...“es que la enfermedad del pie derecho se le prende al pie izquierdo y por eso también duele a ratos” PAR(post-prueba)

...“el dolor en los pies es más fuerte porque ha hecho mucho frío.” PAR (post-prueba).

Una mujer con diagnóstico de osteoartritis, con dolor en extremidades inferiores en el momento de la pre-prueba y en la post-prueba en región lumbo-sacra piensa que mejoraron las rodillas por el uso de la caléndula propuesta en el programa pero piensa que el dolor actual influye en la percepción de los demás dolores:

...“yo no sé qué es lo que pasa, sí me duelen las rodillas pero casi nada, parece que los dolores fuertes como el que tengo tapan a los suavitos... menos mal, porque que tal fuera todos los dolores igual de duros” TC (post-prueba).

En las evaluaciones cualitativas las personas a quienes el dolor disminuyó lo atribuyen tanto a las intervenciones propuestas en las visitas, pero también a cambios de temperatura ambiental y elementos mágico-religiosos.

...“las rodillas me duelen menos porque ha hecho menos frío” TC (post-prueba)

...“unas vecinas nos hicieron brujería... y cuando están más cerca se hacen más duros los ruidos y la borrachera y los dolores en las rodillas, pero cuando se van ya pasan un poco” RMR (post-prueba).

Quienes relacionaron la disminución del dolor con las acciones realizadas durante la aplicación del programa le dan relevancia al haber usado hierbas analgésicas y anti inflamatorias, el consumo de medicamentos analgésicos, la promoción de cuidados propios y la realización de ejercicios físicos; estos últimos propuesto en el programa para mejorar la movilidad y contribuir en la independencia.

...“en estos días los dolores son un poco leves, me siento mejor porque se ha disminuido el frío, por tomar unas pastas y los ejercicios” MRO (post-prueba)

...“los calambres me desaparecieron; he tomado las aromáticas de caléndula y no he tomado nada más para el dolor” MBH (post-prueba)

...“el dolor en las manos que me da en la noche ha bajado un poco al abrirlas con las bolsas rojas que me hizo mi esposa” JMC (post-prueba)

...“está haciendo todos los días esos ejercicios y le han hecho porque ya puede mover los brazos y no le duelen como antes” hija de RMP (post-prueba).

Finalmente, en quienes no hubo cambio en la intensidad del dolor en la post-prueba se expresan emociones y comportamientos sugestivos de pérdida de esperanza en lograr el alivio del dolor.

...“me sigue el dolor, esta vejez ya no me deja mejorar” IS (post-prueba)

...“eso ya no hay nada que hacer” ON (post-prueba)

...“ya a uno como que no le provoca hacerse remedios” RM (post-prueba)

...“yo ya no le tengo fe a las pastas, no me hacen nada” IS (post-prueba).

## DISCUSIÓN

La distribución por género de personas de 60 años y más que viven en situación de discapacidad y residen en el área rural, se asimila a las cifras del mismo municipio donde hay mayor porcentaje de mujeres (53 %) que de hombres (47 %). Sin embargo, a nivel departamental y nacional, la tendencia es a que en el área rural el porcentaje de ancianos con alguna limitación sea mayor para los hombres que para las mujeres, mientras que en los centros urbanos y cabeceras municipales tal distribución es inversa (25). Por otra parte, en los estudios de intervenciones comunitarias con personas ancianas, usualmente es mayor el número de participantes femeninas (26-30), quienes tradicionalmente construyen redes sociales a lo largo de la vida y tienden a la mayor participación activa en la vida comunitaria (31) y en su disponibilidad para participar en distintas actividades. Las características demográficas y relativas a la discapacidad concuerdan con las de las zonas rurales de Colombia en general (25).

