



**UGR** Universidad  
del Gran Rosario

**TESINA**

**presentada para acceder al título de grado de la carrera de  
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

**Título:**

**"El adulto mayor y su relación con el tratamiento kinésico en su  
proceso de envejecimiento"**

**Autora:**

**Zunino, Milagros Belén - N° DNI 41930576**

**Director:**

**Prof. Lic. Silva, Gustavo**

**Lugar:**

**Santa Fe**

**Fecha de presentación:**

**11/07/2024**

**Firma de Autora**

*"Nadie envejece sólo por vivir un número de años. La gente envejece únicamente al abandonar sus ideales".* Cicerón, Marco Tulio (político, filósofo, escritor y orador romano). 43 a.C.

*"No son los años en tu vida los que cuentan, es la vida en tus años".* Lincoln, Abraham. (político y abogado estadounidense). s. XIX.

## **AGRADECIMIENTOS**

Ningún trabajo de esta naturaleza puede llevarse a cabo sin la colaboración de personas que crean en la autora y en el tema. Gracias a la confianza, motivación y apoyo recibido, he completado mi tarea. En primer lugar, quiero agradecer a mi familia quien me acompañó durante todos estos años de formación y me inculcó valores de responsabilidad, constancia y dedicación. Quiero también expresar mi agradecimiento al Lic. Silva Gustavo, quien aceptó ser mi director de la presente tesina, por el apoyo que me ha brindado, por su generosidad en compartir sus conocimientos y por el respeto a mis ideas. Por último, agradezco también a mis docentes por transmitirme el amor a esta profesión.

## RESUMEN

**Introducción:** A nivel mundial, la población de adultos mayores - de 60 años y más - ha aumentado significativamente. Su calidad de vida depende de factores biológicos, psicosociales y económicos. El proceso de envejecimiento - que trae consigo la aparición de enfermedades crónicas -, afecta la capacidad para realizar actividades diarias y aumenta el riesgo de caídas, disminuyendo la independencia. La kinesiología y la fisioterapia son disciplinas importantes para promover un envejecimiento saludable y activo, en un sistema de salud donde los pacientes expertos o activos participan activamente en la toma de decisiones sobre su salud, en contraste con los pacientes pasivos que no se implican en su cuidado, dejando toda la responsabilidad exclusivamente en manos del profesional. **Objetivo general:** Analizar el rol del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico, en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe), en el año 2024. **Metodología:** En primera instancia se realizó una revisión bibliográfica de la literatura relacionada con la temática. En segundo lugar, fue llevado a cabo un estudio de tipo cualitativo, en el que se realizaron entrevistas semi-estructuradas grabadas a adultos mayores con patologías crónicas que concurrían al hospital SAMCO y a los consultorios CIDEM, en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe). **Resultados:** Se identificaron roles, entre los adultos mayores, de pacientes activos, y de aquellos que se denominaron predominantemente pasivos - ya que todos presentaron alguna característica del rol activo -. Las principales características del rol activo que se relevaron, fueron las siguientes: compromiso y constancia con el tratamiento, conciencia sobre su patología, adaptación a sus limitaciones físicas, hábitos de autocuidado, comunicación abierta con el profesional y apoyo familiar. **Conclusión:** A partir de este estudio, se pudo identificar que, en el sistema de salud, y por ende en el consultorio de kinesiología, conviven pacientes adultos mayores con diferentes roles en relación al tratamiento kinésico: activos y predominantemente pasivos.

