



**RIDUNAJ**  
Repositorio Institucional  
Digital UNAJ



Tesinas de Grado

Benítez, Romina Daniela y Robledo Jiménez, Cecilia Fabiola

# Barreras sociodemográficas en el tratamiento kinésico de Artrosis de Rodilla en adultos mayores

*Instituto de Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Kinesiología y  
Fisiatría*

2025



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.  
Atribución – No comercial – Sin obra derivada 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Benítez, R. D. y Robledo Jiménez, C. F. (2025). *Barreras sociodemográficas en el tratamiento kinésico de Artrosis de Rodilla en adultos mayores* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche].

<https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3456>

**TESINA**

**Presentada para acceder al Título de Grado de la Carrera**

**LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

**Título:**

**“Barreras sociodemográficas en el tratamiento kinésico de Artrosis de Rodilla en adultos mayores”**

**Autoras:**

Benítez, Romina Daniela. **Legajo N° 18661**  
Robledo Jiménez, Cecilia Fabiola. **Legajo N° 7836**

**Director:**

**Lic. Alessandro Damián**

**Fecha de Presentación:**

**11/11/2024**

**Firma de Autoras:**



## **Agradecimientos**

En primer lugar, agradecer a nuestro Creador, por ponernos en este lugar.  
Agradecer a nuestros Padres que nos brindaron la educación, la fe y las herramientas para  
luchar por este sueño.

Agradecer a nuestros compañeros de vida por sostenernos hasta hoy.  
A nuestros hijos por cada momento compartido y a ellos dejarles el legado de sacrificio y  
lucha por un título universitario. A nuestros docentes y amigos que estuvieron a lo largo  
de este camino y, sobre todo, agradecer a nuestra amada Universidad que nos ha brindado  
la posibilidad infinita de mejorar nuestras vidas por completo.

Gracias...

Cecilia y Romina

## Índice

I.	Introducción.....	5
II.	Objetivos	
	II a. Objetivo General.....	7
	II b. Objetivo Específico.....	7
III.	Justificación.....	7
IV.	Marco Teórico.....	8
	IV.a. Adultos Mayores .....	8
	IV.b Envejecimiento.....	8
	IV.b.1 Cambios principales en el aparato locomotor durante el envejecimiento...9	
	IV.b.2 Envejecimiento Activo.....	10
	IV.c. Artrosis.....	11
	IV.d. Artrosis de rodilla.....	12
	IV.d.1 Fisiopatología.....	13
	IV.d.2 Manifestaciones Clínicas.....	13
	IV.d.3 Factores de Riesgo.....	15
	IV.d.4 Diagnóstico.....	16
	IV.d.5 Tratamiento kinésico de la artrosis de rodilla.....	18
	IV.e. Determinantes de la Salud.....	19
	IV.e.1 Determinantes Sociales de la Salud.....	19
	IV,f Barreras sociodemográficas.....	20
	IV.g. Atención Primaria de la Salud.....	21
	IV.g.1 Atención Primaria de la salud en Argentina.....	22
	IV.h. Rol de la Kinesiología en Atención Primaria de la Salud.....	22
	IV.i. Promoción de la Salud en adultos mayores .....	23
	IV.j. Estado del Arte.....	25
V.	Diagnóstico situacional, identificación del problema a resolver y su contexto.....	27
	V.a. Villa Itatí.....	27
	V.a.1 Historia.....	28
	V.a.2 Posta de Cuidado Barrial.....	30
	V.b. Análisis Barrial.....	31

V.c. Identificación del Problema.....	33
VI. Mapa de actores.....	33
VII. Métodos.....	33
VII.a Búsqueda bibliográfica.....	34
VII.b Recolección de datos. ....	35
VII.b,1 Instrumento de recolección de datos: WOMAC.....	35
VIII. Resultados .....	36
VIII.a. Resultados de la encuesta.....	36
VIII.b. Resultados del test de WOMAC.....	50
IX. Propuesta de intervención.....	52
IX.a. Objetivos de la propuesta.....	52
IX.b. Actividades.....	53
IX.c. Metas e indicadores.....	54
IX.d Análisis estratégico para la sustentabilidad de la propuesta y resultados esperados.....	55
IX.e Resultados esperados.....	56
X. Conclusiones.....	56
XI. Referencias Bibliográficas.....	60
XII. Anexos .....	66

## **Glosario**

OMS: Organización Mundial de la Salud

OA: Osteoartrosis

ACR: American College of Rheumatology

CVRS: Calidad de Vida relacionada con la Salud

IMC: Índice de Masa Corporal

HTA: Hipertensión Arterial

CDSS: Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

APS: Atención Primaria de la Salud

MSAL: Ministerio de Salud de la Nación

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PCB: Postas de Cuidado Barrial

INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

WOMAC: Western Ontario and McMaster

UNAJ: Universidad Nacional Arturo Jauretche

DO: Artrosis Diagnosticada

UO: Artrosis no diagnosticada

DF: Rendimiento Funcional

6MWT: Prueba de caminata de 6 minutos

EVA: Escala Visual analógica del dolor

## **I. Introducción**

El proceso de envejecimiento poblacional en el país ha ido en aumento, por lo que una proporción cada vez más grande de la población será de adultos mayores.<sup>1</sup>

Es preciso señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.<sup>2</sup>

Argentina es uno de los países con población más envejecida en América Latina y el Caribe, y continúa envejeciendo a un ritmo acelerado. En el año 2020, la población de 60 años o más ascendió al 15,7% del total. Se prevé que esta proporción continúe incrementándose hasta alcanzar un 22% para el año 2050.<sup>3</sup>

En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad funcional del individuo.<sup>1</sup>

La artrosis es una artropatía degenerativa definida internacionalmente como osteoartritis (OA) y es la patología reumática de mayor prevalencia, siendo la principal causa de dolor osteomuscular crónico que genera discapacidad en personas de alrededor de 65 años de edad de todo el mundo. Afecta principalmente la articulación de la rodilla por estar expuesta a sobrecarga articular, alteraciones biomecánicas o traumáticas. La osteoartritis es un problema progresivo de salud común en adultos, se estima que 80% de las personas mayores de 65 años presentan evidencias radiográficas y manifestaciones clínicas de la enfermedad.<sup>4</sup>

El factor de riesgo más importante para padecer artrosis es el envejecimiento. Con la edad se suman otros factores de riesgo, como la hipertensión, diabetes y otras comorbilidades por lo que la prevalencia de la artrosis es mayor en la vejez.<sup>5</sup> La osteoartritis se caracteriza por la presencia de dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y limitación de la movilidad los que progresivamente causan diferentes grados de discapacidad que afectan la percepción de la calidad de vida de los pacientes que la padecen.<sup>6</sup>

El Servicio Nacional de Rehabilitación extiende la normativa de discapacidad en pacientes con Artrosis y Osteoartritis. Desde el año 2007 se cuenta con el decreto para beneficio de esta población, sabiendo por este documento que la osteoartrosis afecta al 65% de las mujeres de entre 65 y 84 años, al 58% de los hombres de entre 65 y 84 años y al 85% de la población mayor de 85 años. En él también se detalla la etiología, factores de riesgo, cuadro clínico, criterios de evaluación, los grados radiológicos de artrosis según Kellgren y Lawrence, patrones clínicos, criterios del American College Of Rheumatology (ACR) para definir y clasificar la osteoartritis. Por último, se pueden encontrar los requisitos y criterios para extender el certificado de discapacidad.<sup>7</sup>

Villa Itatí es un barrio del partido de Quilmes en la provincia de Buenos Aires, que está compuesto por un perímetro que incluye 36 manzanas asimétricas con una altísima densidad poblacional lo que representa un elevado estado de vulnerabilidad de sus residentes con distintos niveles de heterogeneidad, complejidad en su interior y situaciones de pobreza.<sup>8</sup>

Los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas. Las barreras son todos aquellos factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.<sup>9</sup>

Dado el aumento en la expectativa de vida de la población, sabiendo que la edad es el predictor más fuerte del desarrollo y progresión de la OA, y debido a las características sociodemográficas y económicas que presenta Villa Itatí, surge nuestro interés por la siguiente problemática ¿Cuáles son las barreras sociodemográficas al tratamiento kinésico de la artrosis de rodilla en los adultos mayores de Villa Itatí y cuál sería la mejor propuesta de intervención kinésica para disminuir dichas barreras en la población de interés?

## **II. Objetivos:**

### **II.a Objetivo General:**

Identificar las barreras sociodemográficas al tratamiento kinésico de artrosis de rodilla en los adultos mayores de Villa Itatí y diseñar una propuesta de intervención kinésica para reducir dichas barreras.

### **II.b Objetivos Específicos:**

- Determinar la prevalencia de artrosis de rodilla en los adultos mayores de Villa Itatí.
- Describir los determinantes sociodemográficos de los adultos mayores de Villa Itatí.
- Estimar la capacidad funcional de los adultos mayores de Villa Itatí con diagnóstico de Artrosis de rodilla.
- Evaluar las posibles intervenciones kinésicas desde la atención primaria para reducir las barreras al tratamiento.

## **III. Justificación:**

Dado que la OA es la enfermedad reumática más frecuente en los adultos mayores, que genera dolor osteomuscular crónico y es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en esta población que crece de forma acelerada, surge nuestro interés por realizar una evaluación a los adultos mayores de Villa Itatí, debido a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran, para conocer cuáles son las barreras sociodemográficas al tratamiento kinésico y así diseñar una estrategia de intervención que desde la atención primaria ayude a reducir dichas barreras, con el objetivo de mejorar la capacidad funcional y fortalecer la autonomía de ésta población. Siendo el/la Kinesiólogo/a, parte fundamental en el equipo interdisciplinario para asegurar al adulto mayor el derecho a la independencia, la autonomía y a un envejecimiento saludable.

Consideramos este trabajo de campo una experiencia enriquecedora para nuestra formación profesional, ya que acercarnos al terreno nos permitió conocer las principales problemáticas que ponen en riesgo la salud de la tercera edad.

## **IV. Marco teórico**

### **IV.a Adultos Mayores**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulto/a mayor a toda persona mayor de 60 años.

La situación que enfrentan los adultos mayores en cuanto a la calidad de vida es compleja y depende de múltiples factores internos y externos; de este modo, la calidad de vida está marcada por las subjetividades y las influencias del entorno en el que vive la persona.<sup>10</sup>

La población envejece en todo el mundo con más rapidez que en el pasado, pero en América Latina y el Caribe esta transición demográfica tiene lugar incluso con mayor celeridad. Más del 8% de la población tenía 65 años o más en el 2020 y se estima que ese porcentaje se duplicará para el 2050 y superará el 30% para finales de siglo.<sup>11</sup> Argentina es uno de los países con población más envejecida en América Latina y el Caribe, y continúa envejeciendo a un ritmo acelerado.<sup>3</sup>

Uno de los principales efectos de este cambio demográfico es que muchas personas mayores carecen de acceso a los recursos básicos necesarios para disfrutar de una vida digna y muchas otras se enfrentan a múltiples obstáculos para participar en la sociedad con plenitud.<sup>11</sup>

### **IV.b Envejecimiento**

“Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte.” (OMS)

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la OA, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia.<sup>12</sup>

#### **IV.b.1 Cambios principales en el aparato locomotor durante el envejecimiento:**

Dentro de los múltiples cambios que transitan las personas durante el proceso de envejecimiento, es preciso mencionar lo que sucede en el aparato locomotor:

El envejecimiento se acompaña de una reducción de la masa ósea por disminución de la formación y adelgazamiento progresivo de las trabéculas óseas y de las corticales. A medida que se envejece, la masa y la fuerza muscular disminuyen, resultado de la atrofia de las fibras musculares en particular de tipo II (llamadas rápidas) y de la sustitución de la masa muscular (proteica) por tejido graso y, en menor grado, conjuntivo. Sin embargo, una parte de este declive se debe al sedentarismo que lo acompaña con mucha frecuencia y a los factores nutricionales (aportes alimentarios insuficientes en proteínas). Todos los músculos del organismo, muy especialmente los del tronco y las extremidades, se atrofian a largo plazo, provocando un deterioro del tono muscular y una pérdida de potencia, fuerza, resistencia y agilidad.

Las articulaciones sufren una reducción de la superficie cartilaginosa. Además, los ligamentos se calcifican, se osifican, empeorando los trastornos articulares. Las anomalías del metabolismo hídrico de los condrocitos se acompañan de un cambio en la composición de glucosaminoglucanos con alteración de las propiedades mecánicas de la articulación, empeorando los trastornos ligados al adelgazamiento del cartílago.<sup>13</sup>

## **IV. b.2 Envejecimiento activo**

Lo ideal para que las personas mayores tengan un envejecimiento saludable y con calidad de vida es a través del envejecimiento activo.

Según la OMS, “El envejecimiento activo” es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

Para la OMS la funcionalidad representa el principal determinante del estado de salud entre los adultos mayores, no en términos de déficit, sino en mantenimiento de la capacidad funcional, entendida como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona. El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida. Incluye desde el nivel micro hasta el nivel macro, el hogar, la comunidad y la sociedad en general.

El nivel de funcionalidad no se determina sólo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones con los entornos que se habitan a lo largo de la vida. Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez abarcan, por ejemplo, las políticas generales, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes sociales a las que se pueden recurrir e, incluso, los dispositivos de apoyo que pueden tener a disposición.<sup>1</sup>

## IV.c Artrosis

Como se nombró en el apartado anterior la artrosis es una de las afecciones más frecuentes durante el proceso de envejecimiento, que afecta el día a día de los adultos mayores que la padecen, por lo que su desarrollo es de sumo interés.

La artrosis es una artropatía degenerativa definida internacionalmente como osteoartrosis (OA), es la secuela reumática de mayor prevalencia, siendo la principal causa de dolor osteomuscular crónico que genera discapacidad en personas de alrededor de 65 años de edad de todo el mundo e implicaciones importantes a nivel social, sanitario y económico. Afecta principalmente la articulación de la rodilla por estar expuesta a sobrecarga articular, alteraciones biomecánicas o traumáticas.

La artrosis es un problema progresivo de salud común en adultos, se estima que 80% de las personas mayores de 65 años presentan evidencias radiográficas y manifestaciones clínicas de la enfermedad. La frecuencia de esta patología aumenta en relación con la edad.<sup>4</sup> La artrosis es una enfermedad progresiva, por lo que en el adulto mayor es más grave, más frecuente y debilitante, y puede llevar a la discapacidad.<sup>5</sup>

Se clasifica en dos categorías: artrosis primaria y artrosis secundaria:

*La OA* primaria es el subconjunto más común de la enfermedad y se diagnostica en ausencia de un trauma o enfermedad predisponente. *La OA* secundaria ocurre con una anomalía articular preexistente. Las condiciones predisponentes incluyen traumatismos o lesiones, trastornos congénitos de las articulaciones, artritis inflamatoria, necrosis avascular, artritis infecciosa, enfermedad de Paget, osteoporosis, osteocondritis disecante, trastornos metabólicos (hemocromatosis, enfermedad de Wilson), hemoglobinopatía, síndrome de Ehlers-Danlos o síndrome de Marfan.<sup>14</sup>

El cartílago hialino es un tejido viscoelástico que proporciona a la articulación resistencia y baja fricción entre las superficies articulares, lo que permite soportar fuerzas de compresión cizallamiento, que minimizan su efecto en el hueso subcondral.<sup>15</sup>

La enfermedad afecta principalmente al cartílago hialino articular en las articulaciones que soportan carga, como la rodilla, la cadera y el hombro, y también se encuentra comúnmente en las manos y los pies. Otros tejidos, como la cápsula sinovial de la articulación y el hueso subcondral, también se ven afectados y contribuyen a la progresión de la enfermedad. A medida que avanza la enfermedad, se produce una degeneración grave del cartílago, estrechamiento del espacio articular, engrosamiento del hueso subcondral, formación de osteofitos o espolones óseos e inflamación de la articulación acompañada de edema y dolor.<sup>16</sup>

#### **IV.d Artrosis de rodilla**

Nuestra investigación se centra en la artrosis de rodilla al ser esta la que se desarrolla con más frecuencia en adultos mayores.

La artrosis de rodilla o gonartrosis es una enfermedad degenerativa no inflamatoria, se encuentra presente en el 50-60% de las personas entre 65 y 70 años, porcentaje que aumenta al 90% a partir de los 80 años. El 40% de los casos presenta una gonartrosis radiológica pero asintomática,<sup>17</sup>

Como enfermedad representa un importante problema de salud por la discapacidad funcional y la afectación que produce en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes.<sup>18</sup>

Se caracteriza por la pérdida de manera progresiva e irreversible del cartílago articular, formación de osteofitos en los márgenes de la articulación comprometiendo los ligamentos y músculos a su alrededor, así como la formación de hueso nuevo en el área trabecular del hueso subcondral, fibrosis capsular e inflamación de la membrana sinovial. Metabólicamente existe un desequilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago articular y el hueso subcondral, en conjunto la AO produce alteraciones estructurales y funcionales de la articulación.

Las alteraciones biomecánicas del tejido enfermo provocan reducción significativa de la propiedad elástica del cartílago. Por otro lado, el elevado contenido de agua hace que el

tejido sea más comprensible y permeable. La fibrilación en la zona superficial genera tensiones y deformidades mayores en la matriz sólida y una disminución de la capacidad para soportar cargas de peso.<sup>15</sup>

#### **IV.d.1 Fisiopatología**

La causa de la artrosis es una interacción de factores de riesgo, estrés mecánico y mecánica articular anormal. La combinación conduce a marcadores proinflamatorios y proteasas que, en última instancia, median la destrucción de la articulación.

