

# Percepción de actividad física en mujeres con artritis reumatoide en Popayán, Colombia

## Perception of Physical Activity in Women with Rheumatoid Arthritis in Popayan, Colombia

Nancy Janneth Molano-Tobar<sup>1</sup>  , Luz Marina Chalapud-Narváez<sup>2</sup>  , Dolly Ximena Molano-Tobar<sup>3</sup>  

<sup>1</sup> Grupo de Investigación Salud y Motricidad Humana; Departamento de Educación Física, Recreación y Deportes; Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y de la Educación; Universidad del Cauca; Popayán; Colombia.

<sup>2</sup> Grupo de Investigación Deporte y Movimiento Humano; Programa Entrenamiento Deportivo; Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; Corporación Universitaria Autónoma del Cauca; Popayán; Colombia.

<sup>3</sup> Universidad Santiago de Cali; Cali; Colombia.



### Correspondencia

Nancy Janneth Molano-Tobar.  
Email: [najamoto@unicauca.edu.co](mailto:najamoto@unicauca.edu.co)

### Citar así


Molano-Tobar, Nancy Janneth; Chalapud-Narváez, Luz Marina; Molano-Tobar, Dolly Ximena. (2022). Percepción de actividad física en mujeres con artritis reumatoide, Colombia. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 4(2), 50-61. <https://doi.org/10.46634/riics.133>

**Recibido:** 18/03/2022

**Revisado:** 08/10/2022

**Aceptado:** 26/10/2022

### Editor

Jorge Mauricio Cuartas Arias, Ph.D. 

### Coeditor

Fraidy-Alonso Alzate-Pamplona, MSc. 

### Copyright

© 2022. Fundación Universitaria María Cano. La *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud* proporciona acceso abierto a todo su contenido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) (CC BY-NC-ND 4.0).

## Resumen

**Objetivo.** Identificar la percepción sobre la actividad física que tienen las mujeres con artritis reumatoide de la ciudad de Popayán, Colombia.

**Metodología.** Estudio que parte de dos enfoques: el cualitativo, de diseño fenomenológico, cuyas técnicas de recolección de información fueron la observación y la entrevista en profundidad semiestructuradas; y el cuantitativo, con un diseño descriptivo de cohorte transversal, en el que se realizó una caracterización sociodemográfica y de algunos parámetros antropométricos para los que se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión. El estudio contó con la participación de 17 mujeres con una edad promedio de 48,07 años.

**Resultados.** La población estudio, en su mayoría de los estratos 2 y 3, presentó tendencia al sobrepeso. Con relación a la parte cualitativa, se evidenciaron cuatro categorías: a) el recordatorio del médico y la fisio a que haga actividad física; b) ejercicio vs complicaciones físicas y funcionales; c) el conocimiento de las necesidades reales de los usuarios por parte de los gimnasios y entrenadores; d) el abandono de la actividad física como una consecuencia de la inadecuada práctica.

**Conclusiones.** La tendencia al sobrepeso es un factor de riesgo característico para la población, lo cual, teniendo de base el componente inflamatorio de la artritis reumatoide, puede catalogarse como una población que requiere de intervención desde la actividad física, pero desde enfoques recreativos y lúdicos que promuevan la adherencia a la actividad física con la vinculación de otras áreas del saber.

## Palabras claves

Mujer; salud; actividad física; dolor; inflamación; artritis reumatoide.

#### Declaración de intereses

Las autoras han declarado que no hay conflicto de intereses.

#### Disponibilidad de datos

Todos los datos relevantes se encuentran en el artículo. Para mayor información, comunicarse con el autor de correspondencia.

#### Financiamiento

Ninguna. Esta investigación no recibió subvenciones específicas de agencias de financiación en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

#### Descargo de responsabilidad

El contenido de este artículo es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa una opinión oficial de sus instituciones ni de la *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*.

#### Agradecimientos

A las mujeres que participaron en el estudio permitiéndonos comprender un poco más sobre esta patología como su sentir; a la Universidad del Cauca y Vicerrectoría de investigaciones, por permitir desarrollar acciones que fomenten la cualificación de los grupos de investigación; y a nuestros estudiantes del semillero SISAMO, por su motivación.

#### Contribución de las autoras

**Nancy Janneth Molano-Tobar:** conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración de proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, escritura: borrador original, escritura: revisión y edición.

**Luz Marina Chalapud-Narváez:** conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, validación, visualización, escritura: borrador original, revisión y edición.

**Dolly Ximena Molano-Tobar:** conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, software, supervisión, validación, visualización, escritura: borrador original, revisión y edición.