Con respecto a la percepción de la intensidad y localización del dolor, un primer hallazgo relevante en este estudio es la alta presencia de dolor en el grupo de ancianos que se encuentra muy por encima de lo que reporta la literatura en la población anciana que vive en comunidad, para quien se estima una presencia de dolor en un 25 a 50 % (4-6), aunque se ha reportado la presencia de dolor en más del 60 % en población geriátrica institucionalizada (32), por lo que esta variable posiblemente se relaciona con la presencia de discapacidad que fue uno de los criterios de inclusión. El

dolor, principalmente en miembros inferiores, posiblemente se relacione también con la alta prevalencia de artritis en este grupo, patología que según la Asociación Internacional para el Manejo del Dolor afecta aproximadamente a un tercio de la población mayor de 60 años en el mundo (33), se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres entre los 65 y 74 años (34) y cuyo signo típico es el dolor, con frecuencia descrito como sordo, profundo y localizado en las articulaciones, que usualmente cede con el reposo pero que con el tiempo puede volverse continuo hasta interferir incluso con el sueño (35).

El dolor se confirma como un evento común en los ancianos que con frecuencia limita su movilidad y por ende el desempeño de sus actividades cotidianas, siendo algunas de sus consecuencias la disminución de la socialización y los trastornos del sueño, entre otros (2). Algunos estudios sugieren que la presencia de dolor está significativamente asociada con la dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria (36), con la mayor edad y con síntomas de depresión (37); además que influye en la disminución de la actividad física y el aislamiento (3), razones por las cuales el manejo adecuado del dolor es un componente esencial del cuidado de la salud de las personas ancianas.

El programa de visita domiciliaria logra el sincretismo expresado en la literatura frente al manejo de la salud de los diversos grupos culturales dejando evidencia como entre la medicación analgésica, el uso de plantas medicinales, la promoción de cuidados propios, de ejercicios físicos, las oraciones, la fe religiosa y las demás prácticas de las personas, esta población, se notó estimulada a revisar la tolerancia del dolor y redimensionar la idea del dolor como la fatalidad inevitable en la vejez. La diversidad de respuestas cualitativas frente al mejoramiento del dolor ratifica que las personas le dan gran importancia a la forma en que se maneja el dolor más que a la presencia e intensidad del mismo (10), pues en varias culturas, el dolor es algo aceptado y esperado como parte de la vida. Al mismo tiempo, confirma hallazgos internacionales sobre las diferencias individuales entre los mismos grupos culturales, ratificando que la experiencia de dolor podría ser comprendida en el contexto de las creencias, valores, estrategias de afrontamiento y experiencias de vida de las personas (12). Corroborar el reporte del uso de diversos remedios populares por diversas culturas y sus estrechas raíces con la historia cultural ya sea Europea, Asiática, Africana o de otras culturas (12,15).

El programa responde a las sugerencias de otros estudios de combinar el tratamiento no farmacológico con el farmacológico para lograr mayores resultados en la disminución del dolor, al tiempo que promueven formas

diferentes de interacción entre las personas que padecen el dolor (3), permitiendo a la persona anciana decidir de acuerdo a sus creencias, valores y deseos culturales. Aunque no se encuentra en la literatura experiencias evaluadas similares que permitan comparar los resultados, algunos estudios evidencian la importancia de la participación de las personas en el control de su propio dolor (38), así como la inclusión de la perspectiva cultural y la mediación entre los saberes populares en las acciones en educación en salud como un elemento clave frente al escaso éxito en la adherencia a los tratamientos de la medicina alopática (39).

Intervenciones no farmacológicas han arrojado resultados favorables y significativos en la disminución de la intensidad del dolor, como es el caso de una intervención evaluada en un hogar geriátrico en China, donde se combinaba la fisioterapia con la observación de “imágenes afectivas” de lugares, objetos o personas que fueran agradables al anciano (40). En dicha investigación al igual que en la presente, la disminución en la intensidad del dolor se refleja en las primeras semanas o sesiones donde el puntaje o categoría de la escala presenta un mayor cambio favorable y escasas modificaciones en las sesiones siguientes, lo que puede indicar que acciones inmediatas que favorezcan la disminución del dolor, y que impliquen necesariamente un contacto personal entre el profesional y quien lo padece tienen un efecto rápido que requiere ser mantenido mediante la continuidad de dichas acciones. También indica que la intensidad del dolor crónico mantiene un rango en el cual se mueve, logrando su disminución hasta un nivel determinado.

