



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Licenciatura en Enfermería
Secretaría Académica

Tesis

Guía PRAXIS para personas con artritis reumatoide

Presenta:
Adriana Rivera Rendón

Para Obtener el Título de
Licenciada en Enfermería

Enero, 2026



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Licenciatura en Enfermería
Secretaría Académica

Tesis

Guía PRAXIS para personas con artritis reumatoide

Presenta:

Adriana Rivera Rendón

Para Obtener el Título de
Licenciada en Enfermería

Director de Tesis:

Erick Alberto Landeros Olvera

Enero, 2026



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Licenciatura en Enfermería
Secretaría Académica

Tesis

Guía PRAXIS para personas con artritis reumatoide

Presenta:

Adriana Rivera Rendón

Para Obtener el Título de
Licenciada en Enfermería

Director de Tesis:

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera

Co-Directora

Dra. Sonia Herrera Justicia

Enero, 2026

Tesis: Guía PRAXIS para personas con artritis reumatoide

Número de registro: 007/2025

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera
Presidente

MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Secretaria

MSP. Erika Lozada Perezmitre
Vocal 1

Dra. Sonia Herrera Justicia
Co-directora de Tesis

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera
Director de Tesis

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Director de la Facultad de Enfermería

DCE. Vianet Nava Navarro
Secretaria Académica

Agradecimientos

Gracias a Alicia, Caren y los integrantes del Grupo focal por compartir su historia.

Quisiera expresar mi gratitud a todas las personas que han estado para mí durante este camino. Agradezco a todas las enfermeras que me formaron durante la licenciatura, prácticas y servicio, son profesionales que inspiran a brindar cuidados de calidad.

A mi director, codirectora y asesor, Erick, Sonia y Ramiro, ustedes han sido una base de datos para mí, admiro su trabajo y compromiso con la disciplina, les agradezco la oportunidad de consultarlos, charlar y tomar un café con ustedes, espero compartir más espacios de cuestionamientos, investigación y divulgación.

Al Cuerpo Académico “Intervenciones para el Cuidado de la Salud”, maestras Rosy, Erika y doctor Erick, sus enseñanzas profesionales y personales han sido de gran ayuda y sé que lo seguirán siendo. A mis hermanitas y hermanitos tesistas, gracias por los consejos, la ayuda, compañía, risas, los dulces, apapachos y maratones, los llevo en el corazón Anita, Cris, Martitha, Chinita, Yaky, con mención especial para Pecas, quien me dio el último empujoncito.

Al profe Beto, por su paciencia y dedicación.

A todas mis amistades, sus preguntas y distracciones siempre fueron un alivio para mí.

A mi papi, nana y mi hermano, loooove you.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Objetivo General	6
1.2.1 Objetivos específicos	6
1.3 Marco de referencia	7
1.3.1 Marco legal	7
1.3.2 Modelo PRAXIS. Contexto histórico	10
1.3.2.1 Guías de buenas prácticas y Guías PRAXIS	12
1.3.2.2 Contribuciones de las Guías PRAXIS	14
1.4 Estudios Relacionados	16
1.4.1 Guías PRAXIS publicadas	16
1.4.2 Epidemiología y semiología clínica de la Artritis Reumatoide	28
1.4.3 Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la	29
Artritis Reumatoide	
Capítulo II	32
Metodología	32
2.1 Construcción de una Guía PRAXIS	32
2.1.1 Presentación del caso	32
2.1.1.1 Narrativa	32
2.1.2 Búsqueda de evidencias	34
2.1.2.1 Pregunta PIO	34
2.1.3 Instrumentos de lectura crítica	35
2.1.4 Hallazgos de lectura crítica	36
2.1.5 Documentos seleccionados	38
2.2 Ética del estudio	54

Capítulo III	57
Resultados	57
3.1 Recomendaciones de Buena Práctica	57
3.1.1 Realizar un programa o sesiones de ejercicio adaptado a su movilidad	57
3.1.2 Acudir a fisioterapia para mejorar la movilidad y disminuir el dolor	58
3.1.3 Incorporar actividad física de bajo impacto a la rutina cotidiana	59
3.1.4 Informar las características de la enfermedad y tratamiento	59
3.1.5 Explicar la percepción del dolor	60
3.1.6 Practicar la escucha activa y compasiva durante la atención	61
3.1.7 Asistir a sesiones de acupuntura	62
3.1.8 Realizar hidroterapia	63
3.1.9 Seguir un programa de ejercicios para la fuerza y flexibilidad	63
3.2 Ciencia ciudadana	65
3.2.1 Procedimientos para el tratamiento del Grupo focal	65
3.2.2 Prácticas de Autocuidado	67
3.3 Valoración de resultados	71
3.4 Líneas de investigación	72
3.5 Material educativo	76
3.5.1 Infografías derivadas de las RPB	76
3.5.1.1 Hablemos de artritis	76
3.5.1.2 Artritis ¿Dolor?	76
3.5.1.3 Terapias alternativas complementarias para tratar la artritis	76
3.5.2 Infografías derivadas de las Prácticas de Autocuidado	77
3.5.2.1 Que no te limite la artritis	77
3.5.2.2 Recomendaciones para la artritis	77
3.5.2.3 Recupera tu vida a pesar de la artritis	77

Capítulo IV	78
Discusión	78
4.1 Aplicación del Modelo PRAXIS	78
4.2. Calidad de la evidencia	79
4.3 Recomendaciones de Buena Práctica y Prácticas de Autocuidado	81
4.4 Factibilidad y aplicabilidad de la Guía PRAXIS	86
4.5 Limitaciones y recomendaciones	87
4.6 Conclusiones	89
Referencias	90
Apéndices	103
Apéndice A. Consentimiento informado Alicia	103
Apéndice B. Consentimiento informado Grupo focal	105
Apéndice C. Infografía. Hablemos de artritis	106
Apéndice D. Infografía. Artritis ¿Dolor?	107
Apéndice E. Infografía. Terapias alternativas complementarias para la artritis	108
Apéndice F. Infografía. Que no te limite la artritis	109
Apéndice G. Infografía. 8 Recomendaciones para la artritis	110
Apéndice H. Infografía. Recupera tu vida a pesar de la artritis	111
Anexos	112
Anexo 1. Preguntas para conocer el caso de Alicia	112
Anexo 2. Preguntas para la entrevista del Grupo focal	113
Anexo 3. Cronograma de actividades	114

Contenido	Página
Lista de tablas	
Tabla 1. Pregunta PIO	34
Tabla 2. Nivel de evidencia de los documentos seleccionados	37
Tabla 3. Características definitorias del Grupo focal	67
Tabla 4. Prácticas de Autocuidado que validan las RBP	67
Tabla 5. Prácticas de Autocuidado para actividades instrumentales	69
Tabla 6. Prácticas de Autocuidado para actividades no relacionadas con las RBP	70
Tabla 7. Relación entre RBP y artículos fuente	73
Lista de Figuras	
Figura 1. Modelo PRAXIS	11
Figura 2. Desgaste de la muestra de artículos	36

Resumen

Candidato para el Título de:	Licenciada en Enfermería
Fecha de Graduación:	Enero 2026
Universidad:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad:	Facultad de Enfermería
Título de las Tesis	Gruía PRAXIS para personas con artritis reumatoide
Número de páginas	114

Introducción. La Artritis Reumatoide (AR), es una enfermedad crónico-degenerativa que produce inflamación en las articulaciones, implica dolor, limitación física y afecta la calidad de vida. En México, no existe una guía de recomendaciones de buenas prácticas (RBP) que aborde los padecimientos de la AR.

Objetivo. Conformar una Guía PRAXIS con intervenciones basadas en evidencia para reestablecer la actividad física de una persona con AR.

Metodología. Se siguieron las etapas del Modelo PRAXIS: presentación de caso, búsqueda de evidencia, RBP, integración de Grupo focal y Prácticas de Autocuidado (PA). Se retomó el caso de una mujer con AR y dificultades para restablecer su actividad física. Se realizó una búsqueda con la pregunta PIO: ¿qué intervenciones ayudan a reestablecer la actividad física en personas con AR? Los documentos seleccionados se evaluaron con instrumentos de lectura crítica; asimismo, las PA fueron validadas por el Grupo focal.

Resultados: Se seleccionaron 31 artículos que identificaron nueve RBP: 1. Realizar ejercicio adaptado a su movilidad; 2. Acudir a fisioterapia; 3. Incorporar actividad física de bajo impacto; 4. Informar características de la enfermedad; 5. Explicar la percepción del dolor; 6. Escucha compasiva durante la atención; 7. Asistir a acupuntura; 8. Realizar hidroterapia; y 9. Realizar ejercicios para la fuerza y flexibilidad. El Grupo focal se integró por 20 ciudadanos, propusieron 34 PA, destacan: conocimientos para identificar el tipo de dolor, habilidades y destrezas para consultar el pronóstico climatológico, sustituir llaves de vuelta por monomando, y registro del ciclo menstrual. Se diseñaron seis infografías que ilustran las RBP y PA.

Discusión/Conclusión: La Guía PRAXIS para personas con AR es factible, puesto que contempla las necesidades de las personas y su cuidador familiar. Las RBP y PA favorecen la actividad física, reducen la sintomatología clínica, mejoran la calidad de vida y adaptan actividades cotidianas de personas con AR.

Palabras Clave: De acuerdo con el DeSC y el MeSH. Artritis Reumatoide. Ejercicio terapéutico. Cuidados.

Firma del director de Tesis: DCE. Erick Alberto Landeros Olvera.

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

Las Enfermedades Reumáticas (ER) se caracterizan por ser crónicas y provocar dolor articular severo por la descomposición del cartílago (Junta de Castillo y León, 2023) y suelen ser el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Las ER, afectan las articulaciones, tendones, músculos, ligamentos, huesos y en ocasiones también pueden dañar a otros órganos como la piel, vasos sanguíneos, riñones, corazón, pulmones y sistema nervioso central y periférico, así como del sistema inmunológico (Colegio Americano de Reumatología, 2023; Hernández et al., 2017).

Entre las ER, destaca la artritis reumatoide (AR); de acuerdo con la OMS, en el año 2019 había 18 millones de personas con este padecimiento. Alrededor del 70% de las personas que tienen esta enfermedad son mujeres y el 55% son mayores de 55 años.

Para el caso de Latinoamérica, la última prevalencia estimada en los años 2009 y 2015 fue entre 0.2 y 0.5% en población mayor de 16 años (Miguel-Lavariega et al., 2023).

En México, la prevalencia se estimó en mayor porcentaje entre las personas de 35 y 50 años, que alcanzó el 1.5% de la población que padece artritis reumatoide (Secretaría de Salud [SS], 2022).

La AR, es una enfermedad crónica de larga duración de tipo autoinmunitario que provoca inflamación en todo el cuerpo que puede resultar en destrucción de los cartílagos (Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel [NIAMS], 2022; OMS, 2023). De manera clínica, la AR se presenta comúnmente en articulaciones sinoviales con

edema, dolor y rigidez matutina o después de periodos de inactividad (NIAMS, 2022). A medida que la AR progresa, afecta principalmente en tres esferas: el bienestar físico y emocional, las relaciones familiares y personales, y, la vida laboral y recursos (García y Loza, 2018; Solares Sampedro, 2018).

La primera esfera, del bienestar físico y emocional, se ve afectada a causa del dolor crónico, rigidez y discapacidad, estos factores pueden perjudicar la actividad sexual y las relaciones íntimas, así como problemas de salud mental. Los afectados suelen sentir cansancio, malestar general y síntomas depresivos; así como sentimientos de frustración y ansiedad; además, la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad y la preocupación por las limitaciones físicas pueden generar estrés emocional. Esto repercute en la realización de las actividades de la vida diaria, como caminar, subir escaleras o realizar tareas del hogar, pérdida de independencia, incapacidad laboral y deterioro de las relaciones familiares y sociales que pueden resultar en un estilo de vida aislado y sedentario (García y Loza, 2018; OMS, 2023). Además, en etapas avanzadas de la AR, se pueden presentar nódulos, gangliones e incluso deformidades en las articulaciones (NIAMS, 2022), esto a su vez, puede alterar la autoestima y autoimagen.

En la segunda esfera, las relaciones de los pacientes con los cuidadores, familiares y amistades, se ven afectadas; modifican su estilo de vida y adquieren el compromiso de cuidar a la persona por lo que presentan sobrecarga emocional con sentimientos de culpa, así como problemas laborales por absentismo y aislamiento social (Barrera Frómeta et al., 2022; García y Loza, 2018; Gómez y Carrillo, 2020).

Finalmente, la tercera esfera, se refiere a la discapacidad laboral como el resultado de una interacción compleja entre la enfermedad, las variables sociodemográficas, los factores personales y culturales, y las condiciones macroeconómicas de un país (Ribeiro et al., 2021;

Salazar-Mejía et al., 2019). Cerca del 80% de los adultos en edad laboral con esta enfermedad experimentarán limitación para llevar a cabo actividades laborales e importantes restricciones en desempeño de roles sociales (Filipovic, 2011). En México, el absentismo y el presentismo laboral (ausentarse y acudir sin desempeñar una función eficiente respectivamente), son fenómenos que regularmente se presentan en pacientes con AR, principalmente en los que tienen mayor actividad de la enfermedad, menor capacidad funcional o peor calidad de vida (Salazar-Mejía et al., 2019).

Bajo estas circunstancias, las personas con AR, tienen menos probabilidad de encontrar trabajo y más de jubilarse de forma precoz, sufrir bajas y tener menos ingresos (García y Loza, 2018). Esta pérdida de productividad laboral tiene un impacto importante en la economía de cualquier país; además, genera un importante consumo de recursos, directos e indirectos (Barrera-Frómeta et al., 2022).

Las personas afectadas por la AR necesitan comprender su padecimiento, para saber lidiar con el tratamiento recomendado, los ajustes emocionales y las readaptaciones interpersonales en sus actividades básicas de la vida diaria e instrumentales (Gómez-Ramírez y Carrillo-González, 2020). En este sentido, la atención multidisciplinaria es de particular importancia; por ejemplo, las enfermeras que están en la atención primaria, usualmente administran los fármacos y siguen el progreso del paciente; así mismo, deben identificar los recursos disponibles para los casos psicosociales complicados (Cano et al., 2022). Por lo tanto, para facilitar el enfoque multidisciplinario y optimizar los resultados del paciente, se debe mantener relación entre los especialistas de reumatología y enfermería, así como profesionales de fisioterapia, psicología, nutrición, entre otros. (Riley et al., 2017).

Ante la evidencia anteriormente expuesta es necesario fortalecer los programas de atención a la salud para dar el cuidado a los pacientes con AR; es aquí donde cobra importancia el uso de nuevas estrategias; por ejemplo, el uso de Guías PRAXIS, las cuales permiten tener un cuidado más personalizado, más humano y de acceso universal para el mismo paciente y sus cuidadores.

Las Guías PRAXIS, son una herramienta/metodología que, a través del padecimiento de un caso, surge una pregunta de investigación compila la evidencia científica publicada, con la experiencia del profesional de enfermería, así como las prácticas de autocuidado de personas (pacientes o cuidadores familiares) expertos en el padecimiento, esto resulta en una guía de buenas prácticas (Amezcueta et al., 2020).

Los estudios relacionados donde se ha utilizado como herramienta metodológica a las Guías PRAXIS, se han publicado principalmente en España, en pacientes adultos ostomizados para reestablecer su vida sexual (García Vivancos et al., 2022), en mujeres ostomizadas ante la posibilidad de no poder ser madre por complicaciones quirúrgicas (Ordoñez y López, 2022); en pacientes ostomizados para reincorporarse a la vida deportiva (Andrade y Vega, 2022) y normalizar la vida cotidiana (Campos y Hernández, 2022; García y Herrera, 2022; Herrera Justicia et al., 2020; López y Cásares, 2022; Pérez y Herrera, 2022; Reinoso y Casares, 2025; Serrano Peña, 2022). Así mismo, en este mismo país se han realizado Guías PRAXIS para evitar sobrecarga de la cuidadora familiar en pacientes con esquizofrenia (Caballero Liñán, 2021); para aumentar la calidad de vida en pacientes con demencia inicial y sus cuidadores (Esteban Vélchez, 2022), y en personas con pérdida de la audición (Ayala y Herrera, 2023).

En México, el uso de las Guías PRAXIS aún es poco desarrollado, dado que su aplicación en la práctica de enfermería no se ha consolidado como estrategia para la mejora del cuidado. Si

bien, en el Estado de Guanajuato se han publicado trabajos para afrontar el duelo frente a la pérdida de compañeros en hemodiálisis (Blas-Velez et al., 2024), para la toma de decisiones informadas respecto a la aceptación del tratamiento dialítico (Ortega-Jiménez et al., 2025) y para el uso seguro de plantas medicinales en personas con diabetes mellitus (Blas-Velez et al., 2025), estas iniciativas permanecen aisladas. Lo anterior evidencia la necesidad de impulsar la adopción de las Guías PRAXIS, además, la evidencia muestra que las Guías PRAXIS para el cuidado de la AR, no han sido aplicadas en Europa, en América y particularmente en México.

1.2 Objetivo General

Diseñar una Guía PRAXIS para reestablecer la actividad física de una persona con artritis reumatoide con base en las intervenciones basadas en evidencia y prácticas de autocuidado a través de la valoración inicial de un caso, en donde se identifiquen necesidades de tratamiento, bienestar y autocuidado, que incluya la participación de su cuidador familiar y personas con el mismo padecimiento.

1.2.1 Objetivos específicos

1. Identificar a una persona con artritis reumatoide a través de una narrativa que ilustre su padecimiento y necesidades de tratamiento, bienestar y autocuidado.
2. Realizar una revisión de la literatura a partir de la pregunta PIO para la selección recomendaciones de buena práctica basadas en la evidencia que aborde necesidades de tratamiento, bienestar y autocuidado de la persona con artritis reumatoide.
3. Evaluar la calidad metodológica y fuerza de recomendación de la evidencia seleccionada de acuerdo con los instrumentos de lectura crítica.
4. Reclutar a un grupo focal de personas expertas para la validación ciudadana de las Recomendaciones de Buena Práctica.
5. Realizar entrevistas semiestructuradas que identifiquen las Prácticas de Autocuidado derivadas de las experiencias del Grupo focal.
6. Diseñar material infográfico que refleje las Recomendaciones de Buena Práctica y las Prácticas de Autocuidado de la Guía PRAXIS.

1.3 Marco de referencia

En este apartado se describe: el marco legal de la práctica de enfermería en el sistema sanitario de México a través de la Norma Oficial Mexicana 019, que hace mención al ejercicio de cada función del profesional; el Modelo PRAXIS, como una iniciativa de investigación participativa; las guías de buena práctica, como herramientas para brindar cuidados; y la contribución de las Guías PRAXIS, a la disciplina de la enfermería y al sistema de salud.

1.3.1 Marco legal

La Comisión Permanente de Enfermería de la Secretaría de Salud (2013) creó la NOM-019, Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Esta norma, representa el marco jurídico y legal para el ejercicio de esta profesión; en ella se puede identificar las funciones que le corresponden en el territorio mexicano.

El profesional de Enfermería puede desempeñarse en cuatro funciones o áreas de práctica, de manera independiente o interrelacionadas: asistencial, administrativa, docente e investigación (SS, 2013). A continuación, se explica cada una de ellas.

Función asistencial. Actividades que realiza el profesional de enfermería relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades (SS, 2013). Representa -por su origen disciplinar-, el sentido original del cuidado, dado que existe un trato directo con la persona, sus cuidadores o la comunidad, donde se trabaja con respuestas humanas ante los procesos de salud o enfermedad (De Arco-Canales y Suarez-Calle, 2018). Esta situación puede ser en un centro de salud de primer nivel, en un centro hospitalario o de forma independiente, bajo el derecho de autonomía que le confiere a la enfermería por ser una disciplina profesional (SS, 2013).

Función administrativa. Actividades que realiza para gestionar los recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recurso humano necesario y complementario, acorde a sus competencias y experiencia, para otorgar los cuidados de enfermería y alcanzar los objetivos de la organización y de los prestadores de los servicios (SS, 2013).

Es aquí donde se considera la gestión de los cuidados enfermeros en la persona o grupo de personas sanas o enfermas dentro de una comunidad, familia u hospital para poder facilitar la comunicación entre el sector salud y el individuo para la continuidad de cuidados (Gea-Caballero et al., 2018).

Función docente. Recae principalmente en dos categorías; por un lado, se refiere al profesional que se dedica a la formación de nuevos enfermeros o enfermeras que desarrollan sus competencias en un programa educativo que se produzca en una universidad o centro hospitalario (Soto et al., 2018). Por otro lado, la función docente también implica todas aquellas actividades relacionadas a la educación para la salud, la educación continua y para promover la salud de los individuos o la comunidad (Ocampo-Rivera y Arango-Rojas, 2016; SS, 2013).

Función de investigación. Actividades que realizan para aplicar el método científico en sus vertientes cuantitativas o cualitativas para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de esta disciplina (SS, 2013). La investigación es un eje transversal para las funciones anteriores que marca la NOM-019, su importancia radica en que, el profesional de enfermería al consumir resultados de investigación puede mejorar los cuidados de enfermería asistenciales, las intervenciones de promoción a la salud como docente y la gestión de los cuidados como administrativo (Castro y Simian, 2018; Rodríguez y Paravic, 2011). Es aquí donde cobra importancia el uso de la enfermería basada en evidencia, como una sistematización

de comunicación entre los pares académicos y profesionales del área de la salud (Landeros-Olvera, 2025).

Bajo este panorama normativo es que se desarrolla un Guía PRAXIS, donde el profesional de enfermería actúa a través de acciones asistenciales y educativas, justificadas por la evidencia científica publicada en una persona y su padecimiento, se considera a su cuidador o a su familia para que asuman la responsabilidad de sus necesidades individuales en el cuidado de la salud (Amezcu, M., et al., 2020). Es así, que el uso de una Guía PRAXIS representa el potencial de promover la autonomía de las personas y sus padecimientos, para que puedan cuidar de sí mismas y mejorar las competencias de autocuidado.

La NOM-019, establece ciertas vertientes para ejercer las funciones anteriormente señaladas. Estas se dividen en intervenciones: dependientes, independientes e interdependientes del profesional de enfermería. Para poder explicar el ejercicio de una Guía PRAXIS, es necesario establecerlas en el contexto de estas funciones de acuerdo con la NOM-019. Por lo tanto, las intervenciones dependientes y las interdependientes tienen que ver mucho con el personal multidisciplinario de la salud, para que en conjunto se puedan tener las mejores líneas de tratamiento.

Respecto a estas intervenciones, se refiere a aquellas actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de salud. De acuerdo con la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI, 2025), esta comunicación multidisciplinaria se denomina Ciencia de Frontera, en donde las Guías PRAXIS tienen la flexibilidad de poder interactuar sus fundamentos con los conocimientos de otras disciplinas o teorías prestadas (Fawcett y DeSanto-Madeya, 2013; Villarruel, Bishop, y Fawcett, 2001). Estas características para realizar las intervenciones facilitan que el lenguaje de una

enfermera al escribir una Guía PRAXIS sea flexible, de fácil entendimiento y de acceso universal para que otros profesionales de la salud (medicina, gerontología, fisioterapia, psicología, nutrición, etc.), puedan utilizar o actualizar las Guías PRAXIS de la persona que se cuida. Así como el impulso de la participación ciudadana.

En el mismo orden de ideas, las intervenciones independientes, de acuerdo con la NOM-019, son las actividades que ejecuta el profesional de enfermería, dirigidas a la atención de las respuestas humanas. Son acciones para las cuales la enfermera está legalmente autorizada a realizar de acuerdo con su formación académica y experiencia profesional (SS, 2013). Estas actividades requieren de todas las funciones que el profesional de enfermería realiza, dado que denota la aplicación del cuerpo propio de conocimientos de la disciplina de enfermería para lo cual fue formado (Estrada-Zapata, 2019).

Los cuidados que se realizan con autonomía, son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud; sin embargo, se requiere fundamentar desde lo jurídico, esta práctica independiente que se puede realizar en la comunidad, en un medio hospitalario o en la consultoría privada (Laverde et al., 2017).

1.3.2 Modelo PRAXIS. Contexto histórico

El Modelo PRAXIS, es una iniciativa de la Fundación Index en España, y que está en consonancia su labor investigativa. En la Fundación se ha trabajado principalmente en lo subjetivo, la investigación cualitativa y metodologías participativas en los procesos de investigación, las Guías PRAXIS son el resultado de más de 35 años trabajando bajo este paradigma.

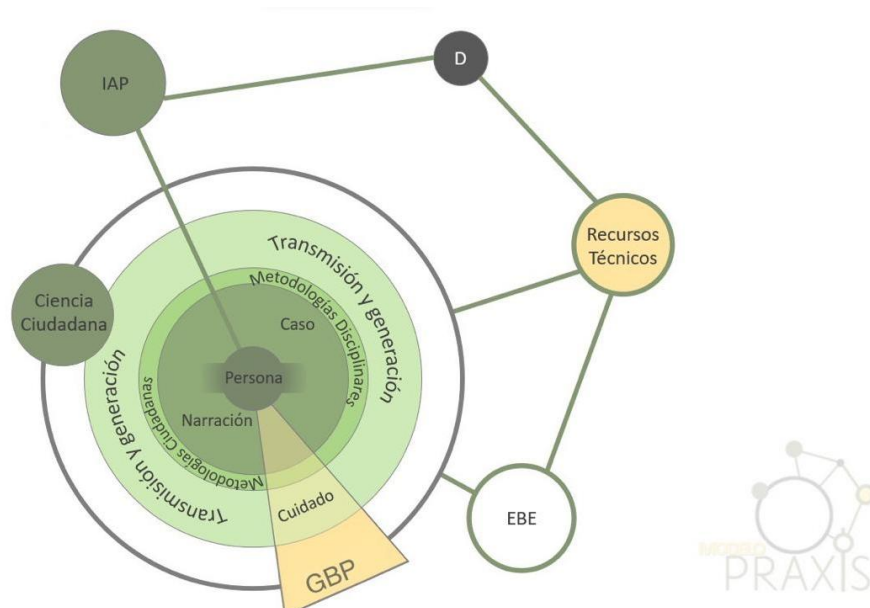
El Modelo PRAXIS tiene su origen en España, conjuga los fundamentos de la Enfermería Basada en Evidencia (EBE), que utiliza la investigación participativa dirigida a la acción, donde

el paciente enfermo o, mejor dicho, la persona con el padecimiento, se erige en el centro del proceso asistencial (Amezcueta et al., 2020).