Generalmente los primeros cambios que se producen en la artrosis se producen a nivel del cartílago articular, que desarrolla fibrilación superficial, irregularidad y erosiones focales. Estas erosiones se extienden finalmente hasta el hueso y se expanden continuamente para afectar más superficie de la articulación. A nivel microscópico, después de una lesión del cartílago, la matriz de colágeno se daña, lo que hace que los condrocitos proliferen y formen grupos. Se produce un cambio fenotípico hacia condrocitos hipertróficos, lo que provoca excrescencias del cartílago que se osifican y forman osteofitos. A medida que se daña más la matriz de colágeno, los condrocitos sufren apoptosis. El colágeno mal mineralizado causa engrosamiento del hueso subcondral; en la enfermedad avanzada, los quistes óseos ocurren con poca frecuencia. Incluso más raramente, aparecen erosiones óseas en la artrosis erosiva.

También hay cierto grado de inflamación e hipertrofia sinovial, aunque este no es el factor desencadenante como es el caso de la artritis inflamatoria. Las estructuras de tejidos blandos (ligamentos, cápsula articular, meniscos) también se ven afectadas.<sup>15</sup>

Aunque la destrucción y la pérdida del cartílago articular son un componente central de la OA, todos los tejidos articulares se ven afectados de alguna manera, lo que indica que la osteoartritis de rodilla es una enfermedad de la articulación como un órgano en conjunto.<sup>19</sup>

## IV.d.2 Manifestaciones Clínicas

Aunque el cartílago articular es una estructura aneural, avascular y alifática su presencia clínica en caso de lesión, se traduce en dolor, distensión, bloqueo e inestabilidad articular.<sup>15</sup>

Clínicamente los elementos distintivos son dolor de tipo mecánico, rigidez articular y deformidades, aunque puede aparecer inflamación, que se presenta fundamentalmente en procesos avanzados. Estas manifestaciones se unen a la impotencia funcional que condiciona la aparición de distintos grados de discapacidad funcional y afectación de la percepción de la CVRS.<sup>18</sup>

El dolor de tipo mecánico es el síntoma principal de la gonartrosis, aparece tras el uso de la articulación y desaparece en reposo, aunque en estadios avanzados, puede aparecer incluso en reposo, ser continuo, con exacerbación nocturna, o aparecer tras periodos de inactividad prolongada. Normalmente existe relación del dolor con el grado de afectación articular, aunque puede no existir correlación clínico-radiológica. Existe asimismo dolor secundario a procesos concomitantes como la deformidad articular, la existencia de microfracturas subcondrales, bursitis, sinovitis, entesitis (rotuliana, en la pata de ganso, etc) rigidez articular por fibrosis capsular y bloqueo mecánico osteofitario.<sup>17</sup>

Las características clínicas del dolor debido a artrosis de la rodilla son descritas por el paciente como de tipo profundo, sordo, localizado, agravado con la actividad física en especial con carga de peso. El dolor del paciente con artrosis es causado por estímulos mecánicos y bioquímicos. Dentro de los mecánicos podemos encontrar de origen óseo, sinovial, muscular y otros tejidos de localización periférica.

Las causas de dolor óseo se deben a periostitis asociadas a la formación de osteofitos y fracturas subcondrales, como consecuencia de la disminución de la irrigación sanguínea y el aumento de la presión intra-ósea, además de la reducción del drenaje venoso del hueso.

Por otra parte, las causas de dolor sinovial ocurren como consecuencia de la irritación de las terminaciones nerviosas sensoriales dentro de la capa sinovial, que cubre los osteofitos y la propia inflamación del tejido sinovial por prostaglandinas, leucotrienos y citocinas, que estimulan los nociceptores, además de la distensión articular y el edema.

El dolor de la artrosis de rodilla también es de origen muscular, a través de la inestabilidad articular típica de estos pacientes, aumenta el estrés sobre la articulación y por ende la activación de los nociceptores.

La afección de los tejidos de localización periférica juega un papel importante en la fisiopatología del dolor. En pacientes con artrosis las enzimas metaloproteinasas rompen el cartílago articular y producen cambios en la consistencia de su matriz, asociado a eso ocurre aumento de la actividad del condrocito y el desarrollo de osteofitos. El edema que ocurre a nivel del tejido sinovial y el aumento de volumen del líquido intersticial dentro de la articulación, aumentan de manera significativa la presión intra y extraarticular. La alteración de todos esos tejidos activa el sistema nociceptivo que genera dolor.<sup>20</sup>

La edad se considera un indicativo de progresión del dolor y disfuncionalidad a nivel de la rodilla, a mayor edad hay más probabilidad de pérdida del cartílago articular secundario a la disfuncionalidad y al proceso degenerativo.

La rodilla suele estar fría, pero en ocasiones puede aparecer hidrartrosis de características bioquímicas mecánico-inflamatorias y estar con temperatura aumentada.

Progresivamente aparecerá crepitación, debilidad y atrofia de la musculatura periarticular, rigidez matutina (de corta duración, a diferencia de otras artropatías), disminución del rango de movimiento, aparición de quistes de Baker, alteraciones del eje, deformidad, tumefacción y asimetría. En casos avanzados puede aparecer bloqueo por la presencia de cuerpos libres intraarticulares, inestabilidad por deformidad articular severa en varo o en valgo, contracturas en flexo y clínica secundaria en articulación coxofemoral columna y pie.<sup>17</sup>

#### **IV.d.3 Factores de riesgo**

Los factores predisponentes son:

Edad, a mayor edad, hay más probabilidad de pérdida del cartílago articular secundario a la disfuncionalidad y al proceso degenerativo. Predisposición genética. Sexo femenino, las mujeres tienden a presentar mayor discapacidad en comparación con los hombres y el riesgo es mayor en las de edad avanzada.

Obesidad, el peso representa una estrecha relación con la prevalencia de OA, juega un papel importante en la disfuncionalidad articular, el IMC es el predictor con mayor valor diagnóstico para la OA. El LDL alto.

La hiperlipidemia induce el depósito ectópico de lípidos, en particular en los condrocitos, potencializando los trastornos metabólicos de los lípidos en las células articulares, estimulando el desarrollo de OA.

Enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial (HTA), el impacto que ejerce la calcificación arterial local sobre la OA infiere que la patología vascular es la impulsora fundamental de los cambios degenerativos que se presentan a nivel articular.<sup>19</sup>

Los procesos degenerativos como infecciones, artritis inflamatorias, osteonecrosis, procesos sistémicos (hemoglobinopatías, metabolopatías...) etc. Además, la gonartrosis puede aparecer por traumatismos previos: fracturas (tibia, fémur o rótula), meniscopatías, lesiones ligamentosas (inestabilidad articular), microtraumatismos repetitivos (deporte, actividad laboral, intervenciones quirúrgicas previas). Así mismo puede producirse por alteraciones del pie o de la cadera. Estas causas modifican la distribución de las cargas en la rodilla favoreciendo un desgaste asimétrico del cartílago articular deformando la rodilla progresivamente.<sup>17</sup>

#### **IV.d.4 Diagnóstico**

La OA es un diagnóstico clínico y se confirma con los siguientes criterios:

- 1) dolor que empeora con la actividad y mejora con el descanso,
- 2) edad mayor de 45 años,
- 3) rigidez matutina que dura menos de 30 minutos,
- 4) agrandamiento óseo de la articulación y
- 5) limitación en el rango de movimiento.<sup>19</sup>

##### Estudios de imagen:

- Rx A.P. (Figura 1) y Lateral en carga:

- a) Pinzamiento del espacio articular: reducción del compartimento de carga y aumento en el compartimento contralateral (Signo del bostezo). Por orden de frecuencia, se afectan el compartimento medial, en segundo lugar, el fémoropatelar y por último el lateral.
- b) Esclerosis subcondral, sobre todo tibial.
- c) Quistes óseos, geodas subcondrales.
- d) Osteofitos marginales tricompartmentales.
- e) Angulación en varo (más frecuente) o valgo, con traslación lateral de la tibia.
- f) Subluxación de la rodilla.
- g) Para estadificar la gonartrosis por genu varum suele utilizarse la escala de Ahlbäck (Tabla 1)

- Rx axiales de rótula (Figura 2):

Exploración del desfiladero fémoro patelar a 30°, 60° y 90° de flexión. Pinzamiento fémoro-patelar, subluxación rotuliana de la tróclea femoral, osteofitos rotulianos<sup>17</sup>



**Figura 1:** Rx AP. <sup>17</sup>

**Figura 2:** Rx axial de rótula Artrosis Fémoro-Patelar<sup>17</sup>

Grado	Hallazgos
1	Disminución de la interlínea articular en un 50% respecto al lado contralateral (sano)
2	Desaparición de la interlínea articular
3	Erosión ósea leve (menor 0,5 cm)
4	Erosión ósea moderada (0,5 a 1 cm)
5	Erosión ósea grave (mayor 1 cm) o subluxación

*Tabla 1: Clasificación de Ahlbäck para la gonartrosis por genu varum.*<sup>17</sup>

#### **IV.d.5 Tratamiento kinésico de la artrosis de rodilla basado en la evidencia**

Las Guías de Práctica Clínica recomiendan encarecidamente a los pacientes con OA de rodilla, cadera y/o mano hacer ejercicio. Sostienen que en general, los programas de ejercicio son más eficaces si están supervisados por fisioterapeutas y a veces en clase, que si los realiza el propio paciente en su casa. Suelen ser más efectivos si se combina con programas de autoeficacia, autocontrol y de pérdida de peso.

Los beneficios de la participación en programas de autoeficacia y autogestión son consistentes en todos los estudios, y los riesgos son mínimos. Estos programas utilizan un formato multidisciplinar basado en grupos que combina sesiones sobre desarrollo de habilidades (establecimiento de objetivos, resolución de problemas, pensamiento positivo), educación sobre la enfermedad y sobre los efectos y efectos secundarios de la medicación, medidas de protección de las articulaciones, y objetivos y enfoques de fitness y ejercicio. La pérdida de peso para los pacientes con OA con sobrepeso u obesidad, está fuertemente recomendada. Una pérdida de  $\geq 5\%$  del peso corporal puede asociarse a cambios en los resultados clínicos y mecánicos.<sup>21</sup>

La educación del paciente con contenidos sanitarios sobre la naturaleza del proceso, pronóstico y estrategias de autocuidado está fuertemente recomendada.

En cuanto a la ergonomía y productos de apoyo se recomienda bastón de descarga en casos de coxartrosis y gonartrosis, ortesis en casos de gonartrosis.<sup>22</sup> Los bastones podrían utilizarse para mejorar el dolor y la función en pacientes con artrosis de rodilla. Las ortesis pueden aliviar considerablemente el dolor y mejorar la función de los pacientes con osteoartritis unicompartimental de rodilla.<sup>21</sup>

Se aconseja la prescripción individualizada (acorde a circunstancias y preferencias del paciente) de ejercicio aeróbico y ejercicios de potenciación como pilar fundamental terapéutico. Ejercicio acuático en casos seleccionados de gonartrosis. Ejercicios propioceptivos y de reeducación del equilibrio. Bicicleta estática y yoga en casos de gonartrosis.<sup>23</sup>

## **IV.e Determinantes de la salud**

Los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas, abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.<sup>24</sup>

### **IV.e.1. Determinantes Sociales de la Salud:**

En años más recientes se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió a los Determinantes Sociales de la Salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud" Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo.

Los determinantes sociales pueden ser considerados como las “causas de las causas” de las enfermedades o limitadas condiciones de salud de las poblaciones.

Estas causas de las causas comprender lo relativo a:

- Pobreza estructural (vivienda y condiciones ambientales)
- Pobreza de Ingresos (trabajo)
- Niveles educativos alcanzados.
- Relación entre la oferta de servicios de salud y la demanda de dichos servicios por parte de la población.
- Condiciones de migración.
- Condición Étnica.
- Condición de género o identidad de género.
- Pertenencia a grupos de minorías sociales o culturales.
- Residencia urbana- rural.
- Exclusión, vulnerabilidad, marginación.

Cada factor es importante por sí mismo. Al mismo tiempo, están interrelacionados. La influencia combinada de estos factores en conjunto determina el estado de salud. Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local comunitario o social, son acumulativos, son causales (directa o indirectamente) o protectores.

La mitad de los efectos en la salud se deben a determinantes sociales que están por fuera del sector salud.<sup>24</sup>

De allí la importancia del conocimiento de los determinantes sociales, como fundamento para el análisis de las inequidades en salud; en tanto permiten esclarecer cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales.<sup>25</sup>

#### **IV.f. Barreras sociodemográficas**

Algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores se deben a la genética, los factores que más influyen tienen que ver con el entorno físico y social, en particular la

vivienda, el barrio y la comunidad, así como características personales como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

El entorno en el que se vive durante la niñez, en combinación con las características personales, tiene efectos a largo plazo sobre el envejecimiento. Los entornos físicos y sociales pueden afectar a la salud de forma directa o a través de la creación de barreras o incentivos que inciden en las oportunidades, las decisiones y los hábitos relacionados con la salud. Uno de los principales efectos de este drástico cambio demográfico es que muchas personas mayores carecen de acceso a los recursos básicos necesarios para disfrutar de una vida digna y muchas otras se enfrentan a múltiples obstáculos para participar en la sociedad con plenitud.<sup>11</sup>

La importancia de la situación socioambiental que vive un adulto mayor en relación con su salud y la accesibilidad a la misma presenta un gran desafío en la conservación de la calidad de salud (proceso- salud enfermedad).

#### **IV.h. Atención Primaria de la Salud**

*«La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas».* OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.<sup>26</sup>

La APS requiere la intervención de los gobiernos, en todos sus niveles de jerarquía, que subrayen la importancia de tomar medidas más allá del sector de la salud con miras a aplicar una metodología, un plan estratégico en el que se incluya a esta en todas las políticas, se preste una especial atención a la equidad y se realicen intervenciones que abarquen toda la vida.

En la APS se tienen en cuenta los determinantes más amplios de la salud, y la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la

*salud social y el bienestar*. Con ella se ofrece una atención integral para las necesidades de salud a lo largo de la vida y no solo para una serie concreta de enfermedades.<sup>26</sup>

#### **IV.h.1 Atención Primaria de la Salud en Argentina**

Argentina tuvo grandes avances en materia sanitaria en los últimos 20 años, muchos de ellos atribuibles a las acciones basadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Con el propósito de fortalecer y profundizar este camino, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), impulsa un documento sobre la integración de las acciones de los programas existentes en el marco de la premisa de una visión de la APS como estrategia fundamental para mejorar el acceso, la cobertura y la equidad en la atención de la salud.

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) asume la responsabilidad de la planificación, coordinación, rectoría, evaluación, las políticas de recursos humanos y el “diseño, la ejecución y la coordinación de acciones destinadas a promover la estrategia de Atención Primaria de la Salud” (Ley N° 22.520, 1992) pero son las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las responsables de la prestación de servicios de salud.

A partir de esta lógica surgen experiencias, planes y políticas públicas que buscan responder a desafíos locales (relativos a la organización del RRHH en salud, así como perfiles epidemiológicos regionales, modelos de atención, estrategias locales de prestaciones de servicios, promoción y prevención) que requieren repensar la salud en clave de APS, desde una visión integrada.<sup>27</sup>

#### **IV.i. Rol de la Kinesiología en Atención Primaria de la Salud**

La rehabilitación debe reconocerse como un componente esencial de la APS por su aporte para alcanzar resultados en salud de las poblaciones, de allí que sea fundamental incorporar desde una estrategia territorial local hasta una planificación nacional.

Cada área que compone la APS, entiende y respeta la rehabilitación y comprende lo importante que es para la mejora del paciente. Además de trabajar en conjunto con todos

los profesionales. Se requiere de la concurrencia de diversos actores locales, contando con la participación de las comunidades para la implementación de acciones de fortalecimiento de la rehabilitación. Las necesidades de rehabilitación están aumentando en todo el mundo, junto con la prevalencia de enfermedades no transmisibles y el envejecimiento de la población. Los países deben fortalecer los sistemas de salud a fin de proporcionar rehabilitación, poniéndola a disposición de todas las personas en todos los niveles de atención de la salud, siempre que sea necesario.<sup>28</sup>

Dentro de las incumbencias que contempla la Ley N° 24.317 el título I “Del ejercicio profesional” en el Art. n°4 señala “Desempeño de la actividad profesional. Los profesionales de la kinesiología pueden ejercer su actividad en forma individual o integrando grupos interdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o instituciones privadas, habilitadas para tal fin por la autoridad sanitaria nacional.

En todos los casos pueden atender a personas sanas o enfermas, siendo estas últimas derivadas por profesionales médicos. Todo ello, sin perjuicio del ejercicio en otras tareas que se reglamenten”.<sup>29</sup>

La propuesta de la Licenciatura en kinesiología y fisioterapia de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) está focalizada en la formación de un profesional con perfil sociosanitario para atender las demandas de la zona y así dar respuesta a las necesidades. Según la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT), “la fisioterapia es un servicio que prestan los fisioterapeutas a las personas y poblaciones para desarrollar, mantener y restablecer el máximo movimiento y capacidad funcional a lo largo de la vida”. También resalta que “los/as fisioterapeutas se ocupan de identificar y maximizar la calidad de vida y el potencial de movimiento en las esferas de la promoción, la prevención, el tratamiento/intervención y la rehabilitación. Estas esferas abarcan el bienestar físico, psicológico, emocional y social”.<sup>30</sup>

#### **IV.j. Promoción de la salud en adultos mayores**

La promoción de la salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”

El período 2020-2030 ha sido declarado por la OMS como la década del envejecimiento saludable, en el que se le da un énfasis especial y fundamental al ejercicio físico como forma segura de promoción de la salud en adultos mayores.