Así, la significativa disminución en la intensidad del dolor como consecuencia de la aplicación del programa, es uno de los más satisfactorios resultados de esta investigación, cuyas implicaciones en el favorecimiento de las condiciones de salud de las personas ancianas en situación de discapacidad se reflejan igualmente en la modificación positiva de las otras variables evaluadas como en el cambio en su autopercepción de salud y disminución de signos de depresión.

En conclusión, el programa de visita domiciliaria adaptado culturalmente para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza del área rural de Cáqueza-Cundinamarca, mostró un efecto estadísticamente significativo en la disminución del dolor. El programa deja evidencia cómo ofrecer una respuesta en salud culturalmente adaptada donde se combina el tratamiento no farmacológico con el farmacológico para lograr mayores resultados en la disminución del dolor. Muestra una forma de cómo se dialoga entre el saber popular y profesional logrando una práctica segura y culturalmente aceptada.

Tanto en atención domiciliaria como intrahospitalaria y atendiendo la diversidad cultural Latinoamericana, se hacen necesarios profesionales culturalmente competentes, sensibles a las expresiones y percepciones de dolor, atentos a los términos y señales no verbales de la persona, capaces de establecer una comunicación abierta para conocer las ideas de la persona, familia o comunidad sobre el significado del dolor, las causas que atribuyen, las preferencias en su manejo y con curiosidad para explorar en la evidencia las posibilidades terapéuticas de las propuestas provenientes del saber popular. De esta manera, profesionales y sujetos de cuidado crearán formas culturalmente apropiadas para el manejo del dolor.

Los resultados deben ser analizados considerando las limitaciones del estudio por tener una muestra pequeña y aquella derivada de un estudio cuasi-experimental. En futuros estudios es recomendable hacer un seguimiento cualitativo a profundidad frente a los hallazgos cuantitativos porque pueden dar caminos singulares para trabajar con la diversidad cultural Latinoamericana. Nuevas investigaciones se hacen necesarias para elucidar los resultados de respuestas culturalmente apropiadas para el manejo del dolor para todas las personas de cualquier edad o grupo cultural ➔

**Agradecimientos:** El trabajo fue realizado en el marco de los proyectos desarrollados en el grupo de Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, con el apoyo financiero del Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología COLCIENCIAS y Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, código: 11010416453; La Dirección de Investigación Sede Bogotá, Universidad Nacional - DIB, código: 20601003556. Producto derivado de la tesis de maestría en Salud Pública “Efecto de un modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza residentes en el área rural del municipio de Cáqueza, Cundinamarca”.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF; 2001.
2. Asociación Colombiana para el Manejo del Dolor. Octavo Estudio Nacional del Dolor 2014. Disponible en: <https://goo.gl/UKrg5k>. Consultado junio de 2017.
3. Díaz R, Marulanda F, Saenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). *Acta Med Colomb* 2014; 34(3):96-102.
4. Ostereil D. *Comprehensive geriatric assesment*. U.S.A: McGraw Hill; 2000.
5. Covarrubias-Gómez A. Manejo del dolor en el paciente anciano. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2006; 21(1):207-209.
6. Ramírez-Vélez R, Agredo RA, Jerez AM, Chapal LY. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev. salud pública (Bogotá)* 2008; 10(4):529-536.
7. Stubbs B, Binnekade T, Eggermont L, Sepehry AA, Patchay S, Schofield P. Pain and the risk for falls in community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014; 95(1):175-187.
8. López J, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2009; 11(3):432-442.
9. Franco ML, Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: Tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2001; 8:29-38.
10. Rahim B, Riley J, Williams A, Fillingim, R. A Quantitative Review of Ethnic Group Differences in Experimental Pain Response: Do Biology, Psychology, and Culture Matter? *Pain Medicine*. 2012; 13(4): 522-540
11. Irajpour A, Norman I, Griffiths P. Interprofessional education to improve pain management. *British Journal of Community Nursing*. 2006; 11(1):29-32.
12. Pinzón C, Suarez R, Garay G. *Mundos en red. La cultura popular frente a los retos del siglo XXI*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
13. Clark L. Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. *Home Health Care Management Practice*. 2003; 15(3):207-11.
14. Ondeck D. Impact of Culture on Pain. *Home Health Care Management & Practice* 2003; 15(3):255-57.
15. Giger JN, Davidhizar RE. *Assessment and Intervention*. Third edition. U.S.A.; 2003.
16. Helman CG. *Cultura, Saúde & Doença*. 4ª edición. Sao Pulo, Editorial Artmed; 2006.
17. Velásquez, V, López L, López H, Cataño N. Tejido de significados en la Adversidad: Discapacidad, Pobreza y Vejez. *Rev. Hacia la Promoción de la Salud* 2011; 16(2):121-131.
18. Cataño N, López L, López H, Velásquez V. Realidades de la estructura social afrocolombiana: más allá de los indicadores. En: Díaz LP. *El Cuidado de Enfermería y las metas del milenio*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
19. López L. Cataño N. López H. Velásquez V. Creencias en salud de una población afrocolombiana. En: Díaz LP. *El Cuidado de Enfermería y las metas del milenio*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
20. Fonnegra R, Jiménez SL. *Plantas Medicinales aprobadas en Colombia*. 2ª Edición. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia; 2006.
21. Serrano M.S. Valoración del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2002; 9:94-108.
22. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. *Manual Sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago de Chile; 2006 [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/ePfMWX>. Consultado abril de 2007.
23. Montero RI, Manzanare AB. Escalas de Valoración del Dolor. *Revista Diagnóstico*; Centro de Salud Villa de Vallecas. 2005; 68:1553.
24. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993. Bogotá D.C: Ministerio de Salud; 1993.
25. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - Dirección de Censos y Demografía. *Censo Nacional de Población, Colombia 2005* [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/JE9Tjc>. Consultado marzo de 2008.
26. Hung LC, Liu CC, Hung HC, Kuo HW. Effects of a nursing intervention program on disabled patients and their caregivers. *Elsevier, Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2003; 36:259–272.