El Modelo PRAXIS, utiliza como herramienta metodológica a las Guías PRAXIS, su creación surge por la necesidad de crear un método más pragmático al contexto real de la práctica de enfermería, debido a que están dirigidas a procurar el nivel óptimo de salud de la persona a través del mejor cuidado, pero se tiene en cuenta el entorno del sujeto, donde se fomenta su autocuidado. Esto supone un desafío al modelo tradicional de práctica clínica, al utilizar un enfoque armónico más acorde con el pensamiento enfermero, dirigido a proporcionar cuidados a las personas que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud (Amezcueta et al., 2020) (ver figura 1).

Figura 1

Modelo PRAXIS



Nota. IAP: Investigación de acción participativa. D: Conocimiento disciplinar. EBE: Enfermería basada en la evidencia. GBP: Guías de buenas prácticas.

Fuente. Altamira Camacho, 2024 (material inédito presentado en congreso de Aguascalientes).

1.3.2.1 Guías de Buenas Prácticas y Guías PRAXIS. Bajo este contexto, es necesario describir primero, lo que es una buena práctica bajo los siguientes argumentos: (a) responde a necesidades sentidas por los ciudadanos, con independencia de la manera en que estas se manifiesten; (b) es perceptible, o sea, produce un efecto beneficioso y por tanto provoca satisfacción en los beneficiarios; (c) sirve de modelo para otros profesionales, en tanto su efectividad es evidenciada a través de investigaciones e intercambio de experiencias; y (d) es objetivable, esto es, se ha mostrado efectiva y transferible a otros entornos de práctica (Amezcueta et al., 2020; Osorio, L., 2015).

Las Guías PRAXIS son un tipo de Guías de Buena Práctica (GBP), que son el conjunto de recomendaciones cuya eficacia ha sido demostrada a través de la investigación, aplicables a entornos de práctica concretos y que tienen en cuenta la participación comprometida de los sujetos involucrados en una situación o problema, según sus posibilidades y recursos disponibles (Amezcueta et al., 2020).

Las Guías PRAXIS incorporan a la práctica la investigación de calidad, fortalece la experiencia y considera las preferencias del paciente, todo ello en un contexto de recursos limitados, que, a pesar de ello, su fin es lograr su autocuidado. Además, integran la ciencia ciudadana, que busca resolver problemas concernientes a la experiencia de cuidado de salud humana, con y desde quien la vive, es la contribución activa de los ciudadanos en actividades de investigación; aportan sus propias herramientas y recursos; corresponde a los pacientes, sus cuidadores y familia, darle sentido a la “productividad” científica (Altamira Camacho, 2023).

El acrónimo PRAXIS, hace alusión a tres componentes: 1. *Práctica*, porque reposa en el saber experto, 2. *Integral*, porque involucra al sujeto en su cuidado, considera su entorno, y 3. *Segura*, porque comprende prácticas basadas en la evidencia científica (Amezcueta et al., 2020).

Con base a los 12 lineamientos de Amezcua et al., (2020), una Guía PRAXIS necesita de cuatro componentes debidamente engarzados para poder resolver en la práctica su visión renovada del cuidado.

Estructura y términos de una Guía PRAXIS

- a. Un *caso*. Describe la situación de cuidado de una situación de salud a través de una narrativa breve, que refleja la subjetividad de la persona; es decir, aquella situación que no se puede delimitar a un indicador cuantificable. La narrativa debe de enfatizar en los aspectos de su afrontamiento a la enfermedad o situaciones que la persona manifieste alrededor de ésta y sus necesidades de cuidados. La narrativa identifica un problema en concreto y un fenómeno complejo de cuidado que incluye lo que la persona con el padecimiento solicite, y lo que el profesional de enfermería priorice.
- b. Una *pregunta*. De acuerdo con el contexto que se ha valorado del caso, a partir de la problemática identificada y subjetiva, se realiza una pregunta con base al formato PIO (paciente o problema clínico, la intervención que se busca y el resultado que se espera alcanzar). Este formato deriva de la pregunta clásica PICO (Manterola, Rivadeneira, y Otzen, 2024) que se realiza para lograr una de las fases de la EBE (Zambrano et al., 2022) y presentar la mejor evidencia publicada respecto a su calidad metodológica para fundamentar las intervenciones o cuidados de enfermería.
- c. *Recomendaciones de Buena Práctica (RBP)*. En este componente, se trata de identificar las mejores intervenciones que se hayan realizado dentro del quehacer profesional de la enfermería. Este componente requiere de entrenamiento en la búsqueda

de bibliografía científica para poder seleccionar los cuidados que pueden contribuir al desarrollo del autocuidado de la persona respecto a su padecimiento.

d. *Grupo focal.* Conjunto de personas expertas en el padecimiento del caso. Pueden ser personas con la misma enfermedad o similar o sus cuidadores familiares (Amezcueta et al., 2020). Se construyen para trabajar de forma más efectiva con técnicas grupales que permiten compartir experiencias, generar ideas y consensuar propuestas. Los grupos focales de ciudadanos expertos resulta de especial interés, dado que se identifican con múltiples experiencias de autocuidado y actitudes adoptadas. De los expertos se logra transmitir el compromiso para ayudar a otras personas que están pasando por situaciones parecidas.

e. *Prácticas de Autocuidado.* Conjunto de cuidados que los pacientes y su familia podrían realizar para mejorar su situación de salud. Surgen del consenso alcanzado con un grupo de pacientes o ciudadanos expertos en el mismo padecimiento. Se construyen grupos focales para solicitarles lo siguiente: 1. Su opinión sobre la factibilidad y pertinencia de las intervenciones propuestas en las RBP, así como las posibilidades de superar las barreras que puedan dificultar su implementación o aceptabilidad entre los beneficiarios (como ciudadanos expertos, se presupone que conoce y practican acciones para superar el padecimiento); y 2. Las acciones que desde los propios beneficiarios y su entorno se pueden adoptar para aumentar la efectividad de las RBP.

1.3.2.2 Contribuciones de las Guías PRAXIS. En la ciencia de enfermería, las Guías PRAXIS incorporan tanto la teoría como la práctica, la forma en que se abordan las necesidades de las personas y sus padecimientos, acortan la distancia para mejorar la práctica del autocuidado. Su

fortaleza no solo deriva que se considera la subjetividad de las necesidades del paciente, sino que fundamenta los cuidados de enfermería dentro de las mejores intervenciones publicadas para mejorar el tratamiento.

Además, la redacción de ésta no presupone un lenguaje estandarizado o exclusivo de una disciplina (como serían las taxonomías). Las Guías PRAXIS permiten que los pacientes y sus cuidadores puedan consultar lo que es en realidad un texto científico, pero con un léxico bondadoso; en otras palabras, las Guías PRAXIS son de acceso universal, se pueden actualizar y son propiamente una guía para los pacientes y su cuidador. El acceso universal al conocimiento es uno de los requisitos que solicita la SECIHTI (2025), en donde todos los investigadores puedan crear conocimientos científicos y tecnológicos que puedan ser utilizados por la población no necesariamente instruida, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

El gestionar el cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria, lleva implícito el imperativo ético de responder frente a la sociedad con la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de las personas, se considera las necesidades de bienestar de la persona y sus padecimientos y las competencias de su cuidador para fortalecer las intervenciones.

1.4 Estudios relacionados

Este apartado se describen tres secciones; en la primera, las Guías PRAXIS que han sido publicadas en diversos padecimientos que permiten identificar el proceso metodológico. En la segunda, los estudios que abordan la epidemiología y semiología clínica de la AR. Finalmente se describen estudios con intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de este padecimiento.

1.4.1 Guías PRAXIS publicadas

Hasta el momento, se han publicado 16 Guías PRAXIS, de las cuales 13 se realizaron en España, diez de ellas abordaron padecimientos relacionados con ostomías, el resto trató de la pérdida de la audición, esquizofrenia y demencia. En México, se han realizado tres guías en programas educativos de posgrado, dos con la temática de terapia de hemodiálisis y una sobre diabetes.

En conjunto, las 16 Guías PRAXIS hasta ahora publicadas, contaron con los apartados de: documentos seleccionados ($M = 9.93$, Rango 3-22), Recomendaciones de Buena Práctica ($M = 5.2$, rango 3-7), grupo focal ($M = 3.3$, rango 2-6) y Prácticas de Autocuidado ($M = 19.8$, rango 14-28). Actualmente no se han registrado Guías PRAXIS que hayan abordado los padecimientos de AR en México, y en el Estado de Puebla no se ha registrado el uso de esta herramienta metodológica para realizar cuidados de enfermería.

Ayala-Martínez y Herrera-Justicia (2023) realizaron una Guía PRAXIS para el caso de Jorge, quien tiene discapacidad auditiva, que muestra las dificultades que se le presentan a la hora de acudir a los centros sanitarios en donde pierde su autonomía al depender de terceras personas para poder comunicarse y obtener una mejor asistencia sanitaria. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones pueden mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios y personas con pérdida de audición? La búsqueda consultó cuatro bases de datos y

resultó en seis RBP identificadas: 1. Adquirir conocimientos sobre el método de comunicación más apropiado; 2. Facilitar el acceso a las personas en los centros sanitarios; 3. Buscar apoyo para evitar su exclusión; 4. Conocer las competencias lingüísticas para comunicarse con personas sordas; 5. Emplear intérpretes en las unidades de salud; 6. Asegurarse de la comprensión de la información aportada. La validación ciudadana se obtuvo a través de tres pacientes expertos quienes identificaron 21 Prácticas de Autocuidado entre las que destacan: *conocer* la diversidad de dispositivos existentes que mejoren su déficit sensorial; disponer de la información sobre la figura del intérprete de salud, sobre cómo solicitarlo, disponibilidad, etc.; *habilidades* para adaptarse a su nueva situación para mejorar su autoestima; no sentirse una carga para sus familiares; *actitudes* para no sentir que se vulnera su intimidad al ir acompañado de un familiar. Las RBP y Prácticas de Autocuidado sugieren que paciente y personal sanitario se adapten a la situación y mantengan una actitud positiva.

Serrano-Peña (2022) realizó una Guía PRAXIS a partir del caso de M^a del Carmen, con la problemática de volver a su vida cotidiana tras debutar como paciente ostomizada y perder parte de su independencia. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones se identifican como eficaces con el objetivo de impulsar la independencia en pacientes portadores de una ostomía? Se realizó una búsqueda en tres bases de datos; los resultados identificaron cuatro RBP: 1. Aportación de información dietética adaptada; 2. Manejo eficaz de los dispositivos; 3. Apoyo emocional mediante grupos de apoyo; y 4. Animar a la persona a entrar en contacto con grupos de pacientes ostomizados. La validación ciudadana por cuatro pacientes expertos propuso 17 Prácticas de Autocuidado, entre ellas destacan: *conocer* que puede evitar comer fibra cuando esté fuera de casa; *habilidades* para aprender a llevar bolsas perfumadas para evitar olores; *actitudes* para que sea resiliente. Las RBP y Prácticas de Autocuidado señalan a los grupos de apoyo y

asociaciones como un recurso positivo para compartir experiencias y descubrir técnicas que les puedan ayudar.

García-Linde y Herrera-Justicia (2022) realizaron una Guía PRAXIS a partir del caso de Margarita, cuyo estoma está mal posicionado en una zona con pliegues y desniveles, derivado de las múltiples operaciones, lo que generó problemas en su vida cotidiana. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones podrían mejorar el afrontamiento de su nueva situación? La búsqueda se realizó en tres bases de datos, que identificaron siete RBP: 1. Dar información sobre los dispositivos, prendas de vestir y dieta; 2. Seguimiento telefónico; 3. Acudir a reuniones de personas ostomizadas; 4. Estrategias positivas para afrontar y normalizar la situación; 5. Involucrar a la familia en el cuidado; 6. Evaluar aspectos psicológicos; y 7. Fomentar actitud proactiva para la búsqueda de prendas. Los autores sometieron las RBP a validación ciudadana por tres pacientes expertos que propusieron 21 Prácticas de Autocuidado, entre las que destacan: *conocimientos* para reconocer el impacto psicológico tras la realización de un estoma; *habilidades y destrezas* para compartir con familiares y allegados pensamientos, sentimientos y emociones; fomentar *actitudes* para mantener una vida activa para afrontar la realidad sin tratar a su estoma como tema tabú. Con base en las RBP, se puede identificar que la valoración familiar previa o de los cuidadores, pueden determinar las actividades realizadas por los pacientes ostomizados para mejorar su calidad de vida.

Campos-Guerra y Hernández-Zambrano (2022), realizaron una Guía PRAXIS centrada en el caso de Ángel, portador de ileostomía que, tras un evento en el que su ileostomía no funcionaba, se le indicó un enema sin especificación de dónde realizarlo; a falta de comunicación entre personal y paciente, se dificultó la realización del procedimiento. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones son necesarias para promover una Toma de Decisiones Compartida

entre enfermera y paciente ostomizado, que favorezca su participación y evite la despersonalización en momentos de ingreso hospitalario? Se realizó una búsqueda de la literatura en siete bases de datos; los resultados arrojaron siete RBP: 1. Autocuidado por medio de la participación; 2. Comunicación efectiva en ambiente empático; 3. Desarrollo de habilidades en escucha terapéutica; 4. Acceso a información sobre los procedimientos al paciente; 5. Apoyo en la toma de decisiones; 6. Tomar en cuenta valores y preferencias del paciente; y 7. Proporcionar cuidado integral. A partir de estas recomendaciones, se obtuvo la validación ciudadana con tres pacientes expertos; proponen 21 Prácticas de Autocuidado, entre ellas: *conocimientos* sobre signos de complicación; *habilidades* para llevar consigo dispositivos de cambio; *actitudes* para no avergonzarse de expresar sus sentimientos al personal sanitario. Las RBP muestran que sería de utilidad proporcionar información sobre el estoma y dispositivos para disminuir la ansiedad ante la incertidumbre.

García-Vivancos, De la Peña-Ayuso y Herrera-Justicia (2022) realizaron una Guía PRAXIS para el caso de María, quien tiene una ostomía definitiva y manifestó el rechazo a todo el plano sexual tanto físico como emocional que sufre la paciente debido a la alteración en su imagen corporal, principalmente y reforzado por convencionalismos sociales y culturales en torno al sexo. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones de apoyo funcional se describen como eficaces para restablecer la vida sexual en pacientes portadores de una ostomía? La búsqueda de la literatura fue en cuatro bases de datos; los resultados identificaron cinco RBP: 1. Orientar al paciente en aspectos relacionados con su estoma para recuperar la autosuficiencia; 2. Ayudar a la persona a mejorar su imagen corporal durante el contacto sexual; 3. Implementar estrategias que ayuden a retomar la práctica erótica-sexual; 4. Trabajar con su entorno para favorecer la aceptación de su nueva realidad; y 5. Estimular el contacto con personas con misma

experiencia. La validación ciudadana se alcanzó con dos pacientes expertos que identificaron 26 Prácticas de Autocuidado entre las que destacan: *conocer* otras maneras de expresarse sexualmente, incluyen la masturbación, sexo oral o simulación con las manos; *habilidades* para proponerse pequeños retos y objetivos sexuales de manera natural y cómoda, cuando la paciente se encuentre preparada; *actitudes* para superar la vergüenza y favorecer la risa como mecanismo de asimilación de problemas. Las RBP y Prácticas de Autocuidado mejoran la salud física y psicológica, mejoran la autoestima, relaciones sociales frecuentes y divertidas, actividad física, actividad de ocio y planificación de sus actividades.

Ordóñez-Vázquez y López-Alonso (2022), realizaron una Guía PRAXIS para el caso de Sofía, una paciente con ileostomía definitiva que se sometió a una cirugía en un intento por corregir una hernia paraostomal con el fin de ser madre. En el postoperatorio surgieron complicaciones graves que ocasionaron la pérdida de la posibilidad de quedarse embarazada, esto supuso para ella un trauma que le dificulta volver a una vida normal. Sofía, sabe manejar perfectamente su ostomía; sin embargo, tiene dificultades para vivir y afrontar su duelo, que se torna el eje central de sus cuidados. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones de apoyo psico-emocional se describen como eficaces para facilitar y superar el duelo en pacientes con ostomías que no pueden tener hijos? Se realizó una búsqueda de la literatura en cuatro bases de datos; los resultados presentaron cuatro RBP: 1. Animar a la persona a realizar ejercicio físico rutinariamente; 2. Animar a la participación en redes sociales para compartir su experiencia y buscar apoyo; 3. Estimular la práctica de ejercicios de mindfulness para aplicarlos en grupo e individualmente; y 4. Estimular la búsqueda de nuevas metas y objetivos en la vida. A partir de estas recomendaciones, cuatro pacientes expertos propusieron 17 Prácticas de Autocuidado, entre ellas: *conocimientos* para saber si en sus alrededores existe un club o grupo de apoyo para hablar

con gente en su misma situación; *habilidades y destrezas* para mejorar la situación laboral; *actitudes* para eliminar de su mente la idea de que no puede ser madre. Con base en las RBP, se identifica que restaurar un sentido de significado de vida es parte esencial del proceso de curación.

Esteban-Vílchez (2022), realizó una Guía PRAXIS para el caso de Carmela, que ilustra los problemas que aparecen en pacientes con demencia, donde es difícil el afrontamiento por parte del paciente en sus momentos de lucidez y el sentir de la familia de estos pacientes. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones se describen como eficaces para garantizar la calidad de vida tanto a pacientes con demencias, como a sus familiares? Los resultados de la búsqueda en seis bases de datos identificaron cuatro RBP: 1. Realización de actividades psicoeducativas sobre las cuidadoras; 2. Actuaciones en el ámbito psicosocial sobre los cuidadores; 3. Utilización de la terapia cognitiva en pacientes que están iniciando con demencia; y 4. Utilización de terapias dirigidas hacia los factores psicosociales o ambientales del paciente. La validación ciudadana fue por familiares de una paciente con Alzheimer, propusieron 19 Prácticas de Autocuidado, entre las que destacan: *conocimientos* para los cuidadores sobre la manera de orientar a los pacientes a la realidad; *habilidades y destrezas* para ser observador y averiguar lo que más le gusta y satisface al paciente; *actitudes* para aprender a perdonarse a uno mismo y al paciente en situaciones estresantes. Las RBP incluyen acciones que puede tomar el cuidador tanto para su paciente, como para su autocuidado para reducir la tensión y el estrés que supone la atención.

Andrade-Roca y Vega-Torres (2022), realizaron una Guía PRAXIS centrada en el caso de Digna, una mujer con urostomía definitiva, que quiere, entre otras cosas, mantener su forma física. Con el apoyo de su pareja, las enfermeras y la estomaterapeuta, ha conseguido recuperar

su vida con la certeza de que las segundas oportunidades existen, de que quiere seguir aprovechando el tiempo y, de que las pequeñas cosas, los buenos momentos, cobran ahora más valor. Se planteó la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones son útiles para una pronta recuperación de su actividad física? Los resultados de cinco bases de datos, mostraron cuatro RBP: 1. Motivar desde el preoperatorio para mantener una buena preparación anímica y física; 2. Hacer partícipe al personal sanitario de la importancia de una buena educación para la movilización en el postoperatorio inmediato; 3. Promover la actividad física progresiva hasta conseguir el nivel adecuado para cada persona; 4. Dar a conocer a la persona ostomizada habilidades y estrategias para una práctica deportiva segura. Cuatro pacientes expertos identificaron 19 Prácticas de Autocuidado, en las que destacan las siguientes: *conocimientos* sobre la diversidad de dispositivos y accesorios para encontrar lo que mejor se adapte a la persona y circunstancia; *habilidades* para aprender a evitar fugas, con el uso de diferentes dispositivos; *actitudes* para ser valiente ante las adversidades, no dejar que el miedo la controle. Con base en las RBP, se evidencia que es clave el asesoramiento personalizado para que la persona recupere su capacidad física.

López-Callejón y Casares-Cervilla (2022), realizaron una Guía PRAXIS para Rafael, que tras ser ostomizado presentó alteración en su imagen corporal, donde se afectó su vida conyugal y con una difícil fijación del dispositivo, precisando cirugía reparadora. Se formuló la pregunta PIO: ¿Cuáles son las intervenciones que repercuten de manera directa en la prevención de aparición de hernias paraestomales en un paciente portador de una ostomía de eliminación? se realizó una búsqueda en cinco bases de datos, los resultados arrojaron cinco RBP: 1. Establecer un acceso entre la enfermera especialista y la persona portadora de estoma; 2. Fomentar relaciones entre personas portadoras de estomas para compartir experiencias; 3. Utilizar el

recurso de unidad de fisioterapia para educación en ejercicios para la rehabilitación abdominal;

4. Valorar de forma holística a la persona ostomizada y arribar problemáticas correspondientes; y
5. Facilitar recomendaciones dietéticas ajustadas a cada persona. Se obtuvo la validación ciudadana por tres pacientes expertas que identificaron 17 Prácticas de Autocuidado: *conocimientos* sobre rehabilitación abdominal; *habilidades* para realizar un registro diario de dieta y ejercicios; *actitudes* para enfrentarse a cada situación que se le plantee. Las RBP mencionan que el abordaje a los pacientes debe de ser de forma holística con un cuidado integral.

Caballero-Liñán (2021) realizó una Guía PRAXIS centrada en el caso de Juana, que cuida de su hija que padece Esquizofrenia Paranoide, su día a día es del trabajo al domicilio y viceversa; esto le ocasionó problemas en su vida: sobrecarga emocional, ausencia de vida social, dificultades para organizarse y disponer de tiempo para sí misma, sensación de impotencia a la hora de resolver las situaciones que se le presentan, etc. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones de conciliación ayudan a evitar o paliar a una cuidadora familiar la sobrecarga que conllevan los cuidados de una persona dependiente con esquizofrenia? La búsqueda se realizó en cuatro bases de datos, los resultados identificaron cinco RBP: 1. Acudir a sesiones educativas para el bienestar del cuidador; 2. Apoyarse estrategias para afrontar el estrés; 3. Apoyar la intervención educativa en material audiovisual; 4. Facilitar el acceso a la prestación de apoyo mediante *servicios de respiro* las funciones de los cuidadores familiares; y 5. Poner en contacto a cuidadores con organizaciones para obtener servicios de apoyo informal. La validación ciudadana se alcanzó con dos personas cuidadoras expertas, que identificaron 28 Prácticas de Autocuidado, de las que destacan: *conocer* técnicas para la mejora del desarrollo psicológico y social de la persona a la que cuida; *habilidades* para acordar con la familia, la forma de organizarse en casa para compartir las tareas diarias y las ayudas a la persona a la que

cuida; *actitudes* para mantener una conducta activa y de afrontamiento de la situación pensando que hay vías de solución de problemas. Las RBP y Prácticas de Autocuidado le permitirán liberarse de la sobrecarga que le supone la atención que presta a la persona a la que cuida: descansar, dormir lo suficiente, hacer deporte, participar en actividades sociales, mantener buen nivel de autoestima, desarrollar conductas asertivas, buscar momentos para la relación familiar.

Herrera-Justicia, López-Moreno, Martínez-Muñoz, Hermoso-Quintana y Amezcua (2020) realizaron una Guía PRAXIS para el caso de Marina, que ejemplifica las dificultades durante el debut como ostomizada y los problemas de afrontamiento que ha de superar cuando se reencuentra con su cotidiano, además, su autonomía fue mermada como consecuencia de la incertidumbre ante el futuro. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones de apoyo funcional se describen como eficaces para normalizar las actividades de la vida cotidiana (AVC) en pacientes a los que se ha practicado una ostomía? La búsqueda de la literatura fue en tres bases de datos, los resultados identificaron seis RBP: 1. Colaborar con la persona portadora para que realice de manera eficaz los cuidados de su estoma y el manejo de dispositivos; 2. Valorar las medidas más inmediatas para satisfacer las necesidades básicas al descubierto; 3. Adiestrar la persona en la adopción de medidas preventivas a factores de riesgo; 4. Abordar con la familia el cuidado de la persona portadora; 5. Apoyarse en tecnologías visuales para educar la persona y su familia en el autocuidado; y 6. Estimular el establecimiento de relaciones para compartir experiencias. La validación ciudadana se alcanzó con tres pacientes expertos que identificaron 19 Prácticas de Autocuidado, entre ellas: *conocer* plataformas y recursos digitales y entender que no sustituyen el asesoramiento profesional; *habilidades* para recurrir a la ayuda profesional ante complicaciones del estoma o riesgo de claudicación emocional; *actitudes* para desechar la idea

de que su situación va a suponer una carga para la familia. Los autores concluyeron que las RBP y Prácticas de autocuidado contribuyen a la reducción de complicaciones por riesgos del estoma.

Pérez-Lorenzo y Herrera-Justicia (2022) realizaron una Guía PRAXIS para el caso de Juan, que ha aceptado su ostomía, pero tiene miedos en relación con la actividad física y realización de deporte. Se formuló la pregunta PIO: en pacientes ostomizados que practican deporte: ¿Qué intervenciones postquirúrgicas garantizarían la adaptación al nuevo estilo de vida? La búsqueda de literatura en tres bases de datos identificó tres RBP: 1. Informar cómo realizar ejercicios abdominales seguros para fortalecer la musculatura abdominal; 2. Mostrar alternativas de dispositivos y accesorios para la realización de ejercicio /deporte; 3. Instruir al paciente en vigilar la presencia de posibles complicaciones. La validación ciudadana se obtuvo mediante tres pacientes expertos que identificaron 14 Prácticas de Autocuidado entre las que destacan: *conocimientos* para realizar los primeros ejercicios acompañado de un profesional hasta aprender a realizarlos con seguridad; *habilidades* para llevar consigo siempre repuestos para cambios en caso de emergencia; *actitudes* para motivarse, concentrándose en todos los aspectos positivos de la actividad física. Las RBP y Prácticas de Autocuidado se centran en empezar poco a poco y acudir con un profesional.