Palabras Claves: Rol - Adulto mayor - Kinesiología aplicada - Sociología - Envejecimiento.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
I.a. Objetivos.....	3
I.b. Justificación.....	3
I.c. Diseño Metodológico.....	4
I.c.I. Revisión de la literatura.....	4
I.c.II. Trabajo de campo .....	6
I.d. Estructura del desarrollo de la tesina.....	7
<b>II. CAPÍTULO I: Marco Teórico - Conceptual</b> .....	9
II.a. Envejecimiento en el mundo.....	9
II.b. El Adulto Mayor.....	18
II.c. Tratamiento Kinésico.....	23
II.d. Rol del Adulto Mayor.....	27
<b>III. CAPÍTULO II: Información que tiene el adulto mayor sobre el tratamiento kinésico y sus posibilidades o limitaciones a la hora de realizarlo</b> .....	31
III.a. Datos demográficos.....	31
III.b. Conocimientos del adulto mayor sobre su patología crónica y estrategias para mejorar su estado de salud.....	32
III.c. Obstáculos para acceder al tratamiento kinésico.....	36
III.d. Rol del adulto mayor en el diseño del tratamiento.....	36
III.a. Reflexiones preliminares.....	37
<b>IV. CAPÍTULO III: Experiencias y expectativas del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico</b> .....	39
IV.a. Experiencias del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico.....	39
IV.b. Expectativas del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico.....	42
IV.a. Reflexiones preliminares.....	43
<b>V. CONCLUSIÓN</b> .....	44
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48
<b>VII. ANEXOS</b> .....	51

## **I. INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento humano es una etapa de la vida ineludible. A nivel biológico, es el resultado de los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo.<sup>1</sup> Se asocia con una pérdida de la función neuromuscular relacionada con la reducción de la fuerza y la potencia muscular, y cambios en la arquitectura muscular. Esto trae implicaciones funcionales, tales como disminución en la velocidad de la marcha, aumento del riesgo de caídas y una reducción de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y pérdida de la independencia.<sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. Se los puede clasificar a los ancianos como viejos-jóvenes de 60 a 74 años, viejos-viejos de 75 a 84 años, viejos-longevos de 85 a 99 años y centenarios a los de 100 años y más.<sup>1</sup>

A nivel mundial, la proporción de la población de más de 65 años se ha incrementado enormemente. En Argentina, la población de 60 años y más asciende al 15,7% de la población total en el año 2020, casi 7,1 millones de personas. Mientras que en 1914 representaba el 4% del total.<sup>3</sup>

En un pasado no muy lejano, las personas de la tercera edad, eran muy respetadas y su opinión contaba como la última palabra en temas importantes, incluso para toda la comunidad. En el ámbito familiar, la autoridad era mayor en cuanto más edad tenían, sin importar el género. Hoy en día, en las sociedades industrializadas, los adultos mayores han perdido autoridad en la familia y en la comunidad, donde su forma de pensar se considera anticuada. Por otra parte, sus jubilaciones los convierten en pobres y les acarrearán desprestigio. Los que ya no viven con sus hijos y no están incluidos en el mercado laboral no logran tener una vejez agradable. Sin embargo, la mayoría de los ancianos no están dispuestos a aceptar el proceso de decadencia física a causa del envejecimiento como algo inevitable, debido a las mejoras en la alimentación, la higiene y la atención sanitaria que lo retrasa. Y las personas que gozan de buena salud en su vejez, es posible que busquen lograr gratificaciones externas que puede ofrecerles la vida social.<sup>4</sup>

Gran parte de los adultos mayores, además de las patologías surgidas como consecuencia de la edad, que les ocasionan dolor y aislamiento social, sufren en muchos casos de soledad, estrés, angustia y depresión. Además de las pérdidas sociales y económicas descriptas anteriormente, la muerte de parientes y amigos, el

distanciamiento de los hijos que se independizan, pueden traer como consecuencia deterioro físico.<sup>5</sup> Cabe destacar que otro factor importante es el sedentarismo -referido a la actividad de vigilia realizada mientras se está sentado, reclinado o acostado, con poco o ningún gasto de energía-, que también trae problemas físicos.<sup>6</sup>

Estos padecimientos afectan el estado anímico del paciente y como consecuencia, su calidad de vida, la cual depende además de su estatus socio-económico e inclusión en el sistema de salud, ya sea público o privado. Ante esta problemática, el adulto mayor debe afrontar una difícil situación que lo lleva a decidir qué hacer o no hacer con respecto a su salud en un entorno de gran desprotección.