Se considera que este interés por el envejecimiento saludable ha podido ser resultado de dos de los principales retos que afrontan las sociedades modernas desde finales del siglo pasado: la transición demográfica y la transición epidemiológica.

En cuanto al segundo reto, el aumento de la esperanza de vida está estrechamente relacionado con el incremento que se está produciendo en la prevalencia de enfermedades crónicas en la población adulta <sup>11</sup>

Este incremento en la esperanza de vida supone una mayor predisposición a la dependencia, lo que conlleva en muchos casos una limitación de las actividades básicas de la vida diaria, en la población mayor de 65 años. <sup>31</sup>

La pérdida de la neuronas motoras y fibras musculares que se produce durante el envejecimiento no puede ser reemplazada, pero la estructura y la función del sistema cardiorrespiratorio, los niveles de tensión arterial sistólica y diastólica, así como los cambios en los sistemas metabólicos y musculoesquelético son más que susceptibles de mejorar a través del entrenamiento en el incremento de la actividad física.

Es un hecho conocido, que la actividad física regular ayuda a mejorar la función física y mental de forma general, así como a revertir algunos efectos de las enfermedades crónicas y mantener a las personas mayores móviles, independientes y autónomas. A pesar de los beneficios comprobados de la actividad física en la edad avanzada, la gran mayoría de las personas mayores no cumplen con los niveles mínimos necesarios para mantener la salud. Los estilos de vida sedentarios que predominan en la población geriátrica dan como resultado un inicio prematuro de mala salud, enfermedad y fragilidad. <sup>32</sup>

Actuar sobre la población mayor podría producir un cambio beneficioso en la estrategia de promoción de la salud y esto a su vez, podría ayudar a entender cómo favorecer hábitos saludables, como, por ejemplo, la realización de actividad física, como forma de envejecer activa y responsablemente. <sup>32</sup>

## **IV.g. Estado del Arte**

Se realizó una breve búsqueda sobre trabajos bibliográficos y de campo dentro de los últimos 10 años, que demuestran los factores asociados a la AO en adultos mayores. También se realizó la búsqueda sobre el rol kinésico en APS.

En el año 2017 se realizó un estudio transversal con datos de la Encuesta Nacional de Salud de España, con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados a la artrosis diagnosticada (DO) y no diagnosticada (UO) en la población general adulta española. Los participantes fueron un número de 23.089. tres grupos definidos: DO, UO y sin artrosis (NO). Las mediciones principales fueron (Datos sociodemográficos) estilo de vida (tabaco, alcohol, actividad física, índice de masa corporal [IMC]) y salud (intensidad del dolor, consumo de analgésicos, salud mental, estado de salud autopercebido, impacto del dolor en la vida diaria). Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y un modelo de regresión logística multinomial para los factores asociados a cada grupo. Los resultados fueron: La prevalencia de DO fue 22,4% (intervalo de confianza [IC] 95% = 21,8;22,9) y UO 0,9% (IC 95%=0,8;1) Los factores de riesgo para DO y UO incluyen mayores niveles de DOLOR y consumo de analgésicos. El mejor estado de salud autopercebido se relaciona inversamente con ambos. El mayor impacto de dolor en la vida diaria se asoció con un mayor riesgo de DO, pero menor riesgo de UO.

Las conclusiones fueron; La prevalencia de DO y UO fue similar a la europea, pero ligeramente superior a países de bajo/medio nivel de ingresos, más prevalente en mujeres, personas mayores, con peor estado de salud autopercebido y peor salud mental. Los mayores niveles de dolor y consumo de analgésicos fueron factores de riesgo para DO y UO. El mejor estado de salud fue protector. El impacto del dolor en la vida diaria fue un factor de riesgo para DO, pero protector para UO. Se deben considerar diferentes estrategias de salud pública en vista de estos resultados.<sup>33</sup>

Durante el año 2020 se realizó un estudio transversal donde participaron 101 mujeres mayores de 60 años o más, donde 50 tienen diagnóstico de OA y 51 sin diagnóstico de OA. Con el objetivo de verificar la influencia de OA, sobre el rendimiento funcional (DF), la calidad de vida (CdV) y el dolor en mujeres mayores. El método se trató de un estudio

transversal cuya población participante estuvo constituida por 50 mujeres mayores diagnosticada con OA y 51 mujeres mayores sin OA, Las participantes fueron evaluadas mediante pruebas de FP: sentado y de pie (STS); velocidad de la marcha (VM); Cronometrado y listo (TUG); Prueba de caminata de 6 minutos (6MWT) y Berg Balance Scale (BBS). Se evaluó el dolor mediante la escala visual analógica (EVA) y se analizó la calidad de vida mediante el SF-36 y la autopercepción de la enfermedad mediante el cuestionario Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). Los resultados: En las pruebas funcionales no hubo diferencias estadísticas entre los grupos para las pruebas EEB (p: 0,42), TSL (p: 0,59) y 6MWT (p: 0,97). Sin embargo, se observa que el grupo con OA tuvo menor VM ( $p < 0,00$ ) y mayor tiempo en TGUG ( $p < 0,00$ ). Además, presentan mayores niveles de dolor ( $p < 0,01$ ), peor percepción de su estado de salud en los dominios de dolor, rigidez y función física (WOMAC) ( $p < 0,01$ ), así como peores índices de calidad de vida en los dominios capacidad funcional, limitación por aspectos físicos, dolor y estado de salud general ( $p < 0,01$ ). En Conclusión: Los resultados del estudio demostraron que las mujeres mayores con OA presentan reducción del rendimiento funcional (DF) en la calidad de vida y mayor nivel de dolor.<sup>34</sup>

### **La kinesiología en APS:**

En el año 2019 se realiza un estudio acerca de la imagen social del kinesiólogo en atención primaria de salud: Una experiencia chilena.

El objetivo fue describir las percepciones de pacientes ambulatorios de atención primaria sobre la imagen social del kinesiólogo y su rol profesional. El método fue un estudio cualitativo fenomenológico en usuarios mayores de 18 años de tres centros de atención primaria de Valdivia, Chile. Por criterio de saturación de datos se incorporaron 21 participantes mediante muestreo intencional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas analizadas con el método Colaizzi. Dentro de los resultados surgieron dos temas principales: “conocimiento del rol kinesiólogo” y “valor otorgado al kinesiólogo”.

La imagen social sigue débil y no bien reconocida por los usuarios, algunos de los cuales sólo la identifican al acceder a terapia. Se percibe su rol en las áreas de rehabilitación, trastornos esqueléticos y terapia respiratoria, asignado una valoración diferencial dentro del equipo de salud. En conclusión, es que en Chile hay desconocimiento sobre la esencia

y foco de la kinesiología siendo una profesión poco visible con un campo del quehacer no reconocido plenamente.<sup>35</sup>

En el año 2022 se realiza la publicación de la Tesis Chanparini Maria Sol. Universidad Nacional de Rosario. ¿Cuál es la concepción que tienen los médicos derivantes, los pacientes usuarios de los Servicios de Kinesiología de la Ciudad de Rosario y los propios Kinesiólogos acerca de las prestaciones y/o actividades que pueden realizarse en el primer nivel de atención? Objetivo general: Indagar sobre la concepción que tienen los actores intervinientes acerca del tipo de prestaciones y/o actividades que incluye el proceso de atención de los Servicios de Kinesiología de la ciudad de Rosario en el primer nivel de atención. Metodología: Se realizó un trabajo de campo cualitativo de naturaleza descriptiva con el propósito de describir, analizar y sintetizar el significado de hechos que se suscitan en su contexto natural, de acuerdo con el contenido de los discursos de las personas involucradas y, a posteriori, contrastar los aspectos recuperados con la bibliografía disponible sobre los tópicos analizados. Resultados: la alta demanda ante la patología instalada, conjugado con otras variables como el recurso humano, el tiempo y los espacios con los que se cuenta, perfila la atención kinésica a la prevención terciaria. Aun así, en el trabajo de campo pudo detectarse que, si bien los médicos derivantes entienden el rol de la kinesiología para la prevención primaria y secundaria, este tiene más peso sobre la patología respiratoria que para la patología músculo esquelética. Conclusión: La posibilidad de desarrollar actividades junto a las comunidades que cumplan con plenitud el rol de la kinesiología (Kinesiterapia, fisioterapia y kinefilaxia/ prevención) es algo que necesita retomarse: Tiempos, estrategias, administración de los recursos. también se espera que este trabajo sea un disparador para considerar políticas de salud pública donde la kinesiología sea revalorizada, donde no solo se siga brindando atención en los servicios llevados adelante por kinesiólogos y sus estudiantes a cargo, fortaleza tanto para el sistema de salud como para la formación en APS de futuros profesionales, sino que se pueda valorar el rol de estos dentro del equipo de salud para actividades de prevención terciaria, pero también primaria y secundaria.<sup>36</sup>



Quilmes obligó a los habitantes a buscar otro lugar para vivir, de este modo poco a poco fueron poblando "La Loma" (actualmente ubicada en la calle Chaco). A partir del siguiente año, se empezó a poblar de personas migrantes de países limítrofes buscando oportunidades laborales debido al desarrollo del modelo económico de sustitución de importaciones que amplió la necesidad de mano de obra fabril en el conurbano bonaerense. En la década de 1970 se produjeron desalojos en el marco de medidas tomadas por la dictadura cívico-militar. A partir de la década de 1980 comienza un poblamiento y aumento demográfico debido a la migración de personas de países limítrofes.

El barrio de Itatí surge a partir de la década de 1960 por la instalación en el conurbano bonaerense de familias llegadas del interior del país, en búsqueda de mejores posibilidades laborales y a su vez, de vida. Con el paso de los años, los intentos de conseguir estas dos posibilidades no fueron posibles, sino que lograron construir una zona de alto riesgo; ya que viven en condiciones inadecuadas, necesidades básicas escasas, alto índice de desocupación, bajó en servicios laborales, problemas de salud y precariedad.<sup>37</sup>

En la zona más baja del barrio se encuentra la laguna, quizás su imagen más representativa, pero a su vera se encuentra La Cava, una olla hundida varios metros que ocupa el 20 por ciento de Itatí en la que viven cientos de personas en casillas muy precarias de chapa. Las vecinas y los vecinos de La Cava viven mayormente, del cartoneo y frecuentemente se inundan por los pozos ciegos y las napas freáticas que se desbordan. El día a día allí es crudo. La basura y el agua acumulada convierten a La Cava en un foco de contaminación muy alto.<sup>38</sup>

Según el censo realizado por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires en noviembre de 2018, la villa tiene 4.261 hogares y 15.142 habitantes. Un 31% de la población son menores de 15 años y un 62% tiene entre 15 y 64 años. El promedio de personas por hogar es de 3,55.

La situación laboral en el barrio para los adultos se concentra en las siguientes especialidades: albañilería, obreros fabriles, personal de maestranza, servicio doméstico, fuerzas de seguridad. Las cooperativas que hay en el barrio son de Cartoneros y del Trabajo del barrio.

El 64% de la población tiene exclusivamente cobertura pública de salud. Los niveles de alfabetización de los habitantes en promedio llegan al 95%.<sup>37</sup>

En la actualidad el Organismo Provincial de Integración Social y Urbana (OPISU), lleva a cabo un proyecto de reurbanización, que consta de la construcción del complejo habitacional Pilcomayo el cual contará con 64 viviendas, incluye además la edificación de 16 locales comerciales, 34 áreas de estacionamiento, veredas perimetrales y calle peatonal. Este proyecto contempla también la creación de una plaza que contará con un sector deportivo y un área de juegos.<sup>39</sup>

## **V.a.2 Posta de Cuidado Barrial PAMI**

En el marco del programa, las POSTAS DE CUIDADO BARRIAL (PCB) son unidades de atención presencial en el territorio, destinadas a la gestión de prestaciones, atención sociosanitaria y asesoramiento de personas afiliadas que habitan en barrios y/o comunidades vulnerables.

La sede de la PCB se instalará de ser posible en un espacio físico otorgado por organizaciones o instituciones barriales (Parroquias, Centros Comunitarios, Comedores, Organizaciones sociales) a fin de canalizar necesidades y respuestas específicas de la población afiliada al Instituto.

La atención en el territorio involucra equipos interdisciplinarios que realizan las siguientes acciones y gestiones:

- Asesorar a las personas afiliadas respecto a las prestaciones y servicios que brinda el Instituto.
- Brindar respuestas a necesidades individuales y comunitarias en materia de higiene personal.
- Otorgar atención médica y social.
- Facilitar la gestión de trámites relacionados a las prestaciones y servicios del INSSJP (afiliaciones y trámites en general).
- Brindar atención profesional periódica, junto con oferta de actividades grupales y no grupales, prácticas saludables, entre otras.<sup>40</sup>

La PCB en Villa Itatí fué oficialmente inaugurada en julio de 2022, pero comenzó a funcionar un año atrás en otras instituciones, una de ellas fué el comedor del barrio, hasta tener su propio espacio físico donde se ubica actualmente, en Pampa y Falucho, dónde se

encuentran también la Capilla Nuestra Señora de Itatí y el Centro de Jubilados Nueva Esperanza.

Cuenta una mesa de atención personalizada que funciona de lunes a viernes de 9 a 14, donde se realizan afiliaciones, se orienta sobre turnos médicos en distintas instituciones donde los adultos mayores se pueden atender, etc.

Cuenta con atención médica comunitaria, los lunes 10 a 18 hs, martes 14 a 18 hs y miércoles 13 a 18 hs, a cargo de la doctora María Cristina Duré, quién además los días lunes por la mañana realiza charlas educativas sobre distintas patologías crónicas.



*Figura 4. PCB. Extraída de google maps*

## **V.b. Análisis Barrial**

Se realizó un análisis FODA del barrio, con el fin de identificar sus Fortalezas (F), Oportunidades (O), Debilidades (D) y Amenazas (A). El objetivo es poder contextualizar la situación de los adultos mayores y la posibilidad del desarrollo de nuestra propuesta de intervención.

Fortalezas: El barrio de Villa Itatí, cuenta con algunas instituciones destinadas a atender las necesidades de los adultos mayores, por ejemplo; “La PCB” donde brinda servicio la Dra. María Cristina Duré, la cual desarrolla su labor como médica de cabecera, además de proporcionar talleres de conocimiento sobre las enfermedades crónicas como ser: hipertensión, diabetes, obesidad entre otras. Otra institución donde acuden los adultos mayores es el “Centro de Jubilados Nueva Esperanza” que se ubica al lado de la PCB.

Oportunidades: El barrio cuenta con el “Centro de atención Primaria (CAPS) Itatí II”, que brinda asistencia sanitaria a los vecinos. Además, con el Centro Asistencial Modelo Don Bosco y la Clínica Santa Clara (ex Hospital del Vidrio), si bien no se ubican dentro del barrio, se encuentran al margen de este. La plaza Papa Francisco, es un espacio de recreación, donde algunos adultos mayores realizan actividad física.

Además de contar con organizaciones sin fines de lucro como culturales, educativas y religiosas.

El programa Universitario Para Adultos Mayores Integrados (UPAMI), es una propuesta que se lleva adelante junto a diferentes universidades una de ellas es la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), este programa brinda un espacio universitario para el crecimiento personal de los adultos mayores.

La formación de profesionales por la UNAJ con un perfil comunitario es una oportunidad para cubrir las necesidades sanitarias de la población.

Debilidades: Debido a las limitaciones físicas y/o sociales, muchos adultos mayores no se pueden acercar a participar de las actividades que ofrece el centro de jubilados, además por desconocimiento o por la imposibilidad de acercarse a la UNAJ, no pueden participar del programa UPAMI.

La Clínica Santa Clara, que brinda atención a los afiliados de PAMI, es insuficiente para cubrir la demanda, ya que los adultos mayores indican que es muy difícil conseguir turnos.

A causa de la falta de educación sanitaria, los adultos mayores desconocen la enfermedad y rol kinésico en cuanto a la prevención y tratamiento de la misma.

Amenazas: Una de las principales amenazas es la falta de profesionales e insumos en la APS, la falta de kinesiólogos/as en este primer escalón limita el acceso integral de la comunidad a la salud.

<b>Análisis Interno</b>	<b>Análisis Externo</b>
<b>Fortalezas</b>	<b>Oportunidades</b>
La PCB	CAPS Villa Itatí II
Talleres de enfermedades crónicas brindados por la doctora Duré.	Plaza Papa Francisco
Centro de Jubilados Nueva Esperanza.	Profesionales con perfil comunitario brindado por la UNAJ
<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
Limitaciones físicas y sociodemográficas para acceder a talleres.	Falta de kinesiólogos/as en la APS
Desconocimiento del Rol kinésico en la artrosis de rodilla	Falta de inversión en salud de prevención, por las autoridades políticas.

*Tabla 2. Análisis FODA Elaboración propia.*

### **V.c. Identificación del problema**

Debido a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los adultos mayores de Villa Itatí y observando las características demográficas y sociales que presenta el barrio, consideramos que es posible que existan barreras sociodemográficas que les dificulte o impida el acceso al tratamiento kinésico.

### **VI. Mapa de actores**

Los actores necesarios son:

- Los Adultos Mayores de Villa Itatí.
- Acompañantes de los adultos mayores.

- Médicos Clínicos.
- Personal de la Posta de Cuidado Barrial.
- Licenciados en Kinesiología y Fisiatría.
- Docentes y estudiantes de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la UNAJ.

## VII. Métodos

La estrategia metodológica se dividió en dos etapas, las cuales se desarrollan a continuación

### VII.a Búsqueda bibliográfica

En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura, a través de una búsqueda sistemática en las bases de datos: Medline, Scielo, Lilacs, PubMed, Biblioteca Virtual de Salud. Se tuvieron en cuenta los estudios científicos con un periodo de publicación entre el año 2014 y el año 2024. Se utilizaron dos estudios con mayor tiempo de publicación por considerarlos necesarios para la investigación.

