



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE PEDAGOGÍA



**PROGRAMA EDUCATIVO PARA EL
AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE**

TESINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PEDAGOGÍA PRESENTA:

ZAMORA ESPINOSA DIANA

ASESOR:

LIC. ALEJANDRO ROMÁN ROJO USTARITZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| Capítulo 1. Educación y salud | 4 |
| 1.1 Educación no formal..... | 4 |
| 1.2 Concepto de salud..... | 8 |
| 1.3 Educación para la salud..... | 12 |
| 1.3.1 Promoción de la salud..... | 16 |
| 1.3.2 Prevención: primaria, secundaria y terciaria..... | 19 |
| | |
| Capítulo 2. Artritis reumatoide | 22 |
| 2.1 Concepto..... | 22 |
| 2.2 Epidemiología..... | 23 |
| 2.3 Etiología..... | 23 |
| 2.4 Síntomas..... | 24 |
| 2.5 Diagnóstico..... | 27 |
| 2.6 Estado funcional..... | 29 |
| 2.7 Tratamiento..... | 29 |
| 2.7.1 Tratamiento farmacológico..... | 30 |
| 2.7.2 Tratamiento no farmacológico..... | 32 |
| | |
| Capítulo 3. Educación al paciente con artritis reumatoide | 38 |
| 3.1 El paciente crónico..... | 38 |
| 3.2 Educación al paciente..... | 42 |
| 3.3 El autocuidado..... | 46 |
| 3.4 Educación emocional..... | 53 |
| | |
| Capítulo 4. Propuesta del Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | 59 |
| 4.1 Introducción..... | 59 |
| 4.2. Educación brindada a los pacientes con artritis reumatoide..... | 60 |

| | |
|---|------------|
| 4.3 Destinatarios..... | 67 |
| 4.4 Objetivo..... | 67 |
| 4.5 Metodología..... | 67 |
| 4.6 Recursos..... | 71 |
| 4.7 Duración..... | 72 |
| 4.8 Evaluación..... | 72 |
| 4.9 Programación de actividades por sesión..... | 73 |
| 4.10 Carta descriptiva..... | 74 |
| Conclusiones..... | 102 |
| Referencias..... | 105 |
| Referencias electrónicas..... | 107 |
| Anexos..... | 114 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Criterios de clasificación de la artritis reumatoide..... | 29 |
| Tabla 2. Tipos de ejercicios para pacientes con artritis reumatoide..... | 33 |
| Tabla 3. Esferas en las que se tiene que adaptar la enfermedad..... | 41 |
| Tabla 4. Aspectos para el desarrollo personal..... | 49 |
| Tabla 5. Factores que determinan el autocuidado..... | 51 |
| Tabla 6. Temas que englobará el Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide..... | 66 |
| Tabla 7. Programación de actividades por sesión..... | 74 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Metas de programas en la prevención primaria, secundaria y terciaria..... | 21 |
| Figura 2. Principales articulaciones afectadas..... | 25 |
| Figura 3. Proceso de la Inteligencia Emocional..... | 58 |

Introducción

Conforme pasa el tiempo aumentan en la sociedad las enfermedades crónicas caracterizadas por: ser incurables, generar a los pacientes a que lleven a cabo un complejo tratamiento farmacológico y demandan cambios en los estilos de vida para tener un control de la enfermedad.

Actualmente en México, las instancias de salud sólo brindan al paciente atención al tratamiento fármaco, es decir, los médicos diagnostican la enfermedad y recetan diversos medicamentos con el fin de aminorar los síntomas y mantener en remisión la enfermedad.

Sin embargo, dejan un poco olvidados varios aspectos como son: el aspecto emocional, ya que al tener una enfermedad generalmente se desenlazan emociones negativas (tristeza, enojo, etc.) por los cambios físicos que surgen y por el hecho de saber que se está enfermo; los aspectos social y laboral donde el malestar físico provoca no poder realizar las actividades diarias y socializar con las demás personas y por último el aspecto económico viéndose afectado por el elevado gasto en el consumo de los medicamentos y cuidados requeridos (De la Torre y Hill, 2008).

Por tanto, surge la necesidad que además de este tratamiento farmacológico se les proporcione a los pacientes una educación integrada por conocimientos, habilidades, etc. que favorezcan la modificación de sus estilos de vida, se adapten con una actitud positiva a las limitaciones que causa la enfermedad y realicen su autocuidado para llevar una vida mejor (Romero, 2010).

Desde hace tiempo las organizaciones internacionales de salud han contemplado la necesidad de la promoción y la educación del paciente de enfermedades crónicas. Además varios organismos coinciden que educar al paciente no únicamente es brindarle información, sino debe integrarse conocimientos, habilidades, participación de las vivencias y situaciones de cada paciente (Alcántara, Tejada, Mercado, Lara y Flores, 2004).

Lo anterior se puede realizar por medio de la elaboración de programas educativos para la salud que engloben la participación de un equipo multidisciplinario: médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, pedagogos, etc.

En este sentido, el pedagogo tiene un papel importante porque es el especialista en diagnosticar y solucionar necesidades educativas, asimismo, tiene los conocimientos, habilidades y actitudes para elaborar programas que requieren organización, planeación y actividades, para contribuir al bienestar y desarrollo en los diferentes aspectos de la vida de los pacientes.

Aunque es necesario atender todas la enfermedades crónicas existentes, para este trabajo se retomará la enfermedad artritis reumatoide porque es una de las enfermedades reumáticas que tiene más incidencia en la población, ya que más de un millón 700 mil personas entre 20 a 50 años de edad la padece (Gómez, 2011). Se caracteriza por la inflamación y dolor de las articulaciones del cuerpo, además de generar discapacidad física en un lapso de tiempo o si no se realizan los cuidados necesarios puede ser de por vida.

Por lo que esta investigación documental¹ tiene como objetivo elaborar un programa educativo destinado a pacientes con artritis reumatoide para contribuir con una educación integral sobre su enfermedad, es decir, se pretende que conozcan: las características acerca de su enfermedad, los efectos secundarios que tienen los medicamentos, la importancia de hacer ejercicio físico, tener una alimentación saludable y recibir ayuda emocional, para que lleven a cabo las acciones pertinentes de autocuidado y obtengan una mejor calidad de vida.

Para el desarrollo de esta tesina se plantean cuatro capítulos, en el primer capítulo titulado *Educación y salud* se abordarán concepciones sobre educación, retomando la educación no formal donde está inserto el Programa Educativo para

¹ La investigación documental consiste en: reunir información recurriendo a “ fuentes de datos en los que la información ya se encuentra registrada, tales como libros, revistas especializadas, películas, archivos , videocasetes, estadísticas, informes de investigaciones ya realizadas, etc.” (Moreno, 1987).

el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide. Posteriormente se mencionarán diversos conceptos acerca de los términos: salud y educación para la salud, esta última integrada por dos herramientas: la promoción de la salud y la prevención.

En el segundo capítulo *Artritis reumatoide* se describe la enfermedad englobando: definición, epidemiología, etiología, los síntomas, el diagnóstico, el estado funcional que generalmente tienen los pacientes y el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El tercer capítulo llamado *Educación al paciente con artritis reumatoide* se mencionará lo que implica generalmente padecer una enfermedad crónica y de qué manera afecta en la vida, también se expondrán las características y objetivos que tiene la educación al paciente y en qué consiste el autocuidado. También se hablará acerca de la educación emocional y la inteligencia emocional, las cuales ayudan a conocer y regular las propias emociones, tener la empatía, etc.

En el cuarto capítulo *Propuesta del Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide* se expondrán los aspectos que conformarán el programa, que tiene como objetivo desarrollar un taller destinado a los pacientes con artritis reumatoide.

Capítulo 1. Educación y salud.

Para dar comienzo a este trabajo, se muestra un acercamiento al término educación mediante la mención de diferentes conceptualizaciones que ha tenido, con el propósito de poder determinar una definición, además, se habla sobre los tres modelos de educación que hay: educación formal, informal y no formal, haciendo énfasis en la última ya que es donde está inserta la propuesta del Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide.

Posteriormente se hablará sobre la salud y de la que se expondrán diferentes definiciones que ha tenido para poder entender un poco más el concepto y brindar una conceptualización. Una vez mostrado lo anterior, se encuentra un esbozo histórico sobre la educación para la salud y promoción de la salud.

Y por último se describen los tres tipos de prevención de la enfermedad que han sido generalmente utilizados a lo largo del tiempo y donde entran en acción: la educación para la salud, la promoción de la salud y la educación al paciente.

1.1 Educación no formal.

La educación forma parte de la vida del ser humano como un derecho fundamental para su desarrollo físico, social, etc., sin embargo, ha tenido varias definiciones de acuerdo al contexto político, económico, cultural y social de cada época.

Si bien la educación es un fenómeno que se puede definir de diversas formas porque depende de los diferentes grupos humanos y su grado de desarrollo (Abbagnano y Visalbergui, 1992). Arroyo (citado en Perea, 2011) propone que para definir la educación se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos básicos:

- ❖ La educación designa una actividad o proceso y trae un efecto de esa actividad.
- ❖ Se refiere a un proceso humano, ya que la persona es racional.

- ❖ La educación siempre tiene un fin a alcanzar y éste es para mejorar o hacer digna a la persona.
- ❖ La educación depende y está influida en un sistema de valores.
- ❖ Se deben respetar los aspectos que provienen de la libertad, dignidad y derechos de la persona.

Como podemos ver, al proporcionar una definición de educación es conveniente tomar como base estos aspectos, por tanto, considero que una aproximación es la definición que brinda Palmar, (2014):

La educación es un proceso intencional, por el cual las personas adquieren mayor conciencia de su realidad y del entorno que las rodea al ampliar los conocimientos, los valores y las habilidades que les posibiliten el desarrollo de capacidades para adecuar sus comportamientos a dicha realidad (p.9).

La cita anterior se refiere a que la educación es un proceso que implica una intención de la persona, donde va a adquirir conocimientos, habilidades, actitudes y valores para resolver con autonomía, libertad y dependencia diferentes situaciones que se le presenten en su vida diaria. Aunado a esto, es un proceso permanente que permitirá a la persona y la sociedad una transformación y mejores condiciones de vida.

Si bien Paulo Freire menciona que la educación permite “construirse como persona, transformar el mundo, estrechar con los otros relaciones de reciprocidad, hacer su cultura, hacer historia” (Rodríguez, 2009, p.24). Y en donde la reflexión y las experiencias juegan un papel importante porque son la base principal para que la persona sea consciente y pueda intervenir en su realidad para lograr un cambio.

En suma, podemos apreciar que la educación es un proceso permanente e intencional consistiendo en que la persona adquiera de forma crítica y libre conocimientos, cultura, desarrolle habilidades, valores y actitudes para enfrentar diferentes situaciones que se le presenten en el contexto social en el que se

encuentra para obtener mejores condiciones de vida tanto económicas, sociales, de salud, etc.

Como hemos visto la educación es esencial en la vida de una persona y se puede brindar y adquirir en todas partes, ante esto Coombs y Ahmed (citado en Sarramona, Vázquez y Colom 1998, p.12) clasificaron en tres modalidades la educación, siendo la educación formal, informal y no formal.

Los autores mencionan que la educación formal es el sistema educativo que está institucionalizado, cronológicamente graduado y tiene una jerarquía que abarca desde el nivel básico a nivel superior (Sarramona, et al. 1998). Por ejemplo, en México el sistema oficial es la Secretaría de Educación Pública (SEP) encargándose de otorgar un certificado o constancia al concluir un grado o nivel escolar y es brindada en una institución específica que es la escuela.

La educación informal consiste en un proceso que dura toda la vida ya que la persona adquiere y acumula diferentes conocimientos, actitudes, habilidades, etc. por medio de sus experiencias de su vida cotidiana y su relación con el medio ambiente (Sarramona, et al.1998).

La educación no formal surgió en los años setenta del siglo XX, a partir de la necesidad de enfrentar los problemas que existieron en la escolarización para lograr los objetivos de la educación y reconocer que es esencial el desarrollo de la persona a lo largo de la vida ya que el sistema educativo no se limita a un espacio (escuela) y tiempo determinado.

Coombs y Ahmed (como se citó en Sarramona, et al. 1998, p.12) postularon que la educación no formal es “ toda actividad organizada, sistemática, educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizaje a subgrupos particulares de la población, tanto adultos como niños”.

Si bien es una actividad organizada, la cual se desarrolla por medio de cursos, talleres, seminarios, congresos y en diferentes modalidades como la presencial,

semipresencial y a distancia. Tiene el objetivo de “complementar, actualizar, suplir conocimientos, y formar en aspectos académicos o laborales” (Smitter, 2006).

La educación no formal engloba diversos contenidos, ya que hay programas, medios o instituciones que se orientan hacia funciones relacionadas con la educación formal, con el trabajo, con el ocio y formación cultural y con otros aspectos de la vida diaria y social, donde en esta última están incluidos los programas de educación para la salud (Sarramona, et al. 1992). Cabe mencionar que la educación para salud (se retomará más adelante) es la primera en desarrollarse en espacios educativos no formales además de adquirir “carta de naturaleza no sólo en la ciencia pedagógica, sino también en la sociedad” (Sarramona, et al. 1998, p.90).

Trilla (2003) expone algunas características de la educación no formal, siendo las siguientes:

- ❖ Finalidades, objetivos y funciones. Los objetivos pueden estar encaminados para que la persona obtenga conocimientos, habilidades y formarse actitudes. Además la educación no formal atiende necesidades inmediatas y próximas (produce efectos a corto plazo).
- ❖ Educandos. Está dirigida a todos los sectores de la población, no importando su sexo, edad, religión clase social, entre otros aspectos, por lo que no se establece un grupo rígido. Los educandos deciden si quieren asistir o no, ya que su participación se origina de sus intereses y necesidades.
- ❖ Educadores. El personal educativo puede no estar profesionalizado, habiendo mayor personal semiprofesionalizado, además suele ser voluntario o un servicio social.
- ❖ Contenidos. Son adaptados y seleccionados de acuerdo al lugar donde se desarrollaran, son prácticos y no muy abstractos.
- ❖ Métodos. No hay una metodología en especial ya que dependiendo de los educandos, educadores, contenidos, contexto se utiliza el método más óptimo para lograr los objetivos.

- ❖ Evaluaciones y títulos. Para evaluar el rendimiento ya sea individual o colectivo se utilizan procedimientos que no son académicos o con exámenes comunes y no brinda grados o títulos académicos.
- ❖ Ubicación. El lugar donde se brinda la educación no formal puede ser en cualquier lugar (parque, museos, hospitales, en una casa, entre otros lugares más).
- ❖ Tiempo. Hay flexibilidad en fechas y horas, son establecidos de acuerdo a los participantes y los programas suelen durar menos que los cursos académicos.

Al tener la educación no formal estas características, se ha utilizado para desarrollar diferentes actividades educativas que han sido promovidas por instituciones públicas y privadas que se encuentran fuera del ámbito escolar y ha tenido relación con la educación permanente, abierta y extraescolar (Smutter, 2006).

De esta manera, la educación no formal es una alternativa que ayuda a atender las diferentes necesidades de la persona y las comunidades para responder a los problemas o situaciones que hay en la sociedad, que en este trabajo es para mejorar la salud de los pacientes con artritis reumatoide.

1.2 Concepto de salud.

En cuanto a la salud, de igual manera que la educación es una necesidad y derecho², ya que si no se cuenta con ella se pueden ver limitadas las actividades físicas, psicológicas y sociales de una persona. A continuación se muestra un corto recorrido histórico de la salud que Perea (2011) realizó, esto con la finalidad de tener un panorama de como se fue comprendiendo la salud.

En los primeros años de la historia se tenía un pensamiento primitivo que incluía la magia y la religión y se decía que la enfermedad era un castigo divino,

² El derecho a la salud menciona que los gobiernos y autoridades públicas deben establecer políticas que estén dirigidas para que todas las personas sean atendidas en instancias de salud en el plazo más breve posible (OMS, 2002).

aunque cabe mencionar que aún se conserva este pensamiento en algunas partes del mundo.

Posteriormente las civilizaciones egipcia, mesopotámica y hebrea tuvieron otra idea diferente, y tomaban en cuenta que era importante la higiene personal y pública, de esta manera la civilización hebrea en su Ley Mosaica dio a conocer órdenes estrictas sobre la higiene personal, alimentación, práctica sexual y la prevención de enfermedades transmisibles. Y en la civilización romana era primordial sanar el medio ambiente y cuidar el cuerpo.

El periodo de la Edad Media se caracterizó por tener grandes epidemias resultantes de las guerras e incremento de las comunicaciones, enfatizando las medidas preventivas, una de las principales epidemias fue la peste negra.

Del último tercio del siglo XVIII hasta los comienzos del siglo XX se dio el periodo Científico caracterizado por haberse creado la primera Escuela de Higiene Ambiental y Experimental, donde se comenzaron a hacer descubrimientos de medicamentos, un ejemplo: es la penicilina que fue elaborada por el científico Fleming, construcción de centros, comercialización de medicinas, campañas de vacunación, dando como resultado el conocimiento de los riesgos que provocan enfermedades trasmisibles.

Las diferentes etapas nos dejan ver que inicialmente se veía a la salud con términos negativos, es decir, la salud era tomada como la ausencia de diferentes enfermedades. Pero a partir del periodo Científico surgieron ideas sobre la salud como algo positivo, refiriéndome a que las personas querían tener salud para sentir bienestar y poder disfrutar la vida.

Una definición de salud muy conocida y expuesta en diferentes trabajos es la que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionando que es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la falta de afecciones o enfermedades. Se puede ver que la OMS está tomando en cuenta el bienestar físico, mental y social , los cuales son elementos importantes , pero se

ha mencionado que esta definición puede llegar a ser utópica ya que es más probable que una persona no alcance el completo bienestar de los tres aspectos.

En la década de los años setenta del siglo XX, se hicieron estudios que dieron resultados de la existencia de factores determinantes de la salud tanto internos y externos, surgiendo la necesidad de poner en marcha acciones educativas que tomen en cuenta a la persona y su relación con el ambiente que lo rodea.

Los factores determinantes de la salud son las causas y situaciones que la determinan, por lo que se han dado a conocer varios modelos, entre ellos el Informe de Lalonde publicado en Canadá en el año de 1974, siendo uno de los primeros y que hasta el día de hoy se sigue retomando. Menciona cuatro determinantes de la salud (Czeresnia y Machado, 2006):

- 1) La biología humana. Existen factores que determinan en la persona el estado anatómico y fisiológico haciéndola con definidas características que se establecen por medio de la herencia, la edad, el género, entre otros aspectos más.
- 2) Medio ambiente. Caracterizado por incluir los factores externos a la persona de los cuales no tiene control. Por ejemplo, una persona no puede vigilar las reglas de higiene de la producción de los alimentos que consume o conocer si las sustancias que utilizan para elaborar los productos de uso cotidiano son nocivas o no para su salud. Algunos factores que conforman el medio ambiente de una persona son el medio social, la familia, las instituciones, etc.
- 3) Estilos de vida. Engloba los comportamientos, hábitos, conductas y creencias que involucran que una persona actuará para mejorar o empeorar su salud, es decir, es el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control.
Si una persona no toma una adecuada decisión y lleva a cabo hábitos que le perjudican, está propiciando a tener riesgos que afecten su salud. Son transmitidos a través de la historia y están sujetos a ser cambiados por

participaciones negativas o positivas, a través de la educación y la comunicación social (Tobón y García, 2004).

- 4) Sistema de salud. Se define como la atención de salud brindada a cada persona, donde se realiza un estudio para conocer las causas de la enfermedad (generalmente siendo los tres factores anteriores), por lo que resulta importante poner mayor atención en estos tres factores.

En este sentido, surgieron varias definiciones que incluyen a la persona y la interacción con el medio, entre ellas se encuentra la que postula Salleras (citado en Orjuela, Almonacid y Chala, 2009) definiéndola como el “logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (p.42).

Esta idea es parecida a la que brinda la OMS, ya que es lograr el máximo bienestar físico, mental y social, añadiendo que los factores sociales son los que permiten la salud de una persona, los cuales considero que no son los únicos ya que también depende de las acciones personales.

Otra concepción considera que la salud es el “conjunto de condiciones físicas psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno” (Perea, 2011, p.8). Esta definición nos permite apreciar que la salud depende del funcionamiento de las facultades que una persona tenga para convivir con las demás persona que se encuentran en su entorno.

Otra definición de salud es, “el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades humanas, biológicas, psicológicas, espirituales y sociales de la persona” (Pérez, Pinzón y Alonso, 2007, p.13). Donde el equilibrio requiere satisfacer las necesidades esenciales de la persona y donde las necesidades son las mismas para toda persona (afectiva, nutricional, educativa, de salud y social).

Como se puede ver el concepto de salud es muy complejo, pero hay dos ideas en común de todas ellas: el primero, es que la salud no es la ausencia de la enfermedad y la segunda mencionan la importancia de adaptar a la persona a su situación actual.

Por tanto, considero pertinente para este trabajo definir la salud como el proceso de adaptación y equilibrio de los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual para que la persona obtenga una mejor calidad de vida³. Sin embargo, generalmente ninguna persona tiene salud para toda su vida (no es duradera, se tiene solamente en lapsos de tiempo), ya que cada persona es diferente y la vida está en constante cambio. Además “la salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de vida” (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010 p.131).

1.3 Educación para la salud.

La educación para la salud a lo largo del tiempo ha tenido diferentes perspectivas por motivo de diversos periodos y cambios en la sociedad, además de formar parte de la salud pública y llevar a cabo sus tareas con ayuda de las Ciencias de la Salud, las Ciencias Sociales y la Pedagogía.

Salleras (como se citó en Valadez, et al., 2004) menciona que hay dos etapas por las que ha pasado la educación para la salud, desde que comenzó el siglo XX a la actualidad. La primera etapa la llamó clásica iniciando en el siglo XX y terminando por los años setenta, caracterizada por fundamentarse en el pensamiento positivista y ser parte de dos teorías de aprendizaje: el conductismo y cognitivismo.

Incluye dos perspectivas la primera considerada por informar y ser puntual, es decir, las definiciones que se han dado se centran en que los profesionales de

³ La calidad de vida es un concepto visto desde diferentes enfoques, sin embargo, actualmente presenta un “carácter multidimensional que comprende todas las áreas de la vida, tanto de naturaleza objetiva como subjetiva, integra la salud física, el estado psicológico, las relaciones interpersonales, la autonomía las creencias, los valores y las características propias de cada contexto donde se desarrolla la persona” (Perea, 2011, p.14).

salud (médicos) son los que deben poseer los conocimientos para transferírseles a las personas y pongan en práctica la información.

Y la segunda perspectiva está enfocada en la explicación del comportamiento de las personas en su salud, el objetivo de las intervenciones que se realicen deben estar enfocadas a cambiar: los estilos de vida, el comportamiento, la preservación de la salud y la prevención de enfermedades. Está integrada por tres modelos educativos:

1. Modelo de creencias en la salud.

Expone la explicación de los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad, se basa en teorías de aprendizaje una de ellas la cognoscitiva postulando que los comportamientos son resultados de las creencias y valores que una persona tiene sobre una determinada situación y la teoría conductista la cual menciona que todo comportamiento es debido a un estímulo y por tanto hay una respuesta inmediata (Moreno y Gil, 2003).

Este modelo menciona que la conducta de una persona surge de dos aspectos; el valor que le da una persona a sus objetivos y la expectativa que le brindará a la probabilidad de que ocurran sus objetivos. Por ejemplo: en términos de salud el valor es evitar la enfermedad o si está presente la enfermedad recuperarse y la expectativa es la creencia de que una acción prevenga la enfermedad o ayude a mejorarse de la enfermedad.

2. Modelo de comunicación persuasiva.

La comunicación persuasiva además de brindar conocimientos también da a la persona la motivación para que modifique sus actitudes para pasar al nivel de la acción (cambiar los comportamientos). La persuasión permite a la persona que comparta sus sentimientos e ideas para realizar un cambio en sus actitudes dando paso a que generalmente exista un cambio de su comportamiento , sin embargo, depende de las diferentes circunstancias sociales, emocionales, económicas, etc. en que se encuentre la persona.

3. Modelo PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*).

Este modelo fue elaborado por Lawrence Green explicando que ayuda como una guía para los programas de intervención en la salud, realizando como primer paso un diagnóstico epidemiológico para conocer las necesidades de la población, de esta manera permite identificar las problemáticas del comportamiento.