Es decir, el adulto mayor desempeña un rol social, entendido como las expectativas socialmente definidas que tiene una persona en una determinada posición social, y que lo lleva a actuar de una manera particular según el papel que represente en un momento dado. Frente a determinados temas y/o problemas - por ejemplo, el afecto, la motivación, el deseo, las limitaciones físicas -, teniendo en cuenta su ideología y valores, actúa en consecuencia. Así, puede expresar su opinión sobre diferentes cuestiones ya que está influenciado por la subjetividad.<sup>7</sup>

En este contexto, la kinesiología y la fisioterapia juegan un papel muy importante para acompañar a las personas a acceder a un envejecimiento saludable - proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez - aportando herramientas para lograrlo.<sup>1</sup> La contribución de estas disciplinas va más allá aún, tendiendo a lograr un envejecimiento activo en lo que se refiere a lo físico y social.<sup>2</sup>

En el panorama sanitario habitual se cuenta con dos tipos de pacientes: los pacientes pasivos y los activos. Los primeros desempeñan un rol que se caracteriza por no querer responsabilizarse de su salud, preocuparse por sus dolencias ni colaborar para remediarlas. No se implican en la toma de decisiones con el personal sanitario. No se preocupan por su salud, no se comprometen en sus tratamientos ni buscan alternativas o información sobre lo que les sucede. Ésto responde a un enfoque paternalista de la atención. Los pacientes activos, en cambio, tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que los atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con sus médicos las decisiones que les permiten asumir esos objetivos. De esta manera la

atención médica toma un enfoque centrado en el paciente teniendo en cuenta sus particularidades, valores y experiencias.<sup>8,9</sup>

En relación a esta cuestión, cabe preguntarse: ¿Cuál es el rol del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico, en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe) en el año 2024?

## **I.a. OBJETIVOS**

### **I.a.I. Objetivo General**

El objetivo de este trabajo consiste en analizar el rol del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico, en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe), en el año 2024.

### **I.a.II. Objetivos Específicos**

- Identificar experiencias del adulto mayor al realizar tratamiento kinésico.
- Explorar la información que tiene el adulto mayor acerca del tratamiento kinésico.
- Describir los conocimientos sobre las posibilidades o limitaciones que el adulto mayor posee a la hora de realizar su tratamiento.

## **I.b. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación se realizó para interpretar y visibilizar el punto de vista del adulto mayor - a partir de información sobre sus propias experiencias, opiniones, intereses, necesidades y valores –, indagando cómo ve su problemática actual y cómo actúa ante ella, en cuanto al tratamiento kinésico.

La Kinesioterapia significa “tratamiento a través del ejercicio físico”. Su aplicación mejora las capacidades fisiológicas, dinámicas y psicológicas del paciente. El ejercicio físico, practicado de manera apropiada, es la mejor herramienta disponible hoy en día, para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento, así como para fomentar la salud y el bienestar de la persona.

El envejecimiento poblacional crece con rapidez aumentando las expectativas de un numeroso grupo etario, en la medida que avanza la ciencia y la tecnología, demandando intervenciones especializadas. Por lo tanto, es necesario elaborar lineamientos que guíen dichas intervenciones en base a las necesidades bio-psico-sociales, para lograr una mejor calidad de vida de quienes transitan la vejez.

En consecuencia, este estudio apunta además a que haya un replanteo en la mirada del kinesiólogo hacia el paciente, atendiendo -según sus expectativas- la parte

psico-social y no sólo la física. Es decir, se pretende concientizar al profesional kinesiólogo sobre la necesidad de adecuar sus estrategias para facilitar su relación con el paciente adulto mayor y satisfacer así los requerimientos del mismo según sus necesidades y limitaciones.

### **I.c. DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un Trabajo de Campo donde se entrevistó a un grupo de Adultos Mayores para conocer su rol ante el tratamiento kinésico.

#### **I.c.I. Revisión de la literatura**

Para alcanzar los objetivos del trabajo, previo a la realización de las entrevistas, se implementó una revisión bibliográfica, investigando dentro del paradigma biopsicosocial de salud, para priorizar una aproximación desde la dimensión social; específicamente desde la sociología.

Se consultaron artículos, libros y documentos más relevantes publicados en los últimos 20 años, todos relacionados con el tema de estudio.

La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando terminologías DeCS y MeSH en relación a las palabras clave planteadas, consultando PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), la Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT y Google Académico.