Blas-Velez, Mejía-Bolaños, Núñez-Bautista y Herrera-Justicia. (2024) realizaron una Guía PRAXIS con el caso de Jorge, que ha estado con hemodiálisis por 11 años, menciona que ha aprendido a vivir con su enfermedad; sin embargo, su salud emocional está afectada por la muerte de sus compañeros, además, la falta de empatía e interés por parte del personal de enfermería ocasiona que estos pensamientos empeoren. A pesar de tener una buena red de apoyo, no se siente en confianza de expresar su sentir tras la muerte de sus compañeros; y expresa su deseo de sentir que el personal lo escuche, para apartarse de pensamientos negativos. Se formuló

la pregunta PIO: en pacientes jóvenes sometidos a hemodiálisis; ¿Qué intervenciones de apoyo emocional y social podrían mejorar el afrontamiento ante la muerte de sus compañeros de terapia? La búsqueda de literatura fue en tres bases de datos, los resultados identificaron seis RBP: 1. Estimular la asistencia a grupos de apoyo; 2. Fomentar el uso de actividades de distracción para canalizar de manera eficaz los sentimientos tras el duelo; 3. Abordar la espiritualidad para mejorar el afrontamiento del duelo; 4. Brindar acompañamiento; 5. Alentar a la persona a mantener las habilidades sociales; y 6. Abordar con el personal de enfermería técnicas de comunicación. La validación ciudadana se alcanzó con cuatro pacientes expertos que identificaron 15 Prácticas de Autocuidado, tales como: *conocer* terapias que pueden ayudarle a sentirte mejor, sin dejar de lado las prescripciones médicas; *habilidades y destrezas* para recurrir a prácticas religiosas/espirituales que le ayuden a tener una sensación de tranquilidad y consuelo; *actitudes* que le permitan realizar sus actividades cotidianas. Los autores concluyeron que las RBP y Prácticas de Autocuidado sirven para reconocer que hay días difíciles o malos y es imperativo normalizar pedir ayuda.

Blas-Velez, Ramírez, Jiménez, Ortega y Herrera (2025) realizaron una Guía PRAXIS con el caso de Juanita, una mujer de 60 años con diabetes mellitus tipo 2 con tratamiento farmacológico y la creencia de que los fármacos pueden ser dañinos por no ser naturales. Juanita utiliza el té de níspero como una alternativa para el control de sus síntomas cuando no puede adquirir los medicamentos; sin embargo, al comentar sus prácticas al médico fue regañada, por lo que decidió no volver a mencionarlos, pero sigue tomándolos. Se formuló la pregunta PIO: en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ¿Cuáles son las recomendaciones para el uso seguro de plantas medicinales con propiedades hipoglucemiantes? La búsqueda se realizó en cuatro bases de datos y un buscador e identificó seis RBP: 1. Respetar creencias y prácticas culturales; 2.

Conocer el uso de la herbolaria que utiliza la persona con diabetes; 3. Orientar sobre el uso de la herbolaria como trata miento complementario; 4. Conocer los usos adecuados de las plantas medicinales para aplicación sea segura y beneficiosa; 5. Alertar sobre las posibles interacciones farmacológicas; 6. Promover que consulten y/o notifiquen con el profesional de salud sobre las plantas medicinales que utilizan. La validación ciudadana se alcanzó con seis pacientes expertos que identificaron 22 Prácticas de Autocuidado, tales como: *conocer* beneficios y posibles riesgos del uso de plantas medicinales e identificar las técnicas seguras de preparación y conservación; *habilidades y destrezas* para monitorear los niveles de glucosa para evaluar los efectos de las plantas medicinales, aplicar estrategias para combinar de manera segura las plantas con los tratamientos; y *actitudes* para no abandonar el tratamiento principal. Los autores concluyeron que existen plantas medicinales que las personas con diabetes mellitus utilizan para controlar la hipoglucemia.

Ortega-Jiménez et al. (2025) realizaron una Guía PRAXIS para el caso de Martha, una madre soltera de 65 años con rechazo a la terapia dialítica a causa de temores y malas experiencias con la enfermedad de su madre y tiene miedo de ser una carga para su hija. Se formuló la pregunta PIO: ¿Cuáles son las mejores prácticas para favorecer la toma de decisiones informadas en la aceptación de tratamiento dialítico en pacientes con enfermedad renal crónica? La búsqueda consultó seis bases de datos e identificó seis RBP: 1. Fomentar la participación de los familiares en sesiones de educación; 2. Implementar llamadas telefónicas para monitorear el tratamiento y ofrecer apoyo emocional; 3. Realizar intervenciones psicoemocionales; 4. Canalizar a los pacientes a grupos de ayuda mutua y personal especializado en la cultura de la salud renal; 5. Escuchar activamente a las personas que padecen y enfocarse en la subjetividad para comprender sus necesidades; 6. Brindar consulta enfermera como facilitador en la toma de

decisiones. La validación ciudadana se alcanzó con cuatro pacientes expertos que identificaron 16 Prácticas de Autocuidado, entre las que destacan: *conocimientos* sobre los diferentes tratamientos, cómo funcionan, sus beneficios, complicaciones y cómo ayudan en la calidad de vida; *habilidades y destrezas* comunicar sus temores, preocupaciones y solicitar su apoyo durante el proceso de tratamiento; incorporar el tratamiento de diálisis en su vida diaria, realizando ajustes en sus actividades; *actitudes* para superar la timidez y expresarle a la enfermera la necesidad de apoyo emocional; cultivar la resiliencia frente a los retos con actitud optimista; papel activo en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Los autores concluyeron que el personal de enfermería puede ayudar a los pacientes a disipar los temores que rodean la toma de decisiones.

Reinoso y Casares (2025) realizaron una Guía PRAXIS para el caso de María una mujer con enfermedad de Crohn que fue sometida a una ileostomía. Tras varios años de rechazo al estoma, decidió recuperar su rutina, que se vio nuevamente afectada por un prolapso de la ileostomía, con múltiples fugas. Después de una reconfección del estoma, ha recuperado calidad de vida, pero quiere perder el temor a trabajar y salir lejos de casa por las fugas de la ostomía. Se formuló la pregunta PIO: ¿Qué intervenciones favorecen el aumento de autoestima y la integración cotidiana de pacientes jóvenes portadores de ostomía? La búsqueda consultó tres bases de datos y un buscador e identificó cinco RBP: 1. Instruir en prevención y/o tratamiento ante posibles complicaciones; 2. Encontrar junto con la paciente, medidas individualizadas que permitan la adaptación; 3. Ofrecer recursos para adquirir hábitos de vida saludable; 4. Aportar vídeos o redes sociales de personas ostomizadas para aportar normalidad a la vida del paciente; 5. Alentar a la paciente a entrar en contacto con personas con su misma problemática. La validación ciudadana se alcanzó con cuatro pacientes expertos que identificaron 25 Prácticas de

Autocuidado, entre las que destacan: *conocimientos* sobre los tipos de fabricantes que existen en el mercado, bolsas, accesorios, de forma gráfica (catálogos); manejar problemas que puedan aparecer en su día a día; adquirir hábitos de alimentación saludables; *habilidades y destrezas* para manejar su estoma en lugares que no sean su domicilio con normalidad; y *actitudes* para perder el miedo a hacer tareas o actividades de ocio por aparición de posibles complicaciones. Los autores concluyeron que las prácticas identificadas permiten normalizar las actividades de su vida cotidiana.

1.4.2 Epidemiología y semiología clínica de la artritis reumatoide

Solares Sampedro (2018) realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer la actuación de enfermería en el abordaje al paciente con AR. Identificó 856 artículos y retomó 40 para su análisis. Conjuntó una tabla de recomendaciones de prevención secundaria clasificadas en: 1. Medidas generales; 2. Medidas de reposo/ejercicio; 3. Medidas de peso/alimentación. En las primeras se recomienda ducharse con agua caliente para ayudar a la musculatura, así como la aplicación de compresas frías en la articulación inflamada. En el caso del reposo/ejercicio, uso de cama dura para evitar deformaciones, evitar el uso de almohada y realizar ejercicio físico habitual. Finalmente, para el peso y alimentación se sugiere una dieta mediterránea y evitar el sobrepeso. El autor concluyó que, el papel de la enfermera dentro del equipo multidisciplinar es necesario en intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Ribeiro et al., (2020) realizaron una revisión integrativa con el objetivo de identificar los factores que influyen en el autocuidado de las personas con AR. Identificaron 510 artículos, se retomaron 12 para su análisis; los factores se agruparon en ocho categorías: 1. Apoyo social; 2. Apoyo emocional; 3. Enfermedades y comorbilidades; 4. Socioeconómicos y culturales; 5. Relacionados con servicios de salud; 6. Relación con el tratamiento; 7. Intrínsecos y personales;

8. Relacionados con conocimientos. Los autores concluyeron que es responsabilidad de la enfermera comprender a la persona, cómo utiliza sus recursos y los factores intrínsecos orientados hacia conductas de autocuidado para desarrollar intervenciones que atienden las necesidades identificadas.

1.4.3 Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la artritis reumatoide

Padilla-Ortiz et al., (2021) con el objetivo de investigar la asociación entre el uso de Medicina Complementaria y Alternativa (MCA) y la relación médico-paciente en enfermos con AR, realizaron un estudio descriptivo transversal, con una muestra por conveniencia de 246 pacientes. Las modalidades de MCA reportadas fueron: profesionales o expertos (quiropático, homeópata, acupunturista, fitoterapeutas, sanador espiritual), hierbas o suplementos (hierbas, vitaminas, homeopatía), y prácticas (meditación, yoga, Chi Kung, TaiChi, técnica de relajación, visualización, ceremonia de sanación). Se reportó que 106 usuarios mencionaron el uso de MCA. Los autores concluyeron que el uso de MCA en personas con AR tiene una alta prevalencia; no obstante, la mayoría de los pacientes no lo reportaron a su reumatólogo.

Solis Cartas et al., (2019) realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes con AR con el objetivo de dar a conocer las ventajas del uso de Medicina Natural en el Tratamiento (MNT) de la AR. Describen el tipo de asistencia médica demandada por el paciente, la utilización de MNT como coadyuvante en el tratamiento, la modalidad de MNT aplicada y la aceptación del médico y paciente. La muestra se conformó por 125 pacientes, el 62.4% (n=78) reportó el uso de MNT. Las modalidades de MNT indicadas se reportaron en cuatro categorías: 1. Fitofármacos; 2. Acupuntura; 3. Moxibustión; y 4. Otros. El 46% de la muestra mencionó el uso de fitofármacos. Los autores concluyen que la MNT es una opción válida en el tratamiento de la AR, sobre todo en pacientes con crisis aguda.

Porras, Rada y Durán (2019), realizaron una revisión de la literatura con el objetivo identificar el efecto de una dieta mediterránea en el tratamiento de la AR. La búsqueda identificó siete artículos y solo uno fue seleccionado para su análisis. El diseño de este estudio es un ECA, evaluó la intervención de una dieta Mediterránea rica en aceites durante 12 semanas, la intervención incluyó tres semanas de educación y dieta en el hospital, seguida de nueve semanas de estricto seguimiento clínico, donde se proporcionaron los alimentos incluidos en la dieta. Los autores concluyeron que la dieta Mediterránea puede lograr poca o ninguna diferencia en el dolor o la actividad de la enfermedad y puede aumentar ligeramente el peso en pacientes con AR. No fue posible establecer claramente si la dieta Mediterránea tiene algún efecto sobre la funcionalidad, la rigidez matutina o la calidad de vida, ya que la certeza de la evidencia existente se ha evaluado como muy baja.

Capítulo II

Metodología

2.1 Construcción de una Guía PRAXIS

De acuerdo con los lineamientos presentados por Amezcua et al. (2020), las Guías PRAXIS siguen una estructura de 12 elementos para su publicación y divulgación. En este apartado se presentarán los componentes esenciales de la Guía PRAXIS.

2.1.1 Presentación del caso

Para la elaboración del presente trabajo, se seleccionó un caso previamente conocido por la investigadora principal, quien le realizó cuidados en el hogar y orientación al cuidador familiar principal. Se llevó a cabo un acercamiento en su hogar, ambiente donde se sentirá cómoda y segura, para solicitar su consentimiento y la respuesta a algunas preguntas que permitieron conformar la narrativa.

2.1.1.1 Narrativa. Alicia es una mujer de 49 años, que se dedica a las labores del hogar, su esposo vive en otro lugar por cuestiones laborales y sus tres hijos están fuera de casa la mayor parte del tiempo por sus estudios.

Durante varios años, Alicia tuvo la misma rutina: entre semana, después de desayunar se preparaba para ir al gimnasio cercano a su casa, estaba ahí un par de horas. Solía ver el gimnasio como un refugio, el ejercicio la hacía sentir fuerte y enérgica, siempre se divertía y se encontraba con sus amigas con quienes platicaba sobre su vida y las situaciones emergentes con su familia.

Pasaba los fines de semana, en compañía de su esposo de visita e hijos. Por la convivencia, surgían algunos problemas que hacían sentir decaída a Alicia, situaciones que la estresaban por algunos momentos, pero ella siempre se mantenía alegre y optimista para su familia.

La vida de Alicia cambió de manera drástica hace un par de años, su hija mayor se casó y se fue de la casa, y su esposo regresó a vivir con ella y comenzó a trabajar por las noches en una fábrica en la que se dedica a empacar y cargar cosas, donde tiene que permanecer de pie casi toda la jornada laboral. A raíz de esto, la salud de Alicia se vio afectada, inició con dolores en el cuerpo por las mañanas, y en cuestión de meses el dolor estaba presente durante todo el día, se había intensificado en los hombros, manos y dedos, además tenía rigidez. Tanto ella como su familia pensaron que era a causa de los cambios en los horarios y el estrés laboral, así que dejaron pasar los síntomas, restándoles importancia.

Pasado el año, los dolores se intensificaron, Alicia vivía con dolor, al despertar, sentía las manos rígidas y torpes, tenía que pedir ayuda a su esposo para levantarse de la cama, le dolía levantar los brazos para cepillar su cabello, le costaba trabajo subir las escaleras de su casa. Todos sus síntomas la entristecían, dejó de ir al gimnasio y aislada en casa no tenía el apoyo ni los ánimos de sus amigas. No pudo dejar su trabajo en la fábrica, así que pasaba el día en cama. Ante esto, su familia creyó que se trataba de una lesión de hombro, por lo que durante un mes realizó fisioterapia. Sin embargo, al no mostrar mejora, su familia decidió poner más atención a sus síntomas y acudir al médico.

Después de varias consultas, los médicos le dieron el diagnóstico de Artritis Reumatoide y le inician tratamiento farmacológico. No obstante, después de meses, Alicia percibe muy poca mejoría, le cuesta trabajo entender que el tratamiento es un proceso largo, no ve fin a sus síntomas y estar bajo tratamiento farmacológico le causa ansiedad. Tiene miedo de no poder recuperar su vida, las limitantes físicas la inquietan, quiere seguir con el ejercicio porque la hace sentir con fuerzas para afrontar las situaciones, además se siente relajada cuando se ejercita, quiere volver a tener la capacidad de cuidar de sí misma.

2.1.2 Búsqueda de evidencias

2.1.2.1 Pregunta PIO. A partir del caso de Alicia, se formuló la siguiente pregunta PIO: ¿Qué intervenciones ayudan a reestablecer la actividad física en personas con artritis reumatoide? (ver tabla 1).

Tabla 1

Pregunta PIO

P Población	I Intervención	O Resultados (<i>Outcomes</i>)
Personas con artritis reumatoide.	Ejercicios terapéuticos, cuidados y terapias alternativas.	Mejora en la actividad física.

Criterios de búsqueda. Se consultaron las bases de datos: EBSCO, CUIDEN, CINAHL, PubMed, Scielo, COCHRANE y latindex. Los términos de búsqueda fueron consultados a través de los siguientes descriptores DeCS y MeSH: Artritis Reumatoide, Ejercicio Terapéutico, Cuidados e Intervenciones. Se utilizó un logaritmo de búsqueda utilizando los operadores Booleanos AND, OR. La búsqueda se realizó en tres idiomas: español, inglés y portugués, en el periodo determinado entre los años 2015 y 2025.

Criterios de selección. Se reclutaron artículos de acceso abierto y disponibles a texto completo que abordaran personas con dolor crónico musculoesquelético de tipo reumático. Fueron incluidos aquellos artículos que cumplieron con los criterios de búsqueda, primero por título y resumen, posteriormente a texto completo para finalizar la secuencia de la selección.

2.1.3 Instrumentos de lectura crítica

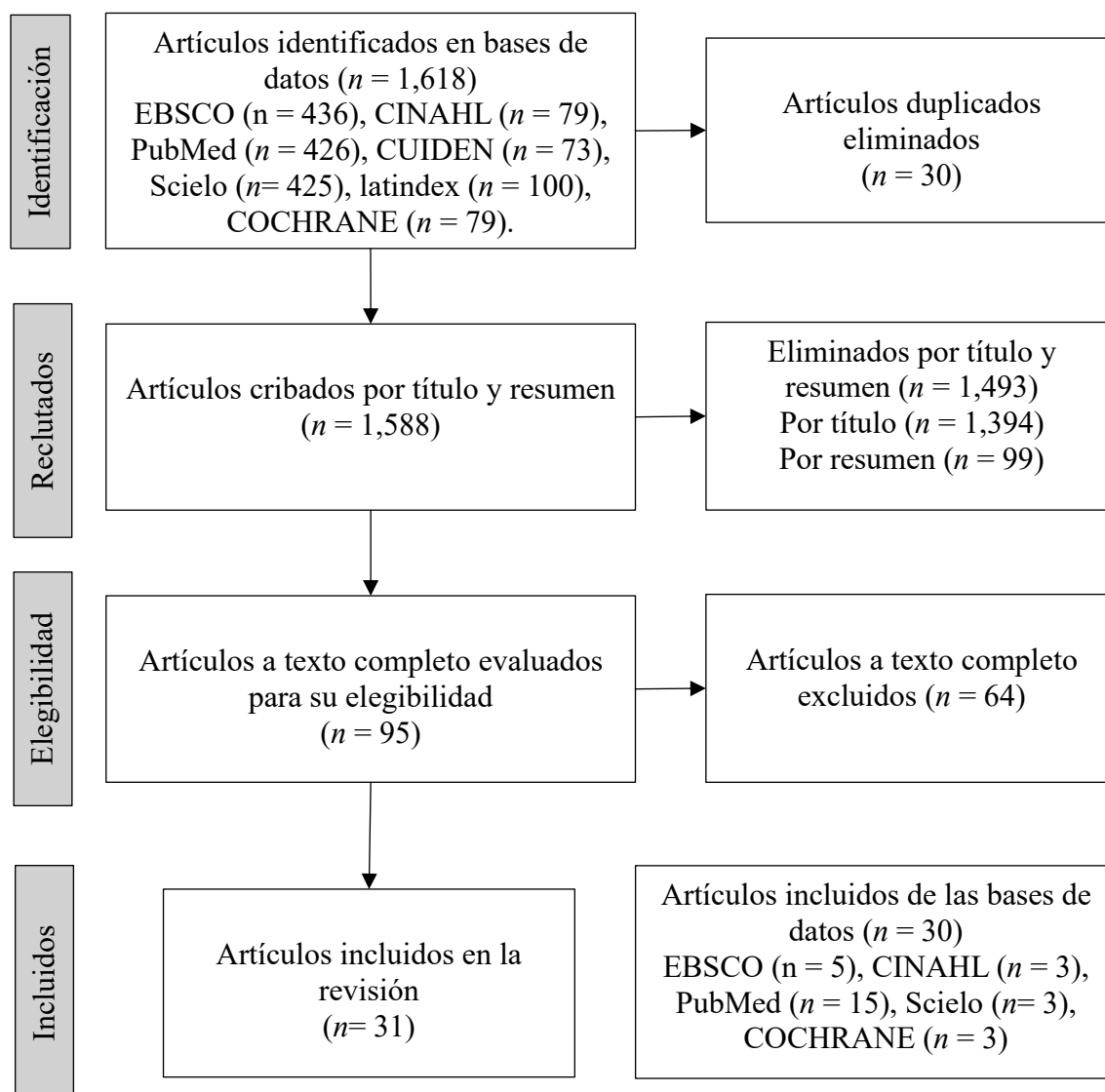
Dos investigadores realizaron la búsqueda y el análisis de los documentos, cada uno realizó la lectura y se reunieron para decidir sobre las contradicciones. La última búsqueda y revisión de documentos fue en agosto de 2025. Se incluyeron artículos que presentaron intervenciones no farmacológicas, y se evaluaron mediante las siguientes listas de cotejo de acuerdo con el tipo de estudio: PRISMA (2020) para revisiones de literatura, CONSORT (2025) para estudios experimentales, y STROBE (2025) para estudios de caso. Además, todos los artículos fueron puntuados de acuerdo con los niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN (2014) y el sistema GRADE (2014).

2.1.4 Hallazgos de lectura crítica

En este apartado se muestra el desgaste de la muestra de la búsqueda de artículos con base en los criterios del PRISMA (2020) (ver figura 2); así como los niveles de evidencia de los documentos seleccionados (ver tabla 2).

Figura 2

Desgaste de la muestra de artículos



Fuente. Con base en declaración PRISMA 2020.

Tabla 2*Nivel de evidencia de los documentos seleccionados*

Artículo fuente	Tipo de estudio	SIGN		GRADE	Base de datos
		Nivel	Fuerza de la evidencia		
Camacho-Bautista et al. (2017).	Revisión sistemática	1+	B	N/A	CINHAL
Castellano et al. (2019).	Revisión	1-	√	N/A	Scielo
Culqui, Gaíbor et al. (2024).	Revisión sistemática	1+	B	N/A	Scielo
Hernández-Hernández, et al. (2017).	Revisión de la literatura	1-	√	N/A	EBSCO
Li et al. (2016)	Revisión sistemática y metaanálisis	1++	A	N/A	PubMed
Lois et al. (2020).	Revisión	1++	B	N/A	EBSCO
Mudano et al. (2019).	Revisión sistemática	1-	√	N/A	COCHRANE
Oliva-Estupiñan et al. (2024).	Revisión	1-	√	N/A	EBSCO
Pei-Chi Chou et al. (2018).	Revisión sistemática	1-	√	N/A	PubMed
Ramos et al. (2018).	Revisión de la literatura	1-	√	N/A	PubMed
Tavares et al. (2022).	Revisión sistemática	1+	B	N/A	PubMed
Veloso et al. (2021).	Revisión	1-	√	N/A	CINHAL
Verhagen et al. (2017).	Revisión sistemática	1++	B	N/A	COCHRANE
Williams et al. (2018).	Revisión sistemática	1-	√	N/A	COCHRANE
Yuan et al. (2016).	Revisión sistemática	1++	A	N/A	PubMed
Albert-Lucena et al. (2023).	ECA	1++	A	Alta	PubMed
Garrido-Ardila et al. (2021).	ECA	1++	A	Alta	PubMed
Lamb et al. (2015).	ECA	1++	B	Alta	PubMed
Muñoz-Fonseca et al. (2022).	ECA	1-	√	Baja	PubMed
Rabiei et al. (2023).	ECA	1++	A	Alta	PubMed
Rafiq et al. (2021).	ECA	1++	A	Alta	PubMed
Venuti (2023).	ECA	1++	B	Alta	EBSCO
Vincent et al. (2019).	ECA	1++	B	Alta	PubMed
Gholami et al. (2023).	Protocolo ECA	1++	A	Alta	PubMed
González-Gómez et al. (2023).	Serie de casos	2-	√	Baja	CINHAL
Patoni Maldonado et al. (2022).	Serie de casos	2-	√	Muy baja	EBSCO
Rodríguez Reyes et al. (2022).	Serie de casos	3	D	Muy baja	Scielo
Rubio Oyarzún et al. (2017).	Serie de casos	2+	C	Moderada	Scielo
Sagtaganov et al. (2022).	Serie de casos	2-	√	Muy baja	PubMed
Shetty et al. (2015).	Estudio de caso	3	D	Baja	PubMed
Davis et al. (2015).	Observacional	3	D	Baja	PubMed

Nota. ECA: Ensayo clínico aleatorizado. N/A: No aplica.

2.1.5 Documentos seleccionados

A continuación, se presenta una síntesis narrativa de los estudios que fundamentaron las RBP de la Guía PRAXIS. Para observar la compilación de estos elementos, ver tabla 7.

Camacho-Bautista, Orjuela-Rodríguez y Vargas- Pinilla (2017) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar la evidencia disponible del tratamiento fisioterapéutico que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes con AR. La búsqueda identificó 4,829 estudios, de los cuales retomaron 28 para su análisis. Los estudios se clasificaron en: ejercicio terapéutico, agentes físicos, técnicas alternativas y tele-rehabilitación. Los hallazgos principales contemplan el ejercicio terapéutico de fortalecimiento muscular, ejercicio aeróbico, de resistencia muscular y estiramientos, tienen un impacto significativo en la capacidad funcional de la mano, movilidad y desplazamientos. El uso agentes físicos no mostró una diferencia significativa entre los grupos, pero sí al comienzo y final de la intervención. En contraste, el uso de TaiChi como técnica alternativa evidenció mejoría tanto física, como mental; asimismo, una intervención de actividad física basada en Internet con supervisión individualizada, equipo de ejercicio y acompañamiento, resultó eficaz. Los autores concluyeron que el ejercicio terapéutico debe ser prescrito y tiene mejores efectos en las personas con AR.

Culqui, Figueredo y Bombón (2024) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de describir los ejercicios terapéuticos y su impacto en la disminución de dolor en pacientes con artrosis de rodilla grado 1. La búsqueda identificó 82 documentos y retomó 21 para su análisis. Los resultados principales incluyeron ejercicios de fortalecimiento: de cadena cinética, con carga y sin carga, isométricos, isotónicos, isocinéticos, excéntricos; así como, ejercicios de propiocepción, equilibrio y estiramiento. Los ejercicios isocinéticos y de cadena cinética cerrada, disminuyen de forma considerable el dolor referido. Los autores concluyeron que la fisioterapia

es una alternativa para el manejo conservador de rodilla grado 1. Además, los ejercicios deben adaptarse a las capacidades y necesidades de cada paciente y permiten la reintegración a las actividades diarias.