Palabras clave de búsqueda:

Palabra	Término Libre	DeCS	MeSH
#1	Artrosis de Rodilla	Osteoartritis de la Rodilla	
#2	Adulto mayor	Anciano	"Aged"[MeSH]
#3	Envejecimiento	Envejecimiento	"Aging"[MeSH]
#4	Fisioterapia	Modalidades de Fisioterapia	"Physical Therapy Modalities"[MeSH]
#5	Ejercicio de rehabilitación	Terapia por Ejercicio	"Exercise Therapy"[MeSH]
#6	Atención primaria	Atención Primaria de Salud	

**Tabla 3.** Elaboración propia

Conector de palabras clave:

	<b>Término</b>	<b>Conector</b>	<b>Término</b>	<b>Conector</b>	<b>Término</b>
<b>#7</b>	#1	AND	#2		
<b>#8</b>	#1	AND	#3		
<b>#9</b>	#7	AND	#4	OR	#5)
<b>#10</b>	#7	AND	#6		

*Tabla 4. Elaboración propia*

## **VII.b Recolección de datos**

En segundo lugar, se realizó un estudio de tipo observacional, de forma aleatoria con adultos mayores del barrio Villa Itatí de Quilmes, con la colaboración de la Dra. María Cristina Duré.

Se realizaron encuestas con previa firma del consentimiento informado (Anexo 1). Las mismas en su gran mayoría se llevaron a cabo en la PCB y una parte menor se realizaron en los domicilios de los adultos mayores.

Diseño: Descriptivo, Analítico, de corte transversal.

Periodo: junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2022.

Población y muestra: Adultos mayores que concurren a la PCB y que residen en diferentes áreas de Villa Itatí Quilmes. Siendo actualmente un total de 100.

Criterios de inclusión y exclusión:

Incluidos los adultos mayores de Villa Itatí.

Excluidos los adultos mayores que se encuentren incapacitados para responder por sí mismos.

Instrumentos de recolección de datos:

- Encuesta de elaboración propia para reconocer los factores y las barreras sociodemográficas al tratamiento kinésico. (Anexo 2)
- Cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index Universities Osteoarthritis Index). (Anexo 3)

## **VII.b.1 Instrumento de recolección de datos: WOMAC**

En la valoración de los pacientes con artrosis de rodilla es necesario considerar la evaluación de un conjunto mínimo de parámetros clínicos considerados fundamentales, entre los que destacan: la valoración del dolor y la evaluación funcional del paciente.

Las universidades de Western Ontario y McMaster diseñaron el cuestionario WOMAC en 1988 para medir la sintomatología y la discapacidad física percibida por la población con OA de cadera o de rodilla mediante una entrevista personal. Su adaptación al español se realizó en 1999, mientras que su validación se hizo en 2002, posteriormente se utilizó en numerosos estudios del ámbito español<sup>41</sup>

La escala WOMAC es el cuestionario más utilizado para la valoración de los resultados en la extremidad inferior, recoge tres aspectos fundamentales con 24 ítems, entre los que se encuentran 5 para el dolor, 2 para rigidez y 17 para la capacidad funcional.

Los indicadores pueden tener valores de 0 a 4 puntos, ausente (0), poco (1), bastante (2), mucho (3), muchísimo (4) según la intensidad con que perciba el paciente los síntomas.<sup>42</sup>

La puntuación final y su interpretación en el cuestionario WOMAC se presentan de la siguiente manera. Puntuaciones superiores a treinta y ocho puntos representan malos resultados, puntuaciones entre veintinueve y treinta y ocho se consideran aceptables, puntuaciones entre quince y veintiocho se pueden considerar buenos resultados, y puntuaciones entre catorce y cero son resultados excelentes.<sup>43</sup>

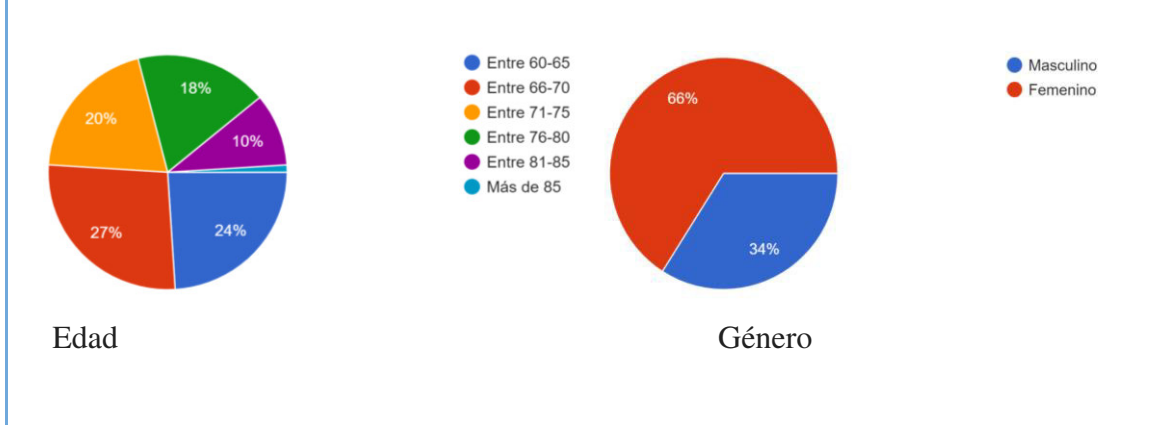
## **VIII. Resultados**

### **VIII.a Resultados de la encuesta**

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos a través de las encuestas de elaboración propia, realizadas a 100 adultos mayores de Villa Itatí.

Las mismas fueron cargadas en formulario google del cual se extrajeron los siguientes gráficos. Algunos fueron realizados utilizando la planilla de Excel.

**Gráfico 1 y 2:**

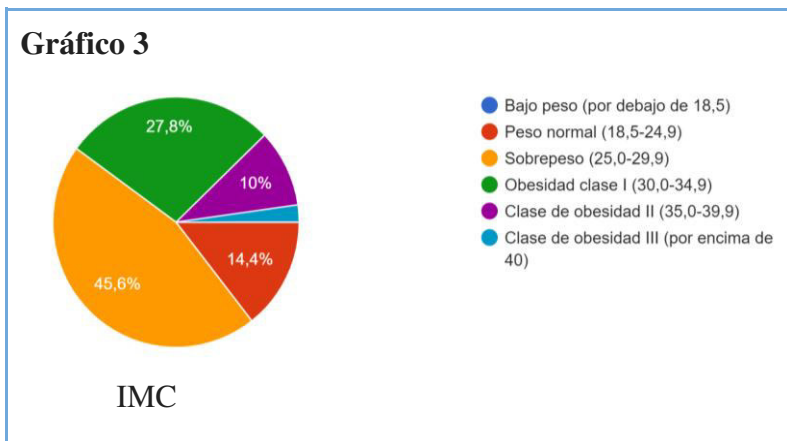


*Gráfico 1 y 2. Extraído de Formulario Google.*

Según los datos obtenidos el mayor porcentaje de la población, un 27% tiene entre 66-70 años, seguida por un 24% de entre 60-65, 20% entre 71-75, 10% de entre 76-80 y 10 % de entre 81-85 años de edad.

Los resultados con respecto al género arrojaron que el mayor porcentaje de adultos mayores es de sexo femenino (66%), el sexo masculino representa el 34% de la población.

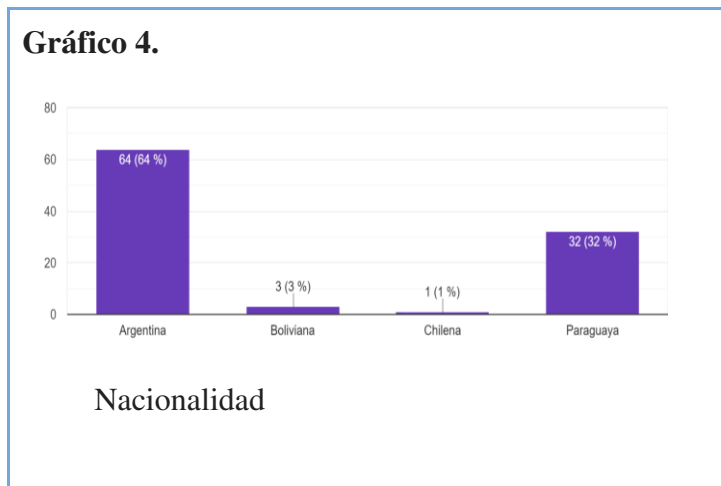
**Gráfico 3**



*Gráfico 3. Extraído de Formulario Google.*

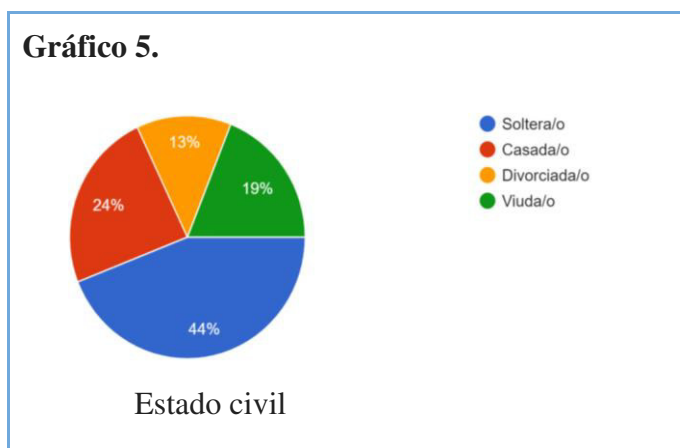
El IMC de los adultos mayores, indica que la mayor parte de esta población (45,6%) tiene **Sobrepeso**, otra gran proporción (27,8%) de ella presenta Obesidad clase 1 (30,0-34,9), y un 10 % Obesidad clase II (35,0-39,9), solo un 14,4% de adultos se encuentra en un peso normal (18,5-24,9).

Este punto es importante, ya que el sobrepeso u obesidad es uno de los factores de riesgo más relevantes en la artrosis de rodilla.



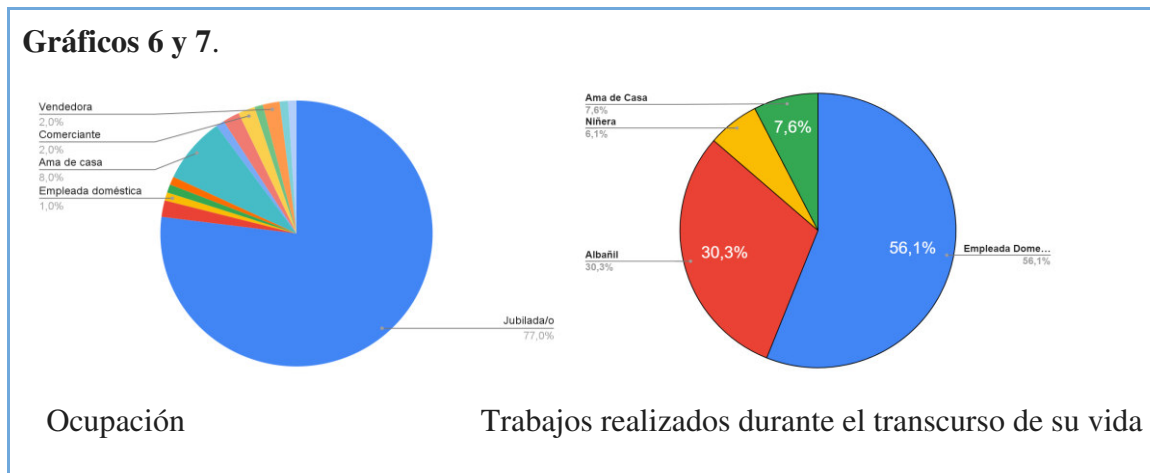
*Gráfico 4. Extraído de Formulario Google.*

Los datos obtenidos para la nacionalidad demuestran que el 64% de la población adulta que vive en Villa Itatí es Argentina, el 32% es de nacionalidad paraguaya y un porcentaje menor de nacionalidad boliviana y chilena.



*Gráfico 5. Extraído de Formulario Google.*

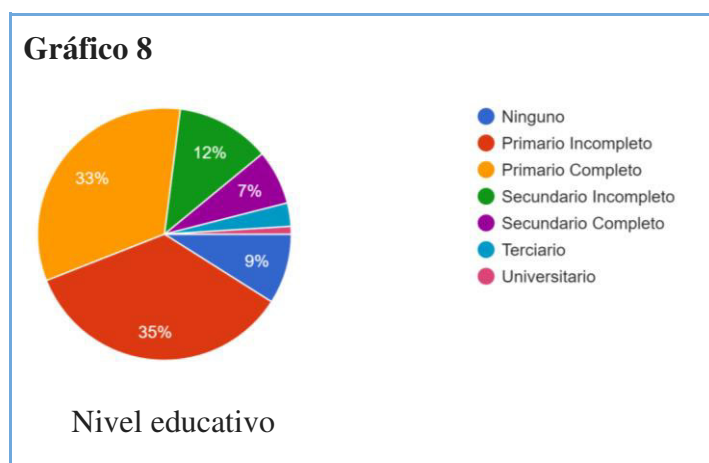
Respecto al estado civil, se obtiene que el 44% de la población es soltero/a, el 24% está casado/a, el 19% ha enviudado y que el 13% se encuentra divorciado/a.



*Gráficos 6 y 7. Extraído de Formulario Google.*

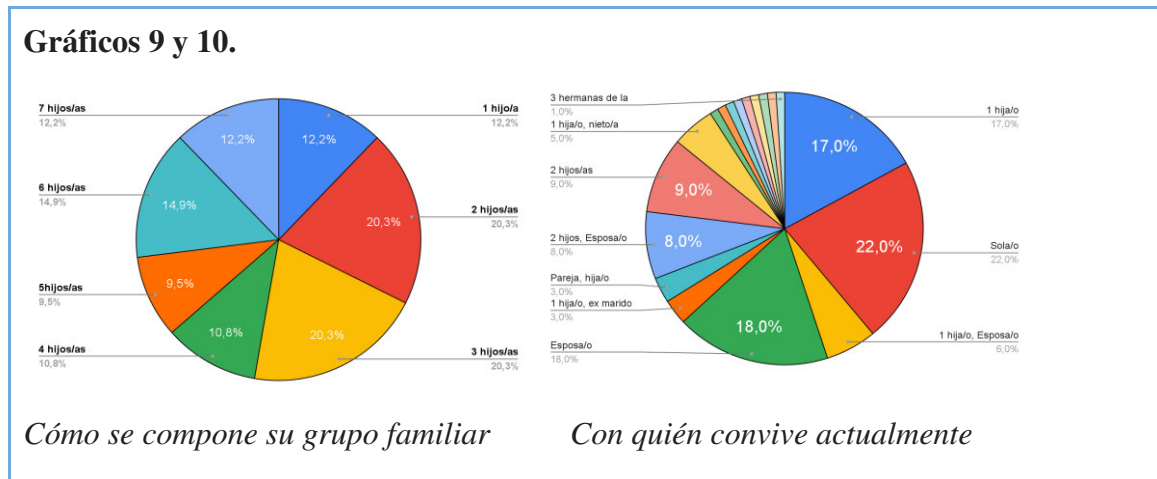
Los resultados sobre la ocupación indican que la gran mayoría de esta población, un 77% se encuentra jubilada, un 2% tiene algún tipo de pensión, y un 8% indica ser ama de casa. En porcentajes menores se encuentra que los adultos mayores tienen distintas ocupaciones como: albañiles, pintores, costureras, comerciantes, y vendedoras. Cabe aclarar que una parte de este porcentaje menor también se encuentra jubilado, pero continúa realizando trabajos informales o changas.

Con respecto a los distintos trabajos que han realizado en el transcurso de la vida, el mayor porcentaje, un 56,1% lo ocupa el trabajo de empleada doméstica, seguido por un 30,3% que está representado para el trabajo de albañil, un 7,6% ocupa el trabajo de ama de casa y el trabajo de niñera cuenta con un 6,1%. En porcentajes menores se ubican los trabajos de: atención al cliente, carga y descarga de materiales de construcción, carpintería, carpintería en aluminio, choferes, comerciantes, costureras, cuidadora de personas, limpieza, maestra, niñera, zapatero.



*Gráfico 8. Extraído de Formulario Google.*

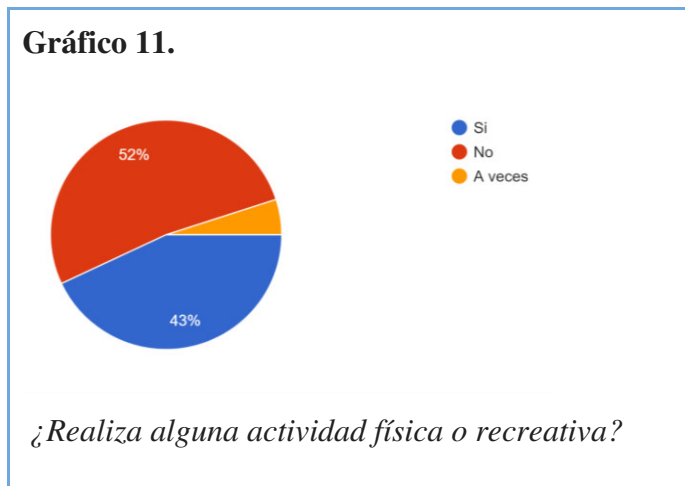
El nivel educativo de los adultos mayores de Villa Itatí es muy bajo, ya que el 35%, la mayor parte de la población no logró completar el nivel primario, el 33% solo adquirió el nivel primario completo, un 12% obtuvo secundario incompleto y un 9% de la población no recibió ningún grado de educación. Solo un 7% logró alcanzar el secundario completo.