<b>Palabra Clave</b>	<b>Término DeCS</b>	<b>Término MeSH</b>	<b>Término Libre</b>
Rol	Rol	Role	Rol
Sociología	Sociología	Sociology	Sociología
Psicología Social	Psicología Social	Psychology, Social	Psicología Social
Adulto Mayor	Adulto mayor	Aged	Adulto mayor
Envejecimiento	Envejecimiento	Aging	Envejecimiento
Tratamiento Kinésico	Modalidades de fisioterapia	Physical Therapy Modalities	Kinesioterapia
Kinesiología	Kinesiología Aplicada	Kinesiology, Applied	Kinesiología

#### **Combinación de términos para búsqueda en BVS:**

- “Role” [MeSH] AND “Aged” [MeSH] AND “Physical Therapy Modalities” [MeSH]. Se obtuvieron 48 resultados con los siguientes filtros aplicados: texto completo, asunto principal (modalidades de fisioterapeuta), tipo de estudio (investigación cualitativa).

- “Role” [MeSH] AND “Aged” [MeSH]. Se obtuvieron 17 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo, asunto principal (calidad de vida - envejecimiento), tipo de estudio (investigación cualitativa), idioma (español).
- “Role” [MeSH] AND (“Aged” [MeSH] OR “Aging” [MeSH]). Se obtuvieron 58 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo, asunto principal (calidad de vida - estado de salud), tipo de estudio (investigación cualitativa), idioma (español).
- “Aged” [MeSH] AND “Physical Therapy Modalities” [MeSH]. Se obtuvieron 19 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo, asunto principal (envejecimiento), tipo de estudio (investigación cualitativa), idioma (español).
- “Aged” [MeSH] AND (“Psychology, Social” [MeSH] OR “Sociology” [MeSH]). Se obtuvieron 72 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo, base de datos (MEDLINE), asunto principal (calidad de vida - envejecimiento) tipo de estudio (investigación cualitativa), idioma (español).
- “Aged” [MeSH] AND “Psychology, Social” [MeSH] AND “Kinesiology, Applied” [MeSH]. Se obtuvieron 3 artículos.
- “Aging” [MeSH] AND (“Role” [MeSH] OR “Sociology” [MeSH]). Se obtuvieron 93 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo, asunto principal (envejecimiento - longevidad - calidad de vida).
- “Aged” [MeSH] AND (“Physical Therapy Modalities [MeSH]” OR “Kinesiology, Applied” [MeSH]). Se obtuvieron 39 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo, base de datos (MEDLINE), asunto principal (terapia por ejercicio - modalidades de fisioterapia), tipo de estudio (investigación cualitativa).

**Combinación de términos para búsqueda en PubMed:**

- “Role” [MeSH] AND (“Aged” [MeSH] OR “Aging” [MeSH]). Se obtuvieron 828 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo gratis, libros y documentos, revisión sistemática, humanos, inglés y español, edad más de 65 años.
- “Aged” [MeSH] AND “Psychology, Social” [MeSH] AND “Kinesiology, Applied” [MeSH]. Se obtuvieron 8 artículos con los siguientes filtros

aplicados: texto completo gratis, libros y documentos, revisión sistemática, humanos, inglés y español.

- “Aging” [MeSH] AND (“Role” [MeSH] OR “Sociology” [MeSH]). Se obtuvieron 693 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo gratis, libros y documentos, revisión sistemática, humanos, inglés y español, edad más de 65 años.
- “Aged” [MeSH] (“Physical Therapy Modalities [MeSH]” OR “Kinesiology, Applied” [MeSH]). Se obtuvieron 152 artículos con los siguientes filtros aplicados: texto completo, libros y documentos, humanos, español y edad más de 65 años.

Cabe destacar que la búsqueda bibliográfica se utilizó para desarrollar el marco teórico. Sin embargo, se presentó una ausencia de textos significativos para la metodología de investigación, ya que no involucran variables de interés, no responden a los objetivos planteados, para el estudio de esta población etaria. Por lo tanto fue necesario recurrir a otro tipo de bibliografía.