## Abstract

**Objective.** To identify the perception of physical activity among women with rheumatoid arthritis in the city of Popayan, Colombia.

**Methodology.** A study proposed from two approaches: qualitative, with a phenomenological design, which used observation and semi-structured in-depth interview as information collection techniques; from the quantitative approach, the design was descriptive of a cross-sectional cohort, in which a sociodemographic characterization and some anthropometric parameters were carried out, resulting in measures of central tendency and dispersion. The study included the participation of 17 women with an average age of 48.07 years old.

**Results.** The study population, which belonged mostly to stratum 2 and 3, presented a tendency to be overweight. In relation to the qualitative part, four categories were evidenced: a) the reminder of the doctor and the physiotherapist to do physical activity; b) exercise vs physical and functional complications; c) knowledge of the real needs of users by gyms and trainers; d) the abandonment of physical activity because of inadequate practice.

**Conclusions.** The tendency to be overweight is a characteristic risk factor for the population, which, based on the inflammatory component of RA, can be classified as a population that requires intervention from physical activity but from recreational and playful approaches that promote adherence to physical activity with the linking of other areas of knowledge.

## Keywords

Woman; health; physical activity; pain; inflammation, rheumatoid arthritis.

## Introducción

La artritis reumatoide (AR) se caracteriza por la presencia de inflamación persistente a nivel articular, dolor, inflamación y destrucción del cartílago articular [1,2]. La repercusión de la AR varía según la población, “oscila entre 0,1 y 0,5/1000 y depende de la ubicación geográfica, siendo las mujeres más afectadas que los hombres” [3 p1248]. De la misma manera, varía según el fenotipo predominante [4]. Algunos estudios originados en la región indican que la incidencia predominante es mayor en mujeres que en hombres, como también su bajo nivel de Actividad Física (AF) [5], hecho que repercute en la calidad de vida de quien padece la enfermedad.

Los estudios demuestran que el bajo nivel de AF conlleva al sobrepeso u obesidad [6], lo cual repercute de manera importante en la liberación de cantidades aumentadas de mediadores solubles proinflamatorios (adipocinas), que mediante procesos moleculares colocan al cuerpo en alerta y con alta tendencia a la producción de citoquinas proinflamatorias [7], que en el caso de la AR favorecen el estado inflamatorio y reactivación de la enfermedad; por ello la importancia de evidenciar la presencia de sobrepeso u obesidad en las personas con esta entidad.

La AR genera afectaciones relacionadas con la cognición, las participación social y el componente socioafectivo desde su diagnóstico [8]. Lo anterior se precisa en que el dolor tiene un papel protagónico en la experiencia negativa del paciente, asociado a su contexto emocional, ocasionando limitaciones en las actividades de la vida diaria y

lapsos de incapacidad. Además, se ha evidenciado que esta enfermedad es permanente hasta un 16%, y que en un 40% se generan subsidios por invalidez, y en un 75% de pacientes que laboran se dan de baja al año del diagnóstico [9].

Diferentes investigaciones han evidenciado que los pacientes presentan disminución de la esperanza con relación a los componentes motivacionales, cognitivos y emocionales, debido a la disminución de la funcionalidad en sus aspectos cotidianos y a sus procesos de adaptación, presencia de episodios de depresión y baja autoestima [10]. En atención a lo anterior, la vinculación de la AF y otras acciones encaminadas al manejo de su tiempo libre podrían generar aportes importantes desde el componente social y motivacional.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante indagar sobre la percepción de pacientes mujeres con AR sobre la AF, desde el supuesto que cualquier AF induce a beneficios en la salud y hace parte de los estilos de vida saludable, lo cual proporcionaría una disminución de riesgo de mortalidad [11], y a la vez generaría repercusiones positivas en la salud mental de la población.

En el mismo sentido, se ha establecido que el tratamiento y abordaje de la AR debe complementarse con un programa de AF, y aunque desde aproximadamente varios años se han venido estableciendo guías prácticas y recomendaciones para el manejo de estos pacientes con la mirada solo desde la fisioterapia [12], se ha evidenciado que no solo desde el consultorio debe minimizar la sintomatología, sino que los pacientes con AR deben continuar un programa de ejercicios en otros escenarios [13].

Es por ello la importancia de vincular a otros actores concedores del tema, que de alguna u otra forma podrían contribuir a una mayor satisfacción de las necesidades psicológicas, como a la adherencia a la AF en esta clase de pacientes. Además, es necesario, ya que el índice de obesidad reflejado por el sedentarismo que tienen estas mujeres llevan a riesgos en su salud [14]. Y planteado desde el abordaje de investigaciones de carácter cuali-cuantitativo, permite un mejor conocimiento de las realidades de las participantes y cómo se estigmatizan los procesos que la persona asume al tener una enfermedad crónica [15]. Por otro lado, también permite generar insumos para proyectar la implementación de programas [16].