**Gráficos 9 y 10.** Extraído de Formulario Google.

Según los datos sobre el grupo familiar, el 20,3% de adultos mayores tienen entre dos y tres hijos, el 14,9% tiene 6 hijos/as, el 12,2% 7 hijos, otro mismo porcentaje tiene 1 hijo/a, por último, el 10,8% tiene 4 hijos/as. Aclaramos que en el gráfico están representados sólo los porcentajes mayores, ya que se obtuvieron una gran variedad de respuestas que llegaban hasta la cantidad de 16 hijos.

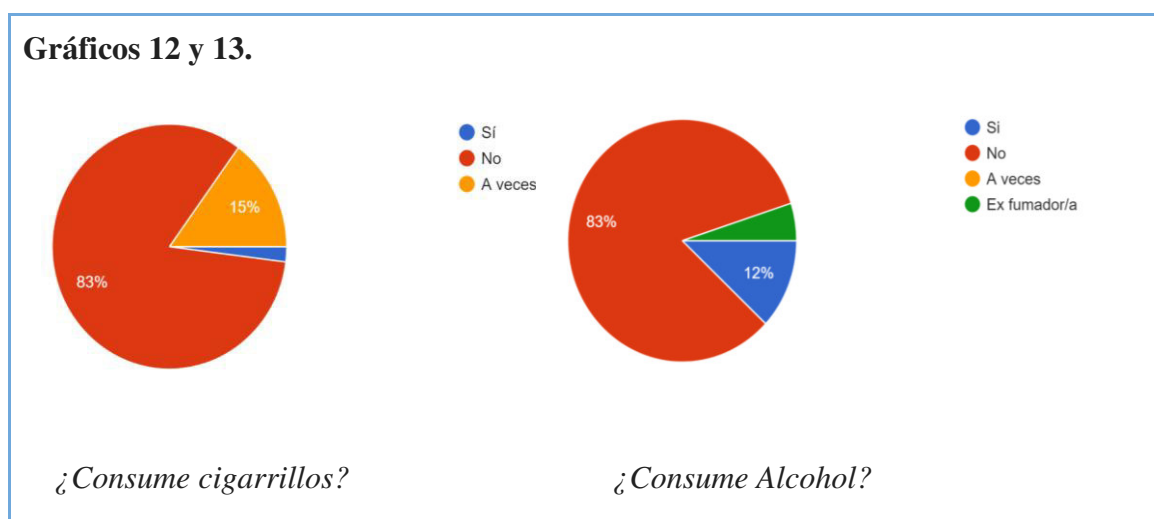
La mayor parte de la población adulta vive acompañada, esto se divide en distintos porcentajes: el 18% vive con su esposo/a, el 17% con 1 hijo/a, un 9% de las personas mayores viven con 2 hijos/as, el 8% con su esposo/a y 2 hijos. Una parte no menor de esta población, el 22% vive sola.



*Gráfico 11. Extraído de Formulario Google.*

Este apartado referido a la actividad física, deja marcado el grado de sedentarismo de la población en cuestión, ya que la mayor parte de ella el 52% no realiza ningún tipo de actividad física o recreativa, sin embargo, un 43% indica que si lo realiza siendo un buen porcentaje activo.

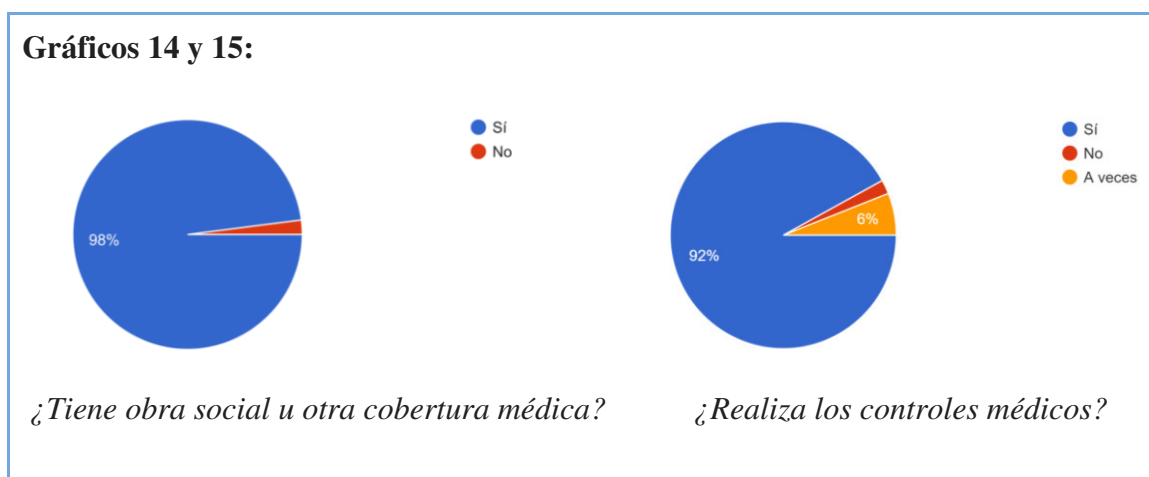
Sabemos que el sedentarismo, es un factor que no interviene directamente en el desarrollo de la patología, pero si por afección metabólica que si es consecuencia directa del sedentarismo.



*Gráficos 12 y 13. Extraído de Formulario Google.*

El consumo de alcohol es bajo en esta población, un 83% indicó que no consume bebidas alcohólicas, un 15% solo lo hace a veces, muchos de los cuales indicaron ser bebedores sociales, el 2% afirma el consumo alcohol.

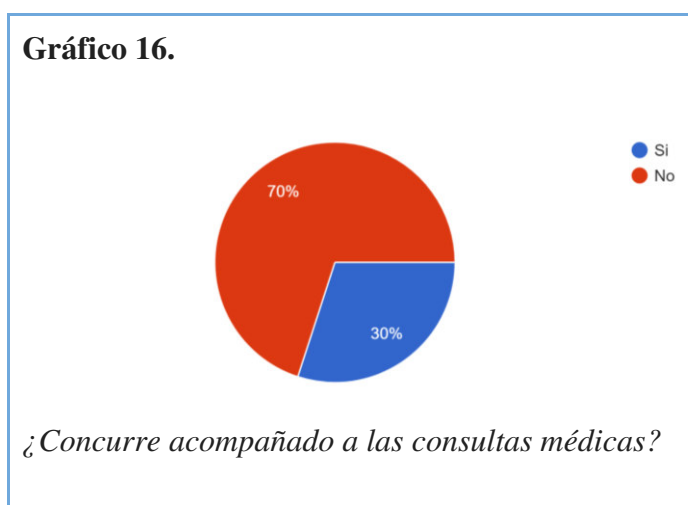
El 83% de adultos mayores indicó que no consume cigarrillos, mientras que el 12% lo confirma, en un 5% aparece la figura del exfumador. Si bien el tabaquismo no es un factor de riesgo directo en la artrosis, es un mal hábito que afecta la salud en general del adulto mayor. Afecta de manera directa a la Inmunidad, lo que hace que el organismo sea más vulnerable a infecciones.



*Gráfico 14 y 15. Extraído de Formulario Google.*

Un muy buen dato es que un 98% de la población tiene cobertura médica.

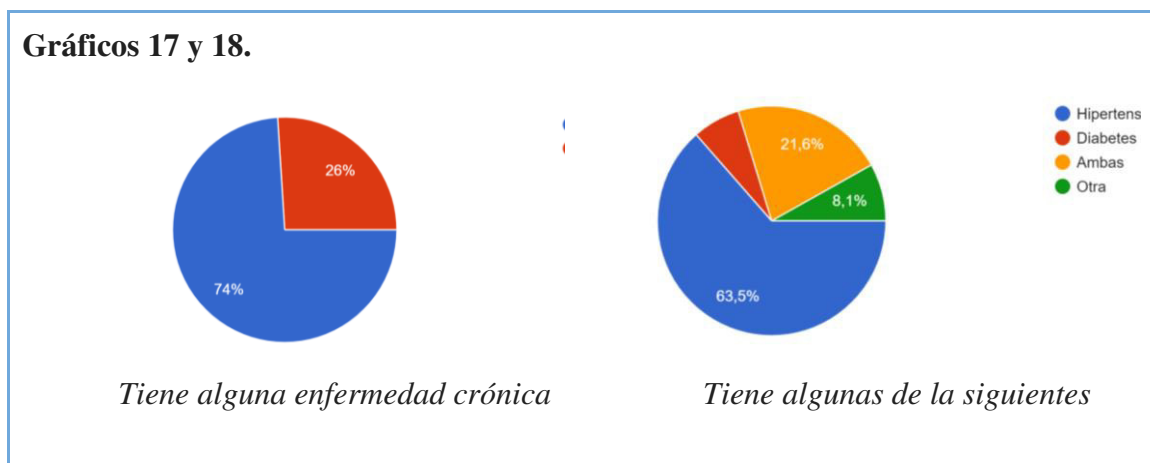
El gran porcentaje de adultos que cuenta con cobertura médica se ve reflejado en este 92% que realiza los controles médicos correspondientes.



*Gráfico 16. Extraído de Formulario Google.*

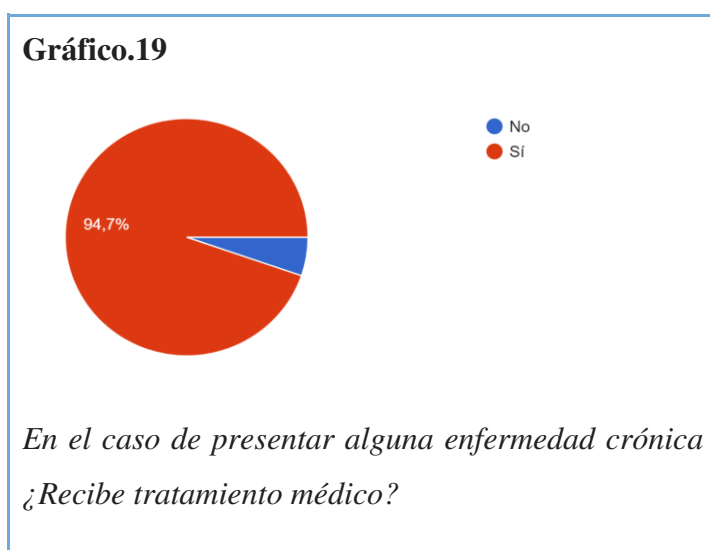
Gran parte de la población el 70% concorre **sólo/a** a los controles médicos, hay que tener en cuenta que los controles los realizan en la Posta de Cuidado Barrial que se encuentra

dentro del barrio, lo cual facilita a los adultos mayores el acceso a los mismos El 30% concurre acompañado, la red de apoyo social es fundamental en esta etapa de la vida.



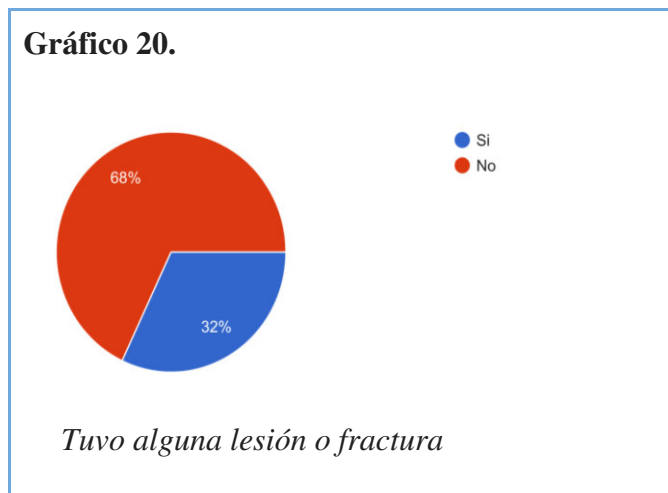
**Gráficos 17 y 18.** Extraído de Formulario Google.

El 74% presenta una enfermedad crónica mientras que el 26% indica no poseer ninguna. Dentro del porcentaje afirmativo, el 63,5% un total de 47 adultos mayores indican tener hipertensión, 5 que corresponden al 6,8% diabetes, el 21,6%, formado por 16 adultos mayores señalan tener tanto hipertensión como diabetes, la combinación de ambas enfermedades predominantes. Solo el 8,1%, correspondiente a 6 encuestados tiene otro tipo de enfermedad crónica.



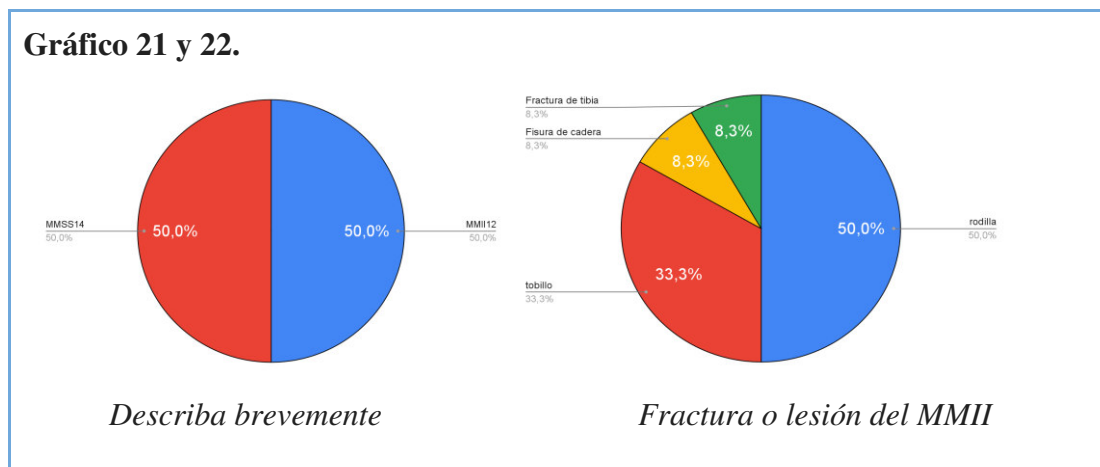
**Gráfico 19.** Extraído de Formulario Google.

El 94,7 % de adultos mayores realiza el tratamiento de las enfermedades crónicas y solo un 4,3% no lo realiza.



**Gráfico 20.** Extraído de Formulario Google.

La mayor parte de la población en estudio indica no haber sufrido ningún tipo de lesión o fractura durante su vida, la cual ocupa el 68%, el 32% afirma haber tenido alguna.

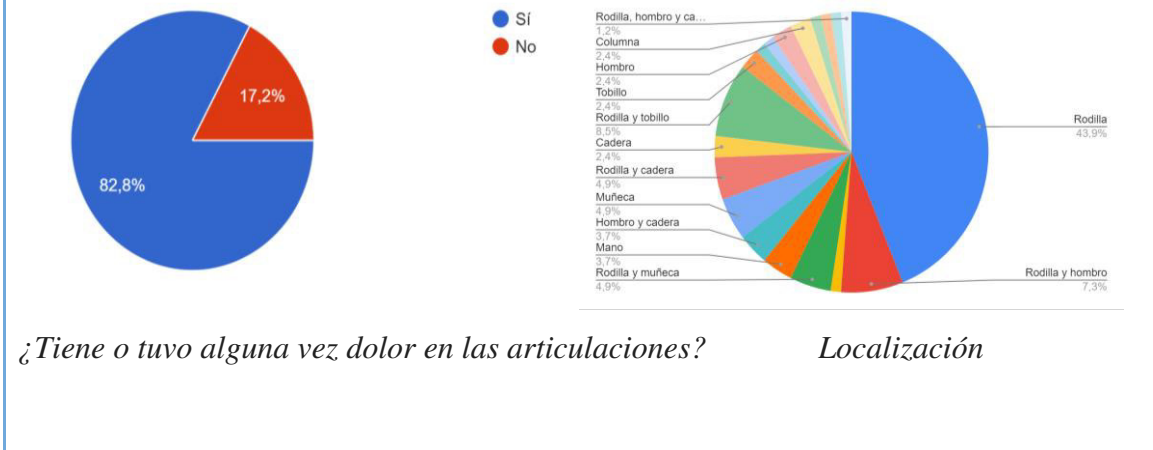


**Gráfico 21 y 22.** Extraído de Formulario Google.

Del porcentaje que sufrió alguna lesión o fractura, el 50% equivale a afectación en miembros superiores (MMSS) y el otro 50% a miembros inferiores (MMII).

Respecto a las fracturas y lesiones de miembro inferior (MMII) el mayor porcentaje, el 50% lo tiene la articulación de la rodilla, seguido por el tobillo con un 33,3%, y por último las fracturas de cadera y de tibia ambas con un 8,3%.

**Gráfico 23 Y 24.**



**Gráficos 23 y 24.** Extraído de Formulario Google.

El 82,8% de los adultos mayores indica sentir o haber sentido dolor en las articulaciones, solo el 17,2% señala lo contrario.

El dolor de rodilla es el que se presenta con mayor frecuencia, afectando al 43,9% de la población adulta mayor, se presenta además acompañado, rodilla y tobillo en un 8,5%, dolor de rodilla y cadera, rodilla y muñeca en un 4,9% cada uno, el dolor de muñeca se presenta también en un 4,9%, en mínimos porcentajes se presentan el dolor de mano, de hombro y cadera, de columna, hombro, cadera y de tobillo.