### **I.c.II. Trabajo de campo**

Una vez finalizada la revisión bibliográfica, se hizo una investigación exploratoria de tipo cualitativa hermenéutica – interpretativa, utilizando el método del análisis documental y de la entrevista semi-estructurada grabada a informantes clave -los adultos mayores-, con consentimiento informado previo.

Se decidió utilizar una metodología cualitativa para realizar interpretaciones basadas en la experiencia de los adultos mayores, es decir, comprender la perspectiva que estos últimos tienen respecto de sus vidas, experiencias, prácticas, emociones –tal como lo expresan con sus propias palabras– y en relación a la kinesiología.

Se efectuó un estudio de casos en profundidad con una muestra dirigida (no probabilística) de tipo homogénea, en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe), en el mes de marzo del año 2024. Dicha muestra consistió en 10 participantes voluntarios que tienen patologías crónicas (afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta y que tienen una mayor prevalencia en nuestra sociedad) y no agudas (enfermedades que debutan de repente y desaparecen en un tiempo, pueden ser de fácil resolución o bien graves causando así desenlaces fatales).

Se realizaron entrevistas a 5 Adultos Mayores de diferentes géneros con patologías crónicas en cada lugar mencionado a continuación:

- Hospital SAMCO “Dr. Ricardo Nanzer”, Servicio de Kinesiología (Santo Tomé).
- Consultorios CIDEM, consultorios de Kinesiología (Santo Tomé).

Para garantizar la confidencialidad de los datos, los nombres de los entrevistados fueron reemplazados con el siguiente código: A1, A2, A3, A4 y A5 (adultos mayores que asistían a la clínica privada CIDEM), y B1, B2, B3, B4 y B5 (adultos mayores que asistían al hospital público SAMCO).

Criterios de Inclusión:

- Adultos Mayores de ambos sexos con patologías crónicas, que habiten en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe) y asistan al consultorio de kinesiología CIDEM en el ámbito privado y al Hospital SAMCO “Dr. Ricardo Nanzer”, Servicio de Kinesiología, en el ámbito público, en el mes de marzo de 2024.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores con patologías agudas.

Se les indagó en las entrevistas sobre datos personales (edad, sexo, ocupación, nivel socio-educativo alcanzado), acceso al sistema de salud (con o sin obra social), conocimientos sobre su enfermedad, información, experiencias y expectativas con respecto al tratamiento kinésico. También se investigó su rol para llegar a realizar el tratamiento y las dificultades para efectuarlo. Además, se les preguntó sobre la relación con el/la kinesiólogo/a y el compromiso familiar a la hora de realizar el tratamiento.

#### **I.d. Estructura del desarrollo de la tesina**

El desarrollo de la tesina realizado a continuación, se halla organizado en tres capítulos según los temas abordados y por último la conclusión.

En el Capítulo I, se expone el marco teórico, con el propósito de aclarar la intención del trabajo y situar al lector dentro del contexto propuesto. Se aborda la información sobre el envejecimiento en el mundo y en nuestro país, luego se describe nuestro sistema de salud. A continuación, se desarrollan las diferentes teorías sobre la vejez. Seguidamente, se detallan las características del adulto mayor, las desigualdades según el género en la vejez, el proceso del envejecimiento y su impacto en la salud del adulto mayor. Posteriormente, se define envejecimiento activo y saludable. Después se caracteriza el tratamiento kinésico, su aplicación en la tercera

edad y el perfil del kinesiólogo. Se explica luego el rol del adulto mayor y su evolución en la sociedad argentina y por último el rol del paciente anciano en relación al tratamiento kinésico.

El Capítulo II, se basa en identificar, analizar, describir y discutir, en base a los datos aportados por los informantes clave - adultos mayores -, que integraron la muestra, sobre la información que tienen acerca del tratamiento kinésico y sus conocimientos en cuanto a sus posibilidades o limitaciones en el momento de realizarlo.

En el Capítulo III, basándose en la información obtenida de las entrevistas realizadas, se analiza, describe y discute sobre las experiencias y expectativas del anciano como paciente en relación al tratamiento kinésico.

Por último, se lleva a cabo la conclusión del trabajo, donde se exponen las reflexiones surgidas del análisis de los resultados de las entrevistas.