## Materiales y métodos

El presente estudio abarca aspectos desde un abordaje cualitativo y cuantitativo, los cuales se describirán teniendo en cuenta la consistencia de los enfoques y sus paradigmas.

Desde la perspectiva del enfoque cualitativo, el objetivo fue identificar la percepción sobre la AF que tienen las mujeres con artritis reumatoide de la ciudad de Popayán-Colombia. Se planteó desde un método fenomenológico, en el que se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común [17]. Teniendo de base nuestro objeto de estudio, que fueron la patología de base, la AF y la afectación de los síntomas.

Lo anterior conllevó a un proceso de estructuración de la fase inicial con reuniones conjuntas, que derivaron en conversaciones individuales, donde se exploraron sus sentires y percepciones acerca de los procesos que las mujeres transitan y cómo ello ha afectado su salud y calidad de vida.

Las técnicas de recolección de información fueron la observación directa con bitácora de los eventos y 84 entrevistas en profundidad semiestructuradas, apoyadas con grabaciones en audio, hasta la saturación de la información.

Se obtuvieron datos cuantitativos desde un diseño descriptivo de corte transversal, con el fin de caracterizar sociodemográfica como antropométricamente a la población, lo que permitió conocer tendencias sobre factores de riesgo o no presentes en sus vidas.

## Participantes

Para el estudio se utilizó un muestreo por conveniencia, proveniente de dos centros de rehabilitación de la ciudad de Popayán, sitios a los que se acudió solicitando permiso y presentando el proyecto. Una vez avalado, se contactó vía telefónica a las mujeres con diagnóstico de AR y aquellas que acudieron se les explicó el objetivo y finalidad del proyecto, estableciendo como muestra a 17 mujeres con un promedio de edad de  $48,07 \pm 6,29$  años, con diagnóstico de AR.

Los criterios de inclusión fueron mujer con diagnóstico de AR superior a dos años, mayores de edad, sin enfermedades psiquiátricas, asistencia regular a terapia física, participación voluntaria y firma del consentimiento informado.

Se garantizó el manejo confidencial de la información y datos personales, teniendo de base lo dispuesto en la Ley 1581 de Colombia [18]. Para ello se generó un código de análisis regido por números y el relato por la letra R, seguido por la sesión en que se realizó.

## Procedimiento

Para la búsqueda de la información, los entrevistadores fueron capacitados en elementos de técnicas cualitativas por personal experto y experiencia de más de ocho años. También se contó con el apoyo de una psicóloga externa al proyecto. Asimismo, se dio orientación y estandarización para las evaluaciones cuantitativas del caso y así evitar errores o sesgos.

Se citaron a las participantes en conjunto y se les aplicó una encuesta de información general por parte del personal investigativo registrando como variables sociodemográficas: la edad, el grado de escolaridad y comuna a la que pertenecían en la ciudad de Popayán; dentro de los antecedentes familiares, los relacionados con la presencia de patologías que afectarían al tejido conectivo, edad de aparición de la enfermedad.

Para las entrevistas y evaluación se citaron de manera presencial e individual, respetando su intimidad y teniendo claro el derecho a la confidencialidad. Cada participante estaba acompañada por dos personas del proyecto y, ocasionalmente, la psicóloga contratada, según el requerimiento.

Los aspectos antropométricos se basaron en los estándares de la Sociedad Internacional para el Avance de la Kineantropometría [19]. Estos consisten en un estadiómetro con escala métrica de 1mm de precisión para la medición de la talla corporal; para el peso corporal total, de una balanza marca Detecto con precisión cercana a 100gr. De estas mediciones se obtuvo el Índice de masa corporal (IMC) en  $\text{Kg}/\text{m}^2$ , que se clasificó teniendo de base la escala de la OMS, y enunciados por Chacin et al. [20],  $<18,5$ , desnutrición;  $18,5$  a  $24,99$ , normal;  $25$  a  $29,99$ , sobrepeso;  $\geq 30$ , obesidad.

Además, fueron evaluados los perímetros de la cintura y de la cadera, utilizando una cinta métrica flexible e inextensible, cuya precisión era de 1 mm. El perímetro de cintura se tomó entre la última costilla y la cresta ilíaca, paciente en posición bípeda y con respiración normal. El perímetro de la cadera se midió a nivel de los trocánteres mayores, coincidiendo con la sínfisis pubiana, posición sujeto bípeda, con los glúteos relajados y los pies juntos [21].