Posteriormente se clasifican diferentes factores: los predisponentes (conocimientos, habilidades, experiencias y medio ambiente) y los factores de refuerzo que son las acciones que realizan otras personas, el personal de salud, profesores, familiares, entre otros (Valdez, et.al, 2004). Y por último se debe realizar una lista sobre los recursos que se tiene y necesitan, cabe mencionar que este modelo se caracteriza por enfocarse en las conductas individuales de salud.

Ante esto podemos ver la importancia que ha ido adquiriendo la participación de las personas en su salud, ya que debían ser responsables de ésta teniendo como ayuda la información proporcionada por las instancias de salud, sin embargo, aún no se reconocía que las personas podían tener libre voluntad ya que los modelos anteriores se centran únicamente en transmitir información a las personas sobre su salud para que adquieran un comportamiento diferente.

La segunda etapa que se da en los años setenta del siglo XX a la actualidad, se caracteriza en que las personas pueden tener un pensamiento participativo, crítico, identifican la manera que influyen los factores sociales, ambientales y situación económica en su salud.

En esta etapa la educación para la salud busca reducir las desigualdades sociales de la salud y las enfermedades, se enfoca en aspectos psicopedagógicos, económicos, políticos y sociales y sobre todo que las personas adquieran conciencia sobre su salud.

Está integrada por el modelo de educación popular y con base en estudios científicos se situó en tres circunstancias: incidir en el medioambiente social en el que la persona se encuentra, está dirigida a la persona enferma e implica a la comunidad en el proceso educativo.

De esta manera la educación para la salud comenzó a tomar en cuenta la educación de adultos, identificando sus características y cómo aprenden. Los cuales ya tienen varias experiencias, conocimientos, etc. sobre la vida, tienen autonomía, un rol y proyecto de vida (Pérez, Echauri, Ancizu y Chocarro, 2006).

Asimismo, las personas adultas se motivan de sus necesidades o problemas, en ocasiones pueden tener resistencia al cambio, presentan curiosidad limitada, confrontan y cuestionan, en si se requiere que la metodología de aprendizaje se base en ayudar a identificar sus problemas y busquen las soluciones.

Si bien Tones menciona que:

La educación para la salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, en un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores: puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamiento o de modos de vida (Citado en García, Sáez y Escarbajal, 2000, p.38).

Como podemos ver la educación para la salud ha ido evolucionando y como se menciona en la cita anterior, se caracteriza por ser participativa y donde la persona tiene la oportunidad de aprender para su salud o para su enfermedad, ya que en el proceso de aprendizaje es importante tomar en cuenta tres aspectos.

El primero es la información que se expone, la segunda es qué emociones provoca esa información (rechazo, aceptación, indiferencias, etc.), y por último los cambios en el comportamiento que resulten del proceso de aprendizaje. Por tanto

tiene como objetivo hacer un cambio cuantitativo de conocimientos y un cambio cualitativo en las actitudes para que se dé un cambio real del comportamiento (Pastor, 2013).

Si bien la educación para la salud busca “promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral” (Perea, 2011, p.10). En este sentido, uno de los retos de la educación para la salud es modificar las conductas ya que:

Se requiere un enfoque pedagógico que capacite a la persona para darse cuenta de sus conductas inapropiadas, le ofrezca habilidades para llevar a cabo el comportamiento más saludable y le procure el mejor modo de optimizar los recursos del entramado normativo, legal y estructural de su entorno próximo (Palmar, 2014, p. 28-30).

Con lo mencionado en párrafos anteriores, no cabe duda que la educación para la salud es un proceso educativo que engloba una gran responsabilidad tanto individual y social, donde la participación de la persona y del educador son muy importantes porque de esta manera se podrán resolver los problemas o situaciones presentadas, asimismo, es una herramienta de la promoción de la salud de la que se hablará a continuación.

1.3.1 Promoción de la salud.

En cuanto a la promoción de la salud se han realizado diferentes conferencias internacionales donde se han dado diversas concepciones, una de ellas es la que contiene la Carta de Ottawa que se escribió en la I Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en el año de 1986, la cual dice que la promoción de salud es el proceso donde se capacita a la población para que tenga control sobre su salud (Marqués y Sáez, 2004).

Además la Carta hizo énfasis en el proceso de empoderamiento, definido como la capacidad que tiene cada persona y los colectivos para enfrentar sus problemas, con el objetivo de impulsar el sentido de control personal y desarrollar

acciones para que cambien sus condiciones personales y sociales a favor de su salud (Tobón y García, 2004.)

También postuló cinco acciones, las cuales fueron (Tobón y García, 2004):

1. Realizar y desarrollar políticas saludables. Se originan en diferentes sectores no únicamente en el sector de salud, las cuales tienen una gran influencia en los determinantes de salud tanto individual y en comunidad, engloban la necesidad un entorno saludable, servicios de salud eficientes y acceso a servicios públicos.
2. Favorecer la salud creando ambientes favorables. Refiriéndose a crear, mejorar y preservar los ambientes físicos, sociales, culturales y económicos donde se desarrolla la vida diaria (hogar, escuelas, ambiente laboral y el medio ambiente).
3. Reforzar la acción comunitaria o empoderamiento. Moviliza a la comunidad para que obtenga un compromiso social con la finalidad de planear estrategias y tomar decisiones para crear entornos favorables.
4. Desarrollo de habilidades personales. Esta acción se refiere a las diferentes opciones que se les da a las personas para cuidar de su salud y el cuidado del medio ambiente, esto se da por medio de la información y educación para la salud.
5. Reorientar el sistema de salud. Para que las instancias de salud brinden un mejor servicio se necesita la capacitación del personal, donde los temas sean las nuevas ideas de promoción de la salud y estrategias para mejorar la calidad y las condiciones de vida.

Posteriormente hubo dos Conferencias Internacionales, pero fue en la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Yakarta llevada a cabo en el año de 1997, donde se enfatizó en reforzar la acción comunitaria con ayuda de la participación popular y brindándoles acceso a la información y educación a las personas para su salud.

Como se ha visto la promoción de la salud busca que las personas puedan llevar a cabo acciones para cuidar de su salud, además de actuar para atender el:

Conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables, los cuales no son solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también los asociados a determinantes sociales, como la posición social, el trabajo y las condiciones laborales, los ingresos y la educación, y el acceso a los servicios sanitarios adecuados y a entornos saludables. Todos ellos combinados, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud (Palmar, 2014, p.5).

Sin embargo, actualmente la promoción de la salud además de tener como objetivo que la persona consiga una vida sana, también tiene como objetivo lograr que las enfermedades se afronten de manera adecuada y aceptar vivir con ellas.

Como se mencionaba en párrafos anteriores el empoderamiento es importante en la promoción de la salud, ya que la OMS lo postuló como uno de los seis puntos clave en la guía de actuaciones de la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Trasmisibles, mencionando que las personas deben empoderarse para promocionar su salud, tener interacción con los servicios sanitarios y participar en su gestión de su enfermedad (Madrileña de Enfermería Familiar, 2015).

Lo anterior implica “el correcto tratamiento y cuidados del enfermo, deben incluirse aquellas medidas que contribuyan a recobrar o mejorar su estado de salud, a prevenir recaídas favorecer su calidad de vida y la de quienes la rodean” (Gallard, 2006 p.8).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que la promoción de la salud se consigue por medio de tres mecanismos internos de las personas; el autocuidado, las acciones realizadas por personas para ayudarse mutuamente y los entornos sanos para favorecer la salud. En este sentido, la promoción de la

salud ayuda a las personas a adquirir estilos de vida saludables y construir ambientes saludables tanto para cuando la persona aún no está enferma y cuando padece una enfermedad.

1.3.2 Prevención: primaria, secundaria y terciaria.

En la salud pública⁴ se han establecido tres categorías de prevención de la enfermedad, definida como “la prestación de intervenciones precoces y de información contrastada para prevenir la aparición, malestar o incapacidad” (Sarria y Villar, 2014). Se enfoca en realizar la detección, control y debilitar los factores de riesgo que causan las enfermedades, teniendo como principio la enfermedad y las herramientas para atacarla. Gallard (2006) menciona que hay tres tipos de prevención:

La prevención primaria caracterizada por tener varias medidas que están disponibles a disminuir las enfermedades, su objetivo es que no haya nuevas situaciones de enfermedad por medio del control de las causas y factores de riesgo. Se realiza por medio de actividades de promoción de la salud que engloba la educación para la salud y de protección específica.⁵

La prevención secundaria tiene como función disminuir la prevalencia y que la enfermedad se aminore por medio de un diagnóstico y tratamiento a tiempo. Su finalidad es curar a la persona y reducir las consecuencias de la enfermedad (por ejemplo la discapacidad).

La prueba elemental que se realiza en esta prevención es la de despistaje consistiendo en realizar un procedimiento diagnóstico (radiográfico, ecográfico, etc.) para detectar el desarrollo de inicio de afecciones que surjan repentinamente en una persona. Las pruebas que generalmente son más importantes en la

⁴ Winslow (citado en Higashida, 2005) menciona que la salud pública es la ciencia de prevenir la enfermedad, promover la salud y prolongar la vida. Su función son la promoción de la salud, la educación para la salud, protección de la salud, atención médica y la rehabilitación.

⁵ Es la prevención para una enfermedad específica, por ejemplo la aplicación de vacunas las cuales protegen de una enfermedad en particular un caso es el sarampión, también la aplicación de flúor en la boca previniendo la caries dental y la higiene de alimentos para evitar infecciones intestinales (Higashida, 2005).

sociedad son la detección precoz de tumores, de sida y exámenes de salud que se realizan para la escuela.

La prevención terciaria ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente, se aplica sobre las personas que ya padecieron la fase aguda de la enfermedad trayendo como consecuencia efectos de carácter físico, psicológico o social. Por tanto, se aplican medidas de rehabilitación⁶ realizadas por profesionales diferentes (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería, psicólogos, pedagogos, etc.) para impedir la muerte, permitir a la persona reinserirse a su ámbito laboral, social y familiar y mejorar el cumplimiento terapéutico.

Ante esto se puede señalar que las acciones de los niveles de prevención secundaria y terciaria se destinan a una población enferma, y donde está comprendida en ambas prevenciones una educación al paciente o educación terapéutica (Marqués y Saéz, 2004). Sin embargo, con base en lo mencionado en párrafos anteriores considero que la educación para la salud y la promoción de la salud también pueden tener acción en la prevención secundaria y terciaria ya que pueden trabajar conjuntamente con el único objetivo de ayudar a las personas en su salud.

García y Suárez (2007) mencionan que generalmente los programas de educación para la salud, la promoción de la salud y la educación para pacientes se enfocan a situaciones en específico, esto se muestra en el siguiente esquema:

⁶ La rehabilitación es el proceso que engloba el conjunto de medidas médicas, sociales y educativas para que la persona pueda alcanzar un alto nivel funcional y obtenga una mejor calidad de vida, estas medidas se caracterizan por la atención y tratamiento médico y preparar a la persona para que desarrolle actividades por si sola (Molina y Molina, 2012).

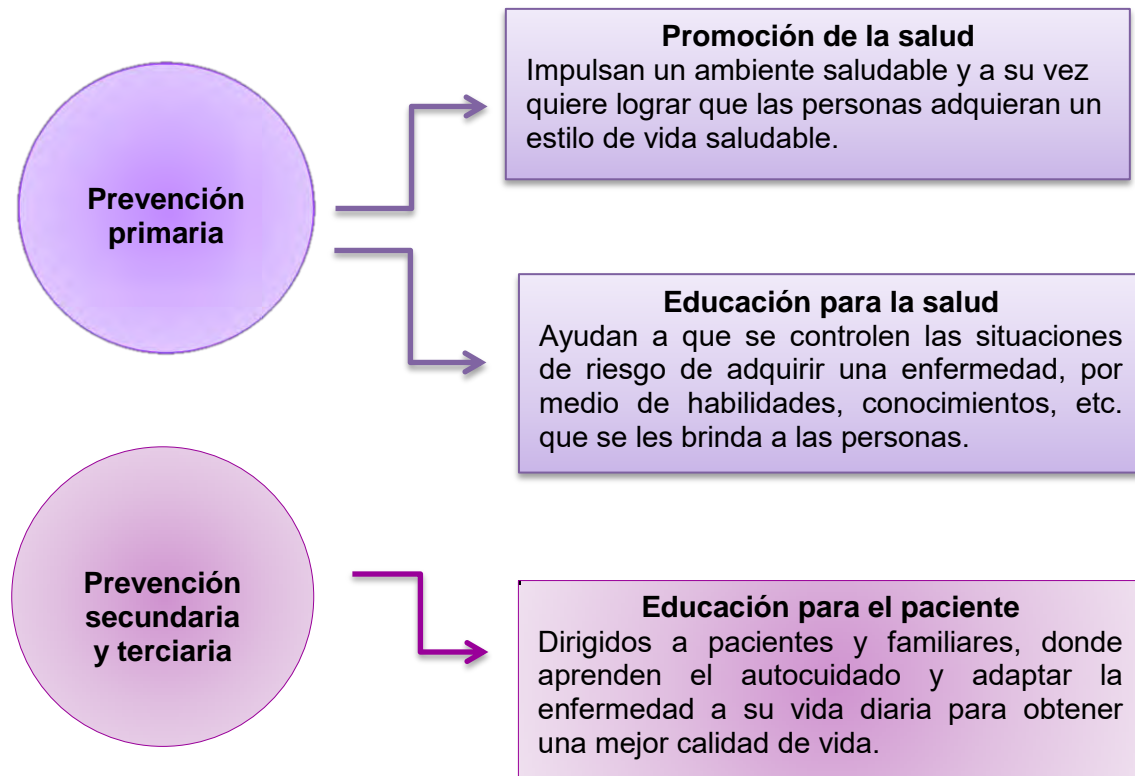


Figura.1 Metas de programas en la prevención primaria, secundaria y terciaria.
 Fuente: Adaptado de García y Suárez, 2007.

En conclusión, este capítulo nos brinda un panorama sobre los diferentes términos que han tenido la educación y la salud, los cuales son necesarios y que todo ser humano busca para poder desempeñarse en sus actividades y tener una mejor calidad vida.

También vimos que la educación no formal tiene un papel importante para que una persona continúe su aprendizaje en diferentes temas, entre ellos el tema de su salud. Lo anterior lográndolo con ayuda de la promoción de la salud, educación para la salud y la educación para el paciente.

Y por último se retomó la prevención de la enfermedad la cual hay tres tipos, en donde la secundaria y terciaria está presente la enfermedad, por lo que es necesario brindar una atención para los pacientes que sufren de una enfermedad crónica, esto lográndolo con ayuda de personal sanitario y pedagogos.

Capítulo 2. Artritis reumatoide.

Este capítulo comprende lo qué es la enfermedad artritis reumatoide (AR), señalando su epidemiología, etiología, diagnóstico, el estado funcional que presentan generalmente los pacientes, sus manifestaciones y los dos tratamientos utilizados, siendo el farmacológico y no farmacológico.

2.1 Concepto.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica y de origen autoinmune, es decir, el sistema inmunitario del cuerpo se ataca a sí mismo y el área principal afectada es el recubrimiento articular, donde los leucocitos⁷ salen del torrente sanguíneo transbordándose a la membrana sinovial⁸, provocando la inflamación de las articulaciones y destrucción progresiva con diferentes grados de deformidad o discapacidad funcional. Puede ocasionar daños extraarticulares, ya que además de invadir las articulaciones afecta diferentes órganos, como los ojos, la piel, corazón, los vasos o la sangre (Coordinadora Nacional de Artritis, 2009).

Una de las manifestaciones principales que caracterizan a la artritis reumatoide son la inflamación, el dolor y la sensibilidad de todas las articulaciones del cuerpo. Aún no se ha descubierto el tratamiento que cure la enfermedad pero existen diferentes tratamientos farmacológicos y ciertas medidas de cuidado que el paciente debe llevar a cabo para tener una mejor calidad de vida.

Cabe destacar que la AR además de afectar físicamente al paciente, también se ven afectados el aspecto personal, emocional, económico, laboral, social, etc., convirtiéndola en una enfermedad compleja que requiere atención por diferentes médicos de diferentes especialidades y profesionales.

⁷ Son células que se encargan de defender el cuerpo de agentes infecciosos (Agudo, 2011).

⁸ La membrana sinovial es una capa que recubre toda la articulación y le proporciona el líquido sinovial, que es el lubricante que permite que los dos extremos que conforman la articulación resbalen el uno sobre el otro y se produzca el movimiento (Agudo, 2011).

2.2 Epidemiología.

En México aún no se refieren datos específicos de la prevalencia de la enfermedad, pero el médico Conrado García menciona que con base en la de otros países que 1.6% de la población la padece, es decir, más de un millón 700 mil personas entre 20 a 50 años de edad tienen AR (Gómez, 2011).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estima que tres de cada cuatro pacientes que padecen AR son mujeres, además provoca 61% de incapacidad laboral y trae un alto impacto económico, social, psicológico y en la calidad de vida de los pacientes.

Algunos estudios mencionan que un tercio de pacientes pierden su trabajo durante el primer año de la AR y el 10% de los pacientes “dejaron de trabajar durante el primer año tras el diagnóstico de su enfermedad, alrededor del 50% en la primera década y cerca del 90% dejó de trabajar antes de la edad de jubilación” (De la Torre y Hill, 2008, p.22.).

2.3 Etiología.

Se desconoce aún las causas de la AR, pero se han expuesto diversos factores que pueden originarla, clasificándose en: factores genéticos y no genéticos (Romero, 2010).

- a) Factores genéticos. Aunque los genes no causan la enfermedad, incrementan muy poco la probabilidad de desarrollarla, ya que se considera como una enfermedad poligénica, es decir, varios genes tienen que ver en su origen. Existe la hipótesis de personas que tienen genes especiales del tipo HLA⁹ puedan padecer AR, pero aún no hay pruebas que determinen esto.
- b) Factores no genéticos. Dan referencia a que la enfermedad puede ser causada por agentes externos, siendo los siguientes:

⁹ HLA significa *Human Leukocyte Antigen* (en español antígeno leucocitario humano) siendo grupos sanguíneos con los que las personas nacen y los heredan, por ejemplo el HLA-DRA y HLA-DR1 (Álvarez, 2003).

- ❖ Infecciones. Algunos investigadores han supuesto que bacterias y virus pueden provocarla o que sea más severa, sin embargo, aún no hay evidencias y cabe mencionar que no es una enfermedad contagiosa.
- ❖ Hormonas femeninas. Se tiene la teoría que en el periodo posterior al parto y en la menopausia se disminuyen los estrógenos (hormonas) provocando que se manifieste la AR.
- ❖ Tabaquismo y estrés. Las personas que fuman pueden ser más vulnerables a padecer AR y si ya la padecen puede ser más grave. En cuanto el estrés se menciona que los pacientes al inicio de la enfermedad ya habían tenido un episodio de estrés (muerte de un ser querido, divorcio, etc.).
- ❖ Obesidad. Se ha comprobado que la AR es más frecuente en personas con obesidad, por lo que la alimentación saludable es primordial para evitar la obesidad y prevenir la AR.

Cabe resaltar que actualmente hay diversos científicos investigando el factor o factores que causan la AR para poder brindar a la sociedad medidas preventivas.

2.4 Síntomas.

Durante la enfermedad los pacientes suelen tener síntomas como: fatiga, pérdida de peso, inapetencia, entumecimiento, fiebre y hormigueo en las manos. Hay manifestaciones articulares y extraarticulares, donde las manifestaciones articulares son la principales características de la AR y las extraarticulares se presentan cuando la enfermedad está muy avanzada o si el paciente no tiene los cuidados necesarios (Romero, 2010).

Romero (2010) menciona diferentes manifestaciones articulares y extraarticulares que presentan los pacientes con AR, a continuación se hablarán de ellos:

a) Manifestaciones articulares.

Los síntomas son diferentes al iniciar la enfermedad y durante ésta. Las articulaciones de todo el cuerpo (muñecas, manos, codos, cuello, mandíbula, cadera, rodillas y pies) o sólo algunas (depende del paciente), se encuentran inflamadas, sensibles, dolorosas y calientes, además existe rigidez por las mañanas durando más de una hora y hay probabilidad de que las articulaciones se deformen en etapas más avanzadas de la enfermedad o si no se brinda un tratamiento oportuno. Ver figura 2.

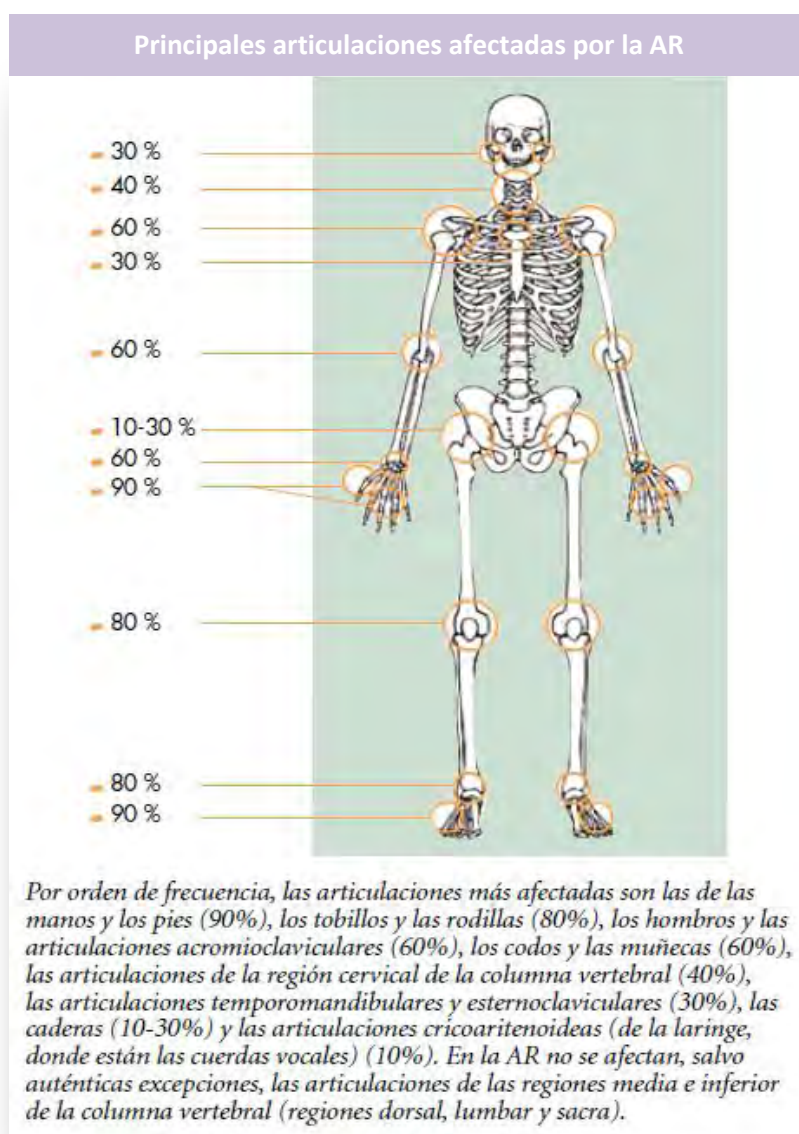


Figura 2. Principales articulaciones afectadas.

Fuente: Romero, 2010. p.28.

Cabe resaltar que el dolor, la rigidez matutina y la inflamación son los síntomas que caracterizan a la AR porque el dolor no permite el movimiento y éste se presentará durante toda la vida ya sea en menor o mayor grado, sin embargo, es más fuerte cuando la enfermedad está más avanzada y activa.

El paciente por lo general adopta posiciones viciosas, es decir, para reducir el dolor de las articulaciones adquiere ciertas posturas, por ejemplo: los codos o las manos las mantienen flexionadas el mayor tiempo posible, pero no se recomienda hacerlo ya que pueden provocar debilidad o pérdida de masa muscular (Romero, 2010).

b) Manifestaciones extraarticulares

La AR además de afectar las articulaciones en ocasiones afecta estructuras u órganos del cuerpo, cabe aclarar que no todas las manifestaciones las presentan los pacientes y algunas forman parte de los efectos secundarios de los medicamentos utilizados para tratarla. Romero (2010) muestra algunas de las manifestaciones extraarticulares, siendo las siguientes:

- ❖ Nódulos reumatoides. Son bultos que aparecen debajo de la piel, se caracterizan porque no duelen, miden generalmente entre 0.5 a 3 cm, pueden que estén fijos o se muevan al tocarlos, están presentes en áreas de mayor roce por ejemplo: en los codos y antebrazos, están ahí de manera indefinida y lo desarrollan en 20-45% de los pacientes.
- ❖ Pericarditis. Se refiere a la inflamación de la cubierta del corazón, generalmente se da cuando la AR está en una fase avanzada, cuando se presentan nódulos reumatoides y se identifica por dolor en el pecho y dificultad para respirar.
- ❖ Los pulmones. Se ven afectados cuando la AR está muy avanzada, aunque no provoca síntomas específicos y graves, pero es importante realizar exploraciones médicas periódicas.
- ❖ Los ojos. La AR puede provocar sequedad o irritación ocular, se presentan en un 25% de los pacientes. En casos graves y en fases avanzadas puede

originarse escleritis, siendo la inflamación de la parte blanca del ojo, trayendo como consecuencia disminución de la visión.