Hernández-Hernández y Díaz-González (2016) realizaron una revisión de la literatura con el objetivo de identificar la evidencia disponible sobre la actividad física (AF) y la AR, específicamente como la actividad física influye en la inflamación articular, discapacidad, dolor y calidad de vida, así como el impacto de la actividad de la enfermedad en la actividad física. Se identificaron 504 artículos y se retomaron 15 para su análisis. La evidencia mostró que la AF en pacientes con AR es segura, los ejercicios aeróbicos y de resistencia de 2 a 3 veces por semana durante 30-60 minutos por sesión, muestran reducción de dolor, mejora de función muscular y retraso de la discapacidad. La dosis de intervención mejoró la calidad de vida, funcionalidad, disminuyó el dolor y número de articulaciones inflamadas. Los autores concluyeron que los ejercicios aeróbicos y de resistencia ayudan a mejorar el estado de salud de los pacientes con AR, así como reducir riesgos cardiovasculares y mejorar función locomotora.

Li et al. (2016) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis con el objetivo de resumir y evaluar de manera crítica si la acupuntura es efectiva como tratamiento para la AR. La búsqueda identificó 1,772 artículos y retomó 21 para su análisis. Los resultados encontraron diferentes modalidades de acupuntura: con aguja, auricular, con fuego, electroacupuntura, abdominal, moxibustión y acupuntura con veneno de abeja. Las intervenciones variaron de 12-60 sesiones, de 2-40 minutos de inserción en 2-31 puntos diferentes de acupuntura. Las intervenciones que compararon acupuntura contra ningún tratamiento, mostraron una tasa de respuesta más adecuada para la mejora de los síntomas, los resultados fueron estadísticamente significativos ($RR = 1.19$, 95% IC 1.08 a 1.31, $Z = 3.47$, $p = .001$). Los nueve estudios que se

retomaron para el metaanálisis, compararon acupuntura contra medicina occidental, con una tasa de respuesta que mejoró de acuerdo a los resultados ($RR = 1.26$, 95% IC 1.02 a 1.55, $Z = 2.19$, $p = .028$). Los autores concluyeron que la acupuntura tiene eficacia significativa en la mejora de síntomas de la AR.

Lois et al. (2023), realizaron una revisión sistemática sobre la educación sanitaria impartida por parte del profesional de enfermería en pacientes con AR, con el objetivo de clarificar las áreas en las que se debe centrar el cuidado en los programas de atención dirigidos por enfermeras. La búsqueda identificó 116 artículos y retomaron 19 para su análisis. Los resultados de los estudios mostraron mejora y diferencia estadísticamente significativas en las variables de: autocuidado, actividad de la enfermedad, calidad de vida, satisfacción y adherencia. Adicionalmente, el nivel de evidencia de la mayoría de los artículos seleccionados mostró puntajes SIGN de 1+, que incluyeron revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgo. Los autores concluyeron que se debe continuar con empoderar a los pacientes para que puedan involucrarse más y ser corresponsables con la enfermedad y tratamiento.

Mudano et al. (2019) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de evaluar los daños y beneficios del TaiChi como tratamiento para personas con AR. La búsqueda se actualizó e identificó 121 artículos y retomaron siete para su análisis. Los estudios incluidos evaluaron: dolor articular, actividad de la enfermedad, limitación de la actividad y funcionalidad. Los resultados muestran que los niveles de dolor se redujeron con una diferencia de medias de -2.15 ($p < .05$); sin embargo, los niveles de la actividad de la enfermedad y funcionalidad no mostraron significancia estadística. Los autores concluyeron que no es claro si el TaiChi tiene efectos en los resultados clínicos debido a que la calidad de la evidencia es baja.

Oliva-Estupiñan y García-Quintana (2024) realizaron una revisión de la literatura con el objetivo de mostrar la eficacia de la adición de diferentes tratamientos activos, en comparación con el tratamiento farmacológico en cuanto a la calidad de vida, reducción del dolor y depresión en mujeres con fibromialgia. La búsqueda identificó 54 artículos y retomó siete para su análisis. Los resultados incluyeron ejercicios de: intervalos de alta intensidad, aeróbicos, entrenamiento continuo de intensidad moderada, de resistencia y coordinación, estiramientos, fuerza, de baja intensidad, de movilidad y coordinación, tradicionales chinos para el bienestar y entrenamiento físico acuático. Los autores concluyeron que el tratamiento que combina actividad física y fármacos tiene mayor beneficio en comparación con el tratamiento farmacológico.

Pei-Chi y Chou (2018) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de investigar la información existente sobre la eficacia clínica de la acupuntura en condiciones de AR. La búsqueda identificó 129 estudios y se retomaron 43 para su análisis, de los cuales 35 fueron con población humana, el resto con animales. Los estudios incluyeron intervenciones con acupuntura tradicional con diferentes técnicas manuales, acupuntura láser, electroacupuntura auricular, agujas calientes con y sin moxibustión y acupuntura simulada con hierbas. Se evaluaron los cambios en el dolor, la rigidez matutina, actividad de la enfermedad y el rango de movimiento. Los hallazgos principales en población humana, mostraron que cualquier tipo de acupuntura puede beneficiar las condiciones clínicas de la AR y puede mejorar la funcionalidad y calidad de vida. Los autores concluyeron que la acupuntura como tratamiento principal o complementario, es benéfica y sin efectos adversos para la población con AR.

Ramos, Domínguez y Gutiérrez (2018) realizaron una revisión de la literatura con el objetivo de evaluar el efecto de la terapia de acupuntura sobre el dolor articular en pacientes con AR. La búsqueda identificó siete estudios y retomaron dos para su análisis, los cuales compararon la intervención con acupuntura simulada y acupuntura con analgesia. Un estudio realizó una intervención de 20 sesiones de 30 minutos en seis puntos de acupuntura; el otro estudió hizo una intervención de 10 sesiones de 20 minutos durante cinco semanas en 16 puntos de acupuntura. Ambos estudios evaluaron dolor, actividad de la enfermedad, criterios de mejora (ACR20 y ACR50) y funcionalidad. Los resultados mostraron una mejora clínica con una diferencia de medias mínima en la actividad de la enfermedad. El resto de las variables no mostró cambios. Los autores concluyeron que probablemente el uso de acupuntura tiene cero o mínimo impacto en el dolor articular, la actividad de la enfermedad y funcionalidad.

Tavares et al. (2022) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de identificar, evaluar y comparar la efectividad de diferentes programas de ejercicio terapéutico para modificar los factores de riesgo musculoesqueléticos relacionados con hombro de nadador. La búsqueda identificó 918 artículos y retomó 11 para su análisis. Los artículos de interés evaluaron fuerza y resistencia, y rango del movimiento del hombro. Los resultados mostraron que un programa de estiramientos nocturnos del hombro durante cuatro y ocho semanas, mejoran de manera estadísticamente significativa el rango de movimiento del hombro ($p < .05$). Además, otro programa de seis semanas que combina ejercicios de estiramiento y fortalecimiento resultó con diferencias estadísticamente significativas en fortalecimiento de los músculos flexores del hombro ($p = .020$) y abductores ($p = .014$). Los autores concluyeron que los programas de fortalecimiento con al menos cinco ejercicios de cadena cinética abierta realizados fuera del agua parecen conducir a mejores resultados en la prevención del hombro de nadador.

Veloso et al. (2021) realizaron una revisión integrativa con el objetivo de analizar la evidencia del tratamiento con láser de baja intensidad aplicado a pacientes con AR. La búsqueda identificó 266 artículos y retomó cuatro para su análisis. Los estudios evaluaron marcadores antioxidantes e inflamatorios, dolor, rigidez matutina, funcionalidad, fuerza muscular, rango de movimiento, edema y calidad de vida. Los resultados mostraron que la aplicación con contacto permitió una mayor penetración del láser, la aplicación más importante es en la línea articular. Asimismo, los hallazgos en la reducción de marcadores antioxidantes e inflamatorios fueron positivos. Los autores concluyeron que la terapia láser de baja intensidad es un recurso viable y sin efectos adversos para pacientes con AR.

Verhagen et al. (2017) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de evaluar los beneficios y daños de la balneoterapia en pacientes con AR en términos de dolor, discapacidad, articulaciones inflamadas y rigidez articular. Se identificaron 1,093 estudios y se retomaron nueve para su análisis; las intervenciones incluyeron la comparación entre diferentes tipos de balneoterapia (baños de inmersión, baños de dióxido de carbono, y baños minerales) e intervenciones de balneoterapia y terapia placebo. Los resultados mostraron una diferencia de medias en el dolor (.50) y actividad de la enfermedad (.60); sin embargo, no se presentaron diferencias significativas ($p > .05$). Los autores concluyeron que la evidencia es insuficiente para mostrar que la balneoterapia es más efectiva que no tener tratamiento, que un tipo de balneoterapia es más efectiva que otro o que un tipo de baño es más efectivo que las compresas de lodo.

Williams et al. (2018) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar los daños y beneficios del ejercicio de mano en adultos con AR. La búsqueda identificó 1335 artículos y retomó siete para su análisis. Los estudios evaluaron los niveles de dolor,

funcionalidad y la fuerza de agarre. Los resultados mostraron una diferencia de medias de -27.98 en la reducción del dolor a corto plazo ($p < .05$). Los autores concluyeron que el ejercicio de mano no tiene efectos adversos; sin embargo, no es claro si mejora la funcionalidad de la mano o dolor a corto plazo.

Yuan et al. (2016) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis con el objetivo de estudiar el efecto analgésico de la acupuntura y explorar si la acupuntura simulada (Sham) está relacionada con el efecto estimado de la acupuntura. La búsqueda identificó 3,252 artículos y retomó 63 para su evaluación, de los cuales se incluyeron 61 para realizar un metaanálisis. Los resultados fueron estadísticamente significativos, con un tamaño de efecto moderado para el alivio del dolor (diferencia de medias de -.61 IC -.76 a -.47 $p < .001$) y un tamaño de efecto grande para la mejora de la discapacidad (diferencia de medias de -.77 IC -1.05 a -.49 $p < .001$). Los autores concluyeron que la acupuntura tiene un efecto moderado en la reducción del dolor a pesar de la baja calidad de la evidencia.

Albert-Lucena et al. (2023) realizaron un ensayo clínico aleatorizado doble ciego, con el objetivo de analizar los efectos inmediatos de la estimulación percutánea nerviosa eléctrica en el nervio radial, y sus efectos en la fuerza de agarre y la mejora percibida en 60 pacientes con dolor lateral del codo. Los participantes del grupo de simulación con una edad media de 42.92 ± 9.86 años y el grupo de estimulación con una media de edad de 45.10 ± 1.63 años. Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa en la intensidad del dolor y en la mejora percibida ($p < .05$) pero no en la fuerza de agarre. Los autores concluyeron que una sola sesión reduce la intensidad del dolor.

Castellano et al. (2019) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de técnicas de meditación como tratamiento complementario de la AR. De

721 estudios localizados, se analizaron tres que evaluaron la actividad de la enfermedad, el dolor, síntomas depresivos, angustia y bienestar, y calidad de vida. Los hallazgos mostraron que la Atención Plena (MBSR) es beneficiosa y modifica parámetros clínicos; reducción en la actividad de la enfermedad ($p = .01$), disminución en la duración de la rigidez matutina ($p = .03$), disminución en las puntuaciones de dolor ($p = .04$), disminución de la angustia ($p = .04$) y bienestar ($p = .03$). Los autores concluyeron que la MBSR es una herramienta eficaz como tratamiento complementario para la AR.

Garrido-Ardila et al. (2021) realizaron un ensayo clínico aleatorizado simple ciego. El objetivo buscó evaluar la efectividad de dos tratamientos diferentes en comparación con un grupo control: un programa de fisioterapia basado en la estabilidad central y un tratamiento de acupuntura, ambos para mejorar el dolor, la rigidez, dificultad para trabajar, depresión y calidad de vida. Se reclutaron 135 mujeres con fibromialgia con una edad media de 55.55 ± 8.12 . Los casos analizados incluyeron 103 mujeres al final del ensayo. Se realizaron tres mediciones, semana cero, post intervención (semana 6) y seguimiento (semana 13). Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los grupos en la calidad de vida ($p = .341$), dolor ($p = .988$), rigidez articular ($p = .976$), dificultad para trabajar ($p = .851$) y depresión ($p = .461$). Sin embargo, se mostraron cambios en los puntajes de los promedios aritméticos y sus desviaciones estándar en todas las variables. Los autores concluyeron que las intervenciones de fisioterapia y acupuntura no son diferentes en las variables de estudio en comparación con el control; no obstante, la significancia clínica cobró gran importancia en los dos grupos de intervención al mejorar la calidad de vida, disminución del dolor, rigidez articular, dificultad para trabajar y depresión.

Lamb et al. (2015) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de evaluar la efectividad de añadir un programa de ejercicios progresivos y personalizados para las manos y los brazos. La muestra fue aleatoria y se integró por 488 personas con personas con AR con dolor y discapacidad en las manos. La intervención consto de un programa de ejercicio en casa durante 12 semanas. Los hallazgos mostraron mejoras en la función general de la mano entre grupos (diferencia de medias de 4.3; IC de 1.5–7,1; $p = .0028$). El dolor, los regímenes de medicación y el uso de recursos sanitarios se mantuvieron estables durante 12 meses, sin diferencias entre los grupos. Los autores concluyeron que un régimen de ejercicios para la mano y brazos es efectivo en la restauración y el mantenimiento de la función de la mano en la AR, con efectos positivos asociados en las actividades de la vida diaria, el trabajo y los roles físicos y emocionales durante un seguimiento de 12 meses.

Muñoz-Fonseca et al. (2022) realizaron un estudio experimental con el objetivo de determinar los efectos de un programa de ejercicio físico terapéutico basado en telesalud sobre la capacidad funcional, nivel de independencia y percepción del dolor. La muestra final se integró por 36 personas con osteoartritis de rodilla o cadera. La intervención fue impartida por un kinesiólogo durante 8 semanas con cuatro videos (vía WhatsApp) semanalmente: ejercicios de resistencia cardiovascular, flexibilidad, de fuerza muscular, marcha y equilibrio. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en: disminución del dolor ($p = .009$), y capacidades funcionales: equilibrio, marcha, levantarse y sentarse de una silla ($p < .05$). Los autores concluyeron que la intervención mejora la capacidad funcional, además, el programa de ejercicio a distancia es una estrategia que promueve el autocuidado y disminuye las brechas de salud.

Rabiei, Sheikhi y Letafatkar (2023) realizaron un ensayo piloto clínico aleatorizado con el objetivo de proporcionar información sobre el efecto de la educación en neurociencia del dolor (END) y pilates. La muestra se conformó por 54 personas con osteoartritis de rodilla con una media de edad de 60.5 ± 5.6 años. Las intervenciones fueron aplicadas a un grupo experimental, que recibió tres sesiones de END con una duración de 30 a 60 minutos e incluyeron: neurofisiología del dolor, sensibilización periférica y sensibilización central (presentada mediante instrucciones verbales, preguntas y respuestas, imágenes y dibujos a mano alzada), y 24 sesiones de 60 minutos durante ocho semanas con tres sesiones por semana; ejercicio pilates basado en los principios de concentración, respiración, control, centralización, precisión y fluidez. El grupo control recibió únicamente el ejercicio de pilates en misma dosis. Los hallazgos mostraron diferencias significativas entre los grupos, fue favorecido al grupo de END seguido de pilates después del tratamiento en las variables de, catastrofización del dolor con diferencia medias de -3,9 (IC de -7.2 a -0.6; $p = .021$), kinesofobia con una diferencia de medias de -4,2 (IC de -8.1 a -0.4; $p = .032$) y autoeficacia con diferencia de medias de 6,1 (IC de 0.7 a 11.5; $p = .028$), se observaron mejoras estadísticamente significativas. En contraste, las variables de dolor, limitación física, y función, no mostraron diferencias significativas ($p > .05$). Los autores concluyeron que la combinación de la END y pilates puede tener efectos superiores en características psicológicas pero no en físicas en comparación con solo pilates.

Vincent et al. (2019) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de comparar la efectividad del ejercicio de resistencia sobre los síntomas de 54 personas mayores con osteoartritis de rodilla durante cuatro meses. Las intervenciones constaron de un grupo con enfoque excéntrico (EE), un grupo con enfoque concéntrico (EC) y un grupo experimental. Los hallazgos de los grupos de EC y EE mostraron una mejora significativa en las medidas de fuerza

de las piernas ($p = .003$; $p = .005$ respectivamente). La tasa de ganancia de fuerza semanal fue mayor para EC que para EE en la prensa de piernas y la flexión de rodilla (en un 2.9%–4.8%; ambos, $p < .05$), pero no en la extensión de rodilla ($p = .38$). No hubo diferencias significativas en el puntaje total del índice WOMAC; sin embargo, en la subpuntuación de dolor en el cambio en la fuerza de flexión de rodilla desde el inicio hasta el cuarto mes, hubo diferencias significativas (ratio $F = 4.84$, $gl = 45$, $p = .032$). Los autores concluyeron que ambos entrenamientos aumentaron la fuerza de las piernas; además, la fuerza muscular en la flexión y extensión de la rodilla puede modificar la función y los síntomas de dolor independientemente del tipo de contracción muscular.

Rafiq, Hamid, y Hafiz (2021) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de investigar la efectividad del entrenamiento de fuerza de resistencia progresiva del protocolo de rehabilitación de las extremidades inferiores (PREI) sobre la calidad de vida y la capacidad funcional en osteoartritis de rodilla (OAR). La muestra se conformó por 56 pacientes con OAR con una edad media de 54.60 ± 5 años, con sobrepeso y obesidad. Se conformaron dos grupos, ambos con instrucciones de cuidado diario (ICD), y el experimental (RPG) con ejercicios de fortalecimiento de PREI e ICD, las intervenciones tuvieron una duración de 12 semanas. Los hallazgos mostraron que los pacientes en el RPG reportaron mejora en la calidad de vida ($p \leq .001$) y en la capacidad funcional dentro del grupo ($p \leq .001$). Los pacientes en el CG también reportaron mejoras significativas en la calidad de vida ($p < .05$). La mejora en la puntuación de calidad de vida fue mayor en los pacientes del RPG que en el CG ($p = .053$). Los autores concluyeron que el entrenamiento progresivo de fuerza de resistencia del PREI es efectivo para, mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional.

Venuti et al. (2023) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de investigar si los beneficios de la acupuntura en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla (OAR) incrementan si se añade la terapia de vaporización de hierbas chinas (TVHC). La muestra se integró por 42 mujeres con una edad media de 61.74 ± 7.64 años. Se conformaron tres grupos; el primero, control de acupuntura (4 puntos de acupuntura con 20 min de inserción); el segundo, de acupuntura con una dosis normal de TVHC (12 hierbas, vaporización a 20cm durante 15 minutos por rodilla); y el tercero, que recibió acupuntura más una dieciseisava parte de una dosis normal de TVHC. Las intervenciones constaron de tratamientos quincenales durante cuatro semanas consecutivas. Los hallazgos mostraron que la adición de TVHC a la acupuntura en el tratamiento de la OAR redujo significativamente el dolor ($p = .0017$) para el grupo normal de CHFST en comparación con el grupo control y el grupo de TVHC una dieciseisava parte. Los autores concluyeron que la terapia TVHC en conjunto con la acupuntura es prometedora para el tratamiento, reduce el dolor y aumenta el rango de movimiento y calidad de vida.

Gholami et al. (2023) realizaron un protocolo para un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de investigar si añadir educación en neurociencia del dolor (END) a un programa de ejercicio combinado (aeróbicos, de resistencia, neuromusculares, respiratorios, de estiramiento y de equilibrio) y educación en dieta pueden disminuir el dolor en personas con artrosis de rodilla. La muestra se calculó en 129 personas con artrosis de rodilla e integrarían tres grupos de intervención y uno control; END (tres sesiones de 45-60 minutos durante dos semanas), programa de ejercicios combinados (36 sesiones de 60-80 minutos durante 12 semanas), programa de ejercicios combinados y END, y sin intervención. Los autores mencionaron que los hallazgos de esta investigación podrían contribuir a desarrollar estrategias efectivas para el tratamiento de personas con artrosis de rodilla.

González-Gómez, García-Marín y Molina-Ortega (2023) realizaron un estudio de caso, con el objetivo de probar la eficacia de la fisioterapia en un sujeto postoperado de recambio de artroplastia de rodilla. Se trató de un varón de 55 años que desea realizar actividad física sin dolor y suprimir tratamiento farmacológico. Se realizó una intervención de fisioterapia de 10 sesiones para reducir el dolor postquirúrgico y recuperar actividades de la vida diaria. Constó de tres fases: 1) aguda: terapia manual, flexo-extensión activo-asistida y movilizaciones; 2) subaguda: cinesiterapia, cadena cinética abierta (ejercicios concéntricos y excéntricos) y cerrada (sentadilla, peso muerto, hip thrust, propiocepción y equilibrio), patrón de marcha; y 3) ejercicio físico. Los resultados mostraron mejoría clínica en todas las variables antes y después de la fisioterapia, las cuales se midieron con la escala WOMAC: Dolor de 9/20 a 1/20; rigidez de 3/8 a 0/8; Capacidad funcional de 9/68 a 0/68; además la flexión de rodilla de 100° a 140°. Los autores concluyeron que la fisioterapia y el ejercicio terapéutico permiten la reintegración a un entorno vital funcional y no doloroso.

Patoni et al. (2022) realizaron una serie de casos con el objetivo de evaluar el efecto de la atención plena compasiva (APC) en la disminución de la percepción del dolor, sintomatología ansiosa ante estresores en seis mujeres con AR con niveles de moderados a altos de dolor crónico y sintomatología ansiosa en un hospital público de la Ciudad de México. Bajo un diseño pre intervención ($\bar{x}_1$) vs. post intervención ($\bar{x}_2$) y un muestreo por conveniencia, realizaron una intervención de nueve sesiones con duración de dos horas cada una, a razón de una por semana, compuesta por nueve módulos: 1) psicoeducación de la atención plena y su relación con la AR, 2) bases de la APC, 3) realidad del sufrimiento, 4) características de la realidad, 5) práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana, 6) comunicación atenta y compasiva, 7) acciones que favorecen el bienestar, 8) APC aplicada a la vida cotidiana, y 9) mantenimiento de

la práctica. Los resultados mostraron una disminución en las variables; sin embargo, solo en el dolor fue estadísticamente significativa ($\bar{x}_1 = 9$ vs. $\bar{x}_2 = 5$, $p = .027$). Los autores concluyeron que la APC disminuye la percepción del dolor en pacientes con AR.

Rodríguez, Hernández y Castañeda (2022) realizaron un diseño pre-experimental con mediciones pre y post-test, con el objetivo de elaborar un programa de orientación para la educación terapéutica de pacientes con AR. La muestra fue aleatoria y se integró por 18 pacientes con cuatro años de evolución de AR. El programa presenta los siguientes contenidos: características de la enfermedad (CE); pilares del tratamiento (PT); y medidas educativas (ME), a través de charlas, talleres, video debate y foro chat. Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de los tres apartados por rangos de Wilcoxon (CE $p = .001$, PT $p = .000$ y ME $p = .003$). Los autores concluyeron que la aplicación de un programa de orientación contribuye significativamente a la educación terapéutica de pacientes con AR.

Rubio et al. (2017) realizaron un estudio descriptivo con una serie de 17 casos de mujeres mayores de 40 años con AR en mano, que permanecieron bajo tratamiento farmacológico. El objetivo fue describir los cambios en la función manual, fuerza de puño e intensidad del dolor, posterior a una intervención kinésica de seis semanas con una duración de 45-50 min por sesión, con ejercicios enfocados en la habilidad motora manual. Se realizaron tres ejercicios: 1) para mantener o aumentar la fuerza de puño (apretar esfigmomanómetro insuflado a diferentes presiones de mmHg); 2) ejercicio de control y movimiento fino (ejercicio de dardo invertido); 3) terapia con espejo (reflejo de la mano hábil). La intervención evaluó: función manual; fuerza de presión de puño; fuerza de pinza digital; y la intensidad de dolor. En las variables de función manual e intensidad de dolor no hubo diferencias significativas ($p > .05$); en contraste, en la

fuerza de puño y pinza hubo diferencia estadísticamente significativa ($p = .01$ y $p = .002$ respectivamente). Los autores concluyeron que la aplicación de un programa enfocado en la habilidad motora manual genera cambios a nivel de fuerza en puño y pinza en mujeres con AR en mano.

Sagtaganov, Yessirkepov y Bekaryssova (2024) realizaron una serie de casos con el objetivo de evaluar la eficacia del yoga como una terapia complementaria para AR, al examinar pacientes con dolor crónico y limitaciones. Se analizaron diez casos clínicos del Hospital Clínico Regional de la ciudad de Shymkent de pacientes sometidos a un programa de tres meses de yoga, con dos o tres sesiones a la semana con sesiones de 45 minutos en promedio. Los resultados mostraron mejoría clínica a través de la reducción de dolor, duración de rigidez matutina, actividad de la enfermedad, articulaciones inflamadas y con dolor. Los autores concluyeron que incorporar un programa de yoga a la atención de la AR puede mejorar la sintomatología clínica de los pacientes.

Shetty, Mooventhan y Anagha (2015) realizaron un reporte de caso con el objetivo de evaluar el efecto de la combinación de terapias (EMFS) sobre el dolor, función motora, depresión, ansiedad, estrés y calidad de vida. Se trató de una mujer de 48 años con AR de más de 10 años, con poca adherencia terapéutica y múltiples intentos de terapias alternativas. La intervención constó de electroacupuntura, masaje, fango y sauna (14, 18, 18 y 3 sesiones respectivamente) con duración entre 15 y 45 minutos por sesión durante tres semanas. Los hallazgos mostraron una reducción en el dolor, depresión, ansiedad y estrés, además de una mejora en la función motora y calidad de vida. Los autores concluyeron que la combinación de estas terapias es tolerada y son efectivas para un paciente con AR.

Davis et al. (2015), retomaron los resultados previos de un ensayo clínico aleatorizado que evaluó las respuestas del dolor crónico, estrés y depresión ante la terapia cognitivo conductual y atención plena en 143 participantes con AR. El re-análisis se realizó con el objetivo de evaluar los efectos de la terapia cognitivo-conductual para el dolor (P); meditación de atención plena y terapia de regulación emocional (M) y el grupo control con intervención de educación (E) sobre la reactividad diaria al dolor y al estrés a través de los informes diarios. Los resultados mostraron diferencias de medias estadísticamente significativas en la intervención P, que produjo mayor reducción en la catastrofización relacionada con el dolor diario, la discapacidad matutina y la fatiga ($-2.68, p < .05$), así como reducciones más significativas en el afecto ansioso relacionado con el estrés diario en comparación con el grupo M ($-2.07, p < .05$) y el grupo E ($-2.25, p < .03$).