Para el riesgo de enfermedades cardio metabólicas, según perímetro cintura: mujeres, normal, < 88 cm; en riesgo,  $\geq$  88 cm. Desde el índice cintura/cadera (ICC) mayor a 0,8 se considera como riesgo [22].

### Análisis de la información

Para la metodología cualitativa, el enfoque utilizado fue fenomenológico hermenéutico, planteado por Hernández-Sampieri et al. [17]. Este consistió en a) definir un fenómeno o problema de investigación, que correspondió a mujeres con diagnóstico de AR; b) estudiarlo y generar una reflexión, por lo que se generó una búsqueda en base de datos de antecedentes investigativos, para tener un mayor dominio de la temática a abordar con las participantes.

En el desarrollo de los encuentros, las entrevistas en profundidad y bitácoras (una vez sistematizadas) permitieron identificar patrones comunes, que desde su revisión y comparación constante permitieron clasificar la información en unidades de análisis; c) descubrir las categorías y temas esenciales del fenómeno, que fueron depuradas mediante las técnicas de triangulación, lo que permitió obtener las categorías axiales, que dieron origen a la codificación selectiva, desarrollando las ideas finales para d) describirlo, e) interpretarlo. El análisis en profundidad de las transcripciones comenzó con la lectura y relectura por parte de todos los miembros del equipo de investigación. Para el procesamiento de la información suministrada y categorización, se utilizó el programa MAXQDA versión 12.

Para los datos cuantitativos, basándose en el tipo descriptivo de cohorte transversal, se identificó la información sociodemográfica, y algunos parámetros antropométricos, obteniendo medidas de tendencia central y de dispersión con el empleo del programa SPSS versión 24.0.

### Aspectos ético-legales

El estudio siguió los requerimientos para investigaciones con seres humanos, dispuestos por la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, catalogándolo como un estudio con riesgo mínimo. El proyecto tuvo el aval otorgado por el Comité de Ética de la Universidad del Cauca, bajo el ID4579.

El grupo de apoyo en el proceso investigativo se capacitó sobre el manejo ético de la información, además de la postura de abordaje durante el trabajo de campo. Se explicó la finalidad de la investigación a las participantes para el diligenciamiento del consentimiento informado, garantizando la protección a la intimidad y a la confidencialidad de la información.

### Resultados

Teniendo en cuenta los datos sociodemográficos de la población, se observó que la edad promedio fue de  $48,07 \pm 6,29$  años, pertenecientes al estrato socioeconómico 3 (47,1%) y al 4 (29,4%). En la [Tabla 1](#) se advierte el estado civil, con un predominio de mujeres casadas. Respecto a la edad de diagnóstico, este correspondió a los  $28,69 \pm 4,89$  años. En lo referente a los parámetros antropométricos propuestos para la evaluación, se pudo identificar que la tendencia es hacia el sobrepeso, sin riesgo cardiovascular ([ver Tabla 2](#)).

**Tabla 1. Estado civil de la población**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casada	11	64,7	64,7	64,7
Soltera	1	5,9	5,9	70,6
Divorciada	3	17,6	17,6	88,2
Viuda	2	11,8	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

**Tabla 2. Parámetros antropométricos de las mujeres con AR**

Clasificación de IMC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	3	17,6	17,6	17,6
Sobrepeso	8	47,1	47,1	64,7
Obesidad-I	6	35,3	35,3	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Clasificación Riesgo cardiovascular medido por perímetro de cintura				
Sin riesgo (menor 88cm)	12	70,6	70,6	70,6
Con riesgo (mayor 88 cm)	5	29,4	29,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Clasificación ICC				
Sin riesgo menor 0,8	10	58,8	58,8	58,8
Con riesgo mayor 0,8	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Una vez analizada la información obtenida del proceso cualitativo, se pudo identificar que las diferentes entrevistas mostraron que las mujeres con AR asisten continuamente a la consulta médica y que son remitidas a terapia física, donde habitualmente se les indica que deben realizar una serie de ejercicios que les permiten mejorar su calidad de vida. De la misma manera, se pudo establecer que dicha insistencia genera el conocimiento de las pacientes hacia el beneficio y la importancia de realizar AF en sus vidas. Es así como después de la saturación de la información se evidencia la categoría “El recordatorio del médico y la fisio a que haga actividad física”, lo cual es sustentado en algunos relatos.

[...] Siempre que voy donde el reumatólogo, aparte de revisarme, me dice ¿está haciendo actividad física? Usted sabe que la necesita por sus tobillos y rodillas, recuerde (2R1).