- ❖ La sangre. Se pueden tener algunas alteraciones en ella, aunque no necesariamente es provocada por la enfermedad, sino también por los medicamentos. Por ejemplo: se pueden ver afectados los vasos sanguíneos, desarrollar anemia o trombocitosis.
- ❖ Infecciones. Los pacientes tienen mayor riesgo de adquirir una enfermedad infecciosa, debido al daño articular y los medicamentos inmunosupresores que controlan la AR ya que disminuyen la protección del organismo. Por ejemplo: una infección en la garganta, gripe, etc.
- ❖ Osteoporosis. Puede ser originada por la enfermedad, por falta de actividad física, inmovilidad o por el tratamiento con corticoides ya que es un efecto que proporciona este medicamento.

2.5 Diagnóstico.

Los médicos por medio de preguntas que se les hacen a los pacientes durante la consulta, la exploración física y análisis de laboratorio pueden diagnosticar la AR, aunque en ocasiones se puede confundir con otras enfermedades y es de suma importancia que el paciente inicie inmediatamente con el tratamiento para evitar consecuencias más graves (Romero, 2010).

Las pruebas de laboratorio que el médico requiere son: la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva (PCR), el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptido citrulinado (anti-CPP), además de las anteriores puede mandar a realizar imágenes radiológicas de las articulaciones (Romero, 2010).

El Colegio Americano de Reumatología menciona que el médico debe realizar una valoración que englobe:

- ❖ Determinación del diagnóstico.
- ❖ Realizar una evaluación del grado de actividad y daño de la enfermedad que considere los siguientes aspectos:

- Intensidad del dolor.
- El número de articulaciones afectadas.
- Si hay presencia de rigidez por las mañanas.
- Si existen manifestaciones extraarticulares.
- La evaluación del paciente sobre su enfermedad.
- La capacidad funcional y calidad de vida del paciente.

❖ El pronóstico del paciente.

Los criterios de clasificación de la AR realizados por la *European League Against Rheumatism* (EULAR) y el Colegio Americano de Reumatología tienen como finalidad poder establecer un tratamiento farmacológico precozmente. Únicamente se aplica a una población que presente las características siguientes: tener al menos una articulación inflamada y no haber señales de confusión con otra enfermedad y presentar una puntuación igual o mayor a 6 en la puntuación que se encuentra en la siguiente tabla:

| Criterios de clasificación de la artritis reumatoide. | |
|--|-------------------|
| 1) Afectación articular | Puntuación |
| 1 articulación grande | 0 |
| 2 a 10 articulaciones grandes | 1 |
| 1 a 3 articulaciones pequeñas | 2 |
| 4 a 10 articulaciones pequeñas | 3 |
| Más de 10 articulaciones | 5 |
| 2) Serología (estudios de sueros biológicos) | |
| Factor Reumatoide (FR) y Anticuerpos antipéptido citrulinado (anti-CPP) negativos. | 0 |
| FR y/o anti-CPP positivos bajos (< 3 VN) | 2 |
| Fr y/o anti-CPP positivos altos (> 3VN) | 3 |
| 3) Reactivos de fase aguda | |
| Velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR) normales. | 0 |

| | |
|-----------------------|---|
| VSG y/o PCR elevadas. | 1 |
| 4) Duración | |
| < a 6 semanas | 0 |
| ≥ a 6 semanas | 1 |

Tabla 1. Criterios de clasificación de la artritis reumatoide.

Fuente: Adaptado de Gómez, 2011.

2.6 Estado funcional.

El Colegio Americano de Reumatología ha revisado los criterios para clasificar el estado funcional de la artritis reumatoide, donde el autocuidado engloba la higiene y el cuidado personal, la alimentación y el vestido; las actividades avocacionales se refieren al tiempo libre y acciones recreativas y las vocacionales son las laborales, escolares y las del hogar. A continuación se muestran (Vélez, Rojas, Borrero y Restrepo, 2012):

Clase I. Capacidad completa para realizar las actividades cotidianas que incluyen actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

Clase II. El paciente puede realizar las actividades de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades avocacionales y vocacionales.

Clase III. Se pueden realizar las actividades de autocuidado pero tiene limitaciones en las actividades avocacionales y vocacionales.

Clase IV. Tiene limitación para llevar a cabo las actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

2.7 Tratamiento.

Como vimos en el capítulo anterior en la prevención terciaria es primordial brindar un tratamiento de rehabilitación, el cual en este caso para la AR debe iniciar en la fase inicial ya que los dos primeros años son definitivos en el control de ésta. El tratamiento tiene como objetivos disminuir el dolor y la inflamación de las articulaciones, aminorar la pérdida de función, mantener movilidad e

independencia del paciente, evitar el daño articular, atender las situaciones extraarticulares y brindar a familiares y al paciente las habilidades, conocimientos, etc. para combatir la enfermedad (Navarro, 2006).

El tratamiento que necesita la AR es multidisciplinario y engloba el tratamiento farmacológico, el cual no cura la enfermedad pero la controla aliviando el dolor y la inflamación de las articulaciones. Y el tratamiento no farmacológico que se caracteriza por englobar la educación al paciente (de la que se hablara en el siguiente capítulo), ejercicio físico, un conjunto de recomendaciones generales, alimentación saludable y en ocasiones tratamiento ortopédico (Romero, 2010).

2.7.1. Tratamiento farmacológico.

Se caracteriza por la administración de diversos medicamentos, los cuales se toman de manera combinada y generalmente por periodos largos, es individual (depende de características individuales del paciente, el grado de daño de las articulaciones y los efectos secundarios que cause el medicamento) y debe ser indicado por un médico.

Los medicamentos que generalmente se utilizan son los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que ayudan a disminuir el dolor; los corticoides y sobre todo los medicamentos principales que son los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), los cuales controlan la AR (Álvarez, 2003).

Los medicamentos funcionan como controladores del sistema inmunológico, sin embargo, en ocasiones causan efectos secundarios, refiriéndome a que el paciente puede tener efectos no agradables o peligrosos, por ejemplo, malestar estomacal, mareos, etc. A continuación se muestran algunas características de los medicamentos para la artritis reumatoide con base en las descripciones de Romero (2010) y Álvarez (2003):

- ❖ Analgésicos. Únicamente alivian el dolor de las articulaciones y algunos que otros síntomas, algunos de ellos son el paracetamol, metamizol, tramadol, meperidina, oxicodona, propoxifeno, entre otros.
- ❖ Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Ayudan a aliviar el dolor y reducen la inflamación de las articulaciones, pero no tienen la potencia suficiente para combatir los efectos a largo plazo de la AR. Algunos riesgos que se tienen al tomarlos son: hay mayor probabilidad de desarrollar úlceras gástricas, alteración renal, aumentan la tensión arterial, etc.
- ❖ Los FAME. Aumentan la actividad del sistema inmune dando como resultado evitar o reducir el daño de las articulaciones, preservar sus funciones y permitir al paciente llevar su vida cotidiana. Se recetan durante periodos prolongados y son dosis específicas, son mejor conocidos como FAME tradicionales.

La existencia de efectos secundarios dependen de cada paciente, pero la mayoría aumenta las posibilidades de adquirir infecciones, caída de cabello, alteración de las células de la sangre y puede verse afectado el riñón y el hígado. El principal FAME utilizado es el metotrexate por su tolerancia y eficacia, los demás utilizados son: antipalúdicos, leflunomida, azatioprina, entre otros.

- ❖ Corticoides. Tienen un alto efecto antiinflamatorio, alivian rápido el dolor y la rigidez, son usados principalmente cuando la enfermedad está activa y cuando está en riesgo la capacidad funcional del paciente. Aunque tienen muchos efectos secundarios, algunos son: aumento de peso, originarse cataratas en los ojos, incrementar el riesgo de una infección y osteoporosis. Ante esto es necesario que se manejen dosis muy bajas y durante corto tiempo, un ejemplo de corticoides son: prednisona, metilprednisolona y deflazacort y calcort.
- ❖ FAME biológicos. Son recientes ya que aparecieron en estos últimos años modificando de igual manera la enfermedad y ayudando a que los pacientes no tengan más daño estructural, se recetan cuando no hay

respuesta al tratamiento con otros medicamentos, por ejemplo el metotrexate.

Como podemos observar existen varios medicamentos que los pacientes pueden utilizar, pero además de éstos pueden utilizar sustancias tópicas que les ayudan a aliviar el dolor de sus articulaciones, pueden ser cremas y geles que se adquieren sin necesidad de una receta.

2.7.2 Tratamiento no farmacológico.

La terapia no farmacológica es el cambio de estilo de vida del paciente porque engloba ciertas actividades que generalmente antes de la enfermedad no las realizaba o si las realizaba era de una forma diferente, estas son: el ejercicio físico, recomendaciones generales (utilizar dispositivos de ayuda, mantener una postura correcta, entre otras.), tener una alimentación saludable y en ocasiones se requiere llevar un tratamiento ortopédico.

a) Ejercicio físico

El ejercicio es esencial para cualquier persona y otorga muchos beneficios por lo que está incluido en el tratamiento de la AR, sin embargo, cuando el médico le asigne un programa de ejercicios al paciente debe englobar tanto el ejercicio físico y el reposo, además, varía de acuerdo al paciente ya que el médico debe tomar en cuenta la edad, el sistema cardiovascular, el grado de inflamación, dolor y rigidez de las articulaciones y si el paciente realizaba ejercicio antes de la enfermedad.

Si existe carencia de movilidad de las articulaciones “disminuye la capacidad funcional; la movilidad es indispensable para la nutrición de los tejidos óseo, cartilaginoso y muscular; se ha demostrado que los ejercicios tienen un efecto anabolizante y disminuyen la pérdida del calcio” (Balina, 2007, p.8).

El ejercicio brinda flexibilidad a las articulaciones, incrementa la energía para realizar las actividades cotidianas, mejora el sueño, controla el peso corporal, mejora el estado de ánimo, disminuye la depresión y mejora la autoestima. Existen

tres tipos de ejercicios que se recomiendan que los realicen los pacientes con AR siendo los siguientes:

| TIPOS DE EJERCICIOS PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE | | |
|---|---|---|
| Ejercicio | Características | Ejemplos |
| Movilidad o de estiramiento | Mantienen y recuperan el movimiento de las articulaciones ayudando a desaparecer la rigidez. Se trata de mover las articulaciones con suavidad y sin forzarlas, se recomiendan realizarse de 10 a 15 min diarios y antes o después de realizar ejercicios de fortalecimiento o aeróbicos (ser utilizados como calentamiento). | Estar de pie y agacharse sin doblar las rodillas para tratar de tocar con las manos las puntas de los pies. |
| Fortalecimiento | Estos ejercicios se recomiendan hacerlos tres veces a la semana y son de mucha utilidad para los músculos porque son los que rodean las articulaciones y ayudan a que éstas se encuentren estables y tengan menor tensión. Se sugiere cargar el propio peso del cuerpo, sin embargo, en algunos casos (cuando el paciente pueda) el paciente puede utilizar pesas. Hay dos tipos de ejercicios: los isométricos los cuales no hay impacto en las articulaciones y los isotónicos donde hay contracción de los músculos y las articulaciones. | Hacer repeticiones de subir y bajar los brazos o sentarse y subir una pierna y hacer lo mismo pero con la otra pierna. |
| Aeróbico | Constan de movimientos repetidos de los músculos grandes, ayudan a mejorar la resistencia y la salud cardiovascular, también fortalecen los músculos y las articulaciones se pueden hacer más flexibles. Los expertos recomiendan principalmente estos ejercicios y realizarlos por lo menos 30 minutos al día. | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Caminar ❖ Nadar ❖ Andar en bicicleta ❖ Actividades de la vida diaria: bailar, pasear, etc. |

Tabla 2. Tipos de ejercicios para pacientes con artritis reumatoide.

Fuente: Adaptado de Álvarez, 2003.

Caracuel (2007), menciona algunas normas generales que deben hacer los pacientes con AR cuando realicen ejercicio o cuando el médico les prescriba su plan de ejercicio:

- 1) Los ejercicios no deben fatigar, ya que se debe considerar la duración, intensidad y las actividades de los pacientes. Por ejemplo: una persona que únicamente está en su casa y no hace algún trabajo, puede realizar sus ejercicios a diario, a comparación de una persona que trabaja lo podrá realizar cada tercer día.
- 2) El médico debe brindar individualmente el plan de ejercicios.
- 3) Debe brindarse al paciente una explicación clara sobre la manera de realizar los ejercicios para que él los ejecute adecuadamente, además, de mencionarle los beneficios que obtendrá y que los realizará por tiempo indefinido.
- 4) Es importante informar a un familiar del paciente sobre el plan de ejercicios para apoyarlo.
- 5) No deben ser más de tres ejercicios por articulación.
- 6) Si al realizar un ejercicio se siente dolor persistente durante una o dos horas se debe suspender e ir con el médico.

Es muy importante realizar ejercicio cuando la enfermedad no está activa o hay muy poca inflamación y el reposo es indispensable cuando existe lo contrario porque de esta manera se evitará que las articulaciones se vean afectadas, ayuda a que el organismo se recupere más rápido y mejor, además que combate el cansancio y debilidad muscular (síntomas principales de la AR), sin olvidar hacer movimientos suaves de las articulaciones o recibir un masaje en las articulaciones para evitar que se atrofien.

b) Recomendaciones generales.

Balina (2007) y Álvarez (2003) recomiendan que el paciente tenga algunos cambios en su estilo de vida para el cuidado de sus articulaciones, los cuales deben de perdurar a lo largo de toda su vida ya que de esta manera podrá tener

una mejor calidad de vida y evitar que la AR se agrave o se active nuevamente, cabe mencionar que es complicado realizar estos cambios y no se llevan a cabo en un tiempo específico, es paulatinamente. A continuación se muestran unas recomendaciones de los autores antes mencionados:

- ❖ Cuidar las articulaciones. Proteger las articulaciones mediante correctas posturas porque de lo contrario el peso del cuerpo se distribuye de forma inadecuada haciendo que las articulaciones, ligamentos y músculos se lastimen. Por ejemplo: al sentarse se debe tener una postura recta y la espalda debe estar apoyada en el respaldo del asiento, los pies deben estar apoyados sobre el suelo y no mantener esa postura por mucho tiempo.
- ❖ Cambiar de posición. Es importante tratar de no mantener una posición por mucho tiempo, por ejemplo si se observa la televisión el paciente se puede levantar cada media hora para evitar que sus articulaciones se pongan rígidas o mover constantemente las articulaciones.
- ❖ Evitar la sobrecarga. En las actividades cotidianas se deben evitar las que provoquen dolor, evitar transportar objetos pesados (por ejemplo: un garrafón de agua) o caminar sobre un suelo irregular, entre otras actividades.
- ❖ Usar dispositivos de ayuda. Es necesario mejorar las capacidades funcionales de la vida cotidiana, donde engloban actividades de higiene personal, alimentación, vestido, baño y diferentes tareas domésticas (limpiar la casa, ir al mercado, cocinar, etc.) las cuales son básicas. Por lo que se recomienda utilizar dispositivos que harán más fácil y permitirán realizar las actividades anteriores.

Algunas sugerencias son: utilizar un carrito para transportar objetos muy pesados, colocar agarraderas en las paredes y llaves para agua monomandas.

- ❖ Cuidado de los pies. Elegir el calzado adecuado caracterizado por tener una suela firme y cómoda, tratar de utilizar calzado sin agujetas, sin tacón muy alto, etc.

- ❖ El peso corporal. Es fundamental controlar el peso ya que al tener obesidad o sobrepeso hay más impacto en las articulaciones, por lo que es primordial mantener una alimentación balanceada.
- ❖ Dormir adecuadamente. El paciente debe procurar tener un sueño reparador, cuando la AR está activa se recomienda dormir de ocho a diez horas.

c) Alimentación saludable.

Hoy en día se han hecho investigaciones y aún no se han descubierto una dieta que ayude a controlar la AR, pero han demostrado que hay ciertos alimentos que ayudan a reducir la inflamación. Es necesario que se mantenga una alimentación balanceada, incluir frutas, verduras, cereales, legumbres, etc. (Álvarez, 2003).

Algunos de los alimentos que tienen propiedades y ayudan a desinflamar son la linaza y pescado, ya que contienen ácidos grasos omega -3, las fresas, aceite de olivo extra virgen, ajo, entre otros o también alimentos que ayudan a generar masa muscular (la cual se ve perdida durante la enfermedad), los que contengan proteína (carne roja, pescado, pollo, etc.), aunque es importante primero comunicarle al médico lo que se consumirá y lo que no (*Arthritis Foundation*, 2014).

Además es necesario el consumo de alimentos que contengan alto contenido de vitaminas y minerales como: calcio, ácido fólico, vitaminas C, D, B6, B12, magnesio, selenio y zinc, los cuales algunos se pueden encontrar escasos en pacientes.

d) Tratamiento ortopédico.

Algunos pacientes pueden utilizar diferentes dispositivos ortopédicos que tienen diferentes funciones (Romero, 2010):

- Inmovilizar por un tiempo una parte del cuerpo.

- Evitan la sobrecarga de una articulación en particular.
- Hacen que una articulación recupere su movilidad.
- Evitan que el paciente adquiera una posición viciosa.
- Previenen que se deformen las articulaciones.

Estos dispositivos pueden utilizarse temporalmente ya que cuando el médico observe que la articulación ya no está inflamada o provoca dolor al paciente, lo puede dejar de utilizar. Un ejemplo: son los collarines, férulas de reposo, un bastón, rodilleras, entre muchos otros.

En conclusión este capítulo nos muestra lo que implica la artritis reumatoide ya que como vimos tiene un fuerte impacto en el sistema funcional de la persona y provoca mucho dolor físico, sin embargo, también se ven afectados otros aspectos como son: las emociones, autoestima, relaciones interpersonales, entre otros, que contribuyen a que la calidad de vida no sea la que desea el paciente.

Ante esto se ve la necesidad de brindar una educación al paciente para lograr un autocuidado, en el siguiente capítulo hablaremos de estos dos conceptos y otros más que son importantes para lograr que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

Capítulo 3. Educación al paciente con artritis reumatoide.

En este capítulo se considera lo que implica generalmente padecer una enfermedad crónica, ya que afecta diferentes aspectos de la vida (físico, emocional, social, económico, etc.). Posteriormente se hablará sobre la educación al paciente que está relacionada con el *self management* (autocuidado) del cual se explicará qué es y sus características.

Y para concluir se abordará brevemente la educación emocional, englobando que son las emociones, sus objetivos, entre otros aspectos más y la inteligencia emocional, la cual ayuda a que la persona conozca sus emociones.

3.1 El paciente crónico.

Actualmente son más las personas que padecen diferentes enfermedades crónicas, definidas como trastornos orgánicos funcionales que obligan a la persona a modificar sus estilos de vida (hábitos, actitudes y comportamientos). Generalmente son causadas por diversos factores y por los inadecuados estilos de vida, son caracterizadas por aparecer lentamente y permanecen en la persona para toda su vida (Vinaccia y Orozco, 2005).

Las enfermedades crónicas “conllevan cambios mayores en amplios aspectos de la vida de una persona y alteran las rutinas y actividades cotidianas, lo cual a su vez implica ajustes y apoyo a nivel familiar, social y laboral” (Hanson y Gluckman, citados en Orozco y Castiblanco, 2015, p.205).

Tienen muchas características similares y se pueden atender por medio de estrategias parecidas, por ejemplo: la diabetes, enfermedades cardiovasculares, la artritis reumatoide, etc., necesitan de un plan de atención concreto, autocuidado del paciente y vigilar los resultados de los estudios médicos que los pacientes se realizan para mantener monitoreada la enfermedad, en si las estrategias buscan que estas enfermedades no les generen más complicaciones a los pacientes.

Ballano y Esteban (2005) mencionan que una persona al sospechar que tiene una enfermedad o se le detecta se convierte en paciente, caracterizándose por tener ya sea en mayor o en menor grado los siguientes aspectos:

- a) Molestia física o psicológica. Es el motivo por el cual la persona consulta al médico.
- b) Ansiedad o miedo a la enfermedad por las consecuencias que resulten (ya que no se tiene conocimiento del diagnóstico), si la dolencia será grave, miedo al dolor físico, a las pruebas exploratorias (análisis de laboratorio, resonancias, etc.), al personal de salud (puede sentirse intimidado o incomodo) y a los cambios que se generen en su vida. “La enfermedad trastorna la rutina diaria, propicia diferentes grados de sufrimiento y perjudica la capacidad de programar el futuro y controlar las actividades” (Freund y McGuire, citados en Ibarra y Siles, 2006, p.132).
- c) Sentimiento de discapacidad ya que tendrá limitantes en su vida diaria (estar en reposo, no comer ciertos alimentos, no poder salir con amistades, entre otras situaciones.).
- d) Impacto emocional.
 - Frustración que provoca irritabilidad con las personas que lo rodean e incluso aparecer características depresivas, como tristeza, apatía, etc.
 - El paciente puede ser emotivo, es decir, reaccionar de formas hipersensibles a las situaciones tanto agradables y desagradables.

Las anteriores características nos dejan ver que el paciente se enfrenta a diferentes situaciones, como son la disminución de su autoestima, el aumento de la ansiedad y la depresión, sentimiento de ser rechazado por los demás y la disminución de participar en actividades de la vida diaria, entre otras cosa más.

Además “la enfermedad, pues, tiene un impacto estresante, produce un desequilibrio en la vida de la persona, cuya respuesta más habitual es conseguir restablecer el equilibrio perdido, adaptarse a la nueva situación” (Rodríguez, Pastor y López, 1993, p.360).

Rodríguez, Pastor y López (1993) mencionan que la adaptación¹⁰ de un paciente a su enfermedad puede estar determinada por:

- ❖ Características de la enfermedad. Engloba la gravedad, el tiempo de aparición (lenta o rápida), su desarrollo (síntomas, dolor, deterioro de las capacidades funcionales, etc.), la expansión de las limitaciones y cambios en la apariencia física.
- ❖ Características de la persona. Las creencias que tenga, sus expectativas, experiencias previas (si ha pasado por situaciones estresantes, las cuales se espera que ayuden a que pueda manejar mejor su enfermedad), su carácter dependiente o independiente, entre otras.
- ❖ El contexto. Refiriéndose al entorno donde se encuentre el paciente, que integra los recursos materiales, económicos, y el apoyo social (familiares, amigos e instituciones sanitarias).

Las características anteriores podrán intervenir ya sea para hacer más fácil o difícil la adaptación de la enfermedad tanto en las esferas: física, de comportamiento, emocional, cognitivo, interpersonal y social (Moos, citado en Rodríguez, Pastor y López ,1993). En el siguiente cuadro se muestran los rasgos de cada esfera:

¹⁰ “La adaptación incluye acciones rutinarias y automáticas que precisan de poca atención o esfuerzo para su realización” (Rodríguez, Pastor y López ,1993 p.364). Y desde un enfoque psicológico es la capacidad de una persona para mantener una buena calidad de vida y en su funcionamiento social (Rodríguez, Pastor y López ,1993).

| ESFERAS EN LAS QUE SE TIENE QUE ADAPTAR LA ENFERMEDAD | |
|--|---|
| Física | El poco o mucho dolor e incomodidad que presente el paciente, dará a conocer a corto plazo si utilizará estrategias que atenúen los efectos negativos y ayuden a que se adapte a ese problema de dolor y estrés, que estará presente durante bastante tiempo. |
| De comportamiento | Hace referencia a aspectos restrictivos y prescriptivos de la enfermedad y el tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Restrictivos: se caracterizan porque engloban limitaciones físicas afectando la vida del paciente en los aspectos laboral, familiar, sexual y social, provocando que no realice o satisfaga lo que quiere. - Prescriptivos: están vinculados con el cumplimiento del tratamiento y engloban el incluir, modificar o eliminar conductas. |
| Emocional | Son las respuestas de amenaza y daño ante el estrés de la enfermedad, por tanto es muy importante que el paciente aprenda a regular sus respuestas emocionales (ansiedad, depresión, ira, frustración, entre otras.). |
| Cognitiva | Significa el aprendizaje de conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento, los cambios de las creencias y conductas del paciente. |
| Interpersonal y social | Hay cambios en los roles de la familia y en el entorno que lo rodea, puesto que el paciente tiene limitaciones, por tanto las personas que tienen más cercanía con el paciente de alguna manera deben adaptarse a la situación de la enfermedad y al estrés que implica. |

Tabla 3. Esferas en las que se tiene que adaptar la enfermedad.