**Gráfico 25.**

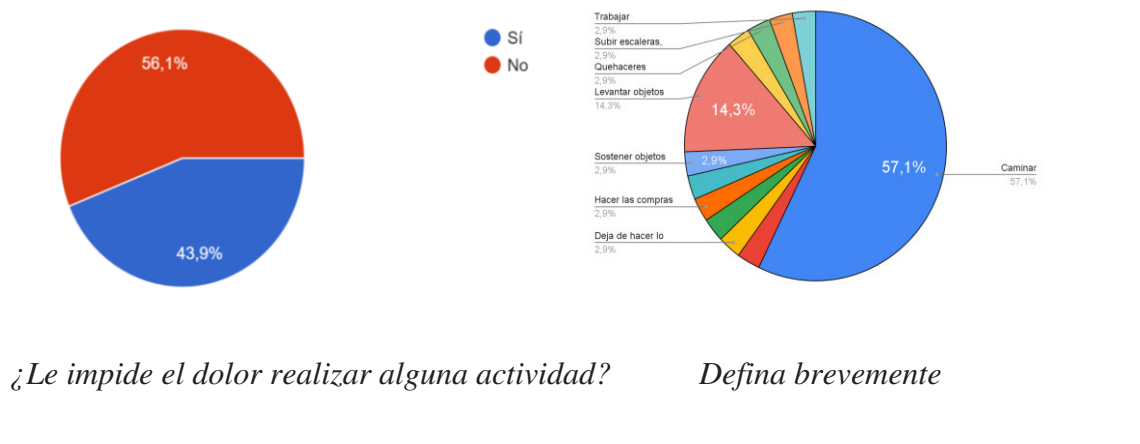


**Gráfico 25.** Extraído de Formulario Google.

Los datos que respecto al momento del día en el que el adulto siente más dolor indican que un 42,7% lo siente por la mañana al despertar, el 32,9% lo hace durante el día y el 24,4%

lo registra por la noche. El dolor en la artrosis aparece luego de la actividad, pero estadios avanzados de la patología suele aparecer incluso en reposo.

**Gráficos 26 y 27.**

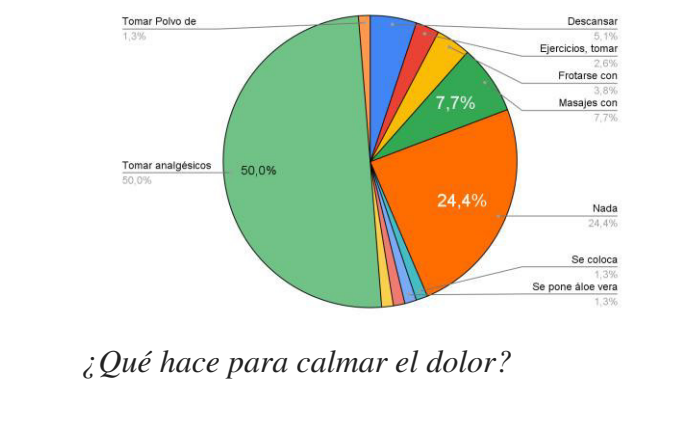


**Gráficos 26 y 27.** Extraídos del Formulario Google.

Al 56,1% de la población, el dolor no le impide realizar ninguna de sus actividades, en cambio el 43,9%, tiene algún tipo de impedimento para realizar las mismas.

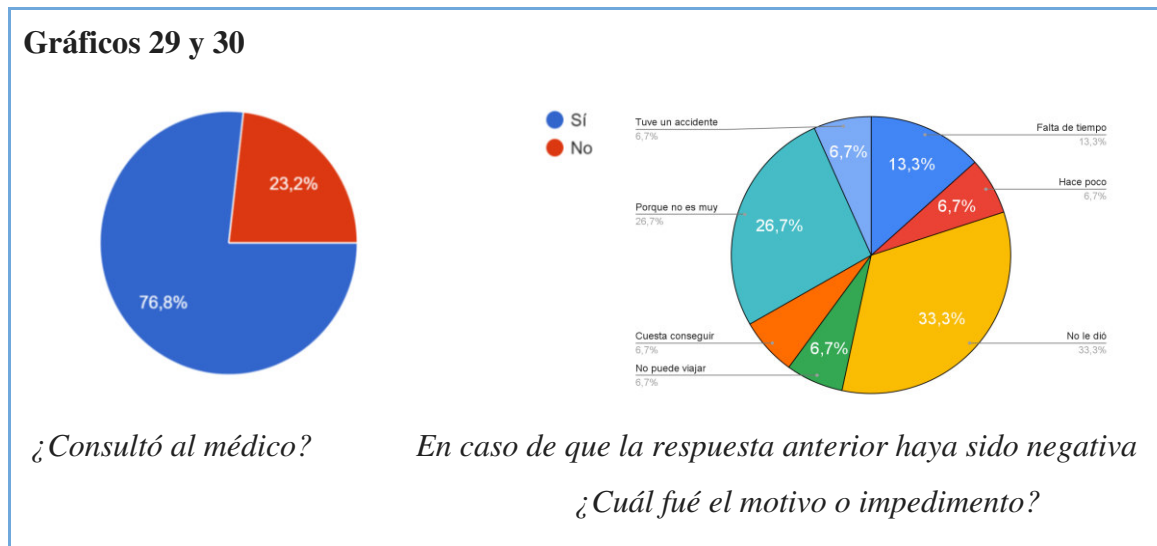
Dentro de las actividades que el dolor les impide realizar, caminar es la más afectada, con el 57,1%, levantar objetos pesados se presenta en un 14,3%. Las actividades como: caminar y andar en bicicleta, hacer las compras, lavar los platos, quehaceres domésticos, sostener objetos, subir escaleras y trabajar, aparecen cada una con un 2,9%.

**Gráfico 28.**



**Gráfico 28.** Extraído de Formulario Google.

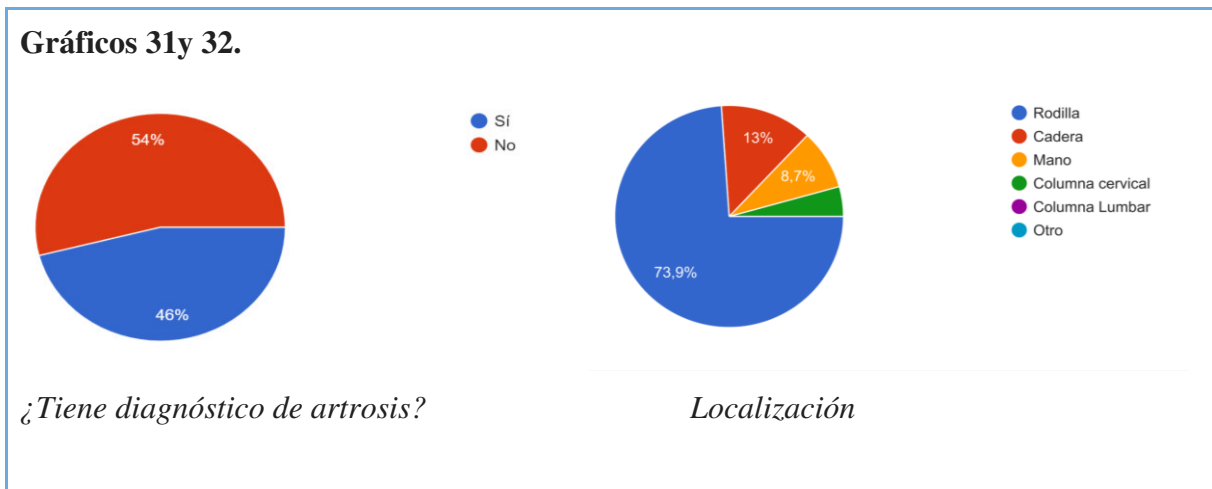
El 50% de adultos mayores indica tomar analgésicos (no recetados o de venta libre) para calmar el dolor, el 22,4% señala no hacer nada, el 7,7% afirma hacerse masajes con algún tipo de crema, el 5,1% solo descansa, el 3,8% indica frotar la zona con alcohol y alcanfor y el 2,6% dice hacer ejercicios y tomar analgésicos recetados. Otras respuestas que aparecen son: colocación de aloe vera y la toma de polvo de cartílago.



**Gráficos 29 y 30.** Extraídos del Formulario Google.

De los adultos mayores que afirman sentir dolor en las articulaciones, el 76,8% consultó al médico mientras que el 23,2% NO lo hizo.

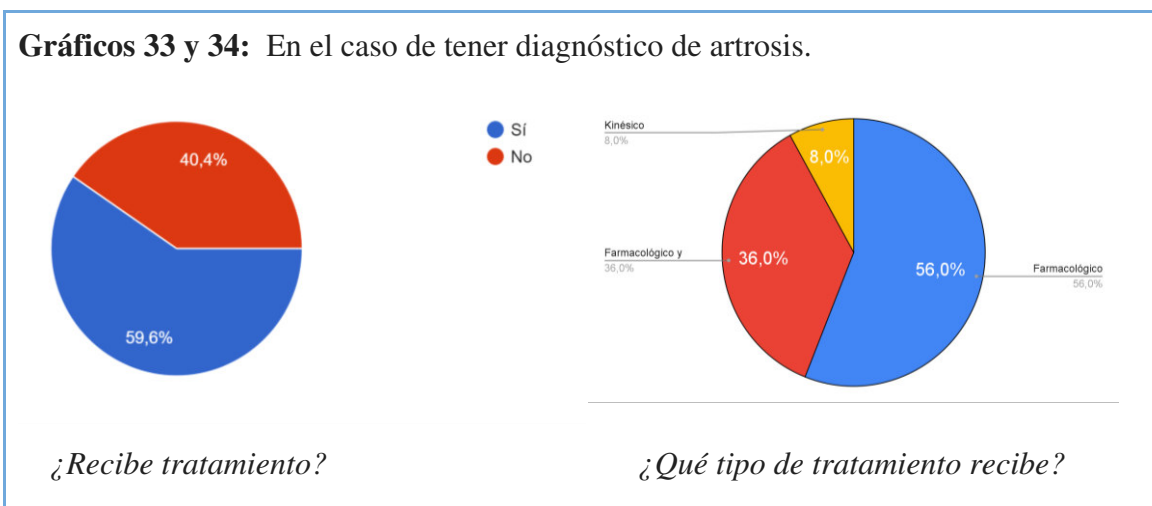
El 33,3% de las personas indica no haberle dado importancia al dolor, el 26,7% señala que no lo hizo porque el “dolor no es muy fuerte”, el 13,3% dice no hacerlo por “falta de tiempo”, el 8,3% porque no puede viajar. Otros porcentajes menores responden que: cuesta conseguir turno y que hace poco comenzó el dolor.



*Gráficos 31 y 32. Extraídos del Formulario Google.*

El 46% presenta diagnóstico de artrosis, a diferencia del 54% que no lo tiene.

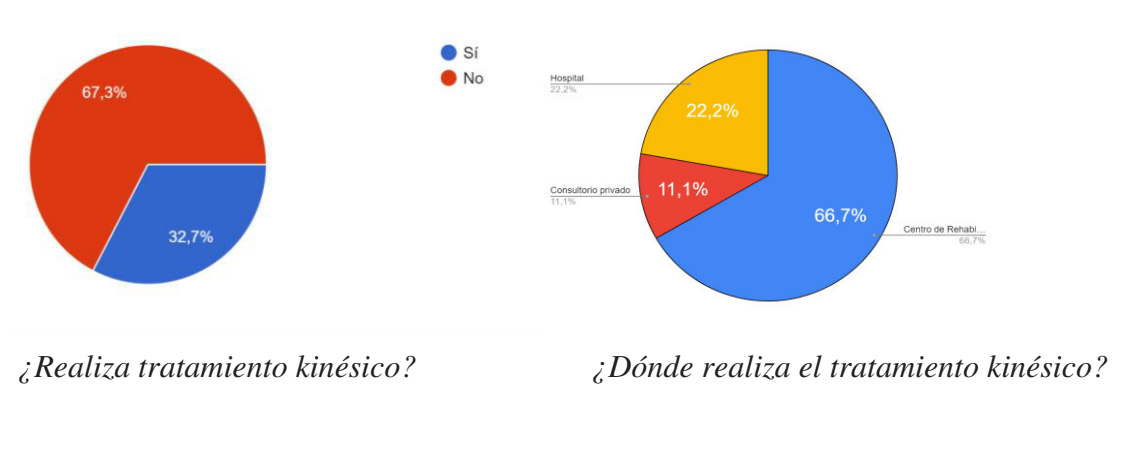
En primer lugar, se encuentra con el 73,9% la artrosis de rodilla, seguido por la artrosis de cadera con el 13%, en un 8,7 % se presenta la artrosis de mano y con el 4,3% la artrosis de columna cervical.



*Gráficos 33 y 34. Extraídos del Formulario Google.*

El 59,6% de adultos mayores con diagnóstico de artrosis recibe tratamiento, el 40,4% no. De la parte de adultos mayores que reciben tratamiento, el 56% solo recibe tratamiento farmacológico, el 36,0% recibe tratamiento farmacológico y kinésico, y el 8% indica solo realizar tratamiento kinésico.

### Gráficos 35 y 36:



Gráficos 35 y 36. Extraídos del Formulario Google.

La mayor parte de la población con diagnóstico de artrosis, el 67,3% **NO** realiza tratamiento kinésico, mientras que el 32,7% afirma **realizarlo**.

De la parte de la población que realiza o realizó tratamiento kinésico por la artrosis, el 66,7 lo hizo en un centro de rehabilitación, el 22,2% en un hospital y el 11,1% en un consultorio privado.

### Gráfico 37.

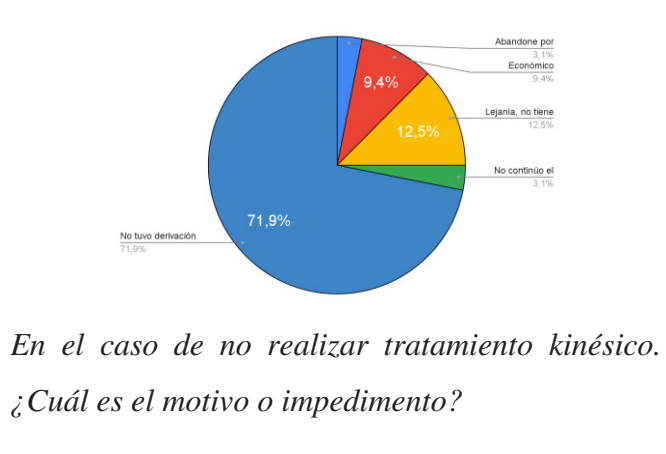
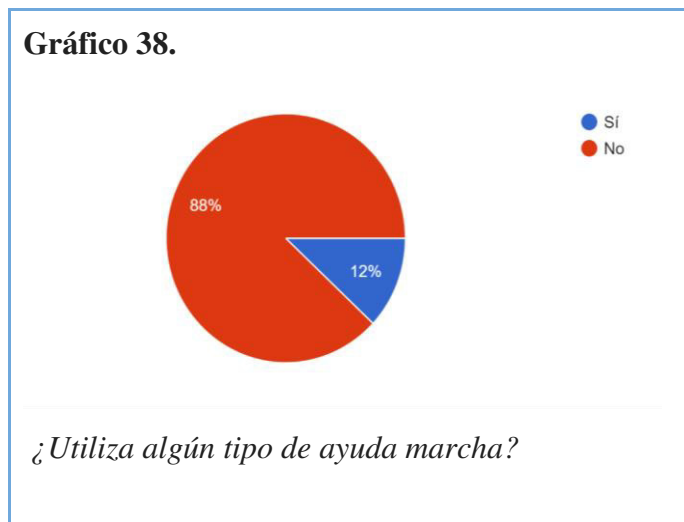


Gráfico 37. Extraído de Formulario Google.

Este dato es de gran relevancia para nuestra investigación. La primera barrera al tratamiento kinésico de artrosis de rodilla en los adultos mayores de Villa Itatí, es que no recibieron derivación médica, esto abarca al 71,9 % de esta población, en segundo lugar, aparece el motivo económico con un 9,4% y en tercer lugar la lejanía y la falta de

acompañante en un 6,3%, solo por la lejanía del centro, abandono por disconformidad y abandono por otro motivo aparecen en un 3,1%.



**Gráfico 38.** Extraído de Formulario Google.

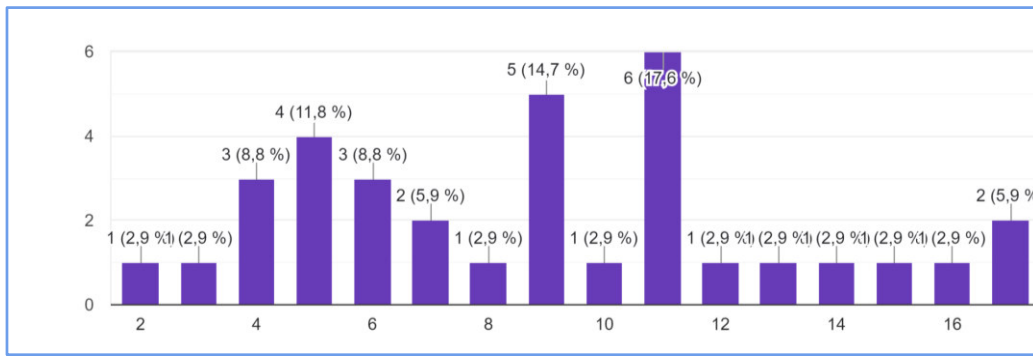
El 88% respondió que **No** utiliza ningún tipo de ayuda marcha, en cambio el 12% indicó que sí lo utiliza. Disminuir la carga a la articulación de la rodilla afectada es importante en el tratamiento de la artritis de rodilla.