La fisio es muy linda y buena gente, siempre me hace el recorderis Doña..., acuérde-se que los ejercicios que hacemos aquí tiene hacerlos en casa, como le enseñé y como están en el plan casero, es importante que mantenga el hábito de actividad física, si no se generan más complicaciones (6R2).

Fue común encontrar que uno de los limitantes para la realización de la AF se enfocaba en las complicaciones e incremento de la sintomatología, especialmente el dolor, por lo que las participantes ponen en contraste la realización de la AF o ejercicio físico con la aparición o aumento de su dolor e inflamación, rescatando que aunque han querido y han dispuesto tiempo para realizar AF, surge el miedo y la consecuencia del sobreesfuerzo. Esto último reflejándose refleja en las entrevistas bajo la categoría que se denominó “Ejercicio vs Complicaciones física y funcionales”, sustentado en los relatos.

He hecho de todo para seguir lo que dice el médico, me anoté en un gimnasio, jui dizque hacer actividad física, [...] y terminé mamada, y a la hora con los dolores más bravos y las coyunturas hinchadas, [...] no pude ni siquiera cocinar ni hacer el oficio de la casa y eso me duró días (12R4).

En el parque de la salud se reúne la gente a hacer ejercicio, [...] mis vecinas me convidaron y me jui con ellas, todo muy bonito muy de la casa, eso brinqué como mostraban los muchachos de la tarima, me reí, pero como dice el dicho el remedio es peor que la enfermedad, pues ni dormir pude con el dolor de piernas y la hinchadez, [...] al otro día quien dijo pararse y funcionar (8R7).

Es claro que aunque se ha identificado el beneficio de la AF en patologías como la AR, la disponibilidad de personal para asumirlo y la responsabilidad que ello amerita requiere de profesionales idóneos que acompañen a las personas de manera más personalizada a la hora de la atención, lo cual, teniendo en cuenta los relatos de las participantes, se identificó bajo la categoría “El conocimiento de las necesidades reales de los usuarios por parte de los gimnasios y entrenadores”.

Los entrenadores no entienden que una persona con artritis no es como los demás para hacer ejercicio, que nos pueden poner a brincar, subir y bajar, todito el tiempo [...] como tampoco entienden que si hoy estoy bien mañana no se sabe, pues a veces solo con el peso del cuerpo tenemos y si me esfuerzo más de lo debido termino coja y adolorida (17R10).

[...] No confió en los gimnasios, me ponen a usar sus máquinas y demás aparatos, supuestamente para mejorar mi condición física, muy bonita filosofía, pero me quedo con mi fisio así me toque pagarle más, pero ella sabe lo que debo y no puedo hacer, además de tratarme el dolor, me pone ejercicios que no me incapacitan después (6R5).

La exploración a través de las entrevistas realizadas permitió develar que uno de los condicionantes para la realización de la AF se relaciona con la sintomatología de dolor e inflamación, por lo que la parte emocional interviene, reflejando el miedo asociado con la sintomatología predominante de la AR. Esta combinación de procesos expone la categoría “El abandono de la AF como una consecuencia de la inadecuada práctica”.

[...] Eso de pagar gimnasio es caro, pero así, hice el esfuerzo y lo pagué y jui, me midieron, pesaron, hicieron unos dizque test y ya me dijeron que empezaba al otro día, pero adónde va el burro adonde no le toque arar, [...] me pusieron a caminar como ¡si yo no caminara todito el día! después me treparon en una bicicleta, dizque hacer cardio porque dizque estaba con sobrepeso y a levantar unas pesas y abrimme de piernas dizque pa ser más flexible [...] resultado no volví y se perdió la plática (4R12).

[...] Ya son muchos años que tengo esta amiga mía, y también todas las cosas que he hecho para mantenerla calmada, por eso ya sé que el ejercicio en gimnasio ni hablar, porque cuando lo he intentado, termino de visita al médico, consumo de más analgésicos [...] prefiero quedarme quieta a tener dolor, ser una gordita sin dolor que una flaca adolorida (10R9).

## Discusión

Los datos sociodemográficos permitieron establecer que las mujeres con AR en su mayoría están casadas, lo cual ofrece una red de apoyo que permite a la persona solventar de una mejor manera los procesos sintomatológicos que la enfermedad deriva [23] y, así mismo, mejora su calidad de vida.

Por otra parte, en algunas investigaciones se plantea que el estrato socioeconómico también es un factor de prevalencia para que las pacientes con AR mantengan su independencia [24]. Lo anterior está muy relacionado con esta investigación, y se pudo advertir al reconocer que la mayoría de ellas pertenecían a un estrato social y económico para Colombia medio bajo y medio. Esto permite que tengan acceso a otros tratamientos como ayudas en el momento de requerir y así darle un mayor manejo a su enfermedad.