Fuente: Adaptado de Rodríguez, Pastor y López ,1993.p.362.

Como se puede observar son muchos los cambios que debe realizar el paciente y los familiares, sin embargo, hablando en específico de los pacientes con artritis reumatoide, cuando se les diagnostica “se inicia una etapa difícil estresante para algunos enfermos debido a: la dificultad para afrontar y controlar

la AR, lo impredecible de los síntomas y el impacto emocional, familiar, laboral y social” (De la Torre y Hill, 2008.p.21.).

Por tanto, surgen diferentes situaciones para los pacientes, algunas de ellas en el aspecto físico haciendo referencia: a los síntomas, al cambio de su imagen física (en ocasiones hay deformación de las articulaciones) y las limitaciones que tiene (no realizar las actividades que anteriormente hacía, incluir nuevos estilos de vida, entre otras cosas más) y el impacto emocional (emociones negativas y sentimientos).

Es importante mencionar que la enfermedad no solamente afecta al paciente, sino también a la familia y personas allegadas, por ejemplo: las relaciones familiares pueden verse afectadas (problemas económicos, alguno de los familiares no apoya al paciente, entre otras circunstancias), también pueden darse cambios en la representación de los roles (al enfermarse la mamá ya sea que uno de sus hijos o su pareja tenga que realizar sus responsabilidades que ella tenía (Rodríguez, Pastor y López, 1993).

También hay impacto económico generando costes directos, siendo los servicios de salud, medicamentos, monitoreo de los medicamentos (análisis de laboratorio, examen de la vista, etc.), terapias alternativas, compra de dispositivos de ayuda y adaptación de objetos al hogar que facilitan al paciente a realizar sus actividades. Y el coste indirecto, que son la pérdida del trabajo por la incapacidad laboral.

La artritis reumatoide por ser una enfermedad crónica “supone la necesidad de una atención integral que considere al individuo, familia y su entorno social frente a un problema de salud como una enfermedad degenerativa” (Ibarra y Siles, 2006, p.130).

3.2 Educación al paciente.

Como se mencionó en capítulos anteriores, las prevenciones: secundaria y terciaria están dirigidas a la población enferma surgiendo la necesidad de atención

centrada en el paciente, la cual engloba diferentes aspectos, además de la intervención de diferentes profesionales (OMS, 2005). Los aspectos son:

- ❖ Determinar, dar importancia y respetar las preferencias, valores y características de los pacientes, así como las necesidades de éstos.
- ❖ Prestarles una atención a tiempo y continua.
- ❖ Aliviar el dolor.
- ❖ Escuchar y fomentar la comunicación del paciente y de las personas que los rodean.
- ❖ Educar e informar.
- ❖ Prevenir discapacidad.
- ❖ Fomentar el bienestar y los estilos de vida saludables.

Los anteriores aspectos pueden lograrse por medio de una educación al paciente o educación terapéutica, cabe mencionar que ambos términos significan lo mismo. La educación al paciente viene de años atrás, (aunque no se le llamaba de esa manera), ya que en siglo XVI unos clérigos escribieron un tratado de medicina, caracterizado por informar a los profanos sobre la prevención y detección de las enfermedades para que no acudieran con los curanderos o médicos.

Posteriormente los primeros manuales elaborados por médicos aparecieron en el siglo XVIII. Ya en el año de 1895 Bouchardat y posteriormente en 1919 el médico americano Eliot P. Joslin dio inicio al desarrollo de la educación al paciente dando a conocer su manual sobre el tratamiento de la diabetes, teniendo como objetivo educar al paciente y sus familiares (Alfonso, 1996).

En 1972 Leona Miller desarrolló su trabajo donde la pedagogía recoge un papel en el ámbito terapéutico, probándose en la medicina que la educación al paciente es primordial en las personas que padecen una enfermedad crónica. Ha sido reconocida por la OMS desde el año 1998 definiéndola como un proceso continuo que forma parte de los cuidados y se enfoca al paciente.

Además, Miller expone que está compuesta por actividades de sensibilización, información, de aprendizaje y de acompañamiento psicológico y social vinculados con la enfermedad y el tratamiento. Ayuda tanto al paciente y familiares a comprender la enfermedad para mantener o mejorar la calidad de vida (OMS citada en Román, 2002).

Marqués y Sáez (2004) definen la educación terapéutica como “todo proceso educativo que, dirigido a una población enferma pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través de una modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en su sentido positivo, y mejorando el cumplimiento terapéutico” (p.33).

Complementando lo anterior García y Suárez (2007) mencionan que la educación terapéutica:

Se compone de un conjunto de actividades coordinadas hacia la construcción de saberes, habilidades y estrategias de anticipación y solución de problemas que deben de traducirse en el desarrollo de capacidades para tomar decisiones adecuadas y asumir comportamientos que concilien sus valores y prioridades con los requerimientos terapéuticos, minimizando la dependencia de la enfermedad y de los servicios de salud (p.7).

Como se menciona en la cita anterior, la educación al paciente es un conjunto de actividades que deben estar presentes en el seguimiento de una enfermedad crónica (en este caso la artritis reumatoide) ya que ayudará a los pacientes a que puedan reflexionar sobre los beneficios a su salud y cómo aprenderlo y llevarlo a cabo en su vida cotidiana.

También tiene como objetivo reducir los costes de la atención sanitaria, los pacientes y la sociedad, ayuda a que los pacientes prevengan complicaciones en su enfermedad y mejoren su calidad de vida y la educación al paciente no está agregada al tratamiento sino forma parte de él.

Además busca que la persona se active y se responsabilice:

Ante su cuidado diario, capaz y formada más que informada sobre los requerimientos de su enfermedad, convencer, motivar y fortalecer a las personas [...] para que participen activamente en su tratamiento; aprendan a acoplar las posibles limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria y se motiven para afrontarlas uno y otro día (García y Suarez, 2001, p.180).

Sin embargo, en ocasiones los pacientes no suelen tener iniciativa ya que puede existir un rechazo a la enfermedad, pero dependiendo del grado de aceptación de la enfermedad existe la cantidad de motivación, también es importante mencionar que cada paciente tiene su significado de salud y enfermedad las cuales influyen en su conducta de salud.

Ante esto la educación al paciente es una “aleación que combina la terapéutica, la prevención, las ciencias médicas y de enfermería, la psicología, la antropología y, cómo no, la pedagogía” (Alfonso, 1996.), donde es esencial utilizar métodos pedagógicos tanto individuales y en grupo.

En suma, las anteriores definiciones nos muestran que la educación al paciente es un proceso que se compone de una serie de actividades para que el paciente adquiera un conjunto de conocimientos y habilidades con el objetivo de modificar sus actitudes y comportamientos acorde a los requerimientos de su tratamiento para enfrentar la enfermedad y obtener una mejor calidad de vida.

Por tanto, los programas de educación al paciente deben estar integrados por un conjunto de actividades organizadas y destinadas para que la persona construya conocimientos, tome decisiones y asuma comportamientos vinculados con sus valores y prioridades que se encuentran en su recuperación, ya que así se disminuirá la dependencia a la enfermedad y a la de los servicios sanitarios.

En conclusión, la educación al paciente debe estar caracterizada por:

- ♦ Brindarle habilidades al paciente para saber cómo actuar ante los problemas que desembocan de la enfermedad.
- ♦ Identifiquen sus experiencias.

- ♦ El paciente adquiera confianza para realizar mejoras en su vida.
- ♦ Generar el autocuidado.
- ♦ Contar con apoyo multidisciplinar (profesionales de salud, educadores, psicólogos, etc.), paciente experto y familiares.

En las anteriores características se hace mención del paciente experto, el cual es la persona que ha entendido su enfermedad, se han hecho responsable de su salud y lleva cabo correctamente su autocuidado, el cual es voluntariamente asesorado para ayudar a otros pacientes (Molina, Cataño y Masso, 2008).

Además transmiten a otros pacientes la información de una manera más sencilla y las acciones pertinentes, ya que también padece la enfermedad y por tanto comparte sus experiencias y ayuda a los demás a enfrentar el impacto de la enfermedad. Las primera experiencia de programas de pacientes expertos se llevaron a cabo en Servicio Nacional Británico y en la Universidad de Stanford , en esta última Kate Lorig desde hace tiempo los lleva cabo con pacientes con artritis y otras enfermedades (Molina, Cataño y Masso, 2008, p.179).

3.3 El autocuidado.

Otro concepto relacionado con la educación al paciente es el *self* (auto) *management*, la cual esta última se traduce de diferentes formas (manejo, cuidado, tratamiento, control, etc.), dependiendo del contexto, pero los conceptos generalmente que más se usan son el automanejo y autocuidado. El término automanejo se utilizó por primera vez por Thomas Creer para hacer referencia a que los pacientes son los principales participantes para su tratamiento.

Una definición de automanejo es que “son las tareas que un individuo debe emprender para vivir adecuadamente con una o más cronicidades” (Adams, Greiner y Corrigan, citados en Bonal y Cascaret, 2009, p.5). Estas tareas son: tener confianza para poder manejar el tratamiento médico donde se hace referencia a los síntomas de la enfermedad, el tratamiento farmacológico, y la interacción con los profesionales de salud; el manejo de funciones refiriéndose a que la persona pueda realizar las actividades necesarias de su vida cotidiana

(actividades del hogar, higiene personal, vestirse, entre otras actividades) y saber manejar sus emociones ya que se ven alteradas por la enfermedad.

Grady y Lucio (2015), mencionan que el automanejo es la atención diaria que los pacientes se hacen así mismos, centrándose en la capacidad de solucionar problemáticas, toma de decisiones, utilizar recursos y acercarse con el personal de salud.

Existe también el apoyo al automanejo el cual es “el suministro sistemático de educación y de intervenciones de apoyo por parte de un personal de salud, a fin de incrementar las habilidades y la confianza de los pacientes en manejo de sus problemas de salud “(Organización Panamericana de la Salud, 2013.p.31)

En cuanto al concepto de autocuidado (que se utilizará para este trabajo), se forma a partir de lo que las personas realizan en beneficio a su salud, lo que los familiares ofrecen en cuanto al cuidado del paciente y lo que las comunidades hacen en beneficio de la salud colectiva, por este motivo se han propiciado diferentes ideas sobre el autocuidado.

Tobón y García (2004) mencionan que en el proceso para cuidar la vida hay tres tipos de cuidados:

- 1) Asistencia a otros (cuidar): Es el cuidado que brinda una instancia sanitaria, caracterizada por ser científico y aprendido por los profesionales de salud, destinado a los pacientes para que restablezcan su salud y obtengan una mejor calidad de vida. También es el cuidado que una persona hace de forma informal, es decir, cuidar a un familiar, vecino, etc.
- 2) Cuidado entre todos (cuidarnos): son aquellas acciones organizadas y desarrolladas en cooperación de un grupo, familia o comunidad para procurar el bienestar en común. Por ejemplo, la limpieza de alcantarillas, el reciclar la basura, cuidado del agua, etc.
- 3) Cuidado de sí (cuidarme): refiriéndose al autocuidado personal integrado por todas las medidas adoptadas por uno mismo.

Como se menciona anteriormente el cuidado es en comunidad, en grupo e individual además de estar presente en nuestra vida diaria, sin embargo, quien se hace cargo y decide cuidarse es uno mismo es así como el autocuidado Tobón y García (2004) lo definen como “las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud” (p.33).

Otra concepción es la que se tiene en el continente americano, considerándolo como:

Las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. También se define como las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas (Lange, Urrutia, Campos, Gallegos, Herrera, Jaimovich, Luarte y Fonseca, 2006, p.17).

Lo anterior nos permite distinguir que igualmente como mencionó Tobón y García, el autocuidado son las acciones y prácticas que realiza una persona para beneficiar su salud, sin embargo, otra idea que aporta la cita anterior es que también promueve conductas saludables tanto para prevenir enfermedades y cuando la enfermedad ya está instalada.

Por tanto, algunas prácticas del autocuidado son:

Alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescriptores de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, dialogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos (OMS y OPS, citado en Tobón y García, 2004,p.33.).

Tobón y García (2004) mencionan que el autocuidado tiene algunos principios, los cuales a continuación se mencionan:

- ❖ Es un proceso voluntario y una responsabilidad.
- ❖ Engloba un sistema formal (el sistema de salud) y un sistema informal (apoyo social).

- ❖ Las personas lo llevan a cabo con la idea de mejorar su salud.
- ❖ El autocuidado necesita de un desarrollo personal que se da por medio del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación y la resiliencia, en la siguiente tabla se explican cada uno de ellos:

| Aspectos para el desarrollo personal | |
|---|--|
| Autoconcepto | <p>Son las creencias que uno tiene de sí mismo manifestándose en las conductas. Hay dos aspectos que se vinculan con éste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoimagen. Es el esquema que tenemos en nuestra mente de nosotros mismos. ❖ Autoeficacia. Son las creencias de nuestras capacidades para conseguir nuestros propósitos. |
| Autoestima | <p>Es el valor que nos damos de sí mismos, expresada como sentimiento y por medios de hechos, nace del autoconcepto y se construye con las opiniones de los demás.</p> |
| Autoaceptación | <p>Reconocerse a sí mismo como persona que tiene cualidades y defectos, de esta manera ayuda a que se acepten las características que son difíciles de modificar.</p> |
| Autocontrol | <p>Es la capacidad para controlar las decisiones, el control juega un papel muy importante en el autocuidado, donde existe el control interno (creencias, la capacidad para influir en el entorno y en la salud) y el control externo.</p> |
| Resiliencia | <p>Es “la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado” (Grotberg, citado en Tobón, 2004 p. 35). Brinda a las personas poder enfocar lo que las protege ante las adversidades para que de esta forma activen sus fortalezas y recursos para combatirlas.</p> |

Tabla 4. Aspectos para el desarrollo personal.

Fuente: Adaptado de Tobón, 2004, p.35-36.

La enfermera Dorotea Orem postuló su teoría del autocuidado, donde el autocuidado es “la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y bienestar” (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar 2015, p.11). Esta teoría lo considera como una conducta, es decir, es un comportamiento que aprende la persona y una acción intencionada

(busca un objetivo), además la persona que realiza su autocuidado lo denominó agente.

Lo anterior supone que la persona previamente hace una reflexión o juicio sobre la situación presente, para poder tomar una o varias decisiones de manera voluntaria de acuerdo a lo que crea que satisface o beneficia sus necesidades. Por ejemplo: el paciente con artritis al realizar ejercicio sabrá que lo hace para obtener que sus articulaciones sean más flexibles, para sentirse mejor, entre otras razones más.

También la teoría menciona que existen factores internos y externos básicos que generan el autocuidado, donde los internos se caracterizan porque son propios de la persona y voluntarios y los externos es todo aquello que rodea a la persona. En la siguiente tabla se pueden mostrar los factores:

| Factores que determinan el autocuidado | |
|---|--|
| Factores internos | Factores externos |
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Conocimientos. Influyen en la adopción de estilos de vida saludables, porque ayuda a tomar decisiones informadas y decidir por prácticas saludables o de riesgo. ❖ Voluntad. Cada persona tiene creencias, una historia de vida, costumbres, experiencias, etc. por lo que tiene estilos de vida diferentes. ❖ Actitudes. Están relacionadas con los valores, principios y la motivación por lo que son el resultado del “convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor y en contra, ante una situación determinada” (Tobón, 2004.p.39). | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cultural. Generalmente es difícil adquirir nuevos conocimientos y prácticas porque los comportamientos están vinculados con las creencias y tradiciones. ❖ De género. El autocuidado está influido por hacer diferencias entre las mujeres y los hombres. ❖ Físico, económico, político y social. Para realizar prácticas saludables se requiere de recursos económicos, de vivienda (agua potable, drenaje, etc.) y contar con apoyo de las instancias de salud. |

| | |
|---|--|
| <p>❖ Hábitos. Es la repetición de una conducta para dar respuesta a una situación. Por ejemplo: dormirse temprano diariamente.</p> | |
|---|--|

Tabla 5. Factores que determinan el autocuidado.

Fuente: Adaptado de Tobón, 2004, p.38-41.

También Orem postuló que hay requisitos (objetivos) que pretende lograr el autocuidado (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar 2015, p.11):

- ❖ Requisito de autocuidado universal. Son similares a las necesidades básicas de la persona ya que se dan en todas la etapas vitales, porque son necesarios para mantener la vida, el bienestar y la integridad funcional (alimentación, dormir, etc.), de esta forma engloba los aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.
- ❖ Requisito de autocuidado de desarrollo. Se caracterizan por darse de acuerdo a la etapa vital de la persona y a las condiciones en la que se encuentra la persona, tienen como finalidad ayudar a la maduración y desarrollo humano.
- ❖ Requisito de autocuidado de desviación de salud. Están presentes cuando la persona padece una enfermedad (engloba el tratamiento, cuidados prescritos y las procesos diagnósticos, etc.), discapacidad o lesión. Su objetivo es controlar los efectos de la enfermedad.

En los anteriores requisitos podemos ver que el de desviación de la salud incluye cuando la persona padece una enfermedad y en esta situación el paciente tendrá que cumplir nuevas acciones para su autocuidado, a esto Orem lo nombró demanda de autocuidado terapéutico, a continuación se enlistan algunas de estas acciones que tiene que llevar a cabo:

- ❖ Localizar ayuda profesional y por tanto asegurarla.
- ❖ Estar pendiente y ocuparse sobre los efectos que tiene la enfermedad sobre la capacidad funcional.

- ❖ Transformar el autoconcepto y la autoimagen para que la persona acepte que es una persona que tiene una enfermedad y necesita de cuidados específicos.
- ❖ Realizar de forma eficaz diagnóstico, tratamiento y rehabilitación establecidas por el personal de salud.
- ❖ Aprender a vivir con la enfermedad y modificar el estilo de vida.

Sin embargo, los pacientes pueden tener problemas o no realizar las anteriores acciones afectando su conducta del autocuidado (déficit para el autocuidado), debido a las emociones que le provocan la enfermedad y por su limitación de capacidad funcional.

Por eso es importante que las personas pongan en práctica las acciones adecuadas para cuidar de sí mismos lo anterior llamado agencia (capacidad) de autocuidado. Ya que si bien ésta “es la compleja capacidad adquirida para satisfacer los requisitos del cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la salud, el bienestar y el desarrollo humano” (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar 2015, p.18.).

La agencia de autocuidado está integrada por un conjunto de aspectos que ayudan a la persona para su autocuidado: habilidades para estar enfocado en los determinantes internos y externos, para controlar el cuerpo (los movimientos), para tomar decisiones, para aprender el conocimiento técnico y para integrar las acciones de autocuidado en la vida diaria. También incluye la motivación y obtener habilidades de cognición, percepción, de práctica y de comunicación, es por eso que:

El autocuidado es una acción que resulta del aprendizaje y crecimiento vital producidos por las experiencias como cuidador de sí mismo y de quienes forman parte de su entorno. Por ello cobra auge como concepto educativo, con gran potencial para influir positivamente en el estilo de vida de las personas (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar, 2015, p.25.).

Por tanto el autocuidado son las prácticas y conductas saludables que realiza la persona para cambiar sus estilos de vida, obtener bienestar y una mejor calidad de vida, el cual requiere apoyo de la pedagogía ya que se necesita de métodos educativos apropiados para contribuir a que las personas adquieran la responsabilidad de su autocuidado.

3.4 Educación emocional.

Para comenzar hablaremos de las emociones, las cuales “son un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (Bisquerra, 2003, p.12).

Bisquerra (2003) menciona que existen tres elementos que conforman una emoción: neurofisiológico que consta de respuestas involuntarias como son sudoración, ruboración, taquicardia, cambios de respiración, entre otros más, sin embargo, pueden agravarse y provocar daños en la salud.

Otro elemento es el comportamiento que integra las expresiones faciales, movimientos del cuerpo, etc. Y por último “las emociones guardan una estrecha relación con los procesos cognitivos (memoria, atención, concentración, toma de decisiones, etc.) que tienen lugar en los procesos de enseñanza-aprendizaje” (Ortega, 2010, p.465.).

Hay emociones negativas que se caracterizan por englobar sentimientos que no son agradables, se valora una situación que nos puede dañar y tenemos que atravesar diferentes situaciones para afrontarla, por ejemplo: el miedo, la ira y la tristeza. Y las emociones positivas que son sentimientos agradables, describiéndose: como determinadas situaciones vistas como un beneficio, porque duran muy poco tiempo y generalmente no tenemos que pasar por situaciones difíciles para afrontarlas, alguna de ellas es la felicidad.

Las emociones positivas son primordiales para el estado de salud ya que impactan en la aparición, alteración y recuperación de la enfermedad. Y las

emociones negativas pueden propiciar enfermedades porque provocan que las defensas del cuerpo se disminuyan (Perea, 2009).

Una persona enferma presenta comúnmente emociones como la ansiedad y el miedo (al dolor, daño corporal y a la muerte), la agresividad y rabia como respuesta a las limitaciones y frustraciones que la enfermedad le da al cuerpo, cabe mencionar que el grado de estas emociones varía de acuerdo al paciente.

Generalmente para contrarrestar estas emociones un paciente aplica mecanismos de defensa, los cuales son reacciones inconscientes que evitan que le afecte diversas situaciones. Algunos de ellos son (Ballano y Esteban, 2005):

- ❖ Represión. Se caracteriza por rechazar lo que está sintiendo
- ❖ Negación. Hay existencia de ignorancia y no aceptación de la realidad, ya sea que sea pasajera o permanente.
- ❖ Regresión. Se actúa como si se estuviera en etapas de desarrollo anteriores. Por ejemplo: un adulto se comporta como un adolescente.
- ❖ Racionalización. Caracterizado porque el paciente razona el problema y da explicaciones que generen disminución de la ansiedad.

Lo anterior nos permite ver que existe la necesidad de implementar una educación emocional, para que los pacientes puedan mejorar positivamente en los diferentes aspectos de su vida, por ejemplo: en su autoestima, la cual se ve afectada y tienen mayor cantidad emociones negativas (Bisquerra, 2010).

Por tanto, la educación emocional es el:

Proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral. Para ellos se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social. (Bisquerra, 2000, p.243)

Como se observa en esta conceptualización, la educación emocional es un proceso que debe estar presente durante los primeros años de vida hasta los últimos, además le brinda a la persona las habilidades y conocimientos para afrontar las situaciones de la vida, por ejemplo: en este caso cuando hablamos de una enfermedad.

Es importante que cada persona reciba una educación emocional ya que si bien Jaques Delors (citado en Bisquerra, 2003) indica que hay cuatro pilares de la educación: aprender a hacer, aprender a conocer, aprender a vivir juntos y aprender a ser, realizándose en menor cantidad el aprender a vivir juntos y aprender a ser, por tal motivo es esencial que todas las personas lleven a cabo estos dos pilares para que puedan vivir en armonía.

Algunos de los objetivos de la educación emocional son:

- ❖ Desarrollar un mejor conocimiento propio de las emociones.
- ❖ Saber identificar las emociones de las personas que nos rodean.
- ❖ Adquirir la habilidad para regular las emociones.
- ❖ Prevenir lo que propician las emociones negativas.
- ❖ Aprender la habilidad para generar emociones positivas.
- ❖ Aprender a automotivarse.
- ❖ Tener una actitud positiva.
- ❖ Desarrollar las competencias emocionales.

En suma la educación emocional tiene como objetivo aprender a conocerse a uno mismo y a los demás, también brinda una mayor probabilidad de prevenir enfermedades y si ya se padece alguna, disminuir su impacto, adoptar estilos de vida más saludables y enfrentar problemáticas que propician el estrés.