2.2 Ética del estudio

Para la construcción de la Guía PRAXIS, se consideraron los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Así mismo, con base al derecho a la salud que emana del Artículo 4 de la Carta Magna, las consideraciones éticas del presente trabajo se plantearon de acuerdo con las etapas de la metodología. Respecto a la etapa uno, selección del caso de Alicia y la etapa cuatro, para la selección de las personas que integrarán el Grupo focal (los expertos en el padecimiento), los procedimientos se apegaron de acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2024) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (DOF, 2014), en atención con el Título Segundo, Capítulo I, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. En conformidad con el Artículo 13, prevaleció el respeto a la dignidad de Alicia, su cuidador familiar y de los participantes del Grupo focal, la protección de sus derechos y bienestar. Asimismo, de acuerdo con el Artículo 14, Fracciones V, y lo establecido en el Artículo 22, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de Alicia, del cual se le otorgará una copia; así mismo se obtuvo el consentimiento informado oral del cuidador familiar y de los integrantes del Grupo focal (ver Apéndices A y B).

En atención al Artículo 21 del Capítulo I, Fracciones I, II, III, IV y VI VIII se explicó el consentimiento informado de forma clara y detallada a Alicia, su cuidador familiar y a los integrantes del Grupo focal respecto al objetivo de la Guía PRAXIS, los procedimientos, confidencialidad, beneficios y posibles riesgos, así como su consentimiento para presentar o no, sus nombres en la sección de agradecimientos en la futura publicación en revista científica, por su contribución a la validación de las RBP y la aportación a las PA. Posteriormente, se dio respuesta o aclaración a cualquier duda en conformidad con la Fracción VII, Artículo 21, se

informó sobre la participación voluntaria, así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en la Guía PRAXIS sin que exista sanción o represaría que se afectara sus intereses.

Se protegió la privacidad de la información personal proporcionada por Alicia, su cuidador familiar y de los participantes del Grupo focal, los datos personales solo fueron utilizados para fines de la construcción de la Guía PRAXIS. Los datos sensibles como el nombre y el teléfono de Alicia y su cuidador principal, fueron solicitados en el consentimiento informado. El número de contacto del investigador principal fue otorgado para poder establecer comunicación en caso de ser necesaria la aclaración de alguna particularidad.

Respecto a las personas que integraron el grupo focal, no se conservaron sus datos sensibles; sin embargo, se mencionó que tendrían acceso a la publicación de la Guía PRAXIS en sus próximas visitas al consultorio, para fortalecer sus PA. Sobre todo, en aquellas donde no exista anonimato y su nombre aparezca en la sección de agradecimientos conforme a lo estipulado en el consentimiento informado y al formato de la Guía PRAXIS donde se permite bajo consentimiento, reconocer su autoría respecto a las PA al mostrar su nombre.

A todos los participantes se les aclaró que, los datos personales e información sensible que aportan para la construcción de las PA serían almacenados en una gaveta bajo llave en una de las oficinas del edificio de posgrado de la Facultad de Enfermería de la BUAP. Asimismo, se les comentó que, al momento de dar por terminada la construcción de la Guía PRAXIS, la validación ciudadana y el seguimiento del caso, la documentación física y digital que no pertenezca a la Guía PRAXIS, sería destruida de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (DOF, 2010). La fecha estipulada para la

destrucción de documentos personales, ya sean físicos o digitales, fue marcada para el mes de diciembre del 2025.

En otro orden de ideas, las etapas de la Guía PRAXIS, se consideran sin riesgo de acuerdo con el Artículo 17 Fracción I. En las etapas uno y cuatro (selección del Caso y selección de integrantes del Grupo focal respectivamente), no se realizaron intervenciones que dañen de forma física y emocional, dado que, las personas fueron seleccionadas cuidadosamente conforme a los criterios. Posteriormente, solo se tomaron registros de sus experiencias sobre las PA en la etapa cinco durante las entrevistas del Grupo focal; cabe señalar que, las PA que representaron un riesgo para el estado de salud para las personas del Grupo focal fueron mencionadas como riesgosas y no recomendables; además, no fueron contempladas para su divulgación en la publicación.

Respecto a la etapa dos (búsqueda de la evidencia), y la etapa tres (Recomendaciones de Buena Práctica); se consideraron sin riesgo; dado que, se trató de información derivada de la literatura; además, los artículos se evaluaron de acuerdo con su nivel de evidencia y grado de recomendación.

Financiamiento. Los autores declaran que no habrá remuneración económica o en especie para los autores, la persona cuyo caso se retomará y los integrantes del grupo focal. Asimismo, declaran no tener conflicto de interés entre ellos, con afiliaciones institucionales públicas o privadas y no tener relación con dependencias gubernamentales.

El trabajo de investigación requiere un presupuesto calculado en \$1,000 bimestrales para transportes e insumos de investigación. Parte del presupuesto será obtenido del apoyo económico de la Secretaría de Salud que reciba la autora durante su servicio social.

Capítulo III

Resultados

3.1 Recomendaciones de Buena Práctica

En esta sección se enlistan las Recomendaciones de Buena Práctica (RBP), para Alicia, que están orientadas a tratar los síntomas de la AR: dolor, movilidad, rigidez, funcionalidad, depresión y ansiedad, fuerza y equilibrio, así como mejorar la calidad de vida, adherencia terapéutica y afrontamiento. Las RBP, se presentan de acuerdo con los lineamientos planteados por Amezcua, et al. (2020), con tres apartados cada una: título, desarrollo y criterios de evaluación.

3.1.1 RBP 1: Realizar un programa o sesiones de ejercicio adaptado a su movilidad.

El ejercicio terapéutico puede ayudar a Alicia a recuperar movilidad y disminuir los niveles de dolor. Los ejercicios aeróbicos, de resistencia, de equilibrio y de fortalecimiento generalizados o dirigidos a algún miembro con dolor o rigidez, son recomendables (Hernández-Hernández et al., 2017; Oliva-Estupiñan et al., 2024; Rubio Oyarzún et al., 2017; Williams et al., 2018).

Para Alicia, a quién se propondrá realizar sesiones de ejercicio tres veces por semana. La actividad puede realizarse en casa, con apoyo de videos ilustrativos, en parques en modalidad individual o grupal, en gimnasio o en algún centro recreativo de su comunidad (Camacho-Bautista et al., 2017; Muñoz-Fonseca et al., 2022). Se propone realizar natación, baile o zumba, así como circuitos de fuerza (sentadillas, lagartijas, estocadas), bicicleta estática (Camacho-Bautista et al., 2017; Culqui et al., 2024; Rafiq et al., 2021; Tavares et al., 2022).

Se pueden utilizar los siguientes criterios de evaluación para conocer si esta práctica le sienta bien: a) realiza un ejercicio por lo menos dos veces por semana, b) se percibe a sí misma con menor dolor, c) reduce el nivel de rigidez articular.

3.1.2 RBP 2: Acudir a fisioterapia para mejorar la movilidad y disminuir el dolor

Las sesiones de fisioterapia con un fisioterapeuta, kinesiólogo o rehabilitador con experiencia en artritis pueden incluir ejercicios asistidos, el uso de dispositivos o masajes (Garrido-Ardila et al., 2021; Lamb et al., 2015; Oliva-Estupiñan et al., 2024; Rubio Oyarzún et al., 2017; Tavares et al., 2022). Los ejercicios pueden centrarse en fortalecer o reactivar algún miembro. Se pueden realizar con apoyo de pelotas de ejercicio, rodillos, entrenadores de balance y estabilidad, escaleras, equipos de marcha, etc. (González-Gómez et al., 2023; Vincent et al., 2019). Los dispositivos como láser de baja intensidad, electro-estimuladores, vibradores, ultrasonido, etc., pueden ayudar a disminuir el dolor, inflamación y rigidez de una o más articulaciones (Albert-Lucena et al., 2023; Camacho-Bautista et al., 2017; Lamb et al., 2015; Veloso et al., 2021).

Los ejercicios de fortalecimiento de hombro y brazo pueden ayudar a Alicia a recuperar la fuerza y el rango de movimientos, además de disminuir sus niveles de dolor y rigidez, estos ejercicios, permitirán que Alicia se reincorpore a las actividades de la casa y del trabajo con menores niveles de dolor, y poco a poco, recuperar su fuerza, movilidad y autonomía.

En el mismo orden de ideas, en los periodos donde el dolor es más intenso, Alicia puede acudir con un fisioterapeuta que utilice técnicas y equipos biomédicos que puedan ayudarle. Es importante que localice un centro de fisioterapia cercano a su domicilio para que el traslado no represente un problema más, debe considerar los gastos de bolsillo para no afectar la economía familiar. Se sugerirá a Alicia solicitar cambiar de personal de terapia en caso de no sentirse en confianza, además se le mencionará tener paciencia para percibir los resultados.

Los criterios de evaluación para conocer si la fisioterapia es útil: a) acude a fisioterapia cuando tiene incremento de dolor, b) reconoce las terapias que ayudan mejorar sus síntomas, c)

reconoce los cambios inmediatos, d) comprende que los procesos terapéuticos pueden ser tardados, e) se siente mejor con su cuerpo.

3.1.3 RBP 3: Incorporar actividad física de bajo impacto a la rutina cotidiana

Acudir a sesiones de Yoga para principiantes o Tai Chi que combinan ejercicios, movimientos o posturas corporales, con técnicas de respiración y meditación guiadas por un profesional de esas técnicas.

(Mudano et al., 2019; Sagtaganov et al., 2022). Estas sesiones pueden ser individuales o en su modalidad grupal.

La actividad física de bajo impacto es una opción viable (Camacho-Bautista et al., 2017) para Alicia para retomar sus hábitos. Por ejemplo, incluir caminatas al día, ayudará a la movilidad de Alicia de acuerdo a su tolerancia, esta actividad motiva a salir de casa y retomar actividades, puede realizarlas acompañada de sus hijos, y esto permita un acercamiento a ellos. Las actividades cotidianas, de primera instancia, puede ser un primer acercamiento.

Se pueden utilizar los siguientes criterios de evaluación para conocer si la actividad de bajo impacto es benéfica: a) incluye caminatas a su rutina diaria, b) conoce su cuerpo, c) mejora su movilidad. En el caso de que practica Yoga o Tai Chi: d) realiza una sesión al día, e) conoce los ejercicios de respiración, f) mejora la flexibilidad.

3.1.4 RBP 4: Informar las características de la enfermedad y tratamiento

Las personas que viven con una enfermedad crónica están sujetas a los servicios sanitarios, es importante que los profesionales orienten a la persona y a sus cuidadores sobre los cambios a lo largo de su vida, y que conozcan el curso de la enfermedad para saber cuándo preocuparse (Lois et al., 2020; Patoni Maldonado et al., 2022; Rodríguez Reyes et al., 2022). Así como las bases

del tratamiento (farmacológico y no farmacológico) para seleccionar en conjunto el tratamiento adecuado de acuerdo con las necesidades (Rodríguez-Reyes et al., 2022) (ver apéndice C).

Para Alicia, la enfermedad aún es desconocida y esto representa una fuente de miedo y ansiedad, por lo que se le sugiere a Alicia solicitar al personal sanitario que la informen y resuelvan sus dudas, además de que tomen en cuenta sus preferencias, molestias y limitantes referentes al tratamiento. Alicia tiene que conocer que es su derecho y que el personal sanitario tiene la obligación de resolver sus dudas. Esta intervención puede ser con una comunicación directa o mediante las redes sociales, pero se debe de asegurar claridad para desarrollar la competencia en Alicia.

Los siguientes criterios de evaluación ayudarán a conocer si Alicia ha recibido educación y orientación terapéutica: a) solicita información a su proveedor de salud, b) conoce las características de la enfermedad, c) reconoce signos de alarma, d) conoce los riesgos y beneficios de su tratamiento, e) participa en la selección de su tratamiento.

3.1.5 RBP 5: Explicar la percepción del dolor

La AR es una enfermedad autoinmune que provoca inflamación en todas las articulaciones del cuerpo. Las personas que viven con AR, experimentan el dolor de maneras diferentes; de manera crónica o aguda, generalizado o localizado, o pueden experimentarlos todos al mismo tiempo (Gholami et al., 2023; Rabiei et al., 2023). Por ejemplo, Alicia puede sentir dolor en el brazo durante un mes (dolor crónico generalizado) y en la quinta semana, puede tener más dolor en el hombro por las noches (dolor agudo localizado) e incluso puede sentir un dolor mayor cuando realice algún movimiento brusco o cargue peso (dolor nociceptivo).

A menudo, las personas con AR, viven con dolor crónico y tienden a ser más sensibles a los estímulos del ambiente que pueden ser dolorosos (Gholami et al., 2023). Algunos de estos

estímulos, como el clima, o los virus, son invisibles; sin embargo, el sistema inmune los reconoce como amenaza y actúa con una respuesta inflamatoria, que puede provocar un brote o crisis inflamatoria en articulaciones específicas, lo que ocasionará un aumento del dolor. Sin embargo, esto no significa que el estado de salud empeore, tan solo es una reacción del organismo.

Es importante ayudar a que Alicia autorregule su experiencia con el dolor, explicar los mecanismos y percepción del dolor a través de una presentación visual o infografía, puede ayudar a disminuir su miedo y ansiedad ante el dolor y dejar de lado el escenario catastrófico (Patoni Maldonado et al., 2022; Rabiei et al., 2023) (ver Apéndice D).

Con estos criterios de evaluación se puede observar si Alicia autorregula su experiencia con el dolor: a) sabe qué le ocasiona dolor, b) distingue el dolor crónico y agudo, c) sabe cómo disminuir sus niveles de dolor, d) reduce su nivel de ansiedad cuando tiene dolor, e) comprende que el dolor no significa que su condición ha empeorado.

3.1.6 RBP 6: Practicar la escucha activa y compasiva durante la atención

Las personas que viven con una enfermedad crónica están sujetas a los servicios sanitarios y a la interacción con diversos profesionales. La persona que acude a una consulta tiene la capacidad y el derecho de exigir una atención de calidad, con una escucha activa libre de juicios, en la que puede expresarse libremente (Castellano et al., 2019; Davis et al., 2015).

Para el caso de Alicia, se sugiere que antes de cambiar de médico tratante, le solicite de manera firme que este le proporcione una atención plena compasiva para que Alicia pueda comentar sus inquietudes, sobre el tratamiento y la respuesta a él, así como los problemas cotidianos a los que ahora se enfrenta, las terapias que son efectivas y las que no, lo que le cuesta

trabajo y lo que se le facilita. Además, los familiares de Alicia que acudan con ella a las consultas, pueden complementar la información que está proporcionando.

Estos criterios de evaluación pueden ayudar a conocer la calidad de atención que Alicia recibe a) acude a sus consultas periódicamente, b) expresa su sintomatología, c) expresa sus inconformidades con el tratamiento, d) menciona las prácticas de autocuidado que ha adquirido, e) confía en el personal sanitario.

3.1.7 RBP 7: Asistir a sesiones de acupuntura

La acupuntura es una terapia alternativa que utiliza la inserción de agujas finas en diferentes sitios del cuerpo (puntos de acupuntura) para el alivio de dolor o molestias (Venuti et al., 2023; Yuan et al., 2016) que influyen en el estado espiritual, emocional, mental y la salud física de una persona (Garrido-Ardila et al., 2021; Pei-Chi Chou et al., 2018; Shetty et al., 2015).

Existen diferentes modalidades (electroacupuntura, agujas con calor, moxibustión), cada una con una finalidad terapéutica específica (Li et al., 2016; Pei-Chi Chou et al., 2018; Shetty et al., 2015).

Para Alicia, la acupuntura es una alternativa, que puede mejorar las condiciones clínicas de la AR, se le sugiere, que en un inicio consulte al profesional terapeuta sobre la modalidad y puntos ideales con 30 minutos de inserción de aguja para tratar los síntomas y mejorar la funcionalidad, así como su calidad de vida.

Los siguientes criterios de evaluación ayudarán a conocer si la acupuntura es efectiva para Alicia: a) acude a sesiones de acupuntura, b) reconoce los sitios anatómicos de inserción que le brindan mejoría, c) selecciona la modalidad de acupuntura de su preferencia, d) disminuye su nivel de dolor, e) se siente mejor consigo misma (ver Apéndice E).

3.1.8 RBP 8: Realizar hidroterapia

La hidroterapia implica el uso de agua con fines terapéuticos, puede variar en temperatura y en aplicaciones, incluyen el uso de aguas minerales, herbolaria, esencias florales, aceites esenciales y barro o fango (Culqui et al., 2024; Shetty et al., 2015; Venuti et al., 2023). Las modalidades varían entre: baños, ducha, chorros, baños de burbujas y el uso de tinas terapéuticas (Shetty et al., 2015; Verhagen et al., 2017). Además, el uso de agentes físicos como compresas de agua, gel, lodo o semillas para la termoterapia (calientes) o crioterapia (frías) pueden ayudar a reducir los niveles de inflamación de una articulación en particular (Camacho-Bautista et al., 2017).

Se le propondrá a Alicia que, en momentos de dolor agudo localizado, utilice agentes físicos sobre la articulación afectada, y que juegue con las temperaturas hasta encontrar alivio. En conjunto con personal sanitario y familiares buscar un centro en el que pueda realizar hidroterapia.

Los siguientes criterios de evaluación pueden ayudar a conocer la efectividad de esta terapia: a) identifica la terapia más efectiva para tratar y aliviar sus síntomas, b) identifica el agente físico que le da mayor beneficio, c) reduce su percepción del dolor (ver Apéndice E).

3.1.9 RBP 9: Seguir un programa de ejercicios para la fuerza y flexibilidad

El pilates para principiantes (de piso), es un tipo de actividad de bajo impacto que hace énfasis en la zona central del cuerpo, fortalecimiento de la espalda y activación de los músculos abdominales. El ejercicio del pilates puede mejorar la salud mental y reducir síntomas de depresión y ansiedad, así como mejorar la autoestima, apariencia y la función social (Culqui et al., 2024; Rabiei et al., 2023).

Se sugerirá a Alicia seguir un programa de pilates de piso de 24 sesiones de una hora cada uno durante ocho semanas basado en los principios: concentración, control, precisión,

fluidez del movimiento, respiración, centralización (Rabiei et al., 2023). Es importante que localice un centro de pilates cercano a su domicilio y considerar los gastos de bolsillo para no afectar la economía familiar.

Los siguientes criterios de evaluación pueden ayudar a conocer si el pilates es efectivo para Alicia: a) realiza tres sesiones de pilates a la semana, b) mejora la movilidad, c) mejora la funcionalidad, d) disminuye el dolor, e) mejora la flexibilidad, f) mejora la calidad de vida, g) aumento del equilibrio (ver Apéndice E).

3.2 Ciencia ciudadana

3.2.1 Procedimientos para el tratamiento del Grupo focal

El reclutamiento se realizó por la investigadora principal en la sala de espera de un consultorio particular de reumatología, acondicionado con sillones de descanso, espacio, luz y ventilación adecuados, se abordaron a las personas a través de una invitación personal, en la que se mencionó la intención de realizar entrevistas de participación voluntaria, se aclaró que podían proporcionar sus datos personales o ser de carácter anónimo.

Las sesiones se realizaron en los meses de junio y julio 2025 durante la estancia de las personas en la sala de espera, para fomentar la interacción grupal mediante el intercambio de experiencias, previo o posterior a la consulta, donde no fueron expuestos a ningún tipo de riesgo, se aprovechó la cita médica para abordar los integrantes del grupo focal y se atendió cualquier situación que se llegara a presentar, física o emocional, se les dio atención derivada del propio consultorio médico al que acudieron. La duración de las entrevistas constó de dos factores: 1. El tiempo que transcurrió antes de que los llamaron a consulta, y 2. Del tiempo decidieron participar; sin embargo, la duración no fue mayor a 40 minutos, que es el promedio de espera calculado en la sala antes de la consulta médica. Cabe destacar que no se hicieron entrevistas subsecuentes, se realizó una sola sesión para diferentes participantes mediante la cual se obtuvieron las prácticas. Se buscó la participación grupal entre los ciudadanos, con el objetivo de que cada persona aportara algún comentario o prácticas sobre las experiencias que le hayan ayudado sobre su padecimiento de AR. Esto implica que se generó un intercambio de experiencias, que resultaron benéficas para sí mismos y el resto del grupo, bajo un entorno de respeto a las ideas, costumbres, lengua, edad y contexto cultural que emanan de los derechos humanos.

Una vez que se obtuvo el consentimiento informado de manera verbal de las personas que aceptaron participar, se abordaron a los grupos de ciudadanos mediante técnicas cualitativas a través de entrevistas con preguntas prediseñadas (ver anexo 2) para indagar las opiniones respecto a las RBP, la validación ciudadana y la obtención de Prácticas de Autocuidado.

El grupo focal se integró por 16 personas con diversas enfermedades reumáticas (artritis reumatoide, artritis psoriásica, Síndrome de Sjögren, lupus y espondiloartritis) con padecimientos exacerbados en los miembros superiores y cuatro cuidadores familiares que han convivido de manera cercana con las personas que tienen alguno de los padecimientos (ver tabla 3).

Tabla 3*Características definitorias del Grupo focal*

Identificación	Cualidad		Conocimientos sobre	Experiencia
	Paciente	Cuidador		
Norma Amador Hernández	x		Síndrome de Sjögren	8 meses
Tomasa Méndez Hernández	x		Artritis Reumatoide	>5 años
Florentino Flores Fuentes		x	Artritis Reumatoide	>5 años
Asalia Hernández Silva	x		Artritis Reumatoide	8 años
María Juana Arroyo de la Candia	x		Síndrome de Sjögren	4 años
José María Bretón Gómez	x		Espondiloartritis	8 meses
Andrés Bretón Gómez		x	Espondiloartritis	8 meses
Cecilia Minutti	x		Artritis Psoriásica	> 15 años
María Teresa López	x		Síndrome de Sjögren	1.5 años
María Benicia Contreras Flores	x		Síndrome de Sjögren	< de un año
Nicolás Aguilar Herrera	x		Artritis Reumatoide	6 años
3 participantes anónimos	x		Lupus	+ 3 meses
1 participante anónimo		x	Lupus	> 3 meses
2 participantes anónimos	x		Artritis Reumatoide	> 5 años
2 participantes anónimos		x	Artritis Reumatoide	> 8 años
1 participante anónimo	x		Síndrome de Sjögren	< de 1 años

Nota. Las personas cuya identidad es mostrada, dieron su consentimiento verbal de manera explícita.

3.2.2 Prácticas de Autocuidado

Se obtuvieron 34 Prácticas de Autocuidado en Conocimiento (C), Habilidades y destrezas (H) y Actitudes que debería fomentar (A): 17 derivadas de las RBP, seis para las actividades instrumentales, y 11 para actividades no relacionadas con las RBP halladas en la literatura (ver tablas 4, 5 y 6).

Tabla 4*Prácticas de Autocuidado que validan las RBP*

Conocimientos	
C1	Reconocer acciones que causan o aumentan el dolor.
C2	Identificar la experiencia de mayor alivio durante la movilidad.
C3	Reconocer la función de los medicamentos.
Habilidades y destrezas	
H1	Realizar caminatas matutinas en distancias cortas.
H2	Bailar como ejercicio (baile de preferencia).
H3	Uso y entrenamiento de mano no dominante.
H4	Aprender a identificar el tipo de dolor
Actitudes que debería fomentar	
A1	Tomar periodos de descanso.
A2	Realizar estiramientos al despertar para disminuir el periodo de rigidez.
A3	Solicitar al fisioterapeuta o cuidador masaje en zonas con dolor.
A4	Expresar todos los síntomas, emociones y cambios al profesional de la salud, cuidador familiar o acompañante.
A5	Comprometerse con el tratamiento.
A6	Buscar e intentar terapias alternativas.
A7	Solicitar la terapia que proporcione mayor alivio.
A8	Usar ropa cómoda.
A9	Aceptar la realidad del dolor, los cambios y limitaciones.
A10	Adaptar las actividades cotidianas, pero no dejar de hacerlas.

Nota. C: Conocimientos. H: Habilidades y destrezas. A: Actitudes.

Además de la validación ciudadana, el grupo focal propuso Prácticas de Autocuidado que no están relacionadas con las RBP halladas en la literatura. Las personas con estos padecimientos han referido dificultades para la ejecución de algunas actividades instrumentales que implican movimientos motores finos, fuerza de agarre, puño y pinza. Debido a esto, las personas han encontrado soluciones que les permiten modificar o adaptar prácticas para continuar con sus

actividades (ver tabla 5). Asimismo, proponen Prácticas de Autocuidado para la vida diaria, que pueden ayudar a autorregular la experiencia del dolor (ver tabla 6).

Tabla 5

Prácticas de Autocuidado para actividades instrumentales

Habilidades y destrezas	
H5	Cargar cosas abrazándolas (distribuir fuerza de agarre).
Actitudes que debería fomentar	
A11	Sustituir llaves de vuelta por llaves de ángulo (monomando).
A12	Usar listones o ligas para sujetar el cabello (evitar pinzas).
A13	Sustituir vajilla pesada por ligera (plástico).
A14	Llenar a la mitad los recipientes para poder sujetarlos.
A15	Pedir asistencia.

Nota. H: Habilidades y destrezas. A: Actitudes.