## **II. CAPÍTULO I: Marco Teórico - Conceptual**

En el presente capítulo, se desarrollarán los conceptos teóricos propios de la problemática que se plantea, con el fin de aclarar la intención del trabajo y ubicar e introducir al lector dentro del contexto propuesto.

### **II.a. Envejecimiento en el mundo**

El rápido crecimiento del número de personas en todo el mundo ha creado una revolución demográfica sin precedentes. El envejecimiento de la población es un fenómeno global y relativamente reciente en el mundo. Es el fruto de los éxitos económicos, sociales y sanitarios que han conseguido alargar la vida de las personas.<sup>10</sup> La proporción de población mayor de 65 años ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos. La expectativa de vida era de 47 años en 1.900, actualmente ronda los 78-80 años y se espera que llegará a los 110 años en un futuro no muy lejano.

La distribución de los habitantes de edad avanzada es mayor en los países menos desarrollados y las proyecciones de población para este grupo de edad en el siglo XXI son de un crecimiento acelerado sobre todo en los países en vías de desarrollo.<sup>11</sup>

Las repercusiones sociales de esta explosión demográfica comprenden, entre otras, las que afectan a las pautas de producción, consumo, ahorro e inversión, a las condiciones del mercado laboral y a la productividad, a los tipos de servicios necesarios y a los patrones del gasto público. Sin embargo, no se tienen en cuenta aspectos positivos del envejecimiento, como la contribución que las personas de edad pueden hacer a la sociedad e incluso al progreso económico.

#### **II.a.I. Teorías sociológicas de la vejez**

Para analizar la situación de las personas mayores, es imprescindible revisar las principales perspectivas desde las cuales se ha pretendido explicar el fenómeno de la vejez.<sup>12</sup>

Estas teorías se presentan en tres grupos, de acuerdo con Bengston, Burgess y Parrot (1997), como se citó en Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, quienes afirman que se tienen teorías sociológicas de primera, segunda y tercera generación. Éstas proporcionan marcos conceptuales para comprender la experiencia del envejecimiento en la sociedad, aunque han sido objeto de críticas y revisiones debido a sus limitaciones y sesgos.

Las **teorías de primera generación** que aparecieron entre 1949 y 1969 en la sociología del envejecimiento, incluyen la teoría de la desvinculación, la actividad, la modernización y el envejecimiento como subcultura.

1. Teoría de la desvinculación: Propuesta por Cumming y Henry, en los años sesenta, citado por Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, sugiere que el envejecimiento implica una reducción gradual de la participación en las estructuras sociales a medida que aumenta la edad de las personas, hasta su retiro definitivo, permitiendo así la estabilidad del sistema social. Esta teoría ha sido criticada por su enfoque limitado en variables sociales y psicológicas, que contemplan las necesidades y los requisitos de la sociedad, y por negar el papel activo de las personas mayores. Actualmente, pese a las críticas, algunos elementos de la misma, como la pregunta por la exclusión de las personas viejas en los papeles sociales, son utilizados como marco de referencia de nuevas investigaciones e intervenciones sociales.

2. Teoría de la actividad: Contrapuesta a la desvinculación, plantea que la participación activa en actividades beneficia el bienestar en la vejez. Havighurst y Albrecht (1961), según el trabajo de Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, enfatizan la necesidad de mantener la actividad para generar sentimientos positivos de felicidad y satisfacción. En esta teoría, la desvinculación no se da por un deseo propio de las personas viejas, sino porque la sociedad no les ofrece oportunidades. Además, en ella se pretende que el individuo sustituya los papeles sociales perdidos en el proceso de envejecimiento, por unos nuevos en los que el bienestar y el autoconcepto positivo en la vejez obedezcan al aumento de actividades relacionadas con los nuevos roles sociales adquiridos. Las principales críticas a la teoría señalan su homogenización de la vejez; su insuficiente alcance explicativo centrado solamente en la conducta de los individuos; la responsabilidad impuesta a las personas viejas para adaptarse al sistema social sin un análisis crítico de las estructuras dominantes y las normas preestablecidas, la falta de consideración de factores como la exclusión social, la pobreza o el declive físico o mental, y su influencia en la posibilidad de elegir nuevos papeles sociales. A pesar de las críticas, muchas de las investigaciones empíricas o intervenciones sociales actuales están soportadas en esta teoría al utilizar los marcos de referencia de adaptación o inadaptación de las personas viejas a las expectativas sociales, sin considerar sus necesidades particulares.