Como ya se mencionó, uno de los objetivos de la educación emocional es que la persona adquiera competencias emocionales siendo las siguientes (Bisquerra y Pérez, 2012; Bisquerra, 2003):

1. Conciencia emocional. Integra la autoobservación y la observación a las demás personas, logrando conocer las propias emociones y las de los demás.
2. La regulación emocional. Consiste en dar una respuesta apropiada a las emociones que tenemos, es el equilibrio entre la represión y el descontrol, por ejemplo: la tolerancia a la frustración, manejar la ira, contar con diferentes habilidades para enfrentar situaciones de riesgo, etc. Algunas técnicas utilizadas son: control del estrés (relajación), autoafirmaciones positivas, imaginación emotiva, entre otras.
3. La autonomía emocional o autogestión. Es la capacidad que adquiere la persona para que no le afecten las situaciones negativas de su entorno, requiriendo de:
 - ❖ Autoestima: Tener una imagen positiva de sí mismo.
 - ❖ Actitud positiva: sentirse optimista y afrontar las situaciones diarias.
 - ❖ Auto eficiencia emocional: aceptar uno mismo nuestras emociones.
 - ❖ Automotivación: la capacidad de implicarse a diferentes actividades de la vida (personal, social, tiempo libre, etc.).
 - ❖ Responsabilidad: integrar a nuestra vida comportamientos seguros, éticos y saludables.
4. Las habilidades sociales. Son las que ayudan a facilitar las relaciones interpersonales, integra la :
 - ❖ Escucha activa es poner atención a lo que está diciendo otra persona, pero sin brindarle alguna crítica o hacer un juicio.
 - ❖ Empatía. Se da a partir de la escucha activa e implica la capacidad de comprender lo que otra persona siente. Brinda a la persona: el desarrollo de su personalidad, estimula el diálogo crítico por medio de las propias experiencias y ayuda que la persona se acepte a sí misma (Palmar, 2014).
5. Las competencias para la vida y el bienestar. Son habilidades, actitudes y valores que dan como resultado el bienestar tanto individual y en grupo, engloba:

- ❖ Solución de conflictos. Refiriéndose a resolver los problemas interpersonales con prudencia.
- ❖ Negociación. Resolver problemas considerando las ideas y sentimientos de los demás.
- ❖ Fluir. Generar experiencias buenas en la vida.

La inteligencia emocional (IE), siendo uno de los fundamentos de la educación emocional ayuda a mejorar la salud tanto física y mental, disminuye los conflictos en las relaciones interpersonales, aumenta la empatía, reduce el estrés y aumenta el bienestar de la persona.

La inteligencia emocional es entendida como:

El conjunto de habilidades que sirven para expresar y controlar sentimientos de la manera más adecuada en el terreno personal y social, puesto que es fundamental conectar las emociones con uno mismo, saber qué es lo que una persona siente y poder verse a sí mismo y a los demás de forma objetiva y positiva (Goleman, citado en Ortega, 2010, p.446.)

La IE permite a la persona que maneje de manera adecuada sus emociones, además de aprender a interpretarlas y relacionarse con las demás personas, dándoles como beneficio disfrutar todos los aspectos de la vida, (se sienten satisfechas, eficientes, adoptan o modifican hábitos que ayudarán a mejorar su productividad y calidad de vida).

Goleman (citado en Bisquerra, 2003) menciona que la IE persigue:

- ❖ Conocer las emociones de uno mismo. Reconocer y tener conciencia cuando ocurren nuestras emociones.
- ❖ Manejo de las emociones. Tener la habilidad para manejar nuestros sentimientos para que los expresemos de manera adecuada (aminorar las expresiones de la ira o irritabilidad).
- ❖ Motivarse. Las emociones desenlazan una acción, por eso hay vinculación de las emociones y la motivación.

- ❖ Reconocer las emociones de los demás. Tener empatía ayuda a identificar lo que los demás necesitan.
- ❖ Establecer relaciones. Para tener buenas relaciones se necesitan conocer las propias emociones.

Fernández, Berrocal y Ramos (citados en Vivas, Gallego y González, 2007) mencionan que la IE comprende tres procesos:

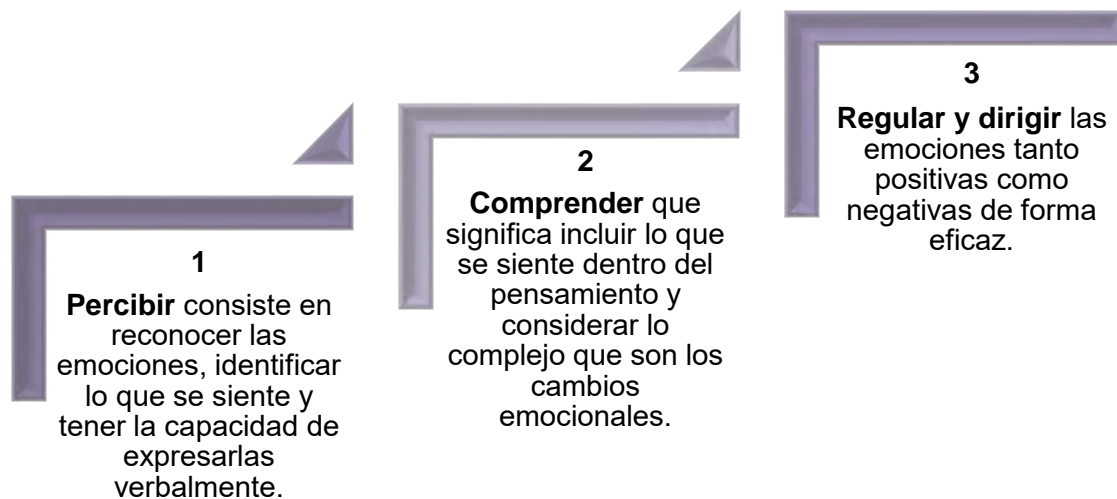


Figura. 3. Proceso de la Inteligencia emocional.

Fuente: Adaptado de Vivas, Gallego y González, 2007.

Como se puede observar la IE se enfoca en las emociones, centrándose en que la persona aprenda a conocer y manejar éstas, además, menciona la necesidad de la motivación ya que propicia generalmente que tengamos emociones positivas hacia nosotros mismos y con las demás personas.

En suma, la educación al paciente, el autocuidado y una educación emocional, son tres elementos fundamentales para que el paciente vea la realidad en la que está viviendo, es decir aceptar que en su cuerpo hay una enfermedad que forma parte de su vida la cual debe tratar para llevar una mejor calidad de vida.

Capítulo 4. Propuesta del Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide.

En este capítulo se dará la introducción del Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide, así como la exposición de algunas intervenciones educativas que fueron destinadas a los pacientes, esto con la finalidad de determinar los temas que se abordarán en el programa.

Además se explicarán las características de los destinatarios, el objetivo, la metodología, los recursos humanos y los materiales, la duración, la programación de sesiones, la evaluación del programa y una carta descriptiva.

4.1 Introducción.

Para elaborar el programa, considero pertinente retomar lo que menciona Gallar (2006), expresando que un programa de intervención educativa para la salud engloba plantearse objetivos y estrategias para estimular en las personas conductas de salud que las lleven a estilos de vida saludables aun cuando esté presente o no una enfermedad.

Además debe tener como base cinco elementos: el racional refiriéndose al conocimiento, el emocional que es la intensidad de las emociones y sentimientos, el práctico que se enfoca en la habilidad que tiene la persona para realizar nuevos comportamientos, el interpersonal refiriéndose a las relaciones sociales y por último el elemento de los contextos de las conductas, siendo el social, jurídico, económico y tecnológico.

Por lo tanto, considero que el programa estará basado en los cinco elementos anteriores, siendo los siguientes:

- ❖ Racional: se les brindará a los pacientes información pertinente acerca de la artritis reumatoide.
- ❖ Educación emocional: se les proporcionará ayuda emocional a los pacientes, respecto a:
 - Conciencia emocional.

- Autonomía emocional: autoestima, actitud positiva, automotivación y responsabilidad.
- ❖ Elemento práctico: que consistirá en que el paciente realice todas las técnicas que le sean necesarias para que controle y aprenda a vivir con la enfermedad.
- ❖ Aspecto interpersonal: realizará actividades que ayudarán a tener empatía y saber escuchar.
- ❖ Aspecto de las conductas: que consiste en apoyar al paciente a adoptar un nuevo estilo de vida.

Además, este programa estará formado por los elementos siguientes, siendo generalmente los que contiene un programa de intervención educativa, Gallard (2006):

1. Destinatarios: tipo de personas a la que se dirigirá el programa.
2. Objetivos: qué se pretende lograr con dicho programa, qué habilidades y actitudes obtendrán los destinatarios.
3. Método: qué y cómo se va a hacer, englobando:
 - El tipo de actividad; charlas, taller, curso, etc.
 - Recursos humanos. Los profesionales que apoyarán este programa.
 - Recursos materiales.
 - Tiempo/Duración.
4. Programación secuenciada de actividades. La descripción de las actividades, especificando su nombre, duración, lugar, responsables, etc.
5. Bibliografía.

4.2 Educación brindada a los pacientes con artritis reumatoide.

Como se ha venido mencionando, los pacientes al enfrentar la artritis reumatoide caracterizada principalmente por presentar altos niveles de dolor y discapacidad, traen como consecuencia que el paciente se adapte a nuevas

formas de vivir, se genera una reacción de temor y preocupación y generalmente la mayoría no recibe información y las acciones que necesitan para poder controlar su enfermedad.

Si vemos lo contrario de lo que se mencionó anteriormente, refiriéndome a que si el paciente cuenta con información y técnicas para poder vivir con su enfermedad existe la posibilidad de permitirle que adopte un estilo de vida saludable, caracterizado por integrar un cambio de conducta y cooperación hacia su tratamiento, en sí que puedan aprender a incluir la enfermedad a su vida.

Desde los años ochenta del siglo XX, se comenzaron a desarrollar programas de automanejo para personas que padecen artritis, teniendo como base la teoría cognitiva social de Albert Bandura y como objetivo promover la independencia, mantener y cambiar el estilo de vida y ayudar a los pacientes a su estado emocional.

Ante esto, a continuación se hablará sobre algunas intervenciones educativas que se llevaron a cabo con pacientes con artritis reumatoide, las cuales han ayudado a mejorar la vida de los pacientes y algunas harán mención de los temas que abordaron en las intervenciones.

En países como Estados Unidos, Canadá y España se ha llevado a cabo el *Arthritis Self –Management Program (ASMP)* elaborado por Kate Lorig y colaboradores de la Universidad de Stanford, caracterizado por ser un programa de autoayuda y llevado a cabo por dos facilitadores (por un paciente experto y un profesional de salud). Tiene una duración de dos horas semanales durante 6 semanas, dando un total de 12 horas, los contenidos del curso son:

- ❖ Conocimiento sobre la artritis, alimentación saludable e información de los medicamentos.
- ❖ Acciones para mejorar la función y dolor de las articulaciones.
- ❖ Estrategias para disminuir las emociones negativas a través de diferentes técnicas y actividad física.
- ❖ Solución de problemas referentes a la salud.

- ❖ Enseñanza de diferentes ejercicios físicos.
- ❖ Técnicas para mejorar la comunicación con la familia y los médicos y solución de problemas.

Este programa “ha demostrado disminuir las visitas al médico, el gasto sanitario, los niveles del dolor, fatiga, depresión-ansiedad, además de aumentar el conocimiento del paciente, el estado de la salud y las conductas deseables” (Cano, 2014).

Otro estudio llevado a cabo por Escorcia, De Jesús, Pérez, Thulcán, Caballero y Borda (2006) en Colombia, Ciudad de Barranquilla tuvo como finalidad conocer qué tan efectiva fue una intervención educativa realizada en un hospital para pacientes con artritis reumatoide, fue realizada con base en el *Arthritis Self-Management Program (ASMP)*. Se caracterizó por incluir pláticas por parte de un médico, una sesión práctica (retomando el ejercicio físico) y un taller vivencial dirigido por un psicólogo.

Realizaron encuestas a los pacientes y familiares previamente a la intervención, donde uno de los cuestionarios evaluaba los aspectos que les gustaría conocer acerca de la artritis reumatoide, obteniendo como respuesta que los pacientes querían saber: conocimientos acerca de las causas y características de la enfermedad, en qué consiste el tratamiento farmacológico y no farmacológico y acciones para llevar a cabo el autocuidado.

Al término de la intervención educativa realizaron una evaluación, la cual dio como resultado la mejoría en cuanto al conocimiento de la enfermedad y el estado funcional, sin embargo, los investigadores recomiendan que tanto esta intervención y como las demás que se realicen tengan una mayor duración (sesión de tres horas semanales y con un total de 18 horas).

Otra investigación realizada también en Colombia por Cadena et.al. (2002), analizaron el conocimiento que tienen los pacientes (muestra de 448) en cuanto su enfermedad. Demostrando como resultado que la mayoría de ellos tienen poco conocimiento de su enfermedad y sobre los diversos tratamientos que hay, ante

esto los investigadores mencionan que se necesita la realización de programas educativos para los pacientes con artritis reumatoide, que se caractericen por tener una explicación clara y precisa , mostrar ejemplos de situaciones difíciles de la enfermedad y dar a conocer ampliamente conocimientos acerca del tratamiento y los efectos secundarios de los medicamentos.

En otra investigación realizada por Cano (2014) en una Unidad de Gestión Clínica de Reumatología del Hospital Regional de Málaga, tuvo como objetivo evaluar los resultados de una intervención educativa brindada a pacientes con tres enfermedades reumáticas, entre ellas la artritis reumatoide y descubrir si hay mejoramiento en la función física, la adherencia terapéutica y el dolor.

La intervención educativa utilizó demostraciones, sociodramas, exposiciones orales y dinámicas grupales. Los temas vistos fueron: qué es la artritis, tratamiento, conductas saludables y protección articular, tratamiento no farmacológico para el dolor, actividad física y técnicas para la vida diaria. El estudio dio como resultado que la intervención educativa ayudó a mejorar la calidad de vida de los pacientes, la aceptación y afrontamiento al dolor y la aceptación a la enfermedad.

En otro trabajo, llevado a cabo por Werner, et.al (2006), realizaron una evaluación sobre el conocimiento y preocupación que tienen los pacientes chilenos sobre su enfermedad y tratamiento, para brindarles un programa adecuado a sus necesidades.

Se obtuvo como resultado que la mayoría de los pacientes tienen desconocimiento acerca de las características de su enfermedad, ya que no les brindaban la información necesaria, también tuvieron preocupación en cuanto a su tratamiento ya que desconocían si iba a ser eficaz y sobre el estado funcional general de la artritis reumatoide.

Como se puede observar, las anteriores investigaciones nos dejan ver que los pacientes con artritis reumatoide desconocen lo que implica su enfermedad (qué la causa, en qué consisten los tratamientos, cuáles son los efectos secundarios de

los medicamentos, cuál será su estado funcional durante la enfermedad, etc.). Así mismo algunas nos permiten apreciar cómo han ayudado a que los pacientes conozcan más su enfermedad y en algunos aspectos mejoren su calidad de vida.

Salinas, Lugo y Restrepo (2008) proponen que un programa educativo para pacientes con artritis reumatoide necesita estar integrado por los siguientes aspectos:

- ❖ Conocimiento de la enfermedad. Que engloba los daños en las articulaciones, el mecanismo de la inflamación y los tratamientos farmacológicos.
- ❖ Problemas físicos. Saber realizar ejercicios, controlar el dolor y la inflamación y la manera de evitar la inmovilidad.
- ❖ Problemas funcionales. Brindar al paciente lo que debe realizar para que no pierda la habilidad de realizar sus actividades de la vida diaria.
- ❖ Problemas psicosociales. Ayudar al paciente a disminuir las crisis y temores, ayudarle en su autoestima y autoeficacia, en su ámbito laboral en sus relaciones sociales, entre otros aspectos más.
- ❖ Otros. Que incluye la alimentación saludable, seguridad social y sexualidad.

Una investigación referente a la realización de intervenciones educativas en la Ciudad de México, Guadalajara y San Luis Potosí, llevada a cabo por Alcántara, Tejada, Mercado, Lara, y Flores (2004) dieron a conocer resultados favorables.

Realizaron un estudio cualitativo de 88 participantes que padecen enfermedades crónicas entre ellas la artritis reumatoide, el objetivo fue conocer la opinión de los pacientes sobre las intervenciones educativas que se les brindan en la instancia de salud a la que acuden, las cuales están incorporadas a la Secretaría de Salud.

Los pacientes al participar en las sesiones de los grupos que se forman en instancias sanitarias, dijeron que les ayudó a convivir, resolver dudas y compartir sus experiencias provocando en su autoestima una mejoría y que el olvidaran algunas de las consecuencias que les trajo su enfermedad.

También proponían que además de englobar temas como la alimentación les agradaría que incluyan contenidos sobre el cuidado general, la actividad física y las complicaciones de la enfermedad. Asimismo, mencionaron que las intervenciones educativas podrían mejorar si se integrarán profesionales de la educación ya que casi siempre los que intervienen son los médicos y el personal de enfermería.

En la Ciudad de México existe la Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide A.C (AMEPAR) que apoya a los pacientes con artritis, brindándoles información de la enfermedad y atención médica, nutricional y psicológica, además de realizar campañas informativas (talleres y conferencias) e impulsar programas educativos sobre la enfermedad. Por ejemplo durante los meses de abril y mayo del año 2015 brindaron un taller de cuatro sesiones llamado *Herramientas para vivir mejor*, el cual fue impartido por una nutrióloga y se abordaron temas sobre alimentación, motivación y ejercicio físico.

En suma, al analizar las investigaciones anteriores nos brindan un panorama sobre los aspectos que deben ser tomados en cuenta para dar una educación al paciente y logre su autocuidado con el fin de que adquiriera una mejor calidad de vida. Ante esto, considero que los temas pertinentes que se deben incluir en el programa educativo para el autocuidado con artritis reumatoide son los que se muestran en el siguiente cuadro:

| Temas que englobará el Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | | | |
|---|--|--|--|
| | Área Cognitiva | Área emocional | Área de habilidades |
| La artritis reumatoide | | | |
| Artritis reumatoide | <ul style="list-style-type: none"> – Qué es la artritis reumatoide, causas, síntomas y estado funcional. – Complicaciones articulares y extraarticulares. – El control del dolor. | <ul style="list-style-type: none"> – Experiencias sobre la enfermedad. – Aceptación e integración de la artritis reumatoide a la vida. | Acciones para disminuir el dolor articular. |
| Tratamiento farmacológico | | | |
| Tratamiento farmacológico | Efectos secundarios de los medicamentos. | Lograr una actitud positiva ante los efectos secundarios de los medicamentos. | Tomarse los medicamentos a tiempo. |
| Tratamiento no farmacológico | | | |
| Ejercicio físico | <ul style="list-style-type: none"> – Tipos de ejercicios que pueden realizar. – Beneficios de realizar actividad física. | Sentir bienestar y tener mayormente emociones positivas durante la vida diaria. | Ejecución de ejercicios físicos. |
| Alimentación | Aprender a comer saludable. | Reconocer los beneficios de llevar una alimentación saludable. | Llevar a cabo una dieta equilibrada. |
| Cuidados generales | Conocer los dispositivos de ayuda. | Tener en la vida diaria más emociones positivas que negativas. | Uso de los dispositivos de ayuda. |
| Educación emocional | | | |
| Educación emocional | <ul style="list-style-type: none"> – Qué son las emociones. – Tipos de emociones. | <ul style="list-style-type: none"> – Ayudar en la conciencia emocional. – Mejorar la autonomía emocional: autoestima, actitud, y automotivación. | <ul style="list-style-type: none"> – Reconocer las emociones. – Realizar una técnica de relajación. – Saber escuchar. |

Tabla 6. Temas que englobará el Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide.

Fuente: Elaboración propia.

4.3 Destinatarios.

Pacientes con artritis reumatoide que estén asistiendo a las instancias de salud pública (que cuenten con la especialidad en reumatología de la Ciudad de México), los cuales podrán asistir voluntariamente. De preferencia se recomienda que en cada sesión sean máximo 15 participantes.

4.4 Objetivo.

Los pacientes realizarán un plan de autocuidado para obtener una mejor calidad de vida, a través de un taller que estará integrado por diversos conocimientos teóricos y prácticos.

Objetivos específicos.

- Describir la enfermedad artritis reumatoide.
- Incluir en la vida diaria una alimentación saludable, el ejercicio físico y los cuidados generales.
- Distinguir la importancia de tener emociones positivas.
- Realizar un plan de autocuidado.

4.5 Metodología.

El programa está dentro de una educación no formal y se dará por medio de un taller, ya que visto desde un enfoque pedagógico es definido como “una forma de enseñar y sobre todo de aprender, mediante la realización de “algo”, que se lleva a cabo conjuntamente, es un aprender haciendo”¹¹(Ander, 1991, p.10).

Maya (1996) menciona que los objetivos y posibilidades que tiene el taller consisten en lo siguiente:

- ❖ En el proceso de aprendizaje se integra la teoría y la práctica.
- ❖ Se da un aprendizaje integral: aprender a aprender, aprender a hacer y ser.

¹¹Al hablar de aprender haciendo se hace referencia a que el participante en su formación teórica y práctica no únicamente repetirá lo que está aprendiendo, sino realizara algo donde aprenderá haciéndolo.

- ❖ Además de beneficiarse los participantes con conocimientos científicos y técnicos respecto al tema, también tienen un gran enriquecimiento por medio de sus experiencias.
- ❖ Los aprendizajes de los participantes están vinculados con situaciones de su realidad.
- ❖ Impulsa la creatividad, iniciativa y originalidad.
- ❖ Desarrolla la reflexión individual, en grupo y el trabajo en equipo.
- ❖ Promueve en los participantes a investigar.
- ❖ Fomenta la participación activa y responsable.
- ❖ Promueve el liderazgo democrático tanto del facilitador y los participantes.

Como podemos ver son muchos los beneficios de utilizar esta metodología ya que permitirá al paciente que exprese sus dudas y comparta sus experiencias, además de obtener los conocimientos sobre su enfermedad y poder llevar a cabo diferentes técnicas para ésta.

Para lograr el aprendizaje de los pacientes, el programa estará basado en las teorías: cognoscitivista, constructivista y crítica. Los principios teóricos de la teoría cognoscitivista derivan de ideas de Jean Piaget, haciendo énfasis a la experiencia en el proceso educativo, el aprendizaje depende del desarrollo cognitivo y los conocimientos previos de la persona, es decir, es activa investiga para resolver situaciones y reorganiza los conocimientos que ya tenía para producir nuevos.

La teoría constructivista es caracterizada por realizar una renovación pedagógica, exponiendo que la construcción del conocimiento es tanto individual y social y donde el educando tiene un papel participativo, es decir, implica el estado inicial de los educandos (disposición¹² de ciertas capacidades y conocimientos previos), los esquemas del conocimiento (representaciones que se tienen en la realidad, producidas por el contacto con la realidad) y el aprendizaje significativo (la vinculación del nuevo conocimiento con los anteriores) (Coll, citado en Picardo,

¹² La disposición para el aprendizaje se refiere a los aspectos emocionales (grado de equilibrio personal, su autoestima, sus experiencias previas, la capacidad de asumir nuevas metas, etc.), los anteriores necesarios para el conocimiento (Picardo, 2005).

2005). Y la teoría crítica postula que para transformar una persona se necesita que ésta tenga un pensamiento crítico-reflexivo para exponer y realizar nuevas ideas.

Existen teorías o ideas basadas en lo antes mencionado, una que se tomará en cuenta para este programa educativo es la educación liberadora de Paulo Freire, exponiendo que la reflexión es la base principal para que las personas sean conscientes y puedan intervenir en su realidad para lograr un cambio, convirtiendo a el diálogo en un componente primordial para que el aprendizaje sea liberador y transformador.

Es decir, el aprendizaje empieza a través de las situaciones diarias y experiencias personales de una persona, la cual realiza un diálogo de las situaciones que le ayuden a mejorar su realidad, posteriormente lleva a cabo una problematización de las situaciones, reflexiona y por último actúa y obtiene como resultado un cambio personal y social.

Para Freire el aprendizaje se da por medio de la concepción problematizadora que consiste en la liberación del educando y educador, los cuales considera que son capaces de problematizar su relación con lo que los rodea. Si vemos la idea de Freire junto con la educación al paciente, es de gran ayuda para que el paciente identifique “su nueva situación de vida y reconstruir su integridad en la cual la enfermedad crónica tiene su lugar propio” (García y Suarez, 2007 p.19).