Tabla 6

Prácticas de Autocuidado para actividades no relacionadas con las RBP

Práctica de Autocuidado		Razón
Habilidades y destrezas		
H6	Integrar técnicas de respiración.	Permite relajarse y enfocarse para regular la experiencia de dolor.
H7	Llevar registro del ciclo menstrual para prever cambios hormonales y actuar en consecuencia.	Los cambios hormonales durante el ciclo menstrual pueden incrementar los síntomas, llevar un seguimiento del ciclo puede ayudar a prever los cambios, lo que les permitirá no alarmarse y actuar en consecuencia.
H8	Encontrar un agarre libre de dolor.	Respecto a los instrumentos o utensilios que necesite durante la cotidianeidad, para reducir los niveles de dolor, así como, momentos de desesperación y frustración.
Práctica de Autocuidado		Razón
Actitudes que debería fomentar		
A16	Fomentar la disciplina.	Para el seguimiento de programas de ejercicio y cumplimiento del tratamiento.
A17	Cuidar la alimentación e hidratarse constantemente.	Para favorecer el estado óptimo de salud y reducir los problemas de sequedad en piel y mucosas.
A18	Consultar el pronóstico del clima para adaptar actividades y vestimenta.	Las personas con enfermedades musculoesqueléticas son susceptibles a los cambios climáticos, se recomienda que consulten el pronóstico y seleccionen la ropa que les ayude a afrontar los cambios del clima.
A19	Realizar oraciones espirituales.	Puede ayudar a las personas a conectar y sentirse escuchadas para aceptar la realidad.
A20	Compartir experiencias con personas con padecimientos similares.	Puede ayudar a reducir sentimientos y emociones negativas.
A21	Utilizar ropa de cama ligera y sustituir almohada.	Puede ayudar a mejorar el descanso y los periodos de rigidez matutina.
A22	Escribir las vivencias en un diario.	Puede ayudar a canalizar el estrés.
A23	Mantener informados a otros médicos generales o especialistas.	Sobre los cambios en la enfermedad y tratamiento para fomentar la atención integral.

Nota. C: Conocimientos. H: Habilidades y destrezas. A: Actitudes.

3.3 Valoración de resultados

A pesar de la alta producción científica para el cuidado de personas con AR; no se aprecia un nivel de evidencia confiable que pueda dar respuesta al cuidado ideal de acuerdo a la evaluación de los instrumentos de lectura crítica. Sin embargo, las RBP y las Prácticas de Autocuidado derivadas de la ciencia ciudadana, representan material inédito que apoya las diferentes intervenciones publicadas, independientemente de los diseños de estudio, que le dan un carácter de universalidad para su consumo, fortalece el autocuidado para el control del padecimiento y las competencias del cuidado familiar. La síntesis de las características del artículo fuente que representan las RBP y las Prácticas de Autocuidado derivadas de la validación ciudadana e inéditas, se presentan en la tabla 7.

3.4 Líneas de investigación

Para profundizar el conocimiento de las RBP y las Prácticas de Autocuidado, se recomienda a los cuerpos académicos y grupos de investigación, cultivar las siguientes líneas de investigación para la generación y traducción de conocimiento:

1. Continuidad de cuidados terapéuticos en personas con AR: de la atención hospitalaria al cuidado en el hogar y escenarios laborales. Se recomienda proponer programas que gestionen normativas para favorecer la transición del medio hospitalario a los espacios de desarrollo social de la persona que padece AR para favorecer la calidad de vida.
2. Intervenciones educativas en personas con AR: cuidados instruccionales para las personas con AR y sus padecimientos que incluyan el desarrollo de competencias del cuidador familiar, con el propósito de favorecer el bienestar físico, emocional y de la familia.
3. Intervenciones de cuidados en personas con AR: cuidado especializados o focalizados para los padecimientos específicos (por ejemplo, dolor de rodillas, manos; depresión, adherencia terapéutica, afrontamiento, etc.), derivados de la Enfermería Basada en Evidencia que muestre resultados clínicos y controlados para mejorar el nivel de evidencia y el grado de recomendación.
4. Experiencias de autocuidado de personas con AR. Dado que muchas de las recomendaciones del grupo focal son inéditas, sería importante desarrollar indagaciones cualitativas de la ciencia ciudadana para fomentar las Prácticas de Autocuidado para compartirlas y favorecer la calidad de vida, la funcionalidad y la independencia física.

Tabla 7

Relación entre RBP y artículos fuente

Recomendación de Buena Práctica	Prácticas de Autocuidado	Características del Artículo fuente				
		Autor y año	Diseño	Intervención o método	Población o Participantes	Resultado
1. Realizar un programa o sesiones de ejercicio adaptado a su movilidad.	Validación ciudadana: C1, H1, H2, H3, A1, A2, A4, A8, A9. Inéditas: H5, H8, A16.	Rubio Oyarzún et al. (2017) ¹ .	Serie de casos.	Ejercicios de habilidad motora: control de presión manual, ejercicio de dardo invertido y terapia de espejo.	17 mujeres con artritis reumatoide en mano.	Aumento en la fuerza de puño y pinza.
		Hernández-Hernández et al. (2017).	Revisión de la literatura.	Actividad física/ ejercicio cardiovascular, de bajo impacto, aeróbicos, de resistencia. Bicicleta.	n =15 estudios (ECA y estudios observacionales). Población con artritis reumatoide.	Los ejercicios mejoran: calidad de vida, funcionalidad, dolor y articulaciones inflamadas.
		Williams et al. (2018).	Revisión sistemática.	Ejercicio de mano.	n =7 estudios (ECA, cuasiexperimentos). Personas con AR en mano.	Existen mejoras y percepciones clínicas en la funcionalidad, fuerza de agarre.
		Oliva-Estupiñan et al. (2024) ² .	Revisión de la literatura.	Actividad física. Entrenamientos de fuerza, de intervalos de alta intensidad, ejercicio aeróbico, de resistencia y coordinación.	n =7 estudios (ECA). Mujeres con fibromialgia.	El ejercicio físico alivia el dolor y disminuye la depresión.
		Muñoz-Fonseca et al. (2022).	Experimental.	Ejercicio físico o terapéutico basado en telesalud.	54 personas con osteoartritis de rodilla y/o cadera.	Disminución del dolor, mejora en el equilibrio y marcha.
		Camacho-Bautista et al. (2017) ³ .	Revisión sistemática.	Ejercicio terapéutico, agentes físicos, técnicas alternativas, telerehabilitación. Ejercicio aeróbico, ejercicio sensoriomotor.	n =28 estudios (ECA). Población con AR.	Impacto positivo en la capacidad funcional, movilidad y desplazamientos. El Tai Chi muestra mejora física y mental. La actividad física individualizada por Internet es eficaz.
		Rafiq et al. (2021).	ECA	Rehabilitación para fortalecer miembros inferiores.	42 personas con osteoartritis de rodilla, con sobrepeso/obesidad.	Reducción en dolor de rodilla y rigidez.
		Culqui et al. (2024) ⁴ .	Revisión sistemática.	Ejercicios terapéuticos: isocinéticos, isométricos, isotónicos, de cadena abierta y cerrada.	n = 21 estudios (ECA, experimentales, cuasiexperimentales). Personas con artrosis de rodilla grado 1.	Terapia eficaz que ayuda en el tratamiento del dolor y mejora la capacidad funcional.
		Tavares et al. (2022) ⁵ .	Revisión sistemática.	Ejercicios terapéuticos: Concéntricos, de fortalecimiento, de estiramiento, de cadena cinética abierta y cerrada.	n =11 estudios (ECA). Nadadores competitivos sin dolor de hombro.	Efectos positivos en fuerza, resistencia, postura y rango de movimiento del hombro de nadador.

Tabla 7

Relación entre RBP y artículos fuente (continuación)

Recomendación de Buena Práctica	Prácticas de Autocuidado	Características del Artículo fuente				
		Autor y año	Diseño	Intervención o método	Población o Participantes	Resultado
2. Acudir a fisioterapia para mejorar la movilidad y disminuir el dolor.	Validación ciudadana: C1, C2, H4, A3, A4, A5, A7. Inéditas: A16.	Garrido-Ardila et al. (2021) ⁶ .	ECA	Programa de fisioterapia de estabilidad central. Tratamiento de acupuntura	103 mujeres con fibromialgia.	Mejora calidad de vida, dolor, rigidez articular, dificultad para trabajar y depresión.
		Lamb et al. (2015).	ECA	Ejercicios para fortalecer y estirar las manos.	490 adultos con AR.	Mejoras en la funcionalidad.
		Vincent et al. (2019).	ECA	Ejercicios de resistencia: concéntricos y excéntricos.	54 adultos mayores con osteoartritis de rodilla.	Ambos ejercicios incrementan la fuerza muscular,
		González-Gómez et al. (2023).	Reporte de caso.	Fisioterapia activa y terapia manual.	Hombre postoperado de artroplastia total de rodilla.	Reduce dolor, mejora rango de movimiento, fuerza y función de rodilla.
		Albert-Lucena et al. (2023).	ECA	Estimulación nerviosa eléctrica percutánea.	58 personas con dolor lateral del codo.	Reducción de la intensidad del dolor.
		Veloso et al. (2021).	Revisión integrativa.	Terapia con láser de baja intensidad.	n = 4 estudios (ECA). Población con AR.	Terapia prometedora para tratamiento del dolor y articulaciones inflamadas, sin efectos adversos.
3. Incorporar actividad física de bajo impacto a la rutina cotidiana.	Validación ciudadana: C1, C2, H1, A1 A6.	Sagtaganov et al. (2022).	Serie de casos.	Programa de tres meses de Yoga.	10 personas con artritis reumatoide.	Reduce rigidez matutina, dolor y actividad de la enfermedad.
		Mudano et al. (2019).	Revisión sistemática.	Tai Chi	n = 7 Población con AR.	El Tai Chi, proporciona alivio general.
4. Informar las características de la enfermedad y tratamiento.	Validación ciudadana: C3, A4, A5 A9. Inéditas: H7, A16, A17, A18, A20.	Rodríguez Reyes et al. (2022).	Pre-experimental pre/post- test. Serie de casos.	Programa de orientación terapéutica.	18 personas con artritis reumatoide.	Conocimientos sobre la enfermedad.
		Patoni Maldonado et al. (2022) ⁷ .	Serie de casos.	Atención plena compasiva en modalidad grupal.	6 mujeres con AR con dolor crónico y sintomatología ansiosa.	Reducción de la percepción del dolor.
		Lois et al. (2020).	Revisión sistemática.	Programas de atención dirigidos por enfermeras.	n = 19 (ECA, revisiones sistemáticas, estudios descriptivos, series de casos, estudios cualitativos). Población con AR.	Mejora calidad de vida, satisfacción y adherencia terapéutica. Reduce signos y síntomas.
		Rabiei et al. (2023) ⁸ . Gholami et al. (2023).	ECA	Educación en neurociencia del dolor. Pilates	54 adultos con osteoartritis de rodilla.	La educación en neurociencia del dolor combinado con el Pilates, contribuyen a la mejora clínica de la población
5. Explicar la percepción del dolor.	Validación ciudadana: C1, C2, A4, A6, A8, A9, A10. I: H4, A11, A12, A13, A14, A15, A20, A21, A23.	Castellano et al. (2019).	Revisión sistemática.	Técnica de atención plena compasiva y Mindfulness.	n = 3 (ECA). Población con AR.	Eficaz como tratamiento complementario de la AR. Reduce signos y síntomas.
		Davis et al. (2015).	Estudio observacional.	Terapia Cognitiva y técnica Mindfulness.	n = 143 Personas con AR y dolor crónico.	La técnica Mindfulness produce disminución en la percepción del dolor y la respuesta ante el estrés.
6. Practicar la escucha activa y compasiva durante la atención.	Validación ciudadana: A4, A7, A9. Inéditas: A19, A20, A22, A23.					

Tabla 7

Relación entre RBP y artículos fuente (continuación)

Recomendación de Buena Práctica	Prácticas de Autocuidado	Características del Artículo fuente				
		Autor y año	Diseño	Intervención o método	Población o Participantes	Resultado
7. Asistir a sesiones de Acupuntura.	Validación ciudadana: C1, C2, A3, A4, A6, A7. Inéditas: H4.	Ramos et al. (2018).	Revisión.	Acupuntura tradicional china y analgesia.	n = 2 (revisiones sistemáticas) Adultos con AR.	La acupuntura tiene un impacto mínimo o nulo en el dolor y actividad de la enfermedad.
		Pei-Chi Chou et al. (2018).	Revisión sistemática.	Acupuntura con diferentes técnicas manuales (láser, electroacupuntura, electroacupuntura aricular y bucal, agujas calientes, moxibustión, estimulación de puntos de acupuntura con hierbas).	n = 35 (ECA, estudio de caso, estudio piloto) Personas con AR.	La acupuntura es benéfica como tratamiento único o complementario para las condiciones clínicas, puede mejorar la funcionalidad y calidad de vida.
		Li et al. (2016).	Revisión sistemática y metaanálisis.	Acupuntura (con aguja, auricular, con fuego, electroacupuntura, abdominal, moxibustión, con veneno de abeja).	n = 21 (ECA). Población con AR.	La acupuntura mejora sintomatología clínica de la AR.
		Yuan et al. (2016).	Revisión sistemática, metaanálisis y metaregresión.	Acupuntura.	n = 63 en la revisión sistemática y n = 61 en el metaanálisis (ECA). Pacientes con problemas musculoesqueléticos.	La acupuntura tiene un efecto moderado en la disminución del dolor.
		Shetty et al. (2015) ⁹ .	Estudio de caso.	Terapia combinada de: electroacupuntura, masaje, fango y sauna.	Una mujer con AR.	La terapia combinada puede disminuir los niveles de dolor, depresión y ansiedad. Mejora la función motora y calidad de vida. Las terapias pueden reducir la inflamación y rigidez.
		Venuti et al. (2023) ¹⁰ .	ECA	Terapia de acupuntura combinada con terapia de vaporización de hierbas chinas.	42 mujeres con osteoartritis de rodilla.	La terapia combinada es prometedora para el tratamiento, reduce el dolor y aumenta el rango de movimiento y calidad de vida.
8. Realizar hidroterapia.	Validación ciudadana: C1, C2, H4, A1, A3, A5, A6.	Verhagen et al. (2017).	Revisión sistemática.	Balneoterapia (terapia de Spa).	n = 9 (ECA). Población con AR.	Los resultados favorecen clínicamente. Sin embargo, no hay suficiente evidencia estadística.
9. Seguir un programa de ejercicios para la fuerza y flexibilidad.	Validación ciudadana: C1, C2, H1, H2, A1, A2, A4, A5, A6, A9. Inéditas: H5, H6, H8, A15.	Los artículos fuente de esta RBP son mencionados más arriba.				

Nota. C: Conocimientos. H: Habilidades y destrezas. A: Actitudes. AR: Artritis reumatoide. ECA: Ensayo clínico aleatorizado. RBP: Recomendación de buena práctica.

¹ Se repite en RBP 2. ² Se repite en RBP 2. ³ Se repite en RBP 2, 3 y 8. ⁴ Se repite en RBP 8 y 9. ⁵ Se repite en RBP 2. ⁶ Se repite en RBP 7. ⁷ Se repite en RBP 6. ⁸ Se repite en RBP 9. ⁹ Se repite en RBP 8. ¹⁰ Se repite en RBP 8.

3.5 Material educativo

Una de las características principales de la Guía PRAXIS, es su carácter de acceso universal, para lograrlo, se diseñó material educativo a través de la modalidad de infografías. Este material se caracteriza por tener un lenguaje escrito y visual sencillo; para esta Guía PRAXIS, representa y explica las RBP derivadas de revisión de la literatura y las Prácticas de Autocuidado obtenidas de la validación ciudadana del Grupo focal.

3.5.1 Infografías derivadas de las RBP

Se realizaron res infografías que ilustran la evidencia de las RBP para las personas con AR, dos sobre las características de la enfermedad, y dos para el tratamiento. A continuación, se explican cada una de ellas:

3.5.1.1. Hablemos de artritis. Ilustra la RBP 4: Informar las características de la enfermedad y tratamiento, que deriva de lo sugerido en el programa educativo propuesto por Rodríguez-Reyes et al. (2022), que aborda las características principales de la enfermedad y los pilares del tratamiento (ver apéndice C).

3.5.1.2 Artritis ¿Dolor? Ilustra la RBP 5: Explicar la percepción del dolor, derivada de los hallazgos obtenidos por Gholami et al. (2023), Rabiei et al. (2023) y que mencionaron que la educación en neurociencia del dolor puede contribuir a la mejora clínica de la población (ver apéndice D).

3.5.1.3 Terapias alternativas complementarias para la artritis. Ilustra las RBP 3: Incorporar actividad física de bajo impacto a la rutina cotidiana, que propone un programa de Yoga o TaiChi para producir alivio general y reducción de rigidez y dolor (Camacho-Bautista et al., 2017; Mudano et al., 2019; y Sagtaganov et al., 2022). RBP 6: Practicar la escucha activa y compasiva durante la atención, que propone la técnica Mindfulness para reducir signos y

síntomas de dolor (Castellano et al., 2019; Davis et al., 2015; y Patoni Maldonado et al., 2022).

RBP 7: Asistir a sesiones de Acupuntura, como tratamiento complementario para reducir el dolor y mejorar la funcionalidad (Garrido-Ardila et al., 2021; Li et al., 2016; Pei-Chi Chou et al., 2018; Ramos et al., 2018; Yuan et al., 2016). RBP 8: Realizar hidroterapia, que sugiere el uso de agentes físicos, balneoterapia y ejercicios bajo el agua para mejorar la capacidad funcional (Camacho-Bautista et al., 2017; Culqui et al., 2024; y Verhagen et al., 2017). RBP 9: Seguir un programa de ejercicios para la fuerza y flexibilidad, que proponen seguir un programa de pilates (Culqui et al., 2024; Gholami et al.; y Rabiei et al., 2023) (ver Apéndice E).

3.5.2 Infografías derivadas de las Prácticas de Autocuidado

Se realizaron tres infografías que ilustran las Prácticas de Autocuidado propuestas por el Grupo focal.

3.5.2.1. Que no te limite la artritis. Ilustra las Prácticas de Autocuidado que validan las RBP, H3; para actividades instrumentales, H1, A1, A2, A3, A4; y para actividades no relacionadas con las RBP, H2, H3 y A3 (Grupo focal) (ver apéndice F).

3.5.2.2 8 Recomendaciones para la artritis. Ilustra las Prácticas de Autocuidado: que validan las RBP, A1, A4, A5, A9; para actividades instrumentales, A5; y para actividades no relacionadas con las RBP, A1, A2, A8 (Grupo focal) (ver apéndice G).

3.5.2.3 Recupera tu vida a pesar de la artritis. Ilustra las Prácticas de Autocuidado: que validan las RBP, H2, A2, A10; y para actividades no relacionadas con las RBP, A19, A21, A22 (Grupo focal) (ver apéndice H).

Capítulo IV

Discusión

El objetivo de este trabajo de investigación fue conformar una Guía PRAXIS con base a las intervenciones basadas en evidencia para reestablecer la actividad física de una persona con artritis reumatoide. Se utilizó el Modelo PRAXIS para la búsqueda de evidencia, los resultados arrojaron nueve RBP. Además, se integró un grupo focal que propuso 34 Prácticas de Autocuidado.

En este apartado se discute la aplicación del Modelo PRAXIS, la calidad de la evidencia, las Recomendaciones de Buena Práctica, las Prácticas de Autocuidado, la factibilidad y aplicabilidad de la Guías PRAXIS. Por último, las limitaciones y recomendaciones derivadas del trabajo.

4.1 Aplicación del Modelo PRAXIS

Para la conformación de la guía, se retomó el caso de una persona con AR. Esta temática que no se ha abordado anteriormente, dado que, en su mayoría los trabajos hasta ahora publicados muestran Guías PRAXIS sobre otros padecimientos. Adicionalmente, los estudios que han utilizado este modelo carecen de la evaluación de la calidad metodológica de los documentos seleccionados, apartado que representa una contribución de la tesis al Modelo PRAXIS.

Si bien la esencia de las Guías PRAXIS recurre a técnicas cualitativas para abordar al caso, y al Grupo focal, se debe de considerar que las RBP fueron evaluadas y puntuadas con instrumentos cuantitativos. Esta estrategia representa una triangulación de conocimientos derivados de la ciencia ciudadana y del conocimiento científico, que fortalece las intervenciones de la EBE.

4.2 Calidad de la evidencia

A partir de la búsqueda sistemática, los documentos, fueron evaluados con las listas de cotejo que corresponden al tipo de diseño, el nivel de evidencia y fuerza de recomendación de la información para extraer una RBP. Se identificaron: 15 artículos de revisión, de las cuales, nueve fueron sistemáticas nueve ensayos clínicos aleatorizados, un protocolo para un ECA; y seis series de casos.

Una vez seleccionados los estudios, fueron puntuados con la escala de nivel de evidencia y la fuerza de recomendación (SIGN). Doce estudios fueron puntuados con el máximo en su rubro (Nivel *I++*) por tener muy poco riesgo de sesgo, de los cuales, cuatro ECAs y un ECA en protocolo obtuvieron la fuerza de la evidencia *A* (Albert-Lucena et al., 2023; Garrido-Ardila et al., 2021; Gholami et al., 2023; Rabiei et al., 2023; Rafiq et al., 2021), tres ECAs fuerza de evidencia *B* (Lamb et al., 2015; Venuti, 2023; Vincent et al., 2019), dos revisiones fuerza de evidencia *A* (Li et al., 2016; Yuan et al., 2016) y dos revisiones fuerza de evidencia *B* (Lois et al., 2020; Verhagen et al., 2017).

En el siguiente puntaje obtenido, fueron cuatro estudios con poco riesgo de sesgo (Nivel *I+* y *2+*): tres revisiones con fuerza de recomendación *B* (Camacho-Bautista et al., 2017; Culqui et al., 2024; Tavares et al., 2022) y una serie de casos con fuerza de evidencia *C* (Rubio-Oyarzún et al., 2017).

Doce estudios fueron posicionados en el primer y segundo nivel, pero con alto riesgo de sesgo (Nivel *1-* y *2-* respectivamente), todos con fuerza de recomendación *Punto de buena práctica*; ocho artículos de revisión (Castellano et al., 2019; Hernández-Hernández et al., 2017; Mudano et al., 2019; Oliva-Estupiñan et al., 2024; Pei-Chi Chou et al., 2018; Ramos et al. 2018; Veloso et al., 2021; Williams et al., 2018); tres series de casos (González-Gómez et al., 2023;

Patoni Maldonado et al., 2022; Sagtaganov et al., 2022); y un ECA (Muñoz-Fonseca et al., 2022).

Finalmente, tres estudios fueron puntuados en el tercero por ser diseños no analíticos (Nivel 3), con fuerza de evidencia *D* (Davis et al., 2015; Rodríguez-Reyes et al., 2022; Shetty et al., 2015).

Respecto a la jerarquización por GRADE, ocho se puntuaron como *Alta* (Albert-Lucena et al., 2023; Garrido-Ardila et al., 2021; Gholami et al., 2023; Lamb et al., 2015; Rabiei et al., 2023; Rafiq et al., 2021; Venuti, 2023; Vincent et al., 2019), uno como *Moderada* (Rubio-Oyarzún et al., 2017), cuatro como *Baja* (Davis et al., 2015; González-Gómez et al., 2023; Muñoz-Fonseca et al., 2022; Shetty et al., 2015), y tres como *Muy baja* (Patoni Maldonado et al., 2022; Rodríguez-Reyes et al., 2022; Sagtaganov et al., 2022). El resto de los documentos (15), se excluyeron por ser artículos de revisión que no utilizan esta escala.

4.3 Recomendaciones de Buena Práctica y Prácticas de Autocuidado

De acuerdo con la evidencia consultada, existe una variabilidad en las intervenciones que permiten reestablecer la actividad física de las personas con AR.

Las RBP implican ejercicio, fisioterapia y actividad física, terapias alternativas y prácticas que el personal de salud debe aplicar durante el cuidado y la atención de personas con AR. Estas RBP, responden a la necesidad de reestablecer la actividad física, así como la disminución de la sintomatología clínica de las personas.

Por un lado, autores como Hernández-Hernández et al. (2017), Muñoz-Fonseca et al. (2022), Oliva-Estupiñan et al. (2024), plantearon al ejercicio cardiovascular, aeróbico, de fuerza y resistencia para incrementar la tolerancia a la actividad física, así como para incrementar la fuerza y disminuir la sintomatología generalizada del dolor. Mientras que Lamb et al. (2015), Rubio-Oyarzún et al. (2017) y Williams et al. (2018), plantearon el ejercicio focalizado en la fuerza de puño y pinza de la mano. De igual manera, los autores Camacho-Bautista et al. (2017), Culqui et al. (2024), Rafiq et al. (2021) y Tavares et al. (2022), además de los programas de ejercicio, sugieren el empleo del ejercicio terapéutico, de rehabilitación y fisioterapia como tratamientos que producen mejoras clínicas en la sintomatología y fuerza de las personas. Por otro lado, Garrido-Ardila et al. (2021), Vincent et al. (2019), realizaron intervenciones con fisioterapia y los autores Albert-Lucena et al. (2023) y Veloso et al. (2021), recurren a métodos específicos como la terapia con láser y estimulación eléctrica para la reducción de la inflamación y dolor focalizado en miembros superiores.

Respecto a las terapias alterativas, se encontraron actividades físicas, destacan las de Camacho-Bautista et al. (2017) y Mudano et al. (2019) que proponen la modalidad de TaiChi; los trabajos de Culqui, et al. (2024), Gholami et al. (2023) y Rabiei et al. (2023), el programa de

pilates; y Sagtaganov et al. (2022) un programa de yoga. Los resultados de estos estudios, muestran en su mayoría, cambios y diferencias clínicas en la percepción de fuerza, flexibilidad, funcionalidad, así como la disminución de la duración de la rigidez e intensidad del dolor. En el mismo orden de ideas, se identificaron trabajos que contemplaron el uso de acupuntura; las investigaciones de Garrido-Ardila et al. (2021), Ramos et al. (2018), y Yuan et al. (2016), utilizaron la acupuntura tradicional china; mientras que autores como Li (2016) y Pei-Chi Chou et al. (2018) realizaron revisiones sistemáticas que incluyeron diferentes modalidades de acupuntura. Aunque existe una variabilidad en las modalidades, técnicas, duración y puntos de acupuntura, los resultados son alentadores para la reducción del dolor. Finalmente, dentro de las terapias alternativas, se encuentra la hidroterapia de Camacho-Bautista et al. (2017), Culqui et al. (2024) y Verhagen et al. (2017) quienes realizaron diferentes modalidades, destacan las compresas con lodo, los baños minerales y los baños farádicos.

Pese a que algunos de los trabajos que incluyen terapias alternativas, son bajos en calidad metodológica o muestran resultados sin significancia estadística, todos los trabajos concluyen que, son modalidades seguras y sin daños para el estado de salud de las personas, por lo que se les considera puntos de buena práctica.

Por último, se incluyeron estudios que plantean técnicas de abordaje para los profesionales de la salud durante la atención sanitaria. Rodríguez-Reyes et al. (2022) presentaron un programa para informar sobre el tratamiento y la enfermedad, a su vez, Lois et al. (2020) propusieron que la atención sea dirigida por enfermeras.