3. Teoría de la modernización: Cowgill y Holmes (1972), como se citó en Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, relacionan el grado de modernización de la sociedad con la disminución del valor social de las personas mayores. Esto se debería a que su

conocimiento y papel social, apreciados en las sociedades preindustriales y agrarias, ha sido desplazado por la urbanización, la industrialización y la burocratización, el aumento del tiempo libre, el incremento de la esperanza de vida y los cambios en la tenencia familiar de la tierra, ya que los altos niveles educativos de las nuevas generaciones convierten a los individuos viejos en dependientes económicos de sus hijos. Esta teoría ha sido criticada por su visión lineal de la modernización y por no considerar variables como género, raza, etnia, clase social o periodo histórico. Pese a lo anterior, esta teoría aún prevalece en el discurso de algunos académicos cuando analizan la tendencia de aumento en la demanda de servicios por parte de las personas viejas y prevén el trayecto que han de recorrer los países en desarrollo.

4. Teoría del envejecimiento como subcultura: Planteada por Rose y Peterson (1968), citada por Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, destaca que los cambios demográficos y sociales llevan a la formación de una subcultura entre las personas mayores, con normas, valores y comportamientos propios. Se critica por la exclusión que genera en las interacciones con otros grupos etarios y los estereotipos negativos asociados. En la actualidad, esta teoría es utilizada para explicar la naturaleza de las relaciones entre las personas viejas y el resto de la sociedad, además de ir en contra de los estereotipos negativos de la vejez, como la pasividad y el anquilosamiento, comunes en los abordajes funcionalistas.

Las **teorías de segunda generación** que surgieron en la década de 1970 hasta 1985, incluyen la teoría de la continuidad, la rotulación social, el intercambio social y la estratificación por edad.

1. Teoría de la continuidad: Atchley (1971) describe esta teoría, según el trabajo de Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, que enfatiza cómo los adultos mayores buscan conservar conocimientos adquiridos y aplicar estrategias conocidas para enfrentar el envejecimiento. Los principales aspectos de esta teoría se basan en: 1. la continuidad interna, relacionada con lo cognitivo, el temperamento, el afecto, las experiencias y las habilidades; 2. la continuidad externa, perteneciente a las relaciones interpersonales, las actividades preestablecidas y el conocimiento del contexto físico y social, y 3. la continuidad individual o de la propia vida, clasificada en tres categorías: baja (insatisfacción con la vida e inadaptación al cambio), óptima (capacidad para enfrentar transformaciones) y excesiva (aunque las estrategias utilizadas son adecuadas, se percibe la vida como monótona, carente de novedad). Se critica por su enfoque individualista y por obviar las barreras estructurales que pueden limitar la continuidad en las personas mayores. En la actualidad, es utilizada para comprender las

dificultades que pueden presentarse en la adaptación al envejecimiento, en los casos en que el mismo esté marcado por bajos niveles educativos, ingresos insuficientes y pobres relaciones interpersonales.

2. Teoría de la rotulación social: Formulada por Kuypers y Bengston (1973), citada por Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, explica cómo la reducción de habilidades sociales en personas mayores no se debe necesariamente al envejecimiento, sino a la etiquetación negativa por parte de familiares o cuidadores. Se critica por no considerar adecuadamente las condiciones sociales, de salud y económicas que influyen en la actividad social de las personas mayores. En la actualidad permite identificar las tensiones presentadas en familiares y cuidadores, ante la dependencia en la vejez y, además, trazar líneas de intervención en las que el contexto individual y ambiental y las relaciones interpersonales contribuyan a reducir el sentido de desamparo, aumentar las competencias personales y en general, resolver los problemas de las personas asociados con su vejez.