También el programa tendrá como base la teoría social de aprendizaje donde uno de los principales autores es Albert Bandura , exponiendo que el aprendizaje consta que la persona procese la información, los datos de la conducta y los acontecimientos que pasan a su alrededor, los cuales se convierten en representaciones simbólicas que sirven como guía para sus actos.

El aprendizaje puede ser en acto o vicario, es decir, en acto porque se aprende a partir de las consecuencias de las acciones que uno mismo realiza. Cuando una conducta es satisfactoria la persona se la queda y cuando una conducta lleva al fracaso se perfeccionan o se desechan (Schunk, 2012).

El aprendizaje vicario se da cuando la persona aprende sin realizar ninguna acción, refiriéndose a que por medio de la observación o escuchar a diferentes modelos (personas, medios electrónicos, impresos, etc.) hacen que el aprendizaje sea más rápido y evita que la persona pase por situaciones desagradables. (Schunk, 2012). Por ejemplo: los pacientes con artritis reumatoide conocerán información referente a las consecuencias que se producen al no tener los cuidados debidos, sin embargo, no precisamente tienen que empeorar para conocer los síntomas.

Bandura menciona que existen cuatro etapas en el proceso de aprendizaje, siendo los siguientes (Schunk, 2012):

1. Atención. La persona observa los acontecimientos que le son relevantes y que necesita para que le sean significativos. Por ejemplo: en el caso de los pacientes lo que pueden observar son cómo mover el cuerpo para realizar los ejercicios físicos y cuidar sus articulaciones.
2. Retención y repaso. Consta de transformar, organizar y estar repasando la información modelada para que se archive en la memoria.
3. Producción. La persona ejecuta lo que visualizó y fue simbólico, donde se puede ver si realmente se han aprendido los comportamientos. Hay conductas complejas que no se aprenden sólo por la observación, sino además por la combinación de modelamiento, práctica y retroalimentación correctiva. Regresando al ejemplo del paciente, en esta etapa se espera que pueda llevar a cabo los ejercicios físicos y las recomendaciones de cómo cuidar sus articulaciones.
4. La motivación. Consiste en hacer el aprendizaje más interesante ya que una persona se ve más entusiasmada cuando realiza acciones modeladas que son importantes, que tienen una destreza o algo que les va ayudar, en si las consecuencias que les brinde sus actos las motivará a crear expectativas y aumentar su autoeficacia. En este caso el paciente al ver que realiza el ejercicio físico y cuida sus articulaciones, tendrá como

resultado mayor movilidad de sus articulaciones y podrá realizar más actividades, por tanto se espera que lo siga realizando.

La autoeficacia como se vio en párrafos anteriores es el juicio que tienen las personas sobre sus capacidades, las cuales son básicas para realizar determinadas acciones para alcanzar un objetivo, por tanto Bandura menciona que el paciente tiene dos tipos de creencias: las creencias que tiene sobre su comportamiento, es decir, los resultados que obtendrá al llevar dicho comportamiento y el segundo que son las creencias que tiene sobre su persona (si podrá lograr su objetivo).

Otra idea que se tendrá como base es el aprendizaje significativo, el cual pretende que la persona relacione nueva información con la que ya tenía, es decir ésta ya tiene experiencias y conocimientos que los relacionará con nuevos, caracterizados por ser complejos y más amplios.

En este sentido se está considerando que el paciente ya tiene algunos conocimientos y experiencias sobre enfermedad, sin embargo, al obtener la nueva información la ampliará o modificará para hacer diferentes acciones que le ayudarán a su autocuidado y logre obtener una mejor calidad de vida.

4.6 Recursos.

❖ Recursos humanos.

Se recomienda que el programa sea brindado por pedagogos, los cuales deberán estar presentes a lo largo del programa, sin embargo, también podrán asistir el personal de enfermería, trabajadores sociales y se propone la colaboración de psicólogos (área emocional), fisioterapeutas (por la realización de ejercicios físicos) y un nutriólogo(a).

❖ Recursos materiales

En cuanto a los recursos materiales se necesitará de un salón que esté integrado por pupitres o sillas con mesas, además se recomienda que cuente con un proyector y lap top, rotafolio o pizarrón y plumones.

❖ **Recursos didácticos.**

Se utilizarán herramientas audiovisuales (videos e imágenes impresas), un folleto, cuestionarios y formatos de trabajo.

4.7 Duración.

Se propone que el programa sea de ocho sesiones con una duración de dos horas y una sesión de 1:30 horas, dando un total de 17:30 horas, el horario y días lo establecerá cada institución sanitaria. Cabe mencionar que para la difusión del programa se recomienda que cada institución se realicen carteles, volantes o en la red social divulgue la información del programa (lugar, horarios, el objetivo y los beneficios).

4.8 Evaluación.

Es necesario observar los cambios respecto a los conocimientos, habilidades, etc. que han obtenido los participantes antes, durante y después del programa, ya que de esta forma se podrán hacer modificaciones. El programa se evaluará en tres etapas:

Se realizará una evaluación diagnóstica, es decir se les brindará un cuestionario (ver anexo 1) a los participantes para identificar sus conocimientos y necesidades de su enfermedad, además de conocer si está dispuesto a cambiar su estilo de vida.

La segunda etapa es la evaluación formativa, donde se realizarán diferentes técnicas durante el trascurso de las sesiones, la mayoría tendrá la finalidad de repasar los temas vistos de cada sesión y en donde implicará la participación voluntaria de los pacientes.

Y la última etapa es la evaluación sumativa caracterizada por demostrar los aprendizajes de los pacientes sobre el programa, en esta evaluación los participantes realizarán su portafolio del plan de autocuidado y contestarán un cuestionario (Anexo 8).

4.9. Programación de actividades por sesión.

| Actividades por sesión | | |
|--|---|--|
| | Objetivos | Temas |
| <p>1ª sesión Duración: 2 horas.</p> | <p>Identificar qué es la artritis reumatoide.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Presentación y encuadre. ♦ Agrupamiento ♦ Evaluación diagnóstica. ♦ Autocuidado y artritis: en qué consisten. ♦ ¿Asistiré al taller? ♦ Cierre |
| <p>2ª sesión Duración: 2 horas.</p> | <p>Explicar los síntomas y complicaciones de la enfermedad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Encuadre ♦ Repaso ♦ Mi experiencia: diagnóstico y síntomas. ♦ Complicaciones de la artritis. ♦ Técnicas para disminuir el dolor de las articulaciones. ♦ Cierre |
| <p>3ª sesión Duración: 2 horas.</p> | <p>Reafirmar las características de los fármacos que ingieren.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Encuadre ♦ Repaso ♦ Efectos de los fármacos. ♦ Mi experiencia: fármacos. ♦ Mi consulta médica. ♦ Cierre |
| <p>4ª sesión Duración: 2 horas.</p> | <p>Diferenciar los beneficios de la actividad física y los tipos de ejercicios físicos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Encuadre ♦ Repaso ♦ Importancia del ejercicio físico. ♦ Mi experiencia: ejercicio físico. ♦ Plan de ejercicios físicos. ♦ Cierre |
| <p>5ª sesión Duración: 2 horas.</p> | <p>Analizar la importancia de llevar una alimentación saludable.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Encuadre ♦ Repaso ♦ Tipos de alimentos. ♦ Alimentación saludable. ♦ Hidratación saludable. ♦ Comienzo del plan de alimentación. ♦ Cierre |

| | Objetivos | Temas |
|---|--|---|
| 6ª sesión Duración: 2 horas. | Asumir un plan de alimentación saludable. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Encuadre ♦ Repaso ♦ Plan de alimentación. ♦ Cierre |
| 7ª sesión Duración: 1:30 horas. | Adaptar los cuidados generales a su vida diaria. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Encuadre ♦ Repaso ♦ Cuidados generales. ♦ Mi experiencia: cuidados generales. ♦ Cierre |
| 8ª sesión Duración: 2 horas. | Distinguir las diferentes emociones y definir lo que piensan acerca de ellos mismos. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Encuadre ♦ Repaso ♦ Habilidades para la vida y las emociones. ♦ Manejo de las emociones: autoestima y autoconciencia. ♦ Cierre |
| 9ª sesión Duración: 2 horas. | Realizar una técnica de relajación y un plan de autocuidado. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Encuadre ♦ Cómo me sentí. ♦ Técnica de relajación. ♦ Evaluación sumativa. ♦ Plan de autocuidado ♦ Evaluación del taller. ♦ Cierre |

Tabla 7. Programación de actividades por sesión.

Fuente: Elaboración propia.

4.10 Carta descriptiva

A continuación se muestra la carta descriptiva, la cual engloba el objetivo de la sesión, los temas a tratar, el objetivo por tema, los recursos materiales, la evaluación y la duración de cada técnica o actividad, además de la descripción de las técnicas y actividades utilizadas.

1ª sesión. Artritis reumatoide.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Artritis reumatoide | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores(as) sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 2 horas (120 min). |
| Objetivo: Identificar qué es la artritis reumatoide. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación |
|----------------|--------------|---|--|-----------------------------------|--|------------------------------|
| Parcial | Total | Presentación y encuadre. | Conocer a los mediadores y en qué consistirá el programa. | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Rotafolio o pizarrón -Proyector -Lap top -Sillas -Cuestionarios. -Bolígrafos. | |
| 10 min | 10 min | | | | | |
| 40 min | 50 min | Agrupamiento | Conocer a los demás participantes. | Técnica: presentación individual. | | |
| 15 min | 65 min | Evaluación diagnóstica. | Escribir lo que les gustaría aprender sobre su enfermedad. | Cuestionario ¹³ | | Cuestionario/ Diagnóstica |
| 20 min | 85 min | Autocuidado y artritis: en qué consisten. | Distinguir en qué consiste el autocuidado, la artritis, sus causas y el estado funcional de la enfermedad. | Técnica: lluvia de ideas. | | |
| 30 min | 115 min | ¿Asistiré al taller? | Expresar las metas que quieren lograr. | Técnica: yo quiero lograr. | | |
| 5 min | 120min | Cierre | | | | |

¹³ Ver (anexo 1).

1ª Sesión.

❖ Técnica: expositiva.

Los mediadores se presentarán ante los pacientes, les darán la bienvenida y les explicarán en qué consistirá el programa, además de indicar que en media hoja pongan su nombre en letras grandes para que sea más fácil de identificarse.

❖ Técnica: presentación individual.

Objetivo.

Conocer a todos los integrantes del grupo.

Descripción.

Uno de los responsables les dirá a los pacientes que se sienten en las sillas formando un círculo, donde cada persona dirá su nombre, a qué se dedica, una cualidad (responsable, optimista, etc.), actividades que les gusta realizar o algo positivo sobre ella.

❖ Técnica: lluvia de ideas.

Objetivo.

Mencionar los conocimientos sobre la artritis reumatoide, sus causas y el estado funcional.

Descripción.

Los mediadores les explicarán en qué consiste el autocuidado y sus características. Posteriormente realizará una lluvia de ideas que consiste en: el responsable preguntará ¿Qué es la artritis?, ¿Qué causas conocen?, etc. para que los pacientes (uno a la vez) mencionen alguna idea o palabra, de esta forma todos expresarán lo que conocen o les han dicho.

Cabe mencionar que no se discuten las ideas que dan los pacientes, solamente se anotan en el pizarrón o rotafolio para tener un control y posteriormente el responsable las pueda retomar para la explicación del tema.

La bibliografía recomendada para los temas a tratar en la sesión son:

Coordinadora Nacional de Artritis. (2009). Vivir con artritis reumatoide. Estudio psicosocial. Recuperado de http://www.conartritis.org/wpcontent/uploads/2014/06/vivir_con_AR_estudio_psicosocial.pdf

Romero J.M. (ed.) (2010). *Artritis reumatoide. Información actualizada para pacientes y familiares*. Recuperado de: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2012/05/informacion_actualizada_pacientes_familiares.pdf

Vélez A.H, Rojas M.W., Borrero R.J y Restrepo M.J. (2012). *Fundamentos de medicina. Reumatología*. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

❖ **Técnica: yo quiero lograr.**

Objetivo.

Reconocer las metas que quieren lograr al terminar el programa.

Descripción.

El responsable les pedirá a los pacientes que mencionen cómo se imaginan cuando termine el programa, en cuanto el aspecto físico, emocional y social. Por ejemplo: se ven caminado un rato por las tardes o ya poder ponerse más fácilmente su ropa, entre otras acciones.

Además les entregará un folder que se convertirá en su portafolio de plan de autocuidado, el cual deberá llevar su nombre y las actividades que se realizarán durante el taller.

❖ **Tarea.**

Objetivo.

Identificar pensamientos o frases positivas que compartirán en la sesión.

Descripción.

El responsable les dirá a los participantes que voluntariamente alguno de ellos lleve una frase o pensamiento positivo para la próxima sesión, para que al inicio de ésta la comparta con sus compañeros. Además el mediador irá recolectando las frases positivas para que al final del programa se las entregue a cada participante y las anexe a su portafolio del plan de autocuidado. Cabe decir que esta tarea será para todas las sesiones a excepción de la última.

2ª sesión. Expresando mis síntomas y complicaciones.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Expresando mis síntomas y complicaciones. | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores(as) sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 2 horas (120 min). |
| Objetivo: Explicar los síntomas y complicaciones de la enfermedad. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación | |
|----------------|--------------|---|--|---------------------------------------|---|------------|-----------------------------------|
| Parcial | Total | Encuadre | Conocer los temas de la sesión y describir su frase positiva. | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Rotafolio o pizarrón -Proyector -Lap top -Sillas -Material de trabajo | | |
| 5 min | 5 min | | | | | | |
| 10 min | 15 min | Repaso | Resumir el tema de autocuidado y artritis: en qué consisten. | Técnica: recordando. | | | Técnica: recordando/ Formativa |
| 40 min | 55 min | Mi experiencia: diagnóstico y síntomas. | Describir su experiencia de su diagnóstico y síntomas. | Técnica: compartiendo mi experiencia. | | | |
| 30 min | 85 min | Complicaciones de la artritis. | Ordenar las complicaciones articulares y extra articulares. | Técnica: expositiva | | | |
| 30 min | 115 min | Técnicas para disminuir el dolor de las articulaciones. | Relatar a través de su experiencia la manera de aminorar el dolor de sus articulaciones. | Técnica: cómo sentirme mejor. | | | |
| 5 min | 120 min | Cierre | | Tarea. | | | |

2ª Sesión.

❖ **Técnica: Recordando.**

Objetivo.

Resumir los temas vistos de la sesión pasada.

Descripción.

El mediador les dirá a los participantes que uno por uno y de manera voluntaria comparta sus respuestas con el grupo de acuerdo a lo que les pregunte, las preguntas serán:

- ¿Qué es la artritis reumatoide?
- ¿En qué consiste el autocuidado?
- ¿Qué causa la artritis?
- ¿Cuál es el estado funcional general de la artritis reumatoide?

❖ **Técnica: compartiendo mi experiencia.**

Objetivo.

Expresar sus vivencias acerca de su diagnóstico y síntomas.

Descripción.

- a) El mediador le entregará un papel a cada paciente, el cual tendrá escrito la mitad de una palabra (pueden ser frases referentes a cualquier tema).
- b) Cada uno de los participantes debe buscar y completar su palabra con otro papel de sus compañeros.
- c) Cuando ya estén en parejas tendrán que contestar las preguntas que el mediador les diga, además de discutir sus respuestas.
- d) Las preguntas son: ¿Cuál es su vivencia sobre el diagnóstico de su enfermedad? y ¿Cuáles fueron sus síntomas?
- e) Posteriormente cada pareja comentará al grupo sus vivencias.

❖ **Técnica: Controlando el dolor articular.**

Objetivo.

Explicar sus experiencias sobre cómo disminuye el dolor de sus articulaciones.

Descripción.

- a) El mediador les dirá a los participantes que mencionen algunos conocimientos o experiencias sobre cómo contrarrestar el dolor articular.
- b) Posteriormente el mediador completará la información con una exposición breve sobre el tema, tomando en cuenta la información que le dieron los participantes.

La bibliografía recomendada para los temas a tratar en la sesión son:

Álvarez B.L. (2003). *El libro de la artritis reumatoide: manual para el paciente.*

Madrid, España: Díaz de Santos.

Romero J.M. (ed.) (2010). *Artritis reumatoide. Información actualizada para pacientes y familiares.* Recuperado de: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2012/05/informacion_actualizada_pacientes_familiares.pdf

❖ **Tarea.**

Objetivo.

Identificar pensamientos o frases positivas que compartirán en la sesión.

Descripción.

El mediador les dirá a los participantes que alguien lleve la próxima sesión una frase o pensamiento positivo, para que la comparta en la sesión siguiente.

3ª Sesión. Conociendo los medicamentos para la artritis.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Conociendo los medicamentos para la artritis. | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 2 horas (120 min). |
| Objetivo: Reafirmar las características de los fármacos que ingieren. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación |
|----------------|--------------|---------------------------|--|---|---|--|
| Parcial | Total | Encuadre | Conocer qué temas se tratarán durante la sesión y revisar la frase positiva. | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Proyector -Lap top -Sillas -Formatos de trabajo. | |
| 5 min | 5 min | | | | | |
| 10 min | 15 min | Repaso | Resumir el tema complicaciones de la artritis. | Técnica: recordando. | | Técnica: recordando/ Formativa |
| 35 min | 50 min | Efectos de los fármacos. | Comparar los fármacos para la artritis. | Técnica: expositiva. ¹⁴ | | |
| 35 min | 85 min | Mi experiencia: fármacos. | Explicar algunas características de los fármacos que toman. | Técnica: la liga del saber. | | Técnica: la liga del saber/ Formativa |
| 30 min | 115 min | Mi Consulta médica | Organizar un plan de una consulta médica. | Técnica: ¿Qué hacer en una consulta médica? | | |
| 5 min | 120 min | Cierre | | Tarea | | |

¹⁴ La bibliografía recomendada para la exposición del tema es:

Romero J.M. (ed.) (2010). *Artritis reumatoide. Información actualizada para pacientes y familiares*. Recuperado de: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2012/05/informacion_actualizada_pacientes_familiares.pdf
 Álvarez B.L. (2003). *El libro de la artritis reumatoide: manual para el paciente*. Madrid, España: Díaz de Santos.

3ª Sesión.

❖ **Técnica: recordando.**

Objetivos.

- Reafirmar el tema de las complicaciones de la artritis reumatoide.
- Mostrar convivencia y comunicación con sus compañeros.

Descripción.

El mediador les dirá a los participantes que formen parejas para que discutan la siguiente pregunta: menciona tres complicaciones extra articulares de la artritis reumatoide. Después de cinco minutos de discusión, el mediador les indicará que una pareja deberá compartir sus respuestas.

❖ **Técnica: la liga del saber.¹⁵**

Objetivo.

Diferenciar los fármacos que ingieren.

Descripción.

- a) El mediador preparará previamente un conjunto de preguntas sobre el tema de los fármacos para la artritis reumatoide.
- b) El mediador les dirá a los participantes que harán un concurso, el cual consiste en que el grupo se divida en dos partes.
- c) Posteriormente se deberá establecer el orden de participación de los equipos y se establecerá un representante de cada equipo. El equipo que responda más preguntas es el ganador, sin embargo, cada equipo tiene un tiempo límite para responder (uno a tres minutos).
- d) Cada respuesta correcta vale dos puntos cuando es contestada por el compañero que le correspondía hacerlo y vale un punto cuando respondieron en su segunda oportunidad. Cuando un equipo no responda correctamente (en su segunda oportunidad), el equipo contrario puede contestar y ganar un punto.

¹⁵ Esta técnica fue retomada del *Manual de Técnicas y dinámicas* de Gómez Hernández M.

- e) El mediador es quien indica si es correcta o incorrecta la respuesta y se recomienda que escriba en el pizarrón o rotafolio la puntuación de cada uno de los equipos.

❖ **Técnica: ¿Qué hacer en una consulta médica?**

Objetivo.

- Realizar tanto grupal como individualmente un formato para planear una consulta médica.
- Mostrar convivencia y comunicación con sus compañeros.

Descripción.

- a) El mediador comenzará a realizar una lluvia de ideas acerca de qué es lo que realizan los pacientes antes y durante su cita médica, posteriormente complementará el tema con una breve exposición, englobando temas como: recomendaciones a la hora de asistir a una consulta, la importancia de la comunicación médico-paciente, etc.
- b) Posteriormente se les entregará una hoja a cada quien para que realice su propio formato y organice las ideas o preguntas que le hará a su médico a la hora de su consulta.
- c) Al finalizar cada participante expondrá su formato y porque decidió hacerlo de esa manera.

❖ **Tarea.**

Objetivo.

Identificar pensamientos o frases positivas que compartirán en la sesión.

Descripción.

El mediador les dirá a los participantes que alguien lleve la próxima sesión una frase o pensamiento positivo.

4ª sesión. Comenzando a ejercitarme.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Comenzando a ejercitarme | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores(as) sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 2 horas (120 min). |
| Objetivo: Diferenciar los beneficios de la actividad física y los tipos de ejercicios físicos. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación | |
|----------------|--------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|---|------------|---------------------------------|
| Parcial | Total | Encuadre | Conocer qué temas se verán en la sesión y revisarán la frase. | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Proyector -Lap top -Sillas -Rotafolio o pizarrón -Folletos -Bolígrafos -Tapetes | | |
| 10 min | 10 min | | | | | | |
| 10 min | 20 min | Repaso | Resumir el tema efectos de los fármacos. | Técnica: recordando. | | | Técnica: recordando/ formativa. |
| 25 min | 45 min | Importancia del ejercicio físico. | Diferenciar los beneficios de los diferentes ejercicios físicos. | Técnica: expositiva. ¹⁶ | | | |
| 40 min | 85 min | Mi experiencia: ejercicio físico. | Practicar algunos ejercicios físicos. | Yo puedo ejercitarme. | | | |
| 30 min | 115 min | Plan de ejercicios físicos. | Elaborar su plan de ejercicios físicos. | Construyendo mi plan de ejercicio. | | | |
| 5 min | 120 min | Cierre | | Tarea | | | |

¹⁶ Al término de la sesión se les brindará a los pacientes un folleto acerca del tema. Ver **(anexo 2)**.

4ª Sesión.

❖ Técnica: recordando.

Objetivo.

Explicar las características de los tipos de fármacos para la artritis reumatoide.

Descripción.

El responsable les hará dos preguntas a los participantes, cabe mencionar que la respuesta es voluntaria y una persona a la vez contestará, las preguntas son:

1. ¿Qué características tienen los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad?
2. ¿Cuáles son los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos? y ¿para qué sirven?

❖ Yo puedo ejercitarme.

Objetivos.

- Realizar algunos ejercicios físicos.
- Mostrar participación, convivencia y comunicación.

Descripción.

En esta sesión estará presente uno o dos fisioterapeutas que les enseñarán a realizar a los pacientes algunos ejercicios físicos, además de mencionarles cada cuando los pueden realizar, precauciones, etc.

❖ Construyendo mi plan de ejercicios físicos.

Objetivo.

Elaborar su plan de ejercicios físicos.

Descripción.

Los pacientes realizarán un plan de ejercicios físicos basándose en el formato que se les proporcione y con ayuda de los fisioterapeutas (**anexo 3**). Es importante mencionar que se les recomendará a los pacientes que le den seguimiento a su plan de ejercicio físico.

❖ **Tarea.**

Objetivo.

Identificar pensamientos o frases positivas que compartirán en la sesión.

Descripción.

El mediador les dirá a los participantes que alguien lleve la próxima sesión una frase o pensamiento positivo.

5ª sesión. Aprendiendo acerca de la alimentación saludable.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Aprendiendo acerca de la alimentación saludable | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores(as) sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 2 horas (120 min). |
| Objetivo: Analizar la importancia de llevar una alimentación saludable. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación |
|----------------|--------------|------------------------------------|---|--|--|--------------------------------------|
| Parcial | Total | Encuadre | Conocer que temas se abordarán en la sesión y revisarán la tarea. | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Sillas Proyector -Lap top -Formatos de trabajo - Bolígrafos. | Técnica: recordando/ formativa |
| 5 min | 5 min | | | | | |
| 15 min | 20 min | Repaso | Resumir el tema importancia del ejercicio físico. | Técnica: recordando. | | |
| 25 min | 45 min | Tipos de alimentos. | Categorizar los diversos grupos de alimentos que hay. | Técnica expositiva. | | |
| 25 min | 65 min | Alimentación saludable. | Distinguir en que consiste el plato del buen comer. | Video | | |
| 20 min | 85 min | Hidratación saludable | Analizar en que consiste la jarra del buen beber. | Video | | |
| 30 min | 115 min | Comienzo del plan de alimentación. | Cuestionar la alimentación que deben realizar. | Técnica: Decidiendo cambiar mi alimentación. | | |
| 5 min | 120 min | Cierre | | Tarea | | |

5ª sesión

❖ **Técnica. Expositiva.**

El responsable les dará la bienvenida por asistir a la quinta sesión, mencionará los temas que se verán, presentará a la nutrióloga(o) que estará en esta sesión y la sexta sesión, además de revisar la frase positiva.