Se evidenció que la edad de diagnóstico de la AR en la población es a los 28 años aproximadamente, lo cual según algunos estudios denota que entre más temprano se presente la enfermedad, más complicaciones clínicas pueden asociarse, pero aún se encuentra en estudio, pues por la naturaleza heterogénea de la AR, es complicado predecir pronósticos al inicio de la enfermedad [25].

Con relación a los aspectos antropométricos, se identificó que las mujeres con AR se encontraron con sobrepeso, lo que coincide al indicar que “El sobrepeso es un riesgo importante para muchas enfermedades crónicas, incluida la cardiopatía, la diabetes tipo II, y la artritis” [26 p8]. Estudios recientes informan cómo el sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor actividad inflamatoria (mayor cantidad de articulaciones inflamadas) en pacientes con AR [27], sustento que puede explicarse en un mayor consumo calórico y un bajo nivel de AF, lo que pudo constatar también con los relatos.

Aunque la población en general presentó un perímetro de cintura dentro de los parámetros normales, hay estudios que demuestran la asociación entre la inflamación en la AR con el tejido adiposo, pues la obesidad se relaciona con un incremento de macrófagos, lo que genera un aumento en la proporción del factor proinflamatorio, situación relacionada con la fisiología de la inflamación de la AR [28]. Ello también pone en evidencia la necesidad de promover la AF como estilo de vida saludable [28].

El “recordatorio del médico y la fisioterapeuta” acerca de la AF no solo deben provenir del personal de salud. Es necesario vincular a los medios de comunicación, y así apoyar las campañas de la OMS, en pro de favorecer los estilos y hábitos saludables [29]. De la misma manera, se hizo visible que no solo se trata de informarle a las pacientes la necesidad de tener buenos hábitos de vida, sino también guiarlas y apoyarlas de manera continua [30]. Al respecto, algunas investigaciones enuncian, respecto al proceso del tratamiento de los pacientes con AR, que la percepción del paciente afecta de manera significativa y adversa a los mejores esfuerzos de los médicos para involucrar a los pacientes [31], por lo que se debe trabajar al respecto de forma estrecha y consciente.



Se pudo observar que la falta de supervisión calificada de la AF conlleva a sobrecarga en sus articulaciones y, posteriormente, el desarrollo de inflamación como de dolor. Por ello la importancia de prescribir el ejercicio y así obtener los objetivos deseados [32], sin agravar la inflamación articular y acelerar el daño en las articulaciones [33]. Desde otra perspectiva, también se hizo evidente la resistencia que las mujeres tienen a realizar AF, por lo que la concientización y guía son de relevancia para lograr una adherencia a la práctica continua de AF [34].

En el caso las mujeres de la ciudad de Popayán, se debe tener en cuenta que no solo realizan roles dentro de la casa, sino que también tienen actividades laborales, y que un ejercicio físico excesivo las limita tanto física como funcional, y las conlleva a emociones negativas [35] que agravan su condición. Sumado a la insatisfacción con el proceso y el abordaje de la AF, han propiciado que asuman su propia rutina de ejercicios, lo que induce a acciones de autogestión, favoreciendo un mejor tratamiento, basado en la sintomatología del paciente, con el fin de mejorar la funcionalidad. Esto último repercute en los roles sociales, siendo un comportamiento relacionado a la disminución de la mortalidad [36].

Lo anterior evidencia la clara tendencia al bajo desarrollo de AF, hecho que debe contrarrestarse y generar acciones en pro de mejorar la adherencia a programas de AF desde un componente más lúdico y recreativo, y no solo el hecho de seguir un plan de entrenamiento. Esto a su vez generará aportes importantes a su estado mental [37] y de cierta manera podría incidir en su imagen corporal.

Como todo estudio, se hacen evidentes limitaciones, que para el presente corresponde a la baja población. De la misma manera, se incentiva a ampliar el estudio hacia los estilos de vida que las mujeres con AR desarrollan, especialmente desde la alimentación que podría incidir en procesos inflamatorios como en la presencia de sobrepeso u obesidad.

## Conclusiones

Se hizo notable que el sobrepeso es un factor relevante para las mujeres con AR del estudio y aunque no registraron riesgo cardiovascular, es necesario continuar con un seguimiento de los eventos que influyen en el curso de la enfermedad desde este aspecto.

Se pudo identificar en las mujeres con AR, que la AF es una necesidad que infiere en su salud, pero se requiere de mejores estrategias para incentivar la práctica de AF como medio para mejorar su salud y calidad de vida.