En el mismo orden de ideas, Castellano et al. (2019), Patoni Maldonado et al. (2022) y Davis et al. (2015) mencionaron técnicas de mindfulness, atención plena compasiva, y terapia cognitiva respectivamente, con resultados que mostraron cambios clínicos importantes en la

sintomatología ansiosa, depresiva y del dolor e incluso, Castellano et al. (2019) la sugieren como tratamiento complementario.

En contraste con los resultados de la evidencia publicada, el Grupo focal propuso Prácticas de Autocuidado que responden a la necesidad de reestablecer la actividad física, proporcionan medidas generales para mantener el estado de salud, consideran el estado emocional, y modifican las actividades de la vida cotidiana para reducir la sintomatología. Estas prácticas fueron compartidas por las personas con el padecimiento, validadas y reforzadas por cuidadores familiares. A continuación, se comparten argumentos que detallan las más significativas.

La AR, es una enfermedad crónico-degenerativa que produce dolor, estas características afectan el estado emocional de las personas que la padecen, algunas mencionaron sentirse “alejadas” de su relación con su Dios, por lo que *realizan oraciones espirituales* para acercarse y sentirse escuchadas respecto a sus sentimientos y temores. El Grupo focal también mencionó la importancia de *expresar todos sus sentimientos*, no solo al personal de salud respecto a su enfermedad, sino también a sus cuidadores familiares y para sí mismos *al escribir las vivencias en un diario*, con la intención de encontrar alivio, apoyo y compañía al desahogarse. Las personas expertas recalcaron la importancia de la *aceptación de la realidad del dolor, los cambios y limitaciones*, para afrontar la situación de salud y continuar con el tratamiento, así como para *adaptar sus actividades y no dejar de hacerlas*.

Respecto a esta última Práctica de Autocuidado, se presentan las actividades instrumentales que requieren de una fuerza o agarre específico, además de que suelen producir dolor, en ocasiones resultan difíciles de ejecutar. Los ciudadanos mencionaron haber generado sentimientos de enojo, desesperación, frustración, tristeza e impotencia al hacer frente a estas

actividades, para lo que -con el paso del tiempo- encontraron soluciones; por ejemplo, algunos integrantes del Grupo focal mencionaron tener dificultades para sostener una taza llena de líquido, para lo que encontraron soluciones como *cambiar el agarre hasta encontrar uno libre de dolor, sustituir la vajilla pesada por una más ligera*, así como el *llenado de los recipientes a la mitad*.

Para los síntomas generales, el Grupo focal mencionó la susceptibilidad ante los cambios climáticos, algunos refirieron un incremento de la inflamación o rigidez con el clima cálido, mientras que otros, el aumento del dolor con el clima frío y húmedo; por lo que, tanto las personas con el padecimiento, como sus cuidadores familiares han optado por *consultar el pronóstico del clima*, lo que permite una adecuación de la vestimenta y *uso de ropa cómoda* para disminuir los efectos. Además, algunas mujeres que participaron en el Grupo focal, mencionaron notar cambios a lo largo de su ciclo menstrual, identificaron que durante ciertas fases la inflamación puede incrementar y suceder en otras zonas; además, los síntomas del periodo pueden agravar los de la AR (o viceversa), por lo que llevan un *registro menstrual* que les ayuda a anticipar los cambios y síntomas para actuar en consecuencia sin alarmarse.

En otras Prácticas de Autocuidado, integrantes del Grupo focal, mencionaron *la sustitución de llaves de vuelta por llaves de monomando*, puesto que se enfrentan a dificultades para abrir las llaves de su casa, ya sea por rigidez en las manos, o la falta de fuerza debido a que por sí mismas, son duras, o porque las personas con las que también están en casa olvidan hacer un cierre ligero. Además, las personas con dolor o limitaciones en hombro y brazos refieren que peinarse se les dificulta, no solo por el hecho de sostener los brazos por arriba de los hombros por un tiempo prolongado, sino también por los artículos que utilizan para sujetar el cabello; por ejemplo, las pinzas, broches y algunas donas, que son muy rígidas y dificultan los movimientos

extensores de la mano que implican fuerza, es por esto que, sugirieron el *uso de listones para atar el cabello*.

El conocimiento derivado de estas Prácticas de Autocuidado, pueden servir como referente de la ciencia ciudadana para el acceso universal, dado que la evidencia está directamente relacionada con el contexto de la persona y sus padecimientos en un contexto real.

4.4 Factibilidad y aplicabilidad de la Guía PRAXIS

Las Guías PRAXIS representan una metodología que puede ser aplicada en todos los contextos de enfermería; en la formación o en la práctica, en cualquiera de las cuatro funciones del profesional de enfermería, así como en los escenarios del cuidado independiente, donde su aplicación es ideal para la instrucción de pacientes y cuidadores familiares.

El implemento de esta metodología durante la formación favorece el pensamiento crítico y juicio clínico de los estudiantes respecto al problema de salud de un caso determinado; esta situación no es diferente en la práctica, en la que se suma el uso e implemento de las evidencias recuperadas que permitirán dar solución -o acercarse- ante el problema de salud. En este sentido, esta Guía PRAXIS representa una herramienta y fuente de consulta de alternativas de tratamiento para reestablecer la actividad física en personas con AR.

En seguimiento a las funciones de enfermería, la Guía PRAXIS de esta tesis, puede ser utilizada en: a) investigación, pues genera conocimiento de acceso universal, las Prácticas de Autocuidado, representan conocimiento inédito que no ha sido encontrado en la evidencia consultada con la revisión sistemática respecto a los métodos que las personas con AR pueden recurrir para aliviar sus síntomas y modificar sus actividades; b) docencia, fomenta el desarrollo de intervenciones educativas válidas y confiables, se diseñó material infográfico que permite la difusión de la evidencia existente y generada, las personas consumidoras de estos materiales pueden aprender sobre la AR; c) administración, se fortalece la organización y gestión de recursos para facilitar los escenarios de intervención y tratamiento; y d) asistencial, permite a la enfermera la emancipación del cuidado para que las personas realicen las RBP en unidades de prevención primaria, hospitalarias e inclusive en la consultoría privada para la prescripción de cuidados de enfermería.

4.5 Limitaciones y recomendaciones

A pesar de que la metodología implica una sistemática rigurosa y factible, la Guía PRAXIS está limitada a un solo caso, que, de acuerdo con los niveles de evidencia científica de Chloros et al. (2023), se encuentra en un nivel bajo. Sin embargo, la evidencia recabada en este trabajo se fortalece gracias a la búsqueda sistemática desde una pregunta PIO, que no restringe los resultados esperados a una comparación (Manterola, Rivadeneira, y Otzen, 2024), donde cada uno de los artículos seleccionados fueron analizados para verificar su validez interna y externa y presentados al Grupo focal para obtener la validación ciudadana (Almiray et al., 2025; Altamira-Camacho, 2023).

En otro orden de ideas, tradicionalmente para abordar los estudios de caso, se utiliza el Proceso de Atención de Enfermería bajo un lenguaje estandarizado y GPC; en contraste, el Modelo PRAXIS trata de una herramienta que aún está en desarrollo y es desconocida en la mayoría del sistema nacional de salud, escuelas y facultades de enfermería del país. Esta situación representa una limitación, dado que no existe normativa que permita utilizar la metodología bajo lineamientos que empaten con una tesis de grado. Dado que no se trata de un trabajo convencional, este desconocimiento resulta importante para proponer algunas variantes en la construcción y ejecución de la guía para fortalecer a la metodología, sin dejar de mantener la ruta original establecida por Amezcua et al. (2020). Luego entonces, este trabajo representa una propuesta inédita para la construcción de Guías PRAXIS para tesis de grado.

Las infografías de esta tesis, fueron construidas con base en las sugerencias de expertos en intervenciones educativas, además, representa una síntesis de la evidencia que fue evaluada de acuerdo a su diseño y rigurosidad metodológica y a las Prácticas de Autocuidado derivadas de la

ciencia ciudadana, de una forma amigable, cercana y sencilla para reestablecer la actividad física libre de dolor en personas con AR.

Respecto al material educativo, recientemente se ha dado a conocer un trabajo que hace mención sobre la evaluación de la calidad de estos materiales (Gil et al., 2025), en este sentido, se considera que, para las infografías presentadas, sería conveniente contar con un instrumento que evalúe su calidad en: atracción (tamaño, colores, forma, posición y distribución de la información) y comprensión (claridad y concisión del mensaje).

Por último, esta tesis se enfocó en el diseño e integración de la Guía PRAXIS, y se recomendaría dar un seguimiento a Alicia para conocer los cambios en su estado de salud posteriores a la adopción de las RBP y Prácticas de Autocuidado. Por un lado, la implementación de la Guía PRAXIS, permitiría conocer qué prácticas son factibles o no para Alicia y sus razones, así como verificar si los materiales educativos fueron de utilidad y comprensibles. Por otro lado, la implementación a otras personas con el mismo padecimiento, reforzaría a la ciencia ciudadana con la validación del conocimiento, y el acceso universal de las RBP, Prácticas de Autocuidado y material infográfico.

4.6 Conclusiones

La conformación de la Guía PRAXIS para reestablecer la actividad física de las personas con artritis reumatoide, proponen Recomendaciones de Buena Práctica y Prácticas de Autocuidado que favorecen la actividad física de las personas con Artritis Reumatoide, además de reducir la sintomatología clínica de la enfermedad.

La construcción de la Guía PRAXIS facilitó un mayor acercamiento a las personas que padecen artritis reumatoide o cuidadores familiares, dado que permitió identificar y observar subjetividades de las Prácticas de Autocuidado que no se encuentran en la literatura científica. La perspectiva del sujeto que padece y la perspectiva del cuidador familiar, generaron conocimientos válidos y posiblemente reproducibles para otras personas con padecimientos similares, que pueden reforzar el cuidado de enfermería. Por un lado, se desarrollaron cuidados de enfermería con base a la evidencia científica; por otro lado, Prácticas de Autocuidado derivadas de la ciencia ciudadana; esta dualidad representa un cuidado compartido que puede implementarse en diversos escenarios de práctica de enfermería sujetas a la actualización continua.

Referencias

- Aguayo-Albasini, J., Flores-Pastor, B., Soria-Aledo, V. (2014). Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cirugía Española*, 92(2). 10.1016/j.ciresp.2013.08.002
- Albert-Lucena, D., Navarro-Santana, MJ., López-de-Uralde-Villanueva, I., Díaz-Arribas, MJ., Valera-Calero, JA., Fernández-de-Las-Peñas, C. Plaza-Manzano, G. (2024). Efectos inmediatos de la estimulación nerviosa eléctrica percutánea en pacientes con dolor lateral del codo. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2024;40(12): 2783-2794.
10.1080/09593985.2023.2296063
- Almiray Soto, A., Clark, P., Merino Frutis, D., Sánchez Méndez, L., & Guagnelli Martínez, M. (2025). ¿Qué es la pirámide de la evidencia? *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 68(3), 30-39. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2025.68.3.05>
- Altamira Camacho, R. (2023). Modelo PRAXIS y Guías de Buena Práctica: un enfoque hacia la ciencia ciudadana en enfermería. *Rev. Evidentia*, 20: e14720.
<https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e14720/e14720>
- American College of Rheumatology. (2023). Artritis Reumatoide. [Internet].
<https://rheumatology.org/patients/arthritis-reumatoide>.
- Amezcuca, M., Coca, E., López, S., Hernández, S., López F., Herrera, S. (2020). Cómo elaborar una Guía PRAXIS de Buena Práctica para ser publicada. *Index de Enfermería*, 29(3):152-156.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200011&lng=es&tlng=es.
- Andrade M., y Vega, S. (2022). Recuperación de la actividad física y deportiva cuando eres portadora de una ostomía. *Rev Evidentia*, 19, e14182.

- Ayala, V., y Herrera, S. (2023). Estrategias comunicativas entre profesionales sanitarios y personas con pérdida de audición. *INDEX DE ENFERMERÍA*, 32(3),1-6.
- Barrera, Y., Molinero, C., Gómez, A., Pozo, S., Reyes, Y., Blanco, X., & Prada, D. (2022). Productividad laboral en pacientes con artritis reumatoide temprana. *Rev Cuba Reumatol*, 24(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000400003
- Blas-Velez K., Mejía-Bolaños A., Núñez-Bautista F., y Herrera-Justicia S. (2024). Intervenciones para facilitar el afrontamiento del duelo en pacientes jóvenes en hemodiálisis frente a la pérdida de sus compañeros. *Rev. Presencia*, 20, e14881
- Blas,K., Ramírez, X., Jiménez, S., Ortega, M., Herrera, S. (2025). Intervenciones para el uso seguro de plantas medicinales en pacientes con diabetes mellitus. *Rev. Enfermería Comunitaria*, v21: e15795.
- BMJ. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Caballero L. (2021). Intervenciones de conciliación para evitar la sobrecarga de la cuidadora familiar en paciente con esquizofrenia. *INDEX DE ENFERMERÍA*, 30(1-2), 141-146.
- Camacho-Bautista, Orjuela-Rodríguez y Vargas-Pinilla (2017). Intervención fisioterapéutica en el manejo de pacientes con artritis reumatoide: una revisión sistemática. *Fisioterapia*; 39(4):174-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2016.12.003>
- Campos M., y Hernández M. (2022). Intervenciones de ayuda para la Toma de Decisiones Compartida en pacientes ostomizados en momentos de ingreso. *Rev Tesela*, 30, e14200.
- Cano García, L., García de Yébenes, M., Mena Vázquez, N., Martín Martín, J., Domínguez Quesada, C., García-Díaz, S., Rodríguez Vargas, A., de la Torre-Aboki, J., Jiménez Núñez, F., Espíldora Hernández, F., León Mateos, L., Vázquez Lojo, A., Marcos Pérez, E., Castiblanco, L. &

- Carmona, L. (2022). Consenso de Openreuma sobre el papel de la enfermería en el cuidado de pacientes con artritis reumatoide y enfermedad pulmonar intersticial difusa. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(3), e17. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e03>
- Castellano, G., Alemán, A., Irisarri, M., Callero, W., & Siri, J. (2019). Efectos de una intervención de reducción del estrés basada en Mindfulness (MBSRP) sobre parámetros clínicos en la Artritis Reumatoidea. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*;4(2), 15-23. <https://doi.org/10.26445/04.02.2>
- Castro, M., y Simian, D. (2018). La enfermería y la investigación enfermería e investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3):301-310. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.007>
- Chloros, G., Prodromidis, A., Giannoudis, P. (2023). ¿Ha cambiado algo en la Medicina Basada en la Evidencia? *Lesión* 54, Supl. 3:S20-S25. 10.1016/j.injury.2022.04.012.
- Culqui Gaibor, PV., Figueredo Villa, K., Bombón Chico, JE. (2024). Ejercicio terapéutico en la disminución del dolor en pacientes con artrosis de rodilla grado 1: revisión sistemática. *Revista de investigación en salud*;7(19):207-225. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v7i19.296>
- Davis, MC., Zautra, AJ., Wolf, LD., Tennen, H., Yeung, EW. (2015). Mindfulness and Cognitive-behavioral Interventions for Chronic Pain: Differential Effects on Daily Pain Reactivity and Stress Reactivity. *J Consult Clin Psychol*; 83(1):24–35. 10.1037/a0038200.
- De Arco-Canales, O., & Suarez-Calle,Z.K (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud.*, 20(2),171-182. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Diario Oficial de la Federación. (2024). Ley General de Salud. México, 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada el 1 de julio de 2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

- Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación México, 6 de enero de 1987. Última reforma publicada el 2 de abril de 2014.: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2010). Ley General de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares. México, 5 de julio de 2010. <https://www.gob.mx/indesol/documentos/ley-federal-de-proteccion-de-datos-personales-en-posesion-de-los-particulares>
- Esteban B. (2022). Intervenciones para aumentar la calidad de vida de pacientes con demencia en estadios iniciales y de sus cuidadores. *Rev. Presencia*, 18, e14265.
- Estrada Zapata, K. (2019). Pensamiento crítico: concepto y su importancia en la educación en Enfermería. *Index de Enfermería*, 28(4), 204-208. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300009&lng=es&tlng=es
- EQUATOR Network. (2025). CONSORT Declaración 2025: directrices actualizadas para la notificación de ensayos aleatorios. *EQUATOR Network*.2025. <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories (3ª ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Filipovic, I., Walker, D., Forster, F., & Curry A.S. (2011). Cuantificación de la carga económica de la pérdida de productividad en la artritis reumatoide. *Reumatología (Oxford)*, 50(6),1083-90. 10.1093/reumatología/keq399
- García B., De la Peña M., y Herrera S. (2022). Intervenciones para restablecer la vida sexual en pacientes ostomizados. *Rev Evidentia*, 19, e14171.

- García, M.J., & Loza, E. (2018). Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. *Reumatol Clin Supl*.14(2),3-6. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-artritis-reumatoide-epidemiologia-e-impacto-articulo-X1699258X18628548>
- García S., y Herrera S. (2022). Intervenciones para mejorar la calidad de vida en pacientes portadores de un estoma mal ubicado. *Rev Evidentia*, 19, e14170.
- Garrido-Ardila, EM., González-López-Arza, MV., Jiménez-Palomares, M., García-Nogales, A., Rodríguez-Mansilla, J. (2021). Effects of Physiotherapy vs. Acupuncture in Quality of Life, Pain, Stiffness, Difficulty to Work and Depression of Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *J. Clin. Med*;10, 3765. <https://doi.org/10.3390/jcm10173765>
- Gea, V., Castro-Sánchez, E., Juárez, R., Díaz-Herrera, M.A., de Miguel, I., & Martínez-Riera, J.R. (2018). Elementos esenciales de los entornos profesionales de enfermería en Atención Primaria y su influencia en la calidad asistencial. *Clínica de enfermería (Ed. inglesa)*., 28(1),27-35. 10.1016/j.enfcli.2017.07.008.
- Gholami, Z., Faezi, ST., Letafatkar, A., Madreseh, E. (2023). Pain neuroscience education, blended exercises and booster sessions as an effective therapy for pain, functional and psychological factors in patients with knee osteoarthritis: a study protocol for a single-blind randomized controlled trial with 22 factorial design during 6-month follow-up. *BMJ Open*;13:e070336. 10.1136/bmjopen-2022-070336
- Gómez-Ramírez, O.J., y Carrillo-González, G.M. (2020). Indagación narrativa y calidad de vida en mujeres con artritis reumatoide. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(3):413-418. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7774463>

- González-Gómez, L., García-Marín, M., Molina-Ortega, FJ. (2023). Efectividad de la Fisioterapia activa y la terapia manual en recambio de artroplastia de rodilla. A propósito de un caso. *Cuest. fisioter*;52(1):81-91.
- Hernández, A.D., Puerto, I., Morejón, O., & Méndez, S.N. (2017). Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. *MediSur*, 15(1),134-153.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100018
- Hernández-Hernández, Díaz-González. (2017). Papel de la actividad física en el manejo y evaluación de la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*;13(4):214–220.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.04.003>
- Herrera S., López V., Martínez M., Hermoso A., y Amezcua, M. (2020). Intervenciones para normalizar las actividades de la vida cotidiana en pacientes a los que se ha practicado una reciente ostomía. *INDEX DE ENFERMERÍA*, 29(3),176-182.
- Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. (2022, noviembre). Artritis reumatoide. <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/artritis-reumatoide>
- Junta de Castillo y León. (2023, octubre). Día Mundial de las Enfermedades Reumáticas y la Artritis Reumatoide. <https://www.saludcastillayleon.es/escueladepacientes/es/escuela/dias-mundiales-relacionados-salud/dia-mundial-enfermedades-reumaticas-artritis-reumatoide>
- Lamb, SE., Williamson, EM., Heine, PJ., Adams, J., Dosanjh, S., Dritsaki, M., Glover, MJ., Lord, J. McConkey, C., Nichols, V., Rahman, A., Underwood, M., Williams, MA.(2015). Exercises to improve function of the rheumatoid hand (SARAH): a randomised controlled trial. *Lancet*; 385:421–29. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60998-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60998-3)
- Landeros-Olvera, E. (2025). Es Enfermería Basada en la Evidencia, no en la ocurrencia. *Rev. CuiDar*. 2025; V(1): 4-5. <https://www.revcuridar.info/article.php?id=120>

- Laverde Contreras, O., Carvajal Carrascal, G., Jaimes Carvajal, N., Escobar Ramírez, M., & Arroyo Marles, L. (2017). Rol independiente y ambiente de la práctica de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000400008&lng=es&tlng=pt. Osorio, L., 2015
- Li, J., Yang, J., Wu, S., Wang, M., Zhu, J. (2016). Efectos de la acupuntura en la artritis reumatoide: una revisión sistemática y metanálisis. *Afr J Tradit Complement Altern Med*, 13(2):61-71. <https://doi.org/10.21010/ajtcam.v13i2.8>
- Lois, P., López Pedraza, L., Rodero, M., Mulero, T., Lajasa, C., Toledano, E., Leon E. et al. (2020). Tendencias emergentes en los programas de atención dirigidos por enfermeras para el manejo de pacientes con artritis reumatoide establecida: Revisión sistemática de la literatura. *Reumatol Clin*; 9:79–592. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2023.06.008>
- López V., y Casares R. (2022). Intervenciones enfocadas a la prevención de la formación de una hernia paraestomal en personas con ostomías de eliminación. *Rev. Evidentia*, 19, e14180.
- Manterola, C., Rivadeneira, J., & Otzen, T. (2024). La Pregunta de Investigación y su Asociación con los Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación en Estudios de Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.*, 42(4):1020-1028. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022024000401020>
- Manterola, C., Senjo-Lobos, C., & Otzen, T. Jerarquía de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación según el uso actual. *Rev. chil. infectol.*, 2014; 31(6):705-718. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
- Miguel-Lavariega, D., Elizarrarás-Rivas, J., Villareal-Ríos, E., Baltiérrez-Hoyos, R., Velasco-Tobón, U., Vargas-Daza, E.R., & Galicia-Rodríguez, L. (2023). Perfil epidemiológico de la artritis reumatoide. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 61(5), 574-582. 10.5281/zenodo.8316427

- Mudano AS., Tugwell P., Wells GA., Singh JA. Tai Chi para la artritis reumatoide. (2019). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10.1002/14651858.CD004849.pub2.
- Muñoz-Fonseca, F., Concha-Cisternas, Y., Diaz-Martinez, X., Celis-Morales, C., Zapata-Lamana, R., Cigarroa, I. (2022). Efectos en la capacidad funcional de un programa de ejercicio físico terapéutico basado en telesalud en personas con diagnóstico de osteoartritis de rodilla y cadera. *Rev Med Chile*; 150: 33-45
- Ocampo Rivera, D. & Arango Rojas, M. (2016). La educación para la salud: "Concepto abstracto, práctica intangible". *Universidad y Salud*, 18 (1), 24-33.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000100004&lng=en&tlng=es. Rodríguez y Paravic, 2011
- Oliva-Estupiñan, VF., García-Quintana, M. (2024). Influencia de un tratamiento activo en la calidad de vida, dolor y depresión en mujeres con fibromialgia: artículo de revisión. *Horiz Med (Lima)*; 24(3):e2838. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n3.19>
- Ordóñez M., y López S. (2022). Intervenciones ante el duelo de perder la posibilidad de ser madre por complicaciones quirúrgicas tras una ostomía. *Rev. Presencia*, 18,e14179.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Artritis reumatoide. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Enfermedades no transmisibles.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Enfermedades no transmisibles.
<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Ortega-Jiménez, M., Patiño-López, M., Mejía-Bolaños, A., Altamira-Camacho, R., Cuerpo Académico: Investigación Multidisciplinaria en Biomedicina y Enfermería. (2025). Estrategias

- para apoyar la toma de decisiones informadas en pacientes con Enfermedad Renal Crónica respecto a la aceptación de tratamiento dialítico. *Rev. Evidentia*, v22: e15757
- Osorio, L. (2015). Lo que todos debemos saber de las buenas prácticas clínicas. *Biomédica*, 35(2):274-284. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i2.2404>
- Padilla-Ortiz, D., Contreras-Yáñez, I., Cáceres-Giles, C., Ballinas-Sánchez, A., Valverde-Hernández, S., Merayo-Chalico, F., Fernández-Ávila, D., Lodoño, J., Pascual-Ramos, V. (2021) Uso de medicina complementaria y alternativa y su asociación con la relación médico-paciente en enfermos con artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 28(1):28-37. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.06.008>
- Patoni Maldonado, RI., Rodríguez Henríquez, PJ., Salinas Rivera, E., y Moreno Coutiño AB. (2022). Efecto de la atención plena compasiva en dolor, ansiedad y respuestas fisiológicas en la artritis reumatoide. *Psicología y Salud*;32(1):71-80. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2712>
- Pei-Chi Chou y Heng-Yi Chu. (2018). Clinical Efficacy of Acupuncture on Rheumatoid Arthritis and Associated Mechanisms: A Systemic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. <https://doi.org/10.1155/2018/8596918>
- Pérez M., y Herrera S. (2022). Intervenciones postquirúrgicas para garantizar la adaptación al nuevo estilo de vida en un paciente al que se le ha practicado una ostomía definitiva. *Rev Evidentia*, 19, e14175.
- Porras, M., Rada, G., y Durán, J. (2019). Efectos de la dieta mediterránea en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Medawave*, 19(5):e7640. [10.5867/medwave.2019.05.7639](https://doi.org/10.5867/medwave.2019.05.7639).
- Rabiei, P., Sheikhi, B., Letafatkar, A. (2023). Examining the influence of pain neuroscience education followed by a Pilates exercises program in individuals with knee osteoarthritis: a pilot randomized controlled trial. *Arthritis Research & Therapy*, 25:94

- Ramos, Domínguez y Gutiérrez. (2018). Acupuncture for rheumatoid arthritis. *Medwave*;18(6). Doi 10.5867/medwave.2018. 06.7283
- Rafiq, MT., Hamid, MSA., Hafiz, E. (2021). Efectos a corto plazo de los ejercicios de fortalecimiento de las extremidades inferiores. Protocolo de rehabilitación sobre el dolor, la rigidez, la función física e índice de masa corporal entre participantes con osteoartritis de rodilla que tenían sobrepeso u obesidad: un ensayo clínico. *The Scientific World Journal*.
<https://doi.org/10.1155/2021/6672274>
- Ribeiro, A.A., Nunes, D., Clemente, L., Monteiro, M., Mota, M., Henriques, M.A., & Cunha, M. (2021). Una autonomía funcional como determinante de la calidad de vida de las personas con artritis reumatóide. *Revista de Enfermagem Referência*, V(7), e20171.
<https://doi.org/10.12707/RV20171>
- Riley, L., Harris, C., McKay, M., Gondran, S.E., DeCola, P., & Soonasra, A. (2017). The role of nurse practitioners in delivering rheumatology care and services: Results of a U.S. survey *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*; 29, 673–681. 10.1002/2327-6924.12525
- Reinoso, A., y Casares, R. (2025). Intervenciones para fomentar la integración en la vida cotidiana de personas jóvenes ostomizadas con enfermedad de Crohn. *Rev. Enfermería Comunitaria*, v21: e15652.
- Rodríguez Reyes, E. R., Hernández Bandera, N. M. de las. & Castañeda Guillot, C. (2022). Programa de orientación para la Educación Terapéutica de pacientes con Artritis Reumatoide. *Revista Conrado*;18(89), 351-358.
- Rubio Oyarzún, D., Neuber Slater K., Araya Quintanilla, F., Gutiérrez Espinoza, H., Arias Poblete L., Olgún Huerta, C. et al. (2017). Intervención de ejercicios de habilidad motora manual en el

- dolor y función en sujetos adultos con artritis reumatoide: serie de casos. *Rev Soc Esp Dolor*;24(6): 294-303. 10.20986/resed.2017.3576/2017
- Sagtaganov, Yessirkepov y Bekarysova. (2022). Yoga como terapia complementaria para la Artritis Reumatoide: revisión de casos. *Rheumatology International*; 44:1575–1579.
<https://doi.org/10.1007/s00296-024-05641-1>
- Salazar-Mejía, C.E., Galarza-Delgado, D.A., Colunga-Pedraza, I.J., Azpiri-López, J.R., Wah-Suárez, M., Wimer-Castillo, B.O., & Salazar-Sepúlveda, L.L. (2019). Relación entre productividad laboral y características clínicas de la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.*, 15(6),327–332.
<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.12.006>
- Secretaría de Ciencia Humanidades, Tecnología e Innovación. Gobierno de México. (2025). Acceso universal al conocimiento. Sitio web: <https://secihti.mx/acceso-universal-al-conocimiento/>
- Secretaría de Ciencia Humanidades, Tecnología e Innovación. Gobierno de México. (2025). Ciencia básica y de frontera. Sitio web: <https://secihti.mx/ciencia-de-frontera/>
- Secretaría de Salud. (2022). Día Mundial de la Artritis y las Enfermedades Reumáticas | 12 de octubre. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-de-la-artritis-y-las-enfermedades-reumaticas-12-de-octubre?idiom=es>
- Secretaría de Salud. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0
- Serrano A. (2022). Intervenciones para impulsar la independencia en pacientes portadores de una ostomía. *Rev Evidentia*, 19, e14172.