❖ **Técnica: recordando.**

Objetivo.

Elaborar un mapa conceptual acerca del ejercicio físico.

Descripción.

- a) El mediador les pedirá a los pacientes que participen para completar un mapa conceptual que estará en el rotafolio o en el pizarrón (**anexo 4**).
- b) El mediador guiará al grupo para que cada paciente pase voluntariamente a colocar una frase o palabra del mapa conceptual.

Al ser completado el mapa conceptual, el mediador lo explicará brevemente.

❖ **Video del plato del buen comer.**

Objetivos.

- Analizar en qué consiste el plato del buen comer.
- Mostrar participación y comunicación.

Descripción.

El mediador proyectará un video¹⁷ que explicará el plato del buen comer, al término de éste el nutriólogo(a) abordará más a fondo el tema, sin embargo, podrá realizar preguntas referentes al video, algunas preguntas pueden ser:

¿Qué observaron en el video?

¿Qué tipos de alimentos consumen más a diario?

¿Qué mensaje nos brinda el video?

¹⁷ Cruzada Nacional. [Cruzada Nacional]. (2012, mayo18).El plato del buen comer. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=nsCg9YHLFv4>

❖ **Video de la jarra del buen beber.**

Objetivo.

Analizar en qué consiste la jarra del buen beber.

Descripción.

El mediador proyectará un video¹⁸ que explicará qué es la jarra del buen beber, al término de este, el nutriólogo(a) abordará más a fondo el tema, sin embargo, realizará preguntas al grupo referentes al video, algunas pueden ser:

¿Qué observaron en el video?

¿Cuántos litros de agua beben al día?

¿Qué mensaje muestra el video?

❖ **Técnica: decidiendo cambiar mi alimentación.**

Objetivos.

- Mostrar participación y comunicación tanto individual y grupal.
- Diferenciar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas al momento de llevar una alimentación saludable.

Descripción.

El mediador les entregará a cada uno de los participantes un formato de análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) personal de su situación actual (**anexo 5**), respecto a cuando comienzan una alimentación saludable, con la finalidad de que ellos tomen conciencia sobre lo que pueden cambiar o reforzar para llevar una alimentación sana.

❖ **Tarea.**

Objetivo.

Identificar pensamientos o frases positivas que compartirán en la sesión.

Descripción.

El mediador les dirá a los participantes que alguien lleve la próxima sesión una frase o pensamiento positivo.

¹⁸ Cruzada Nacional. [Cruzada Nacional]. (2012, mayo18). Jarra del buen beber. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=GqD_9-pElk0

6ª sesión. Mi plan de alimentación.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Mi plan de alimentación | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores(as) sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 2 horas (120 min). |
| Objetivo: Asumir un plan de alimentación saludable. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación |
|----------------|--------------|-----------------------|--|--------------------------|---|--------------------------------|
| Parcial | Total | Encuadre | Conocer lo que realizarán en esta sesión y el nutriólogo(a). | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Sillas -Bolígrafos -Instrumentos necesarios que utilizará el nutriólogo(a). | |
| 5 min | 5 min | | | | | |
| 20 min | 25 min | Repaso | Recordar los temas vistos de la sesión pasada. | Técnica: recordando. | | Técnica: recordando/formativa. |
| 85 min | 115 min | Plan de alimentación. | Descubrir el plan de alimentación que deben llevar en su vida cotidiana. | Mi plan de alimentación. | | |
| 5 min | 120 min | Cierre | | Tarea | | |

6ª sesión.

❖ Técnica: recordando.

Objetivo.

Destacar los tipos de alimentos que existen y deducir los beneficios de tener una alimentación saludable.

Descripción.

- a) El mediador elaborará previamente diferentes figuras geométricas de diferentes colores, en las que al reverso tendrán preguntas acerca de los temas: tipos de alimentos y alimentación saludable.
- b) Posteriormente el mediador las pegará ya sea en el pizarrón o rotafolio, tomando en cuenta que deben desprenderse fácilmente (se puede utilizar cinta adhesiva).
- c) El mediador solicitará que un participante de forma voluntaria pase a tomar una figura y responda la pregunta que trae al reverso, una vez que la respuesta puede pasar otro y hacer lo mismo, así sucesivamente hasta que las figuras se terminen.

❖ Mi plan de alimentación.

Objetivo.

Asumir el plan de alimentación que el nutriólogo(a) les brinde.

Descripción.

El/la especialista en nutrición les brindará a cada participante su plan de alimentación saludable, cabe mencionar que a los pacientes se les recomendará agendar una cita con un especialista en nutrición ya sea en el mismo hospital o en otro para su seguimiento.

❖ Tarea.

Objetivo.

Identificar pensamientos o frases positivas que compartirán en la sesión.

Descripción.

El mediador les dirá a los participantes que alguien lleve la próxima sesión una frase o pensamiento positivo.

7ª sesión. Cómo cuidarme.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Cómo cuidarme | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 1:30 hrs (90 min). |
| Objetivo: Adaptar los cuidados generales en su vida cotidiana. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación |
|----------------|--------------|-------------------------------------|---|--|--|---|
| Parcial | Total | Encuadre | Conocer el tema de la sesión y revisar la tarea. | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Sillas Proyector. -Lap top | |
| 10 min | 10 min | | | | | |
| 10 min | 20 min | Repaso | Describir como se sintieron la sesión pasada. | Técnica: Cómo me siento con mi nuevo plan de alimentación. | | Técnica: Cómo me siento con mi nuevo plan de alimentación/ formativa |
| 25 min | 45 min | Cuidados generales. | Distinguir los cuidados que deben de tener en su vida diaria. | Técnica: Lluvia de ideas. | | |
| 40 min | 85 min | Mi experiencia: cuidados generales. | Explicar sus experiencias acerca de los cuidados que tienen. | Técnica: Cómo me cuido. | | |
| 5 min | 90 min | Cierre | | Tarea | | |

7ª sesión.

❖ **Técnica: Cómo me siento con mi nuevo plan de alimentación.**

Objetivo.

- Mostrar convivencia y comunicación con sus compañeros.
- Expresar cómo se sintieron la sesión pasada y con el nuevo plan de alimentación.

Descripción.

El mediador les preguntará a los pacientes que contesten voluntariamente: cómo se sintieron la sesión pasada, si han llevado a cabo el plan de alimentación y cómo se han sentido.

❖ **Técnica: lluvia de ideas.**

Objetivo.

Destacar los cuidados que tienen en su vida cotidiana.

Descripción.

El mediador les preguntará a los pacientes, ¿qué cuidados llevan en su vida cotidiana? por ejemplo: usar calzado cómodo o el uso de algún dispositivo de ayuda, de esta manera cada participante expresará su idea y el mediador la anotará ya sea en el pizarrón o rotafolio.

Posteriormente el mediador explicará algunas recomendaciones de acciones para que los pacientes lleven una vida mejor y sin dificultades, cabe mencionar que no se discutirán las ideas de los pacientes.

La bibliografía recomendada para los temas a tratar en la sesión son:

Romero J.M. (ed.) (2010). Artritis reumatoide. Información actualizada para pacientes y familiares. Recuperado de: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2012/05/informacion_actualizada_pacientes_familiares.pdf

❖ **Técnica: cómo me cuido.**

Objetivo.

- Fomentar la participación y comunicación.
- Lograr que los pacientes expresen sus ideas acerca de las acciones que realizan para llevar una vida cotidiana mejor.

Descripción.

El responsable les pedirá a los participantes que expresen uno por uno algunas acciones que llevan a cabo para cuidar de su salud, además de mencionar algunos de los dispositivos que ocupan y de qué manera les ayuda y qué les recomiendan a sus compañeros con base en su experiencia, etc.

❖ **Tarea.**

Objetivo.

Identificar pensamientos o frases positivas que compartirán en la sesión.

Descripción.

El mediador les dirá a los participantes que alguien lleve la próxima sesión una frase o pensamiento positivo.

8ª sesión. Reconociendo mis emociones.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Reconociendo mis emociones | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 2 horas (120 min). |
| Objetivo: Distinguir las diferentes emociones y definir lo que piensan acerca de ellos mismos. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación |
|----------------|--------------|---|---|---|--|--|
| Parcial | Total | Encuadre | Conocer los temas que se tratarán. | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Sillas Proyector. -Lap top -Formato de trabajo. | Técnica: Cómo me siento cuidándome/formativa |
| 10 min | 10 min | | | | | |
| 10 min | 20 min | Repaso | Explicar su experiencia acerca de sus cuidados. | Técnica: Cómo me siento cuidándome. | | |
| 15 min | 35 min | Habilidades para la vida y las emociones. ¹⁹ | Distinguir los tipos de emociones. | Técnica: expositiva. | | |
| 15 min | 50 min | Manejo de las emociones. | Analizar cómo manejar las emociones. | Técnica expositiva. | | |
| 40 min | 90 min | Autoestima | Redactar que piensan acerca de ellos. | Técnica: Aprendiendo a conocerme y aceptarme. | | |
| 25 min | 115 min | Autoconciencia. | Escribir sus emociones. | Técnica: Mis emociones. | | |
| 5 min | 120 min | Cierre | | Tarea | | |

¹⁹ La bibliografía recomendada para este tema y para el manejo de las emociones: autoestima y autoconciencia emocional: Vivas M., Gallego D. y González B. (2007). *Educación de las emociones*.

8ª sesión.

❖ **Técnica expositiva**

El responsable les dará la bienvenida por asistir a la 8ª sesión, mencionará los temas que se verán, presentará a la/ el especialista en psicología que estará en esta sesión y la 9ª sesión y revisarán la frase positiva.

❖ **Técnica: cómo me siento cuidándome.**

Objetivo.

- Fomentar la participación y comunicación de los participantes.
- Lograr que los participantes compartan su experiencia acerca de los cuidados que tienen en su vida cotidiana.

Descripción.

El mediador les indicará a los participantes que voluntariamente compartan su experiencia de cómo les ayudó, o no les ayudó, etc. el tema sobre los cuidados generales que se vio la sesión pasada.

❖ **Técnica: Aprendiendo a conocerme y aceptarme.**

Objetivos.

- Lograr que los participantes expresen lo que piensan acerca de ellos mismos.
- Favorecer en los participantes el conocimiento propio.

Descripción.

- a) El mediador les entregará una hoja (**anexo 6**), que contiene un ejercicio acerca de la autoestima el cual consiste que los participantes dibujen un árbol con sus raíces, ramas, hojas y frutos.
- b) Posteriormente en las raíces tendrán que colocar sus cualidades, en las ramas sus habilidades o partes de su cuerpo que más les gusten, en las hojas los logros que han tenido y en los frutos las metas que tiene actualmente

- c) Cuando finalicen todo su árbol, el mediador pedirá de favor a los participantes que expliquen su árbol brevemente a los demás participantes.

❖ **Técnica: mis emociones.**

Objetivo.

Que los participantes conozcan sus propias emociones y los efectos que traen con ellos mismos y para con las demás personas.

Descripción.

El mediador les entregará a los participantes el formato de trabajo (**anexo 7**)²⁰, para que lo contesten. Al finalizar todos de contestarlo el/la especialista en psicología concluirá la técnica.

❖ **Tarea**

El mediador les pedirá a los pacientes que para la próxima sesión lleven su portafolio de plan de autocuidado para que en la siguiente y última sesión lo completen.

²⁰ Esta técnica fue tomada de del libro *Educación de las emociones* de Vivas, Gallego y González, (2007), pág. 73.

9ª sesión. Mi plan de autocuidado.

| Programa Educativo para el Autocuidado de Pacientes con Artritis Reumatoide | |
|--|--|
| Mi plan de autocuidado | |
| Mediadores: Pedagogos(as) y enfermeros(as) o trabajadores sociales. | Población: 12 a 15 participantes. |
| Lugar: Estancia de salud pública de la Ciudad de México que cuente con la especialidad en reumatología. | Duración: 2 horas. (120 min). |
| Objetivo: Realizar una técnica de relajación y un plan de autocuidado. | |

| Duración | | Tema | Objetivo | Actividad/Técnica | Recursos | Evaluación |
|----------|---------|------------------------|---|--|--|---|
| Parcial | Total | | | | | |
| 10 min | 10 min | Encuadre | Conocer el tema que se tratará en la sesión | Técnica: expositiva. | -Salón amplio -Sillas -Portafolio del plan de autocuidado -Formatos de trabajo. -Bolígrafos. | |
| 10 min | 20 min | Cómo me sentí. | Expresar como se sintieron la sesión pasada. | Técnica: platicando. | | |
| 30 min | 50 min | Técnica de relajación. | Desarrollar una técnica de relajación. | Técnica: ejercicio de respiración, relajación y visualización. ²¹ | | |
| 15 min | 65 min | Evaluación sumativa. | Resolver un cuestionario acerca del programa. | Cuestionario (Anexo 8) | | Cuestionario (Anexo 8) / Evaluación sumativa |
| 35 min | 100 min | Plan de autocuidado | Integrar las metas que han logrado durante el programa. | Técnica: mis metas. | | |
| 15 min | 115 min | Evaluación del taller. | Contestar que les pareció el programa. | Técnica: el completamiento de frases. ²² | | |
| 5 min | 120 min | Cierre | | | | |

²¹ Esta técnica fue retomada de *Educación de las emociones* de Vivas, Gallego y González (2007), pág.105-106.

²² Esta técnica fue retomada del *Manual de Técnicas y dinámicas* de Gómez H., (2007).

9ª sesión.

❖ Técnica expositiva.

El mediador además de explicar que temas se tratarán en la última sesión, concluirá la actividad acerca de las frases positivas, asimismo, les entregará las frases que fueron mencionadas a lo largo del programa para que las anexas a su portafolio de plan de autocuidado.

❖ Técnica: platicando.

Objetivos.

- Explicar cómo se sintieron la sesión pasada.
- Expresar sus experiencias acerca del árbol que elaboraron y el formato sobre la autoconciencia que contestaron.

Descripción.

El mediador les dirá al grupo que de forma voluntaria, compartan su experiencia acerca de los ejercicios que realizaron la sesión pasada

❖ Técnica: ejercicio de respiración, relajación y visualización.

Objetivo.

Implementar una técnica de relajación para que la incluyan en su vida cotidiana.

Descripción.

El mediador podrá leer o grabar las indicaciones de la técnica para los participantes, cabe mencionar que él se encargará que el ambiente sea silencioso o si se puede realizar al aire libre y que los participantes se encuentre en una posición cómoda. Las indicaciones son las siguientes (Vivas, Gallego y González 2007, pág. 105-106):

Colócate cómodamente en la silla. Vamos a cerrar los ojos suavemente...Comienza por realizar respiraciones profundas. Inspira por la nariz, contando hasta cuatro y expira por la boca, suavemente...

Mientras respiras, procura relajarte más y más....

Inspira... Espira... Inspira... Espira.... Inspira... Espira...

Ahora, emprende un viaje hacia la naturaleza, donde irás a la deriva y te relajarás.

Imagínate que estás en un lago, rodeado de árboles... Es un lugar muy confortable y relajante.

Encima de ti se ve el cielo azul con blancas y esponjosas nubes. Observa el vuelo de los pájaros. Siente la fría brisa que acaricia tu piel y esto te resulta muy relajante y tranquilizador. Cuando miras a tu alrededor, ves los detalles de los árboles, de las piedras, y las briznas de hierba. Cuando observas los detalles de esta escena, te resulta muy relajante. Relájate más y más, profundamente. Experimenta estar aquí en esta fantasía y colócate sobre la tierra, al calor del sol. Déjate arrastrar libremente en paz, imagínate cálido, confortable y relajado....

Mientras prosigue la relajación, imagínate en el lago, en una canoa...Remando suavemente, siente que la canoa se desliza con calma y sin esfuerzo. La sensación de relajación, paz y alegría que estás experimentando ahora te acompañará durante un tiempo prolongado. Al regresar a tu estado normal recordarás esta imagen y te resultará apacible, relajante y podrás recrearla siempre que lo desees. Cuando regreses al estado normal, puedes sentirte sereno, relajado y nuevamente en armonía contigo mismo y con la naturaleza que te rodea.

Siente tu cuerpo de nuevo.... La silla..., el piso, toma lentamente conciencia de lugar donde te encuentras... Respira profundamente y despacio... abre los ojos y mira tu alrededor. Sonríe

Al terminar la técnica el mediador les preguntará a los participantes cómo se sintieron y si lograron relajarse, además de mencionarles la importancia y beneficios que tiene la relajación para aminorar los síntomas de la enfermedad artritis reumatoide.

❖ **Técnica: mis metas.**

Objetivos.

- Mostrar participación y comunicación.

- Definir los cambios que han logrado durante el programa.

Descripción.

El mediador les pedirá cada uno de los pacientes que expresen lo aprendido y los cambios que lograron al asistir al taller.

❖ **Técnica: El completamiento de frases.**

Objetivo.

Escribir su opinión acerca del taller.

Descripción.

El mediador les entregará un formato (**anexo 9**) a cada participante, el cual contiene una serie de frases incompletas las cuales deben de completar. La frase que ellos pongan debe ser relacionada con el trabajo realizado en el taller, asimismo, deben completar la frase de modo independiente sin consultar con nadie, cabe mencionar que no le pondrán su nombre a la hoja.

Al finalizar los participantes, el mediador recogerá las hojas y al azar leerá algunas de las frases y comentará lo que se le haga relevante.

Conclusiones.

Como se mencionó, la artritis reumatoide es una enfermedad crónica que se tiene para toda la vida, afectando generalmente a adultos jóvenes, adultos y personas mayores, de esta manera se propone que el programa se implemente dentro de una educación no formal que sin duda es una modalidad que contribuye a enriquecer los conocimientos de las personas y a seguir aprendiendo acerca de diversos temas que les son necesarios (en este caso los pacientes para mejorar su salud), gracias a su flexibilidad de tiempo, espacio, población, etc.

De esta manera la investigación que realicé con base en la información encontrada en otros países y con una investigación sobre una intervención educativa en México, me permitió confirmar que los pacientes que tenemos artritis reumatoide necesitamos que las instancias de salud a las que asistimos, se implementen cursos que brinden información acerca de la enfermedad, habilidades y técnicas para controlar el dolor y los síntomas, promover la realización de ejercicio físico y una alimentación saludable, permitir expresar la experiencia acerca de cómo se está viviendo la enfermedad y recibir una educación emocional los cuales son aspectos esenciales para llevar una mejor calidad de vida.

En este sentido, en la propuesta de este taller se hizo mención de una gran diversidad de actividades y técnicas que pretenden favorecer y motivar el aprendizaje de los pacientes en las áreas: cognitiva, de habilidades y emocional, para ofrecerles varias alternativas para el autocuidado de su enfermedad.

Cabe mencionar que en dos sesiones referentes al tema de educación emocional se abordaron técnicas y actividades de manera muy breve, que ayudan a reconocer las emociones, a la autoestima y autoconciencia, en generar una actitud positiva y aprender a escuchar a los demás. Durante esas sesiones se propone que esté presente un psicólogo(a) por si algún paciente tiene un conflicto emocional muy fuerte y requiere de atención.

Asimismo, considero que para apoyar aún más a los pacientes en el aspecto emocional se requiere la elaboración de un programa de educación emocional, para poder intervenir en todos los aspectos (cómo enfrentar el estrés, solución de problemas, entre otros más.), en el cual es necesario el trabajo del pedagogo y un especialista en psicología.

La educación para pacientes es un trabajo multidisciplinar en la que intervienen médicos de diferentes especialidades, personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y pedagogos. Donde la intervención del pedagogo en el área de salud es importante, sin embargo, no me refiero a que éste intervendrá en recetar un medicamento a los pacientes o brindará un plan de alimentación, entre otras acciones. Más bien se encargará de planear, desarrollar y evaluar programas, proyectos, etc. que contribuyan a proporcionar la información a los pacientes de una forma más sencilla (sin términos médicos), de ayudar a promover estilos de vida para mejorar la salud, de planear técnicas y actividades para que los pacientes adquieran habilidades que controlen su enfermedad y aprendan a vivir con ella.

También considero que el pedagogo podría desempeñarse en las tecnologías de la información y comunicación (TIC), ya que actualmente a través de ellas se tiene acceso al aprendizaje, los conocimientos, etc., por lo que podría diseñar plataformas educativas, materiales multimedia, etc. para pacientes con diversas enfermedades y a diferentes poblaciones que requieren de atención en diversos temas.

Sin embargo, es importante mencionar que el pedagogo aún tiene muchas áreas en las que puede desempeñarse, como son: la docencia en instituciones educativas, dentro de empresas (recursos humanos: capacitación y reclutamiento y selección de personal), como investigador, etc.

Considero que sería pertinente aplicar este taller para saber si se cumplen los objetivos y conocer la opinión de los participantes, ya que de esta manera se

podrá modificar para enriquecerlo y ser utilizado posteriormente como una guía para elaborar otros talleres de otras enfermedades.

Otra idea que se podría llevar a cabo es la aplicación de encuestas o entrevistas a una muestra de pacientes con artritis reumatoide o de otras enfermedades que asistan a un determinado hospital de la Ciudad de México, con la finalidad de conocer las necesidades o propuestas de pacientes mexicanos.

Lo anterior mencionado es debido a que lo largo de este trabajo me percate que actualmente en México se cuentan con pocos estudios o evidencias acerca de la realización de intervenciones educativas para los pacientes con artritis reumatoide y de otras enfermedades. Surgiendo la necesidad de realizar investigaciones referentes a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas, ya que de esta manera se podrán elaborar programas educativos que beneficien a que éstos no dependan del personal sanitario y de sus familiares y sobre todo disfruten de la vida que es maravillosa.