### **VIII.b. Resultados del test de WOMAC**

En este apartado se expondrán los resultados obtenidos del test de WOMAC, el cual se realizó a 34 de los 100 adultos mayores encuestados, los cuales afirmaron tener diagnóstico de artrosis de rodilla, lo que nos llevará a lograr uno de nuestros objetivos específicos que es: estimar la capacidad funcional de los adultos mayores de Villa Itatí con diagnóstico de artrosis de rodilla.

Según los datos obtenidos, la artrosis de rodilla se presentó con más frecuencia en el sexo femenino representado por el 67,5 %, y el rango promedio de edad con diagnóstico de artrosis de rodilla es de 71-75 años.

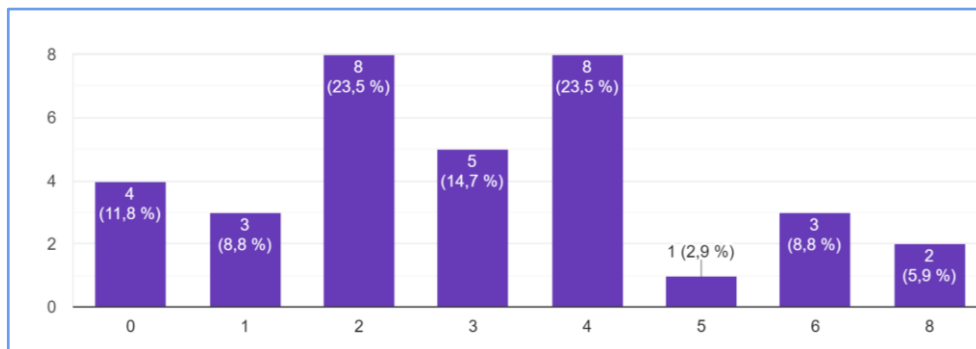
**Gráfico 39. Dolor**



*Gráfico 39. Extraído de Formulario Google.*

En el aspecto donde se evalúa el dolor el resultado promedio es de 8.94, la moda 11 y la mediana 9. El valor máximo que se puede obtener en este apartado del cuestionario es de 20 puntos, por lo que estos valores indican que los adultos mayores sienten bastante dolor debido a la artrosis de rodilla. Las actividades que le producen más dolor son subir o bajar escaleras y estar de pie.

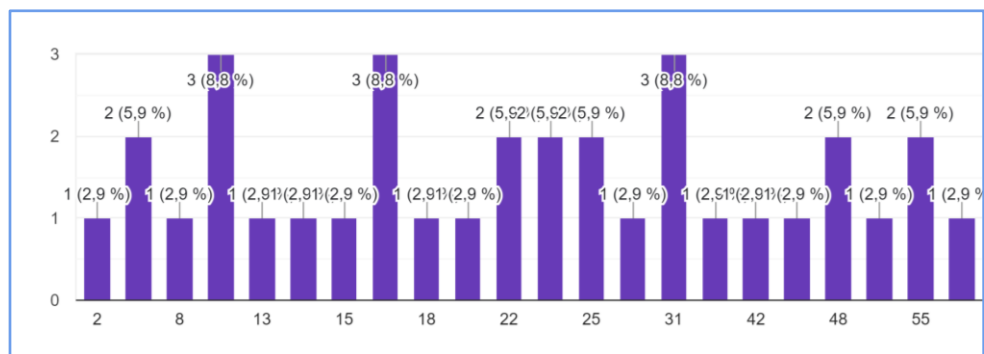
**Gráfico 40. Rigidez**



*Gráfico 40. Extraído de Formulario Google.*

En cuanto a la rigidez el promedio es de 2,97, la moda 4 y la mediana 3. El valor máximo que se puede obtener es de 8, por lo que la rigidez se presenta entre poco y bastante. Los resultados indican que sienten mayor rigidez luego de despertar por la mañana.

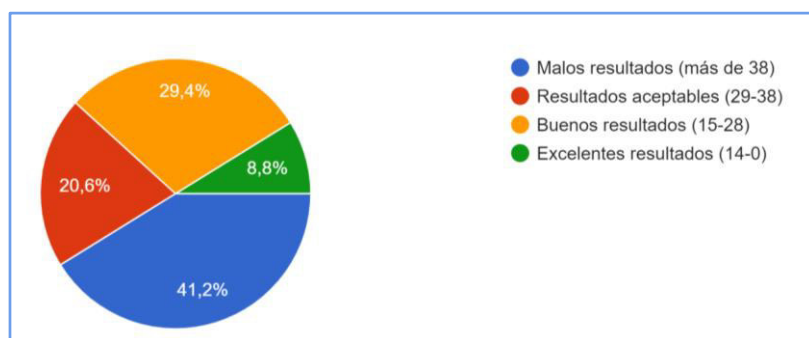
**Gráfico 41.** Capacidad funcional



*Gráfico 41. Extraído de Formulario Google.*

En el apartado de la capacidad funcional el promedio de los resultados obtenidos es 25,61, la moda 31, y la mediana 23. El resultado máximo en este apartado es de 64, por lo que estos valores se encuentran de mitad de tabla hacia abajo, lo que indica que los adultos mayores tienen de bastante a poca dificultad para realizar actividades. Las actividades en las que mayor dificultad tienen son subir o bajar escaleras y realizar tareas domésticas pesadas.

**Gráfico 42.** Resultado total



*Gráfico 42, Extraído de Formulario Google.*

Los resultados totales, obtenidos de la suma de los 3 aspectos que evalúa la escala (dolor, rigidez, capacidad funcional), reflejan que la mayor parte de los adultos mayores con artrosis de rodilla, el 41,2% obtuvieron malos resultados (más de 38), el 29,4% obtuvo buenos resultados (15-28), el 20,6% resultados aceptables (29-38) y solo el 8,8% obtuvo excelentes resultados (14-0).

## **IX. Propuesta de Intervención**

Debido a las barreras sociodemográficas al tratamiento kinésico, presentes en la vida de los adultos mayores de Villa Itatí, sumado a la falta de derivación médica, es necesario actuar, gestionar y tomar medidas para lograr que el kinesiólogo/a sea parte activa del primer eslabón del sistema de salud, la APS. El diagnóstico precoz de la enfermedad y la intervención kinésica desde el estadio inicial de la misma es fundamental para mejorar la capacidad funcional del adulto mayor, por consiguiente, su autonomía y calidad de vida. La propuesta de intervención está basada en los principios de la APS y la promoción de la salud, donde la educación al adulto mayor y el fomento de la actividad física ocupan un lugar fundamental. Es necesario, además, dar a conocer a la comunidad y a los profesionales médicos el rol fundamental de la Kinesiología en el tratamiento de la OA.

### **IX.a. Objetivos de la propuesta**

Los objetivos de mayor relevancia son:

- Mejorar el acceso a la rehabilitación kinésica de los adultos mayores de Villa Itatí a través de la APS, promoviendo espacios de rehabilitación cerca de sus hogares.
- Proporcionar a los adultos mayores información sobre la artrosis con el fin de promover el diagnóstico y el tratamiento precoz.
- Fomentar la promoción de la salud a través de la educación y la actividad física.
- Mejorar la capacidad funcional de los adultos mayores y por ende su autonomía.
- Brindar información y actividades que estén relacionadas con las incumbencias kinésicas de la AO.
- Lograr que los profesionales médicos realicen la derivación al tratamiento kinésico en la etapa temprana de la enfermedad.
- Proporcionar a los estudiantes un nuevo espacio de formación profesional.
- Impulsar la participación del kinesiólogo/a en la APS, como parte fundamental del equipo interdisciplinario.
- Propulsar al municipio a que se involucre en el desarrollo de las APS a través de la incorporación de kinesiólogos/as a las mismas.

## **IX.b. Actividades**

- Material visual informativo para los adultos mayores que asisten a la PCB o al Centro de Jubilados la Esperanza.
- Sesiones kinésicas grupales para adultos mayores a cargo de Licenciados/as en Kinesiología y Fisiatría en la PCB.
- Creación de un taller de educación sanitaria a cargo de los estudiantes avanzados de la Licenciatura en Kinesiología y fisiatría, cuyos temas a tratar sean: artrosis, control de los factores de riesgos de la AO, rol de la kinesiología en el tratamiento de la AO, cuidados posturales, beneficios de la actividad física.
- Elaboración de folletos con información sobre prevención, cuidados y tratamiento de la AO.
- Sumar al Canal de Difusión que tiene la Universidad, un espacio donde se imparta información específica del rol kinésico, además de intercambio fluido con la comunidad.
- La articulación de la kinesiología con la PCB.

En las actividades propuestas se busca la educación sanitaria del adulto mayor, la promoción de hábitos saludables, la reducción y control de los factores de riesgo, el conocimiento de la patología, la importancia de la detección temprana y el tratamiento kinésico precoz. Se dará además el espacio para que los adultos mayores despejen sus dudas e inquietudes, buscando la participación activa de esta población. La información brindada por los estudiantes de la UNAJ será de calidad y estará supervisada por el/a docente a cargo.

En las sesiones grupales, se trabajará a través de actividades basadas en juegos, se realizarán circuitos de coordinación y equilibrio, actividades aeróbicas, de fortalecimiento y flexibilidad. Con esto se busca la reducción de los síntomas, el retraso del deterioro funcional, evitar la dependencia y mejorar la autonomía de los adultos mayores. Además, el trabajo en grupo tiene como propósito mejorar la sociabilización, la confianza y el estado de ánimo de los mismos.

### IX.c. Metas e indicadores

La meta principal de nuestro trabajo es disminuir las barreras sociodemográficas al tratamiento kinésico de la artrosis de rodilla en los adultos mayores de Villa Itatí, para ello se llevará un control de la población que se adhiera a la intervención kinésica propuesta dentro del barrio.

Otras de las metas fundamentales es mejorar la capacidad funcional de los adultos mayores, para ello se van a comparar los resultados obtenidos a través del cuestionario WOMAC realizados durante la investigación, con los que se realizarán nuevamente pasado un tiempo del inicio del tratamiento.

La última meta surgió para dar a conocer las incumbencias kinésicas en la OA desde estadios tempranos, no solo a la población sino también a los profesionales médicos, para ello se realizarán encuestas a los adultos mayores que asistan a los talleres.

<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
Reducir barreras sociodemográficas al tratamiento kinésico.	Control de la población que asista al tratamiento.
Mejorar la capacidad funcional del adulto mayor.	WOMAC
Dar a conocer el rol kinésico en la APS de la AO.	Encuestas a los adultos mayores

**Tabla 5.** *Elaboración propia, Excel.*

## **IXd. Análisis estratégico para la sustentabilidad de la propuesta y resultados esperados**

La sustentabilidad de la propuesta se basa en la posibilidad de la intervención kinésica en la atención de los adultos mayores dentro del barrio, por parte del profesional, así como también de los estudiantes de dicha licenciatura. Para ello se requiere de la incorporación de kinesiólogos/as a la PCB a cargo del municipio, con el fin de trabajar de manera interdisciplinaria junto a los demás profesionales de forma que se garantice la detección temprana y el tratamiento precoz de la AO.

La vinculación con la UNAJ también formará parte esencial de este proyecto, para su fin se necesita y se apela a la voluntad de docentes y dirigentes educativos para poder realizar dicha gestión y así crear un espacio de rotación para las prácticas kinésicas el cual será un espacio de formación profesional muy enriquecedor.

Para el desarrollo de las actividades se necesitará del espacio físico tanto de la PCB como del centro de jubilados por presentar mayor dimensión. Se necesitará además la incorporación de materiales, como colchonetas, espejos, pesas, bastones, theraband, pelotas, etc.

El canal de difusión de la universidad tendrá un espacio exclusivo para la kinesiología, por lo que se precisará la habilitación del mismo, donde se podrá habilitar un número de WhatsApp para la comunicación directa, donde el público pueda hacer llegar sus dudas y que puedan ser respondidas en el mismo día.

Se necesita además de la adhesión de la comunidad a las actividades propuestas, tanto de los adultos mayores, así como también de sus familiares o acompañantes, para lograr un tratamiento integral con la participación de las familias.

El trabajo que se propone en esta investigación requiere del esfuerzo de varios sectores, de gastos e inversiones que garantizarán un mayor nivel de salud y bienestar de la población.

## **IXe. Resultados esperados**

Se espera la participación activa de los adultos mayores del barrio y mejores resultados en cuanto a la capacidad funcional de los mismos. Difundir el accionar de la kinesiólogía en la atención primaria de salud juntamente con las autoridades municipales. Aumento del interés de los futuros Licenciados/as en Kinesiólogía y Fisiatría por el trabajo en la APS.

## **X. Conclusiones**

La OA es la patología que se presenta con mayor frecuencia en la tercera edad y es la causa principal de incapacidad en los adultos mayores.

Según los datos obtenidos en nuestra investigación, el 46% de la población de interés presenta diagnóstico de artrosis, del cual el 76% corresponde a artrosis de rodilla, la misma se presentó con más frecuencia en el sexo femenino, entre los 71 y 75 años de edad. Dentro de los datos más relevantes referidos a la patología encontramos que, el 46,6% de los adultos mayores tiene sobrepeso y un 27,8% obesidad tipo I, el 52% tiene una vida sedentaria y el 74% padece alguna enfermedad crónica, la más frecuente es la hipertensión presente en un 63,5%. Una pequeña parte de la población, el 32%, señaló haber sufrido alguna lesión, las más frecuentes fueron las que afectaron a la articulación de la rodilla. Estos datos hacen referencia a la presencia de factores de riesgo de OA en la población adulta mayor.

Respecto al dolor en las articulaciones, el 82,8% indicó tener o haber tenido dolor, en este caso la rodilla también fue la más afectada. Al 43,8% de la población en estudio, el dolor le impide realizar alguna actividad, en este punto, la marcha fue indicada como la más perjudicada. Un dato alarmante es la presencia de automedicación en gran parte de esta población. Si bien la presencia de dolor es alta, hay una parte de la población, el 23,3% que por diferentes motivos no realizó una consulta médica, esto sumado a la presencia de factores de riesgo de OA se puede entender como la ausencia de un diagnóstico precoz.

Los resultados obtenidos a través del cuestionario WOMAC, realizado a los adultos mayores con diagnóstico de OA de rodilla, evidencian que la patología afecta en gran

medida la capacidad funcional de los adultos mayores que la padecen, presentando mayor dificultad en las actividades como subir y bajar escaleras o realizar tareas domésticas pesadas.

En cuanto a las características sociodemográficas que presentan los adultos mayores de Villa Itatí, citamos las más representativas. El 66 % de la población es de sexo femenino, el 27 % tiene entre 66 y 71 años, el 64 % es de nacionalidad argentina y un 32 % de nacionalidad paraguaya. La mayor parte de esta población no logró completar el nivel primario de educación, la falta de educación en los adultos mayores es un factor que condiciona el acceso a la salud. Respecto a los trabajos realizados, el de empleada doméstica y albañilería fueron los más frecuentes. El 92 % de adultos mayores cuenta con obra social debido al beneficio de jubilación o pensión. Un dato importante es que una parte significativa de la población, el 22% vive sola, por lo cual consideramos fundamental que gocen de una capacidad funcional óptima que les permita realizar las actividades básicas de la vida diaria, si bien el mayor porcentaje de adultos mayores vive acompañado, durante el transcurso del día se encuentran solos/as.

En cuanto a la población con diagnóstico de artrosis de rodilla, el 67,3 % no realiza tratamiento kinésico, al indagar sobre la causa de esta situación, se obtuvo que la principal barrera al tratamiento kinésico de la OA de rodilla en los adultos mayores de Villa Itatí es la falta de derivación médica, seguida por la carencia de recursos económicos y la imposibilidad de realizarlo por la falta de acompañamiento y lejanía del centro. Esta información nos permitió cumplir el objetivo principal de esta investigación, y el cuál nos impulsa a desarrollar la propuesta de intervención con el fin de reducir dichas barreras que le impiden al adulto mayor el acceso a la salud de manera integral.

Los meses concurridos al barrio y principalmente a la PCB, nos permitió conocer de cerca las necesidades sanitarias de la comunidad, más específicamente de los adultos mayores. El trabajo realizado por la PCB y por la Dra. María Cristina Duré, quién además fue guía para iniciar nuestro trabajo de campo, nos llevó a reconocer la importancia de la APS dentro de la comunidad, y principalmente la necesidad de la incorporación de Licenciados/as en Kinesiología y Fisiatría, debido a las limitaciones del sistema sanitario y de las instituciones aledañas al barrio, pero fundamentalmente a las necesidades de la población. Es primordial que la comunidad conozca el trabajo de la kinesiología y es

elemental que los profesionales médicos realicen a tiempo la derivación correspondiente frente a un caso de OA, con el fin de lograr el mayor nivel de salud y bienestar de la tercera edad.

En esta etapa de la vida, los adultos mayores suelen sentirse abandonados por la sociedad, el acompañamiento del sistema de salud, en este caso de los profesionales, y en particular del/a kinesiólogo/a durante el transcurso y evolución de la enfermedad, es fundamental para mejorarles la calidad de vida durante la vejez a través de un envejecimiento activo.

Contemplamos el rol fundamental de la UNAJ, en formar profesionales con una amplia mirada hacia la comunidad, en pos de responder a las demandas de la sociedad, brindando un servicio de calidad, a través de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación.