- Shetty, G., Mooventhan A., y Anagha, N. (2015). Effect of electro-acupuncture, massage, mud, and sauna therapies in patient with rheumatoid arthritis. *Journal of Ayurveda & Integrative Medicine*; 6(4):295-299. 10.4103/0975-9476.172415
- Solares, M. (2019). Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 7 (1), 26-41.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071262>
- Solis Cartas, U., Ríos Guarango, P., López Proaño, G., Yartú Couceiro, R., Nuñez Sánchez, B., Leyanis, Arias P., Freddy., & Cárdenas de Baños, L. (2019). Uso de la medicina natural en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000300004&lng=es&tlng=es.
- STROBE. (2025). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. 2025.
<https://www.strobe-statement.org/>
- Tavares, N., Dias, G., Carvalho, P., Vilas-Boas, JP, Castro A. (2022). Effectiveness of Therapeutic Exercise in Musculoskeletal Risk Factors Related to Swimmer's Shoulder. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.*;12:601–615. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12060044>
- Villarruel, A., Bishop, T., y Fawcett,, J. (2001). Teorías prestadas, teorías compartidas y el avance del conocimiento en enfermería. *Sagejournals*, 14(2). <https://doi.org/10.1177/0894318012210821>
- Vincent, KR., Vasilopoulos, T., Montero, C., Vincent, HK. (2019). Eccentric and Concentric Resistance Exercise Comparison for Knee Osteoarthritis. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*; 2019:1977-1986. 10.1249/MSS.0000000000002010

- Veloso LP., Barreiros, RN., Dutra, LB, Loura TQ. (2021). Láser de baja frecuencia como recurso de apoyo en el tratamiento de la artritis reumatoide: revisión integrativa. *Artigo*;11(68).
- Venuti, A., Jung-Peng C., Kai-Chiang Y., Shang-Chih C., Shu-Yi L., Chung-Hua H. (2023). Terapia de Vaporización de Hierbas Chinas y Acupuntura en el Tratamiento de la Osteoartritis de Rodilla: Un Ensayo Aleatorizado, Controlado de Tres Brazos. *Alternative therapies*, 29(2):243-257. <https://www.alternative-therapies.com/abstract/index.html?id=33063>
- Verhagen AP., Bierma-Zeinstra SMA., Boers M, Cardoso JR., Lambeck J., de BieR., de Vet HCW. (2015). Balneotherapy (or spa therapy) for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10.1002/14651858.CD000518.pub2.
- Williams MA., Srikesavan C., Heine PJ., Bruce J., Brosseau L., Hoxey-Thomas N., Lamb SE. (2018). Ejercicio para la artritis reumatoide de la mano. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10.1002/14651858.CD003832.pub3.
- Yuan, Q., Wang, P., Liu, L., Sun, F., Cai, Y., Wu, W., Ye, M., Ma, J., Xu, B., Zhang, Y. (2016). Acupuntura para el dolor musculoesquelético: un meta-análisis y metarregresión de ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo. *Scientific RepoRts*, 6:30675. 10.1038/srep30675
- Zambrano Mero, C. J., Figueroa Burgos, J. D., Plúa Chilán, D. C., & Guacho Pincay, T. M. (2022). Enfermería basada en evidencia (EBE) y el proceso en-fermero. *RECIMUNDO*, 6(3), 202-210. <https://doi.org/10.26820/recimundo/6>



Apéndice A. Consentimiento informado para Alicia

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Consentimiento informado “Guía PRAXIS para personas con artritis reumatoide”

Propósito: Se me ha invitado a participar voluntariamente en este proyecto con el objetivo de dar testimonio sobre mis experiencias respecto a mi padecimiento durante el inicio y diagnóstico de la enfermedad.

Sobre los criterios de selección. He sido invitada a participar en este proyecto porque soy mayor de 18 años, tengo el diagnóstico de artritis reumatoide.

Sobre los procedimientos. Sí, estoy de acuerdo en compartir mi historia para su publicación. Se me realizará una entrevista en la que se me preguntará información respecto a mis padecimientos. Estoy enterada que el procedimiento del estudio consta de dos fases; la primera, responder preguntas cuando el investigador me lo solicite con un tiempo que varía entre los 40 y 60 minutos; durante la segunda, el investigador me otorgará información de forma verbal y visual sobre recomendaciones para complementar mi tratamiento, y hará un seguimiento de mi caso con el apoyo de una segunda entrevista en las que responderé los cambios que he percibido.

Sobre la confidencialidad. Toda información que yo proporcione será utilizada como referente para el desarrollo de una Guía PRAXIS, y será publicada en una revista científica en un sitio web. Únicamente será público mi nombre de pila. Estoy enterada que en mis datos personales se tendrá que escribir mi nombre y número telefónico para poder dar seguimiento o ser localizada en caso de que se requiera más información, solo los investigadores tendrán acceso a ellos. Una vez se tenga toda la información respecto a mi historia, y la conclusión del seguimiento del estudio de mi caso; mi nombre y número de teléfono serán eliminados en noviembre de 2025.

Sobre mis beneficios. Conoceré recomendaciones seguras y de buena práctica adicionales y de apoyo al tratamiento de la artritis reumatoide; que pueden ayudar a disminuir los síntomas.

Sobre los riesgos. No existe ningún riesgo para mi seguridad. De primera instancia, únicamente se me solicitará información respecto a mi historia con la enfermedad. Posteriormente, en el seguimiento, las recomendaciones que reciba fueron cuidadosamente estudiadas por los investigadores y validadas por personas que comparten mi padecimiento o sus cuidadores.

Sobre los costos. Mi participación en el proyecto no genera ningún costo. No recibiré compensación económica por participar, los únicos beneficios que obtendré serán los descritos anteriormente.

Se me informo que tengo derecho a preguntar cualquier cosa respecto a la investigación y si por alguna causa no deseo continuar con la entrevista o el proyecto, tengo todo el derecho de retirarme cuando yo decida, sin que esto afecte mis intereses personales.

Al firmar este documento, acepto de conformidad participar de manera voluntaria en esta Guía PRAXIS en la que se me ha informado verbalmente y ahora por escrito sobre la naturaleza del propósito, los procedimientos, la confidencialidad, beneficios, riesgos, descarga de responsabilidad, el respeto a mi persona y mis derechos de participación o de renuncia.

Para cualquier aclaración o duda puedo comunicarme con la investigadora principal, Adriana Rivera Rendón en el número 222 121 7649 o correo electrónico adriana.riverar@alumno.buap.mx. En caso de cualquier situación en donde como participante del proyecto no tenga la confianza de acercarme a la investigadora principal, puedo dirigirme con el director del proyecto de la Guía PRAXIS, Erick Landeros Olvera en el número (222) 2295500, ext. 6591 o correo electrónico erick.landerosolvera@viep.com.mx

Participante

Alicia	Firma	Fecha
Testigo		
Karen	Firma	Fecha
Investigadora		
Adriana Rivera Rendón	Firma	Fecha



Apéndice B. Consentimiento informado verbal para el Grupo focal

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Consentimiento informado verbal “Guía PRAXIS para personas con artritis reumatoide”

Propósito: Se me ha invitado a participar voluntariamente en este proyecto con el objetivo de dar testimonio sobre mis experiencias respecto a mi padecimiento durante el desarrollo de la enfermedad.

Sobre los criterios de selección. He sido invitado(a) a participar en este proyecto porque soy mayor de 18 años, tengo el diagnóstico de una enfermedad reumática o soy cuidador familiar de alguien con una enfermedad reumática.

Sobre los procedimientos. Se me realizará una entrevista en conjunto con otras personas que conformaremos un Grupo focal. Nos preguntarán información respecto a nuestras prácticas de autocuidado, que posteriormente el investigador seleccionará para su publicación.

Estoy enterado (a) que el procedimiento del estudio consta de: responder preguntas cuando el investigador me lo solicite con un tiempo que varía entre los 5 y 20 minutos y sucederá mientras esté en la sala de espera en conjunto con el Grupo focal a quienes se entrevistaran simultáneamente.

Sobre la confidencialidad. Toda información que yo proporcione será utilizada como referente para el desarrollo de una Guía PRAXIS, y será publicada en una revista científica en un sitio web.

Estoy enterado (a) de que no se me solicitará ningún dato personal y que es mi decisión hacer público mi nombre completo para que aparezca en la sección de agradecimientos por aportar al desarrollo de la guía. También puedo decidir si solo aparezca mi nombre de pila o conservar mi anonimato.

Sobre mis beneficios. Conoceré recomendaciones seguras y de buena práctica adicionales y de apoyo al tratamiento de la artritis reumatoide; que pueden ayudar a disminuir los síntomas.

Sobre los riesgos. No existe ningún riesgo para mi seguridad.

Sobre los costos. Mi participación en el proyecto no genera ningún costo. No recibiré compensación económica por participar, los únicos beneficios que obtendré serán los descritos anteriormente.

Se me informó que tengo derecho a preguntar cualquier cosa respecto a la conformación de la Guía PRAXIS. Puedo participar antes o después de la consulta a la que asistí y si por alguna causa no deseo continuar con la entrevista, tengo todo el derecho de retirarme cuando yo decida, sin que esto afecte mis intereses personales.

Apéndice C. Infografía. Hablemos de artritis

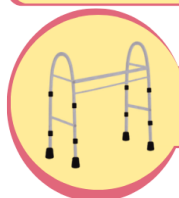
HABLEMOS DE ARTRITIS

La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica autoinmune de larga duración que provoca:



Inflamación de todas las articulaciones.

Mayor sensibilidad y diferentes tipos de dolor, incluso al mismo tiempo.



Dolor, limitación e incapacidad física.

Cambios físicos, emocionales y de la vida cotidiana.



Tratamiento

Lo prescribe un profesional.



Medicamentos

Para la inflamación, el dolor, antirreumáticos y del sistema inmune.



No te automediques.

Ejercicio

De estiramientos, fuerza o flexibilidad.



Asistido, libre, individual o grupal.



¿SABÍAS QUÉ...?



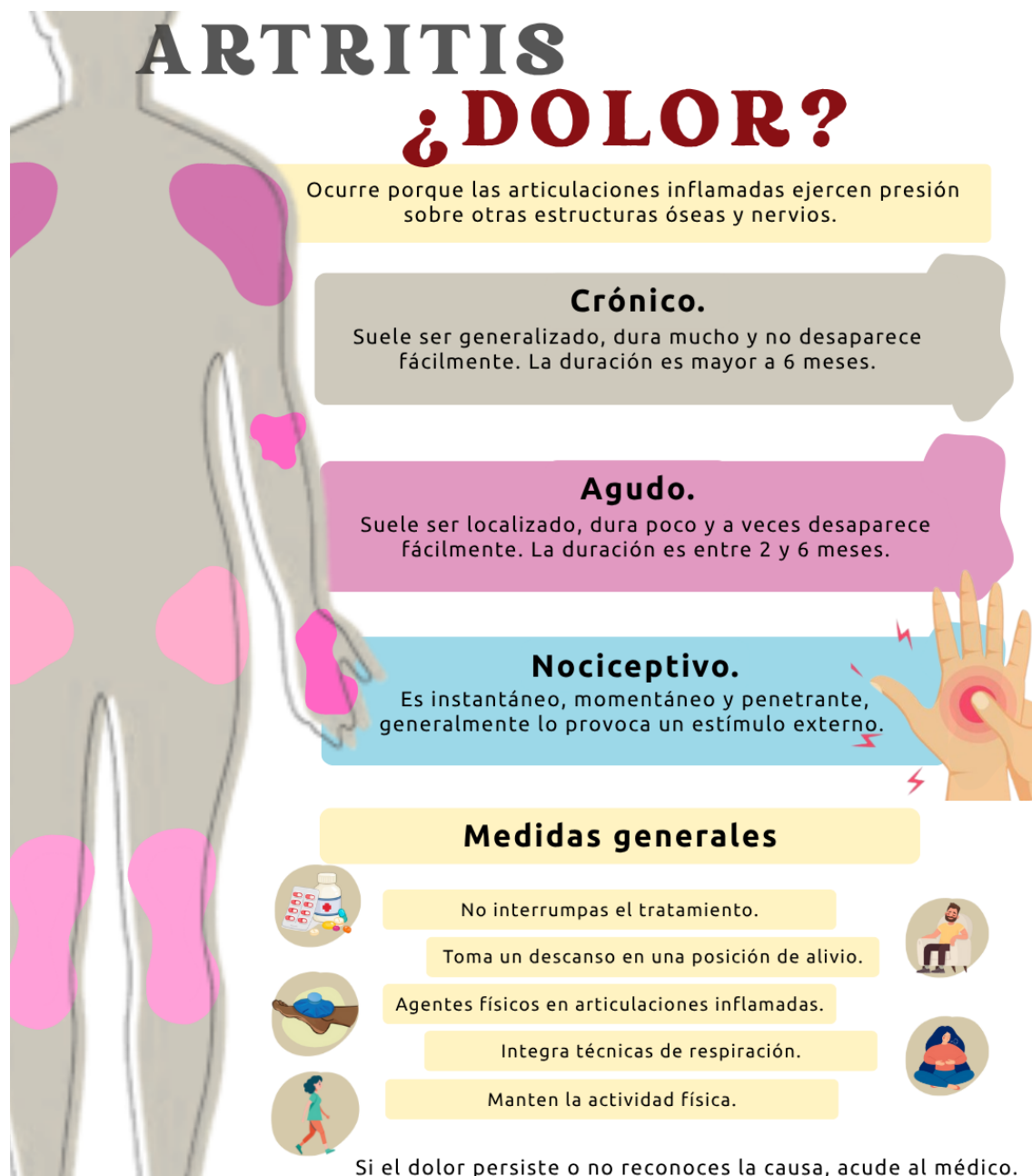
La acupuntura, yoga, Tai Chi, hidroterapia y crioterapia son terapias alternativas seguras que pueden dar alivio.

Rivera-Rendón, Landeras-Olivera, Herrera-Justicia, Galicia-Agullar, Lozada-Perezmitre (2025).
Intervenciones para reestablecer la actividad física en personas con Artritis Reumatoide: Guía PRAXIS

Referencias bibliográficas:

Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. (2022, noviembre). Artritis reumatoide. <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/artritis-reumatoide>
Solares, M. (2019). Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. *Rigil Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 7 (1), 25-41. <https://doi.org/10.1016/j.ric.2019.07.001>
Rodríguez Reyes, E. R., Hernández Bandera, N. M. de las, & Castañeda Guillot, C. Programa de orientación para la Educación Terapéutica de pacientes con Artritis Reumatoide. *Revista Corredor*, 2022;18(89), 551-558.

Apéndice D. Infografía. Artritis ¿Dolor?



Rivera-Rendón; Landeros-Olvera; Herrera-Justicia; Galicia-Aguilar; Lozada-Perezmitre (2025).
Intervenciones para reestablecer la actividad física en personas con Artritis Reumatoide: Guía PRAXIS

Referencias bibliográficas:

Organización Mundial de la Salud. 2023. Artritis reumatoide. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
 Rabiei, P., Sheikh, B., Letafatkar, A. Examining the influence of pain neuroscience education followed by a Pilates exercises program in individuals with knee osteoarthritis: a pilot randomized controlled trial. *Arthritis Research & Therapy* (2023) 25:94
 Gholami, Z., Faezi, ST., Letafatkar, A., Madreseh, E. Pain neuroscience education, blended exercises and booster sessions as an effective therapy for pain, functional and psychological factors in patients with knee osteoarthritis: a study protocol for a single-blind randomized controlled trial with 22 factorial design during 6-month follow-up. *BMJ Open* 2023;13:e070336. doi:10.1136/bmjopen-2022-070336

Apéndice E. Infografía. Terapias alternativas complementarias para la artritis

TERAPIAS ALTERNATIVAS COMPLEMENTARIAS PARA LA ARTRITIS



YOGA

Reduce rigidez matutina y dolor generalizado.



TAI CHI

Produce mejora física y mental, puede mejorar la funcionalidad.



PILATES

Fortalece los músculos, mejora la flexibilidad, reduce síntomas de ansiedad y depresión.



MINDFULNESS

Puede disminuir el dolor y actividad de la enfermedad, mejora la respuesta ante el estrés.



HIDROTERAPIA

Produce alivio general y reduce inflamación.
MODALIDADES: herbolario, aguas minerales, ejercicio bajo el agua, barro, termoterapia, crioterapia.



ACUPUNTURA

Produce alivio general y puede mejorar la funcionalidad.
MODALIDADES: tradicional china, auricular, con agujas calientes, electroacupuntura, moxibustión.

¡Intenta alguna, puede ser tu nuevo estilo de vida!

Rivera-Rendón; Landeros-Olvera; Herrera-Justicia; Galicia-Aguilar; Lozada-Perezmitre (2025).

Intervenciones para reestablecer la actividad física en personas con Artritis Reumatoide: Guía PRAXIS

Referencias Bibliográficas:

- Camacho-Ruano, Osorio-Rodríguez y Vargas-Peña. Intervención fisioeducativa en el manejo de pacientes con artritis reumatoide: una revisión sistemática. *Fisioterapia* 2017;39(4):174-180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fis.2016.12.003>
- Cuiya-García, PV, Figueroa-Villa, K., Barrios-Chico, JE. Ejercicio terapéutico en la disminución del dolor en pacientes con artritis de rodilla grado 1: revisión sistemática. *Revista de Investigación en Salud*, 2024; 1(1):207-225. <https://doi.org/10.3390/revinvest.1.1.3.207>
- García-Arriba, CH, González-López-Ariza, W., Jiménez-Palacios, M., García-Núñez, A., Rodríguez-Montero, J. Effects of Physiotherapy in Acupuncture in Quality of Life, Pain, Stiffness, Difficulty Moving, and Depression of Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *J. Clin. Med.* 2021; 10: 3765. <https://doi.org/10.3390/jcm10123765>
- Matsuda-Abe, T, Tsuboi F, Nishioka, M. Tai Chi para la artritis reumatoide. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. DOI: 10.1002/4651686.CD004549.pub2
- Patena Maldonado, RI, Rodríguez-Hernández, PJ, Salinas-Rivera, E, y Moreno-Cuadros AG. Efecto de la atención plena comparada en dolor, ansiedad y respuestas biológicas en la artritis reumatoide. *Psicología y Salud*. 2022;30(1):71-80. DOI: <https://doi.org/10.25000/psa.v30i1.2712>
- Prieto, Dominguez y Galimberti. Acupuncture for rheumatoid arthritis. *Mechanisms* 2018; 2018: 98-120.
- Saitoglu, Y, Yilmaz, S, Yilmaz, S. Yoga as a complementary therapy for the Arthritis Rheumatoid: review of cases. *Rheumatology International*. 2022;44:1575-1579. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00096-021-05611-3>

Apéndice F. Infografía. Que no te limite la artritis



Apéndice G. Infografía. 8 Recomendaciones para la artritis

8 Recomendaciones para la artritis

- 1 Cuidar la alimentación y mantenerse hidratado.
 - 2 Tomar periodos de descanso.
 - 3 Mantener informado al equipo de salud.
 - 4 Comprometerse con el tratamiento.
 - 5 Aceptar los cambios, realidad y limitaciones.
 - 6 Fomentar la disciplina.
 - 7 Expresar síntomas, cambios y emociones.
 - 8 Solicitar asistencia cuando se necesite.
- 
- 
- 
- 

Recupera tu vida a pesar de la artritis

Además del tratamiento, estas Prácticas de Autocuidado han ayudado a personas con artritis a mejorar su calidad de vida.

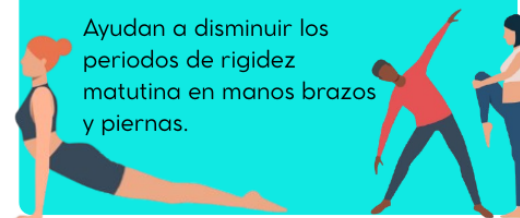
Baila para ejercitarte.

Puede ser el baile de preferencia, en pareja, en familia o con amistades.



Realiza estiramientos al despertar.

Ayudan a disminuir los periodos de rigidez matutina en manos brazos y piernas.



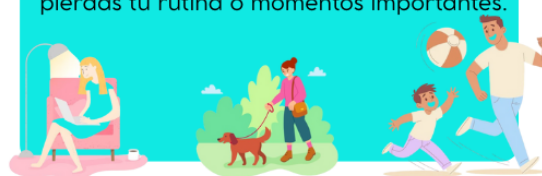
Sustituye ropa de cama y almohadas.

El peso y calor de algunas cobijas, pueden influir en los síntomas físicos, una almohada cómoda puede mejorar el descanso.



Adapta las actividades cotidianas.

No tienes que dejar de hacerlas, no pierdas tu rutina o momentos importantes.



Realiza oraciones espirituales.

Para algunas personas, es importante sentirse escuchadas. Estar en en cercanía con tu Dios te puede confortar.



Escribe tus vivencias en un diario.

Recuerda que tus emociones importan, escribir puede ayudar a desahogarte. También sirve como registro de síntomas y cambios.



**Recuerda que lo más importante es tu bienestar
¡encuentra la mejor opción para ti!**



Anexo 1. Preguntas para conocer el caso de Alicia

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Preguntas para conocer el caso de Alicia

Instrucciones. Recuerde solicitar su consentimiento para poder audio grabar y transcribir la entrevista.

¿Cómo te sientes de manera general?

¿Cómo te sientes emocionalmente?

¿Qué actividades solías hacer? ¿Cuál era tu rutina?

¿Qué actividades tuviste que dejar de hacer?

¿Dónde hacías ejercicio?

¿Has perdido fuerza o resistencia?

¿Tienes fuertes periodos de dolor? ¿Dónde es el dolor?

¿Cómo te va con las consultas?

¿Cómo fue la fisioterapia?

¿Cómo se siente tu familia al respecto?



Anexo 2. Preguntas para la entrevista del Grupo focal

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Preguntas para la entrevista del Grupo focal

Instrucciones. Recuerde solicitar su consentimiento para poder audio grabar y transcribir la entrevista.

¿En qué zonas sienten más dolor y rigidez?

¿Qué haces para reducir el dolor?

¿Qué te causa dolor y como lo alivias en ese momento?

¿Qué prácticas te ha sugerido el personal sanitario?

¿Qué práctica ha sido más efectiva?

¿Has probado el yoga/pilates/TaiChi/acupuntura/hidroterapia?

¿Cuáles son las actividades de la vida diaria que más se te dificultan?

¿Qué haces cuando el dolor te impide hacer algo?



Anexo 3. Cronograma de Actividades

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Cronograma de Actividades

Actividad	Año y meses						
	2024	2024-2025	2025				2026
	Ago-oct	Nov-ene	Feb-abr	May-jul	Ago-oct	Nov-dic	Ene
Identificación del caso y acercamiento para solicitud de consentimiento informado.	X						
Revisión de la literatura en bases de datos.		X	X	X			
Lectura crítica para la calidad metodológica.		X	X	X			
Redacción y envío de manuscrito de revisión sistemática.				X			
Redacción de RBP.				X			
Selección de consultorio y solicitud de permisos.				X			
Reclutamiento del Grupo focal, consentimiento y entrevistas semiestructuradas.				X			
Análisis del contenido de las entrevistas.					X		
Redacción de PA y diseño de infografías.					X		
Redacción y envío de manuscrito de Guía PRAXIS.					X		
Destrucción de datos personales de los participantes del trabajo de investigación.						X	
Divulgación de resultados.		X	X	X	X		
Defensa de tesis.							X