27. Nuñez D. Community-Based Senior Health Promotion Program Using a Collaborative Practice Model: The Escalante Health Partnerships. *Public Health Nursing*. 2001; 20(1):25-32.
28. Otero ML. Impacto de un programa de Promoción de la Salud Aplicado por Enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la Comunidad. *Rev. Latino-am do Enfermagem*. 2003; 11(6):713-719.
29. Pomeroy VM. Mobility and Dementia: Is physiotherapy treatment during respite care effective? *Int. J. Geriat. Psychiatry*. 1999; 14:389-397.
30. Domínguez LG. Programa de ejercicios de coordinación en el anciano. *Rev. Cir Ciruj*. 2002; 70:251-256.
31. Treviño S, Pelcastre B, Marquez M. Experiencias de Envejecimiento en el México Rural. *Salud Pública Méx*. 2006; 48:31-6.
32. Alaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev. Soc Esp Dolor*. 2009; 16(6):344-52.
33. International Association for the Study of Pain IASP. Epidemiología del dolor musculoesquelético. Año Mundial contra el Dolor Musculoesquelético, octubre 2009 – octubre 2010. 2009. Consultado en: <https://goo.gl/uhwjH>.
34. Arteaga C, Santacruz J, Ramirez L. Evaluación del dolor musculoesquelético en el anciano. *Acta Medica Colombiana*. 2011; 36(1):30-35.
35. Orozco DJ, Bedoya JD, Bedoya EG, Cárdenas JD, Ramírez LA. Artritis en el anciano. *Rev. Colomb.Reumatol*. 2007; 14(1):66-84.
36. Dorantes G, Avila JA, Mejía S, Gutierrez LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Pan Am Public Health*. 2007; 22 (1):1-11.
37. Leveille S, Freid L, McMullen W, Guralnik J. Advancing the Taxonomy of Disability in Older Adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2004; 59(1):86-93.
38. Aubin M. Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33(6):1183-1188.
39. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas anciana: una perspectiva cultural. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2011, 13 (4): 610-619.
40. Tse MM, Pun SP, Benzie IF. Affective images: relieving chronic pain and enhancing quality of life for older persons. *Cyberpsychol & Behav*. 2005 Dec;8 (6):571-9.