Referencias

- Álvarez A.R. (2005). *Educación para la salud*. D.F, México: Manual moderno.
- Álvarez B.L. (2003). *El libro de la artritis reumatoide: manual para el paciente*. Madrid, España: Díaz de Santos
- Ander E.E (1991). *El taller una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires, Argentina: Magisterio del Rio de Plata.
- Ballano G.F. y Esteban A.A. (2005). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Editex.
- Balina J. (2007). Protección de las articulaciones: aliviar y prevenir. *Épica*. (1). 4-4.
- Bisquerra A.R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona, España.
- Caracuel M.A. (2007). La falta de movimiento disminuye la capacidad funcional. *Épica*. (1).8-9.
- Czeresnia D. y Machado de F. (2006). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Gallar P.M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid, España: Paraninfo.
- García M.A., Sáez C.J. y Escarbajal de H.A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid, España: Editorial Arón.
- Higashida H.B. (2005). *Educación para la salud* .México: Mc Graw Marqués F. y Sáez S. (2004). *Métodos y medios de promoción y educación para la salud*. Barcelona, España: UOC.
- Marqués F. y Sáez S. (2004). *Métodos y medios de promoción y educación para la salud*. Barcelona, España: UOC
- Molina I.J. y Molina F.J (edits). (2012). *Fundamentos de medicina. Reumatología*. Corporación para Investigaciones Biológicas
- Maya B.A. (1996). *El taller educativo. ¿Qué es?, fundamentos, cómo organizarlo y dirigirlo, cómo evaluarlo*. Bogotá Colombia: Magisterio

- Orjuela O.L, Almonacid C.C y Chalá M.S. (2009). *Educación para la salud. Programas preventivos*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Palmar S.A (2014). *Métodos educativos en salud*. Barcelona, España. El Sevier.
- Perea Q.R. (2009). *Promoción y educación para la salud: tendencias innovadoras*. España: Díaz de santos.
- Perea Q. R. (2011). *Educación para la salud y calidad de vida*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Pérez M. A., Pinzón. H. y Alonso L. (2007). *Promoción de la salud. Conceptos y aplicaciones*. Barranquilla, Colombia: Uninorte.
- Sarramona J. (1992). *La educación no formal*. Barcelona, España: Ceac.
- Sarramona J., Vázquez G. y Colom A. (1998). *Educación no formal*. Barcelona, España: Ariel.
- Tobón C.O y García O.C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario*. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas Trilla B.J. (2003). *La educación fuera de la escuela: ámbitos no formales y educación social*. México: Ariel.
- Vélez A.H, Rojas M.W., Borrero R.J y Restrepo M.J. (2012). *Fundamentos de medicina. Reumatología*. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

Referencias electrónicas

- Abbagnano N. y Visalbergui. A. (1957). *Historia de la pedagogía*. Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/historiadelapedagogia_abbagnano_visalbergui%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/historiadelapedagogia_abbagnano_visalbergui%20(1).pdf)
- Agudo M. (2011) *Enfermedades reumáticas: preguntas de los pacientes*. Recuperado de: https://www.pfizer.es/Assets/docs/pdf/libros/Enfermedades_reumaticas_las_preguntas_de_los_pacientes.pdf
- Alcántara, H. E, Tejada, T.L Mercado, M.F, Lara, F.N y Flores S.A. (2004). Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México. *Investigación en salud*. 6(3).146-153. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14260302>
- Alfonso M.T. (1996). Educación al paciente crónico. *Revista Seden*. Recuperado de http://www.revistaseden.org/files/art565_1.pdf
- Arthritis Foundation. (2014). *Guía de nutrición para las personas con AR*. Recuperado de <http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/dieta-nutricion/guia-nutricion-ar/>
- Arthritis Foundation. (2014). *Información básica sobre el ejercicio*. Recuperado de: <http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/ejercicio-camine/ejercicio-camine-2/>
- Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide. Recuperado de <http://www.amepar.org.mx/>
- Bisquerra. A.R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1). 7-43. Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/view/99071/94661>
- Bisquerra A.R y Pérez E. N. (2012). Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica. *Revista de la Asociación de Inspectores de Educación de España*. 16. Recuperado de http://www.adide.org/revista/images/stories/pdf_16/ase16_mono04.pdf
- Bonal R.R. y Cascaret S.X. (2009). ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *Medisan*. 13(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000100018&script=sci_arttext

- Cadena. Álvarez A., Correa M. Bonilla L.M, Gómez M.P., Montoya M.A...Anaya J.M. (2002). Encuesta de conocimiento sobre artritis reumatoide: ¿Vale la pena educar? *Revista Colombiana de Reumatología*. 9(4).262-269. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/241393304_Encuesta_de_conocimiento_sobre_artritis_reumatoide_Vale_la_pena_educar
- Cano G.L (2014). *Efectividad de un programa educacional multidisciplinar estandarizado en enfermos con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, España. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/TDR_CANO_GARCIA.pdf
- Cardiel H.M, Díaz B.A, Vázquez del Mercado E.M, Gámez N.J, Barile F.L., Pacheco T.C...Espinosa M.R. (2013). Actualización de la guía mexicana para el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatología clínica*. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/259524103_Actualizacin_de_la_Gua_Mexicana_para_el_Tratamiento_Farmacolgico_de_la_Artritis_Reumatoide_del_Colegio_Mexicano_de_Reumatologa
- Comisión Nacional contra las Adicciones (Sin fecha.). *Guía práctica y sencilla para el promotor nueva vida* Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nvhabilidades_guiapractica.pdf:
- Consejería de sanidad. (Ed.). *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid*. (2013). Recuperado de <http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/03/Estrategia-de-pacientes-cronicos-comunidad-de-madrid-ASACO-cancer-ovario-marzo-2014-texto.pdf>
- Coordinadora Nacional de Artritis. (2010). *Artritis reumatoide. Prioridades para el cambio*. Recuperado de http://www.conartritis.org/wpcontent/uploads/2014/06/vivir_con_AR_estudio_psicosocial.pdf
- Coordinadora Nacional de Artritis. (2009). *Vivir con artritis reumatoide. Estudio psicosocial*. Recuperado de http://www.conartritis.org/wpcontent/uploads/2014/06/vivir_con_AR_estudio_psicosocial.pdf
- Cruzada Nacional. [Cruzada Nacional]. (2012, mayo18). *El plato del buen comer*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=nsCg9YHLFv4>

- Cruzada Nacional. [Cruzada Nacional]. (2012, mayo18). *Jarra del buen beber*. [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=GqD_9-pElk0
- De la Torre A.J y Hill J. (2008). Actualización de cuidados enfermeros en reumatología. *Metas de enfermería*.11 (6).p.20-25. Recuperado de http://gteser.ser.es/gteser/sites/default/files/delaTorreJ_Artritis%20reumatoid e_METAS'08%20-%20copia.pdf
- De la Torre A.J. y Hill, J. (2008). La artritis reumatoide. *Metas de Enfermería*. p. 20-25. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/Revistas/articulodetalle/?OTk=&MQ==<E=&MTYy&MjU1OA==&MA==&MQ==>
- Echauri M y Pérez J.M (.1998). *Procesos crónicos. Educar en salud II*. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/0CFF885F-A05C-49A2-88DB-0EC260461BB5/193889/EducarenSaludII1.pdf>
- Escorcía M.E, De Jesús O.H, Pérez C.A, Thulcán M, Caballero U.C, Borda P.M. (2006). Efectividad de una intervención educativa en pacientes con artritis reumatoide. Hospital Universidad del Norte, Barranquilla. *Revista colombiana*. 12(1).11-19. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v13n1/v13n1a02.pdf>
- García A. Mariana. *Propuesta de intervención educativa: el autocuidado de pacientes con lupus eritematoso sistémico* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2015/abril/307053721/Index.html>
- García G.R y Suárez P.R. (2001). Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Endocrinología*.12 (3). 178-187. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol12_3_01/end07301.htm
- García R. y Suárez R. (2007). *La educación terapéutica. Propuesta de un modelo teórico desde la experiencia del Programa Cubano de Educación en Diabetes*. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=k6KZ_prvHJIC&pg=PR1&lpg=PR1&dq=La+educaci%C3%B3n+terap%C3%A9utica.+Propuesta+de+un+modelo+te%C3%B3rico+desde+la+experiencia+del+Programa+Cubano+de+Educaci%C3%B3n+en+Diabetes.&source=bl&ots=DjDY0oKAjO&sig=3qGayx6L5TB5JRT9UsG2
- Giraldo O.A., Toro R. M, Macías L.A, Valencia G. C., Palacio R.S. (2010). La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. Vol. 15, núm. 1,

- p. 128-143. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
- Gómez A. (2011). Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatología clínica*. Recuperado de <http://www.reumatologiaclinica.org/es/vol-6-num-s3/sumario/S1699258X11X00025/>
- Gómez Hernández M. (2007). *Manual de Técnicas y dinámicas*. Recuperado de: <http://www.fomix.ujat.mx/Manual%20de%20Tecnicas%20y%20Dinamicas.pdf>
- Gómez, M.C. (2011). En México hay más de un millón 700 mil personas con artritis reumatoide. *La jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/12/sociedad/042n3soc>
- Grady P.A y Lucio G.L. (2014). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 37 (3). 187-194. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9181/v37n3a09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ibarra M.X y Siles G.J. (2006). Rol del enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados*. 2. 129-135. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/875/1/culturacuidados_20_18.pdf
- Lange I., Urrutia M., Campos C., Gallegos.E., Herrera L.M., Jaimovich S... Fonseca da C.I. (2006). *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria e Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina*. Recuperado de https://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf
- Lugo A.L. (2008). Rehabilitación en enfermedades reumáticas. *Rehabilitación en salud*. p.764-797. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=IVo391BayOIC&pg=PA773&lpg=PA773&dq=panel+de+ottawa++artritis+reumatoide&source=bl&ots=8ZBmjXsH6Z&sig=QewR7cOXIC_6t40OZsNTAa3c5ak&hl=es&sa=X&ved=0CCUQ6AEWAmoVChMlxO-
- Madrileña de Enfermería Familiar (ed.). (2015). *Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica*. Recuperado de <http://docplayer.es/5439615-Titulo-cuadernos-de-enfermeria-familiar-y-comunitaria-2-el-autocuidado-en-las-personas-con-enfermedad-cronica.html>

- Mendoza V.G, Rocha M.D., Guerra S.A., Ramírez V.M., González S.A, Gámez N.J. y Nava A. (2013). Artritis reumatoide y dislipidemias. *El residente*.8 (1).p.12-22. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2013/rr131c.pdf>
- Martínez R.V. Habilidades para la vida: una propuesta de formación humana. *Itinerario educativo*.28 (63). 61-89. Recuperado de <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Itinerario/article/viewFile/1488/1257>
- Molina E.F., Castaño M.E. y Massó O.J. (2008). Experiencia educativa con un paciente experto. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200008
- Moreno B.M. (1987). *Introducción a la metodología de la investigación educativa*. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=9eARu_jwbgUC&pg=PA41&dq=investigacion+documental+Moreno&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi8rO_I36jNAhUJRyYKHVQuAWIQ6AEIGjAA#v=onepage&q=investigacion%20documental%20Moreno&f=false
- Moreno S.P y Gil R.J. (2003). El modelo de creencias de la salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista internacional de psicología y terapia psicológica*. 3(1). 91-109. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Navarro D. (2006). *Tratamiento de pacientes con artritis reumatoide*. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/14-378-5764qos.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1987). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Revista de sanidad e higiene pública*. Recuperado de: <http://www.sespas.es/docs/Ottawa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42592/1/9243545698_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Preparación de los profesionales de la atención de salud del siglo XXI .El reto de la enfermedades crónicas*. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=hsVc7OYizn8C&pg=PA44&dq=salud+en+m%C3%A9xico+y+atencion+a+las+enfermedades+cronicas&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiVpPPfqNPLAhUJ5yYKHRcEDvoQ6AEIIDAB#v=onepage&q=salud%20en%20m%C3%A9xico%20y%20atencion%20a%20las%20enfermedades%20cronicas&f=false>

- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CuidadosInnovadores_v5%20(1).pdf
- Orozco G.A. y Catiblanco O.L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*. 24 (1). 203-217. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf>
- Ortega N.M. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. 21 (2). 462-470. Recuperado de <http://www2.uned.es/reop/pdfs/2010/21-2%20-%20M%20C%20Ortega%20Navas.pdf>
- Pastor M.A. (2013). Recursos y herramientas en la educación terapéutica para el abordaje de la obesidad. *Revista de la Asociación de Enfermería Comunitaria*. Vol 6. Número: 2. p.18-62. Recuperado de http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/735/RIdEC-v6-n2-julio-diciembre-2013_COMPLETA.pdf
- Pérez J.M, Echauri O.M, Ancizu I.E y Chocarro SM. (2006). *Manual de educación para la salud*. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
- Picardo J.O. (2005). *Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Educación* Recuperado de <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Diccionario%20enciclopedico%20de%20Educacion.pdf>
- Rodríguez B.M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de salud*. Recuperado de http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/RedAragProyectosPromoSalud/EMPODERAMIENTO_PS_MRODRIGUEZ.pdf
- Rodríguez M.J., Pastor A. y López R.S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 5 (Sup). 349-372. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924>
- Román J.M. (2002). La observancia terapéutica y la educación del paciente. *Asma y educación*. (2). Recuperado de http://www.neumoped.org/asmaeducacion/1101_%20revasma02.pdf

- Romero J. M. (Ed.) (2010). *Artritis reumatoide. Información para pacientes y familiares*. Recuperado de http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2012/05/informacion_actualizada_pacientes_familiares.pdf
- Salinas D.F., Lugo A.L. y Restrepo A.R. (Eds.). (2008). Rehabilitación en enfermedades reumáticas. *Rehabilitación en salud*. 764-797. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=IVo391BayOIC&pg=PA773&lpg=PA773&dq=panel+de+ottawa++artritis+reumatoide&source=bl&ots=8ZBmjXsH6Z&sig=QewR7cOXIC_6t40OZsNTAa3c5ak&hl=es&sa=X&ved=0CCUQ6AEWAmoVChMlxO-x2NuEyQIVRjwCh3FpQgQ#v=onepage&q=panel%20de%20ottawa%20%20artritis%20reumatoide&f=false
- Salleras S.L. (1985). *Educación sanitaria*. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=23fCHlt_HdUC&pg=PA55&dq=Educaci%C3%B3n+sanitaria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwigocv_oqjKAhUK5CYKHbWnAYoQ6AEIGjAA#v=onepage&q=Educaci%C3%B3n%20sanitaria&f=false
- Sarria S.A y Villar A.F. (2014). (Eds.). *La promoción de salud en la comunidad*. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=PPGIAwAAQBAJ&pg=PA15&dq=Promocion+de+la+salud+en+la+comunidad+libro&hl=es&sa=X&ved=0CBoQ6AEwAGoVChMI8a_G5DUyAIVTM5jCh3hzARq#v=onepage&q=Promocion%20de%20la%20salud%20en%20la%20comunidad%20libro&f=false
- Schunk H. D. (2012). *Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa*. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Teo-Apra/4.pdf>
- Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar (Ed.) (2015). *Cuadernos de enfermería familiar y comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica*. Recuperado de http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/CUADE RNO_2_SEMAP.pdf
- Smitter, Y. (2006). Hacia una perspectiva sistémica de la educación no formal. *Revista Laurus*, 12 (22). 241-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/761/76102213.pdf>
- Valadez F.I, Villaseñor F.V, Alfaro A.N. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y desarrollo*. Recuperado de http://www.biomedicina.org.ve/portal/images/stories/2010/EPS/EPS_Red_Valadez.pdf
- Vinaccia S. y Orozco L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en psicología*. 1(2).125-137. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>

Vivas M., Gallego D. y González B. (2007). *Educación de las emociones*. Recuperado de http://www.escoltesiguies.cat/files/u21417/libro_educar_emociones.pdf

Werner, C.A., Kaliski K.S. Salazar Q.K, Bustos M. L, Rojas R. M, Baumert L.C y Leal L.Hellmuth. (2006). Nivel de conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide acerca de su enfermedad y tratamiento. *Revista Médica de Chile*. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n12/art02.pdf>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario/Evaluación diagnóstica.

Bienvenido(a) al programa educativo de autocuidado para pacientes con artritis reumatoide.

Nombre: _____ Edad: _____

¿A qué se dedica? _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Qué sabe acerca de su enfermedad (qué es, características, etc.)?

2. ¿Qué le gustaría aprender acerca de su enfermedad?

3. Qué tan dispuesto se siente al realizar lo siguiente:

| Acciones | Nada dispuesto | Poco dispuesto | Dispuesto | Extremadamente dispuesto |
|--|----------------|----------------|-----------|--------------------------|
| Realizar ejercicio físico (moderadamente). | | | | |
| Llevar una alimentación balanceada. | | | | |
| Utilizar dispositivos de ayuda. | | | | |
| Tomarse los medicamentos que su médico le indique. | | | | |
| Tener una actitud positiva. | | | | |

4. ¿Qué quisiera lograr en este programa? Por ejemplo: llevar una alimentación saludable, realizar ejercicio físico, etc.

Anexo 2. Folleto referente al tema: importancia del ejercicio físico.

- ✓ Establecer un horario y lugar específico para hacer ejercicio.
- ✓ Tener un calentamiento y enfriamiento de 5 min cada uno.
- ✓ Tener cuidado para evitar accidentes.
- ✓ Descansar cuando sea necesario.
- ✓ Llevar a la par una alimentación saludable.
- ✓ Si es posible llevar un acompañante.
- ✓ Tomar suficiente agua.
- ✓ Utilizar ropa y calzado cómodo.

Bibliografía.

Álvarez B.L. (2003). *El libro de la artritis reumatoide: manual para el paciente*. Madrid, España: Díaz de Santos.

Arthritis Foundation. (2014). El ejercicio y la artritis, de Arthritis Foundation Sitio web: <http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/ejercicio-general/>

Caracuel M.A. (2007). La falta de movimiento disminuye la capacidad funcional. *Épica*. (1).8-9.

El ejercicio físico en la artritis reumatoide



Temas:

1. El ejercicio físico
2. Tipos de ejercicio
3. Consejos sobre el ejercicio

En este folleto encontrará información que le ayudará a mejorar su salud. Le recomendamos que lo lea y decida si quiere integrar el ejercicio físico a su vida.

1. El ejercicio físico.

El ejercicio físico es muy importante para nuestra salud y ayuda a controlar la artritis reumatoide, el ejercicio:

Disminuye el dolor y rigidez

Mantiene las articulaciones en movimiento

Aumenta la resistencia y flexibilidad.

Aumenta la fuerza muscular

Mantiene fuertes los huesos

Mejora la postura

Liberamos endorfinas que generan sentirnos felices.

Combate el estrés o depresión

Mantiene un peso corporal adecuado

2. Tipos de ejercicio físico.

Los especialistas recomiendan realizar estos tres tipos de ejercicios:

De estiramiento

Ayudan a desaparecer la rigidez, consisten en mover las articulaciones con suavidad y sin forzarlas, se recomiendan realizarse de 10 a 15 min diarios y antes o después de realizar ejercicios de fortalecimiento o aeróbicos (ser utilizados como calentamiento).

Aeróbicos.

Ayudan a mejorar la resistencia y la salud cardiovascular, también fortalecen los músculos y las articulaciones. Se recomienda realizarlos durante 30 min al día. Por ejemplo: andar en bici.



De fortalecimiento

Son de mucha utilidad para los músculos porque son los que rodean las articulaciones y ayudan a que éstas se encuentren estables y tengan menor tensión. Se sugiere cargar el propio peso del cuerpo.

3. Consejos sobre el ejercicio.

- ✓ Es necesario ir con un especialista para que se discuta el plan de ejercicio.
- ✓ Es muy importante realizar ejercicio cuando la enfermedad no está activa o hay muy poca inflamación y el reposo es indispensable cuando existe lo contrario porque de esta manera se evitará que las articulaciones se vean afectadas.
- ✓ Los ejercicios no deben fatigar, ya que se debe considerar la duración, intensidad y las actividades de los pacientes.

Anexo 3. Formato para el plan de ejercicios físicos.

Mi Plan de ejercicios físicos

Nombre:

Dibujo del ejercicio.

Nombre:

Series

Repeticiones

Día(as)

Dibujo del ejercicio

Nombre:

Series

Repeticiones

Día(as)

Dibujo del ejercicio

Nombre:

Series

Repeticiones

Día(as)

Dibujo del ejercicio

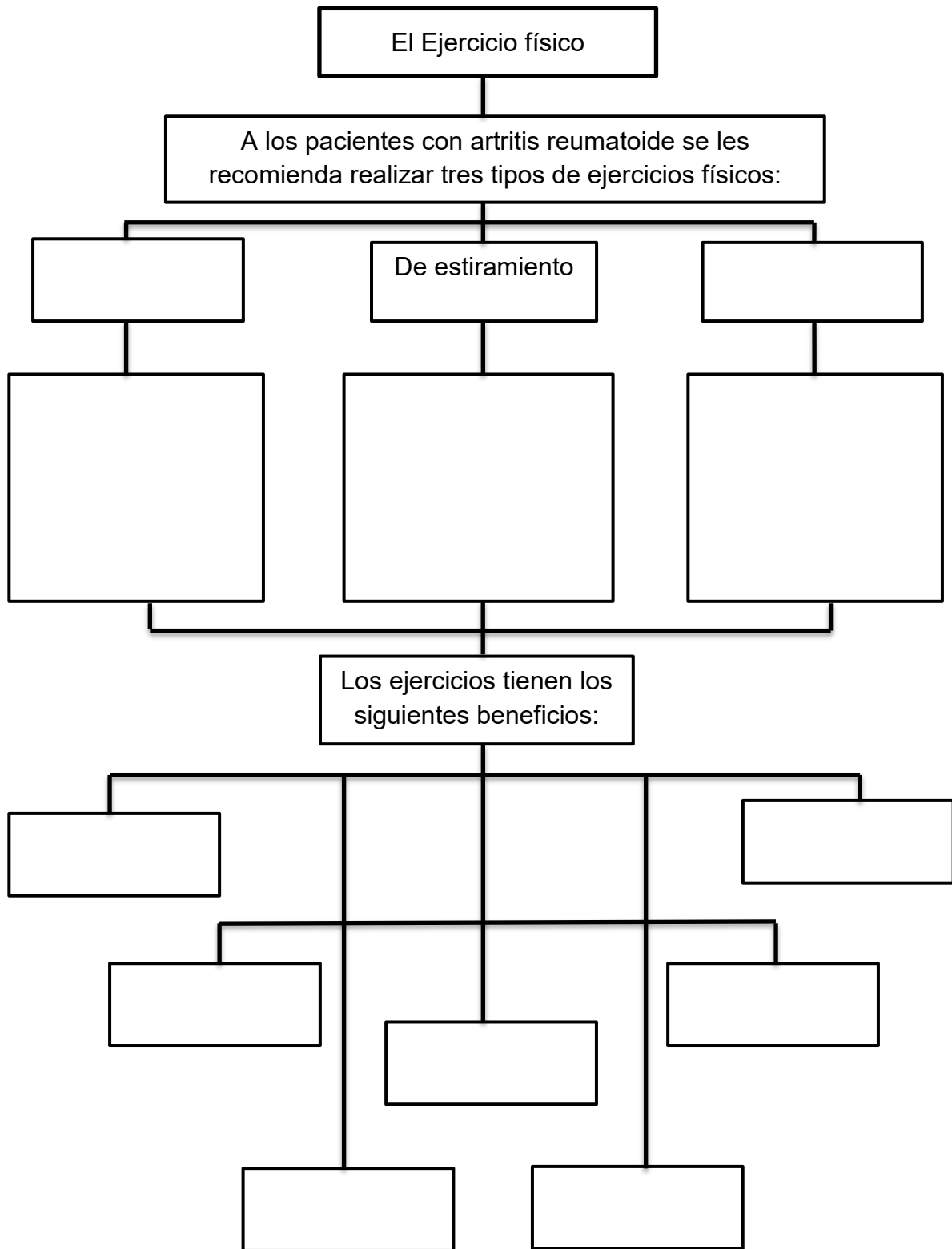
Nombre:

Series

Repeticiones

Día(as)

Anexo 4. Mapa conceptual.



Anexo 5. Formato del análisis FODA.

Análisis FODA sobre mi alimentación.

Nombre: _____

Por favor conteste: cuáles son sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas cuando lleva una alimentación saludable.



Anexo 6. Formato para realizar el ejercicio acerca de la autoestima.

Aprendiendo a conocerme y me aceptarme.

La artritis reumatoide nos afecta en diversos aspectos de nuestras vidas, sin embargo, la vida es muy corta y no podemos desperdiciarla porque la vida tiene muchas cosas muy bonitas y que debemos disfrutar y que mejor aceptándonos y valorando lo que tenemos.

Dibuja tu árbol, recuerda que:

Cualidades



Habilidades y que te gusta de tu cuerpo



Logros



Metas actuales



Anexo 7. Formato de trabajo para promover la autoconciencia emocional.

Autoconciencia emocional

Complete las siguientes frases:

Soy una persona feliz cuando

Tengo miedo cuando

Lo que más me enfada es

Estoy triste cuando

Me siento querido(a) cuando

Odio cuando

Me animo cuando

Me siento querido(a) por

Me produce ansiedad

Lo que más me cuesta controlar es

Cuando tengo mucha rabia me provoca

Cuando tengo miedo siento

Me siento culpable de

Una de las cosas que más me indigna es

Me admiro por

Siento amor por

Siento temor de

Cuando estoy estresado (a)

Anexo 8. Cuestionario de evaluación sumativa.

Cuestionario de evaluación final:

1. ¿Recuerda qué es la artritis reumatoide?

2. Actualmente se cuida:

- Muy bien
- Bien
- Regular
- Nada

3. ¿En qué? (en su alimentación, en el trabajo, en sus actividades cotidianas, etc.)

4. ¿Practica regularmente actividad física?

Sí

No

5. Al contestar sí o no a la anterior pregunta: ¿Cómo se ha sentido tanto física y emocionalmente?

6. ¿Cómo se ha sentido al llevar a cabo su plan de alimentación?

7. Para el dolor. ¿Toma más o menos medicamentos?

8. ¿Qué nuevos dispositivos de ayuda ha utilizado en los últimos días?

9. Cómo es su convivencia con sus familiares y allegados:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

10. ¿Qué acciones lleva a cabo para mejorar o mantener una buena relación con sus familiares?

Anexo 9. Formato de trabajo acerca de la opinión del taller.

Completando frases

Complete las frases siguientes de acuerdo a su experiencia en el Programa de Autocuidado de pacientes con Artritis Reumatoide.

En este taller:

Aprendí _____

Ya sabía _____

Me sorprendí por _____

Me molesté por _____

Me gustó _____

No me gustó _____

Me gustaría saber más acerca _____

Una pregunta que todavía tengo es _____