La importancia de vincular a otros profesionales a programas de AF dirigidos a la comunidad con patologías específicas es una meta a futuro, como también el fortalecimiento relacionado con la apropiación y conocimiento de programas de prescripción del ejercicio vinculadas a la parte recreativa y lúdica.

El trabajo interdisciplinario es una herramienta clave en la intervención de los pacientes con AR, ya que orienta al logro de unos objetivos específicos, como al mantenimiento de hábitos y estilos de vida saludables, eliminando la inactividad física como consecuencia de la deserción en los programas.

## Referencias

1. Scherer HU, Häupl T, Burmester GR. The etiology of rheumatoid arthritis. *J Autoimmun.* 2020 Jun 1;110:102400. doi: <https://doi.org/10.1016/J.JAUT.2019.102400>
2. Verhoeven F, Tordi N, Prati C, Demougeot C, Mougin F, Wendling D. Physical activity in patients with rheumatoid arthritis. *Jt Bone Spine [Internet].* 2016;83(3):265–70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.10.002>
3. Larkin L, Kennedy N. Correlates of Physical Activity in Adults with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *J Phys Act Heal [Internet].* 2014;11(6):1248–61. doi: <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0194>
4. Giannini D, Antonucci M, Petrelli F, Bilia S, Alunno A, Puxeddu I. One year in review 2020: Pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol [Internet].* 2020 May 1;38(3):387–97. Disponible en: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=15504>
5. Molano-Tobar NJ, Villaquirán-Hurtado A, Velez Tobar RA. Prescripción de la Actividad Física en Artritis Reumatoide. Popayán: SAMAVA; 2019.
6. Adamas Uribe E. Actividad Física: Relevancia en la intervención fonoaudiológica. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias la Salud [Internet].* 2019 [cited 2022 Oct 24];1(2):38–51. doi: <https://doi.org/10.46634/riics.21>
7. Alvarez-Nemegyei J, Pacheco-Pantoja E, González-Salazar M, López-Villanueva RF, May-Kim S, Martínez-Vargas L, et al. Asociación entre sobrepeso/obesidad y estado clínico en artritis reumatoide. *Reumatol Clínica [Internet].* 2020 ;16(6):462–7. doi: <https://doi.org/10.1016/J.REUMA.2018.11.005>
8. Lwin MN, Serhal L, Holroyd C, Edwards CJ. Rheumatoid Arthritis: The Impact of Mental Health on Disease: A Narrative Review. *Rheumatol Ther [Internet].* 2020;7(3):457. doi: <https://doi.org/10.1007/S40744-020-00217-4>
9. Prada Hernández DM, Martell Sarduy R, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA, Fernández Zamora O, Hernández Cuellar MV, et al. Caracterización de la invalidez laboral en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Rev Cuba Reumatol.* 2013;15(3):160–72. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53481>
10. Kawahito Y, Takakubo Y, Morinobu A, Matsubara N, Nagy O, Sugiyama E. Patient satisfaction, preferences, expectations, characteristics, and impact of suboptimal control of rheumatoid arthritis: A subgroup analysis of Japanese patients from a large international cohort study (SENSE). *PLoS One [Internet].* 2021;16(11). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259389>
11. Di Giuseppe D, Bottai M, Askling J, Wolk A. Physical activity and risk of rheumatoid arthritis in women: a population-based prospective study. *Arthritis Res Ther [Internet].* 2015;17(1):40. doi: <https://doi.org/10.1186/s13075-015-0560-2>
12. Hurkmans EJ, Li L, Verhoef J, Vliet Vlieland TPMM. Physical Therapists' Management of Rheumatoid Arthritis: Results of a Dutch Survey. *Musculoskeletal Care [Internet].* 2012;10(3):142–8. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/msc.1011>