## XII. Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Dra. Margaret Chan. “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”, [Internet] 2015, Disponible en:[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf)
2. Luis f. Varela Pinedo. “Salud y calidad de vida en el adulto mayor”, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33.199.110.17843/ rpmesp.2016.332.2196. 23/03/2016 Aprobado. [Internet] 2016. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/308037256\\_Salud\\_y\\_calidad\\_de\\_vida\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor](https://www.researchgate.net/publication/308037256_Salud_y_calidad_de_vida_en_el_adulto_mayor)
3. María Laura Oliveri, “Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina, División de Protección Social y Salud”. Nota Técnica n° IDB-TN-2044 Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo, Noviembre 2020. Disponible en: <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2020/12/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Argentina.pdf>
4. Subervier Ortiz, “Empleo del ejercicio en la fisioterapia como tratamiento de la osteoartritis de rodilla en adultos mayores”. Asociación Médica A,B,C. Vol. 62, Núm.1 Ene. - Mar. 2017 p. 44-53, Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2017/bc171i.pdf>
5. Dr. José Antonio López Trigo, Dr. Cecilia del Alamo Gonzales, Dr. Luis Cabezón Guitierrez, Dr. Juan Perez Cajaraville. Dr. Cesáreo Fernández Alonso, Dr. Pedro Gil Gregorio. “Dolor por artrosis en las personas mayores”. Guía de buena Práctica Clínica en Geriátrica, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2018 [Internet] 2022, Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Dolor%20por%20artrosis%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>
6. Solís Cartas Urbano, Hernández Cuéllar Isabel María, Prada Hernández Dinorah Marisabel, de Armas Hernández Arelys. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2014 Abr [citado 2024 Jul 26] ; 16( 1 ): 23-29. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962014000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000100004&lng=es).
7. Dra. Grisel Olivera Roulet, “Normativa para Certificación de Discapacidad pacientes con Artrosis y Osteoartritis”, Servicio Nacional de Rehabilitación, 11-12-2007.[Internet] <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/65218/20120131>
8. Bustos S, Buey F, L'Arco G, Napoli N, Cardonetti L, Gallastegui M, Begue C, López N, Konfino J. Abordaje comunitario de la pandemia de COVID19 en Quilmes: un estudio de caso de Villa

- Itatí [Internet]. SciELO Preprints. 2020 [citado 2024 Jul. 26]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1294>
9. Servicio Nacional de Rehabilitación, “Normativa para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia física de origen motor” (Neurológico, Traumatológico y Reumatológico), Anexo 1, 20 de noviembre de 2015. [Internet] [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/norma\\_para\\_la\\_evaluacion\\_de\\_personas\\_con\\_discapacidad\\_con\\_deficiencia\\_fisica\\_de\\_origen\\_motor\\_1.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/norma_para_la_evaluacion_de_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_fisica_de_origen_motor_1.pdf)
  10. Martínez Verde Aurora Rosario, Quintanilla Gómez Félix Felipe, Oms Barroso Yadira. Talleres “Actitud creativa del adulto mayor”: opción para la cooperación desde la atención primaria. EDUMECENTRO [Internet]. 2021 Mar [citado 2024 Jul 05]; 13( 1 ): 203-220. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742021000100203&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000100203&lng=es). Epub 31-Mar-2021.
  11. Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021 - 2030) OPS/OMS (Internet) Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
  12. Organización Mundial de la Salud “Envejecimiento y Salud”, 1 de octubre de 2022, Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
  13. Jaeger C. “Fisiología del envejecimiento” . EMC - Kinesiterapia - Medicina física 2018;39(2):1-12 [Artículo E26-007-D-10]. Disponible en: [https://sci-hub.se/10.1016/S1293-2965\(18\)89822-X](https://sci-hub.se/10.1016/S1293-2965(18)89822-X)
  14. Sen R, Hurley JA. Osteoarthritis. [Actualizado el 20 de febrero de 2023]. En: StatPearls [Internet]. islas del tesoro (FL): publicada StatPearls;2024 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482326/>
  15. Alvarez-López Alejandro, Fuentes-Véjar Rodrigo, Soto-Carrasco Sergio Ricardo, Nguyen-Pham Tuan, García-Lorenzo Yenima de la Caridad. Cartílago y gonartrosis. AMC [Internet]. 2019 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000600802](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600802)
  16. Krishnan Yamini, Grodzinsky Alan J. “Enfermedades del Cartílago” Matrix Biol.2018 Oct; Epub 2018 May 24. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6146013/#>
  17. Rodrigo Cañadillas Rueda, Alejandro Espejo Reina, Antonio Carrero Fernández. Manual residente. España, Sociedad Española de Cirugía ortopédica y traumatología, 2020. cap 81;388-391 Disponible en [https://unitia.secot.es/web/manual\\_residente/CAPITULO%2081.pdf](https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2081.pdf)
  18. Ríos Guarango Patricia Alejandra, López Proaño Glenis Florangel, Parreño Urquizo Angel Floresmiló. Evaluación nutricional en adultos mayores con diagnóstico de osteoartritis y su relación con la intensidad del dolor. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2020 [citado 2024 Jul 05]

- ; 22( Suppl 1 ): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962020000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000400002&lng=es). Epub 01-Mar-2021.
19. Espinosa-Morales Rolando, Alcántar-Ramírez Jesús, Arce-Salinas César Alejandro, Chávez-Espina Luis Miguel, Esquivel-Valerio Jorge A, Gutiérrez-Gómez Jaime José et al . Reunión multidisciplinaria de expertos para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis. Actualización basada en evidencias. Med. interna Méx. [revista en Internet]. 2018 Jun [citado 2024 Jul 23] ; 34( 3 ): 443-476. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662018000300013&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000300013&lng=es)
20. C. Alejandro Álvarez López ,Sergio Ricardo Soto-Carrasco ,Yenima de la Caridad García Lorenzo “Dolor en la Artrosis de Rodilla” Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología 2019; 60(03): 106-111 Disponible en <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1698796>
21. Sharon L. Kolasinski, Tuhina Neogi, Marc C. Hochberg, Carol Oatis, Gordon Guyatt, Bloque Joel, Leigh Callahan, Cindy Copenhaver, Carole Dodge, David Felson ... “Guía de 2019 del Colegio Estadounidense de Reumatología/Fundación de la Artritis para el tratamiento de la osteoartritis de la mano, la cadera y la rodilla” Vol, 72 N°2, febrero 2020, Pág149-162, disponible en <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.24131>  
<https://doi.org/10.1002/acr.24131>
22. Guía de práctica clínica basada en evidencia para el tratamiento de la osteoartritis de rodilla (sin artroplastia) de la Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos (tercera edición). <https://www.aaos.org/oak3cpg> Publicado el 31 de agosto de 2021.
23. Miguéns Vázquez X. Novedades en las guías de práctica clínica respecto al tratamiento de la artrosis de cadera, rodilla y manos. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2021 [citado 2024 Jul 23] ; 28( Suppl 1 ): 38-42. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462021000100038&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462021000100038&lng=es). Epub 08-Mar-2021. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3870/2020>.
24. De La Guardia Gutiérrez Mario Alberto, Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR [Internet]. 2020 Ene [citado 2024 Jul 18] ; 5( 1 ): 81-90. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es) Epub 29-Jun-2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
25. Organización Panamericana de Salud, “Determinantes sociales de la salud” Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

26. Organización Mundial de la Salud “Atención Primaria de la Salud” 15 de noviembre de 2023. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
27. Ex-Presidente de la Nación Dr. Alberto Fernández y la Ministra de Salud de la Nación Dra. Carla Vizzotti Secretario de Equidad en Salud Dr. Víctor Urbani Subsecretaría de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria Dr. Fabián Puratich Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria Lic. Adriana Magdaleno. EJES DE GOBERNANZA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. Dirección Nacional de atención primaria y salud comunitaria; Ministerio de Salud de la Nación. Ciudad de Buenos Aires, Viernes 5 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res924-383598.pdf>
28. Sainz-de Murieta Enrique, Cisneros María Teresa. Rehabilitación y capacidad funcional en la salud del siglo XXI. Anales Sis San Navarra [Internet]. diciembre de 2022 [consultado el 14 de septiembre de 2024]; 45(3): e1028. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272022000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272022000300001&lng=es) Publicación electrónica del 24 de abril de 2023. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.1028>.
29. EJERCICIO DE LA KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA Ley N° 24.317 “Ejercicio Profesional del kinesiólogo, kinesiólogo fisiatra, licenciado kinesiólogos fisiatras, licenciado en kinesiología y fisioterapia, fisioterapeuta y terapeuta físico” Sancionada: Mayo 4 de 1994. Promulgada: Mayo 23 de 1994. El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza la Ley 24317/1994. disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24317-716/texto> .
30. Universidad Nacional Arturo Jauretche “13 de abril, Día de la Kinesiología” , novedades, Ciencias de la Salud, Comunidad Educativa, Estudiantes, Graduadas y Graduados, Licenciatura en Kinesiología y Fisiatria, Noticias Institucionales, 12 de abril, 2022 [https://youtu.be/C9X\\_NCMJU0](https://youtu.be/C9X_NCMJU0)
31. Luis Espejo Antúnez; Maria Angeles Cardero Durán, Berta Caro Puértolas y Guillermo téllez de Peralta, “Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores institucionalizados diagnosticados de gonartrosis” Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 47. Núm. 6. Pág 262-265. Nov-Dic 2012 disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectos-del-ejercicio-fisico-funcionalidad-S0211139X11002113> DOI: 10.1016/j.regg.2011.06.011
32. Saliha Belmonte Darraz, Ana María González-Roldán, Joaquín de María Arrebola, Casandra Isabel Montoro-Aguilar, “Impacto del ejercicio físico en variables relacionadas con el bienestar emocional y funcional en adultos mayores”, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Volume 56, Issue 3, 2021, Pages 136-143, ISSN 0211-139X, Disponible en

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-impacto-del-ejercicio-fisico-variables-S0211139X21000275>

33. Helena de Sola, Alejandro Salazar, Maria Rebollo-Ramos, Jose A. Moral-Munoz, Inmaculada Failde “Prevalencia de artrosis diagnosticada y no diagnosticada, y factores asociados en la población general adulta española” Revista Atención Primaria, volume 56, Issue 8. Agosto 2024, disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724000726?via%3Dihub>  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102930>
34. Santos MG dos, Damiani P, Marcos ACZ, Haupenthal A, Avelar NPC de. “Influencia de la artrosis de rodilla en el rendimiento funcional, calidad de vida y el dolor en mujeres mayores” Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC) Araranguá, SC, Brazil; Fisioterapia en movimiento, disponible en <https://www.scielo.br/j/fm/a/SPhQJzvMg636N4pfWqvBLqf/?lang=en>  
<https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.AO06>
35. Reyes-Reyes Priscila, Barría-Pailaquilén Mauricio. Imagen social del kinesiólogo en atención primaria de salud: una experiencia chilena. Rev. salud pública [Internet]. Abril de 2019 [consultado el 4 de noviembre de 2024]; 21(2): 236-242. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642019000200236&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000200236&lng=en). <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.69675> .
36. Chanparini, Maria Sol. “Perfil de intervención de los servicios de kinesiología en el primer nivel de atención de la ciudad de rosario” 12/08/2022 Universidad Nacional de Rosario, disponible en <https://rephip.unr.edu.ar/items/7babad54-9307-4248-9ff2-e6ff524659d3>
37. <https://es.wikidat.com/info/villa-itati-buenos-aires>
38. Revista “La Garganta Poderosa” denominada “La Poderosa”, revista impresa N° 104 (Julieta Venegas) 2 de mayo de 2021, Buenos Aires, Argentina.
39. Gobierno de la provincia de Buenos Aires, Opisu, Noticias, “Quilmes, Avanza la construcción de 64 viviendas en Villa Itatí” , Viernes 23 de Agosto, 2024, Disponible en; [https://www.gba.gob.ar/opisu/noticias/avanza\\_la\\_construccion\\_de\\_64\\_viviendas\\_en\\_villa\\_itati](https://www.gba.gob.ar/opisu/noticias/avanza_la_construccion_de_64_viviendas_en_villa_itati)
40. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, PROGRAMA PAMI EN EL BARRIO, Luana Volnovich Directora Ejecutiva, Dirección Ejecutiva, Ciudad de Buenos Aires, Wiener 26 junio de 2020-Año del General Manuel Belgrano, Disponible en [http://leg.msal.gov.ar/pdf/pamires1689\\_2020.pdf](http://leg.msal.gov.ar/pdf/pamires1689_2020.pdf)

41. Sergio R. López Alonso, Carmen M. Martínez Sánchez, Ana B. Romero Cañadillas, Félix Navarro Casado, Josefina González Rojo, Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física, Atención Primaria, Volume 41, 2009, Pag. 613-620, disponible en; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709002029>, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.02.005>
42. Nguyen-Pham Tuan, Puerto-Pérez Tania Victoria, Alvarez-López Alejandro, García-Lorenzo Yenima de la Caridad. Validación y modificación de la escala WOMAC en Cuba. AMC [Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Ago 21]; 24(3):Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000300003&lng=es). Epub 01-Jun-2020.
43. Insall J.N, Scott W.N. Cirugía de la Rodilla 4ta Edición 2006 vol. 2 pág 1513-1516.

### **XIII. Anexos**

#### **Anexo 1:**

##### **Consentimiento informado**

Tesina de estudiantes de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

##### Introducción/Objetivo:

Las estudiantes realizan este proyecto de investigación con el objetivo de realizar sus correspondientes tesinas para la culminación de su carrera de grado. Para tal fin, dichas estudiantes se encuentran realizando la siguiente investigación: Identificar las barreras sociodemográficas en el tratamiento kinésico de artrosis de rodilla en los adultos mayores de Villa Itatí y diseñar una propuesta de intervención kinésica para reducir dichas barreras.

##### Procedimientos:

Si usted acepta participar en el estudio, a los fines de esta investigación se llevará a cabo una encuesta de manera presencial en el barrio Villa Itatí, partido de Quilmes. La misma le tomará aproximadamente 10 minutos, las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

##### Confidencialidad:

El estudio no puede ser divulgado ni tampoco puede manipularse el material sin autorización del personal encargado.

**Participación Voluntaria/Retiro:** Independientemente de la firma efectuada usted como participante tiene derecho a retirarse voluntariamente en el momento que lo disponga.

##### Consentimiento para su participación

Fecha: \_\_\_\_\_

Este documento en el que queda sentado su firma es muestra de aceptación para participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombre y apellido del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Anexo 2 :

### Encuesta

Nombre:.....y Apellido.....

Sexo:.....Edad:.....IMC:.....Peso.....Talla.....

Nacionalidad..... Estado Civil.....

Ocupación:.....

¿Qué trabajos realizó en el transcurso de su vida?

.....

Nivel Educativo:.....

¿Cómo está compuesto su grupo familiar?.....

¿Con quién convive actualmente?.....

¿Con quién concurre a las consultas médicas?.....

Realiza alguna actividad física/ recreativa: SI / NO ¿Cuál?.....

¿Consume alcohol? SI / NO A VECES.

¿Consume tabaco? SI / NO A VECES.

¿Tiene obra social o alguna otra cobertura médica? SI / NO

¿Realiza los controles médicos? SI / NO

¿Tiene alguna enfermedad crónica? SI / NO ¿Cuál?.....

¿Recibe tratamiento? SI / NO

¿Tuvo alguna lesión o fractura? SI/NO ¿Cuál? .....

¿Tiene o tuvo alguna vez dolor en las articulaciones? SI/NO A VECES.

¿En cuál o cuáles? .....

¿En qué momento del día siente más dolor?.....

¿El dolor le impide realizar alguna actividad? SI/NO ¿Cuál?.....

¿Qué hace para calmar el dolor?.....

¿Consultó al médico? SI/NO ¿Dónde? .....

En el caso de que no haya consultado a un médico

¿Cuál es el motivo o impedimento?.....

¿Tiene diagnóstico de Artrosis? SI/NO ¿Cuál?.....¿Desde cuándo?.....

¿Recibe tratamiento? SI / NO ¿De qué tipo?.....

¿Realiza tratamiento kinésico? SI / NO ¿Dónde?.....

En el caso de que no reciba tratamiento kinésico

¿Cuál es el motivo o impedimento?.....

¿Utiliza algún tipo de ayuda marcha? SI/NO ¿Cuál? .....

### Anexo 3 Cuestionario WOMAC

Ítem	¿Cuánto dolor tiene...	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-1	...al andar por un terreno llano?	0	1	2	3	4
W-2	...al subir o bajar escaleras...	0	1	2	3	4
W-3	...por la noche en la cama?	0	1	2	3	4
W-4	...al estar sentado o tumbado?	0	1	2	3	4
W-5	...al estar de pie?	0	1	2	3	4
Ítem	¿Cuánta rigidez nota.....	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-6	...después de despertarse por la mañana?	0	1	2	3	4
W-7	...durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansando?	0	1	2	3	4
Ítem	¿Qué grado de dificultad tiene al...	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-8	...bajar escaleras?	0	1	2	3	4
W-9	...subir escaleras?	0	1	2	3	4
W-10	...levantarse después de estar sentado?	0	1	2	3	4
W-11	...estar de pie?	0	1	2	3	4
W-12	...agacharse para coger algo del suelo?	0	1	2	3	4
W-13	...andar por un terreno llano?	0	1	2	3	4
W-14	...entrar y salir de un coche?	0	1	2	3	4
W-15	...ir de compras?	0	1	2	3	4
W-16	...ponerse las medias o los calcetines?	0	1	2	3	4
W-17	...levantarse de la cama?	0	1	2	3	4
W-18	...quitarse las medias a los calcetines?	0	1	2	3	4
W-19	...estar tumbado en la cama?	0	1	2	3	4
W-20	...entrar y salida de la ducha/bañera?	0	1	2	3	4
W-21	...estar sentado?	0	1	2	3	4
W-22	...Sentarse y levantarse del retrete?	0	1	2	3	4
W-23	...hacer tareas domesticas pesadas?	0	1	2	3	4
W-24	...hacer tareas domesticas ligeras?	0	1	2	3	4

Aten Primaria 2009;41:613-20