13. Rouse PC, Van Zanten JJCSV, Metsios GS, Ntoumanis N, Yu CA, Koutedakis Y, et al. Fostering autonomous motivation, physical activity and cardiorespiratory fitness in rheumatoid arthritis: Protocol and rationale for a randomised control trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15(1). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-445>
14. Paul L, Rafferty D, Marshall-Mckenna R, Gill JMR, McInnes I, Porter D, et al. Oxygen cost of walking, physical activity, and sedentary behaviours in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 2014;43(1):28–34. doi: <https://doi.org/10.3109/03009742.2013.802009>
15. Khoo J, Hasan H. Analysing health data sources to inform chronic disease management decisions of health insurers: A mixed methods study. *Informatics Heal Soc Care [Internet]*. 2018;44(3):221–36. doi: <https://doi.org/10.1080/17538157.2018.1496088>
16. McGrath M, Low MA, Power E, McCluskey A, Lever S. Addressing Sexuality Among People Living With Chronic Disease and Disability: A Systematic Mixed Methods Review of Knowledge, Attitudes, and Practices of Health Care Professionals. *Arch Phys Med Rehabil [Internet]*. 2021;102(5):999–1010. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.09.379>
17. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill; 2014.
18. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1581 de 2012 (octubre 17): Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Bogotá: Diario oficial. 2012. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1581\\_2012.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html)
19. Pérez BM, Landaeta-Jiménez M, Arroyo Barahona E, Marrodán MD. Patrón de actividad física, composición corporal y distribución de la adiposidad en adolescentes venezolanos. *Rev An Venez Nutr*. 2012;25(1):5–15. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2012/1/art-2/>
20. Chacin M, Carrillo S, Arenas V, Martínez M, Hernandez JD, Anderson H, et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia. *Rev Latinoam Hipertens*. 2020;15(5):315–21. doi: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4484300>
21. González-Jiménez E, Montero-Alonso M, Schmidt-Riovalle J. Estudio de la utilidad del índice de cintura-cadera como predictor del riesgo de hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Nutr Hosp*. 2013;28(6):1993–8. doi: <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.6.6653>
22. Barrios Y, Díaz N, Meertens L, Naddaf G, Solano L, Fernández M, et al. Leptina sérica, su relación con peso y distribución de grasa corporal en mujeres posmenopáusicas. *Nutr Hosp*. 2010;25(1):80–4. doi: <https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.1.4273>
23. Prothero L, Barley E, Galloway J, Georgopoulou S, Sturt J. The evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review of reviews. *Int J Nurs Stud*. 2018 Jun 1;82:20–9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.008>
24. Hsieh PH, Wu O, Geue C, McIntosh E, McInnes IB, Siebert S. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. *Ann Rheum Dis [Internet]*. 2020;79(6):771–7. doi: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216243>

25. Paalanen K, Puolakka K, Nikiphorou E, Hannonen P, Sokka T. Is seronegative rheumatoid arthritis true rheumatoid arthritis? A nationwide cohort study. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2021;60(5):2391. doi: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa623>
26. Katz, P, Margaretten, M., Gregorich, S., & Trupin, L Physical Activity to Reduce Fatigue in Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care and Research*. 2018;70(1), 1–10. doi: <https://doi.org/10.1002/ACR.23230>
27. Ottaviani S. Obésité et polyarthrite rhumatoïde Obesity and rheumatoid arthritis. *Rev du Rhum Monogr*. 2016;83:29–33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2015.09.002>
28. Gioia C, Lucchino B, Tarsitano MG, Iannuccelli C, Di Franco M. Dietary Habits and Nutrition in Rheumatoid Arthritis: Can Diet Influence Disease Development and Clinical Manifestations? *Nutrients* [Internet]. 2020;12(5). doi: <https://doi.org/10.3390/NU12051456>
29. World Health Organizatio. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Geneva WHO Libr Cat. 2010;(Completo):1–58. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44441>
30. Zuidema RM, Repping-Wuts H, Evers AWM, Van Gaal BGI, Van Achterberg T. What do we know about rheumatoid arthritis patients' support needs for self-management? A scoping review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015;52(10):1617–24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.008>
31. Binder-Finnema P, Dzurilla K, Hsiao B, Fraenkel L. A Qualitative Exploration of Triangulated Shared Decision Making in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. 2019;71(12):1576. doi: <https://doi.org/10.1002/ACR.23801>
32. Bravo MI. Actividad física intensa: Dulce o amargo. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5(1):76. doi: <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100016>
33. Munsterman T, Takken T, Wittink H. Are persons with rheumatoid arthritis deconditioned? A review of physical activity and aerobic capacity. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-202>
34. Bremander A, Malm K, Andersson ML, group on behalf of the B study. Physical activity in established rheumatoid arthritis and variables associated with maintenance of physical activity over a seven-year period – a longitudinal observational study. *BMC Rheumatol* [Internet]. 2020;4(1). doi: <https://doi.org/10.1186/S41927-020-00151-6>
35. Fakra E, Marotte H. Rheumatoid arthritis and depression. *Jt bone spine* [Internet]. 2021;88(5). doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2021.105200>
36. Zuidema RM, Repping-wuts H, Evers AWM, Gaal BGI Van, Achterberg T Van. What do we know about rheumatoid arthritis patients' support needs for self-management ? A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:1617–24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.008>
37. Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2016;12(9):532. doi: <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2016.112>