3. Teoría del intercambio social: Propuesta por Gubrium Jaber (1973), como se citó en Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, sostiene que las relaciones sociales están determinadas por un cálculo de costo-beneficio, donde las personas mayores pueden sufrir desventajas si carecen de recursos (nivel educativo, economía y salud) en comparación con otras generaciones. Idealmente, los postulados básicos de la teoría del intercambio social se fundamentan en: 1. la reciprocidad: ayudar a aquellos que te ayudan; 2. la justicia redistributiva: equilibrio en los intercambios sociales, y 3. la beneficencia: las personas viejas deben recibir lo que necesitan, independientemente de su valor social actual. Se critica por su enfoque económico y por ignorar aspectos no racionales de las relaciones sociales, como la solidaridad, el afecto, el altruismo y el amor, que se presentan a lo largo de toda la vida. Actualmente, esta teoría es utilizada para analizar las transformaciones presentadas durante el transcurso de la vida, en relación con los recursos, las habilidades y las funciones. A nivel macro, facilita estudios acerca de las percepciones sobre justicia social, el tiempo ofrecido voluntariamente entre diversas generaciones y la creación de políticas de asistencia. Desde una perspectiva microsocia, se interesa por las relaciones familiares con enfoque intergeneracional, relacional y de regulación emocional.

4. Teoría de la estratificación por edad: Planteada por Riley, Johnson y Foner (1972), según el trabajo de Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, analiza la interacción entre personas mayores y las estructuras sociales, considerando la edad como una categoría importante para la distribución del poder, siendo la vejez un momento de la

vida en la que se pueden experimentar ciertas desventajas. Uno de sus grandes aportes es el análisis de los cambios en las políticas sociales relativas al envejecimiento de las sociedades y su influencia en la reestructuración de las instituciones laborales, educativas y económicas. Se critica por no tratar de manera adecuada los asuntos de poder, la forma de vivir cada etapa y las diferencias en una misma cohorte, por centrarse excesivamente en la edad cronológica y por descuidar factores como clase social, género, raza y espacio geográfico. En la actualidad, esta teoría es utilizada en diversos estudios longitudinales y transversales comparativos entre grupos de la misma y distinta edad. Contempla la relación entre el envejecimiento del individuo y los cambios históricos.

Las **teorías de tercera generación** emergieron a partir de 1980, como crítica a las precedentes y comprenden las teorías del construccionismo social, curso de vida, teorías feministas del envejecimiento, economía política del envejecimiento y gerontología crítica.

1. Construccionismo Social: Propuesta por Gubrium y Holstein (1999), citada por Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, busca entender las realidades sociales del envejecimiento, los procesos individuales en contexto, y los papeles relacionados con la construcción social de la edad. Se ha aplicado en estudios que exploran las narrativas individuales sobre el envejecimiento, pero se critica por su enfoque individualista y su falta de hipótesis que permitan la validación empírica.

2. Curso de Vida: Esta teoría o categoría propuesta por Dannefer y Uhlenberg (1999), como se citó en Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, representa una sinergia de contribuciones sociológicas y psicológicas que estudia el envejecimiento como parte de un proceso dinámico contextualizado en el tiempo biográfico e histórico. La vejez forma parte del proceso de envejecimiento y por tanto no debe ser considerada como un ingreso a una fase terminal o ser motivo de exclusión social, ya que, así como otros momentos vitales, responde a un conjunto de normas y roles establecidos social e históricamente. Aunque amplia en su alcance, ha recibido críticas por su dificultad para abarcar todas las variables relacionadas con el envejecimiento y por su insuficiente desarrollo teórico en las desigualdades de clase y género. Hoy por hoy, plantea la posibilidad de descartar la edad como indicador de normas y estilos de vida de las culturas posmodernas, al considerar ésta como irrelevante para determinar las capacidades y competencias físicas y sociales de las personas. El enfoque de esta perspectiva se orienta a la comprensión de cómo los individuos viven y envejecen de maneras muy distintas, según sus contextos sociales, históricos y culturales, por eso

estudia a los individuos mucho antes de ser viejos, como una forma de entender el envejecimiento y dejar de ver este proceso como un problema.

3. Teorías Feministas del Envejecimiento: Propuestas por Bengston, Burgess y Parrot (1997), según el trabajo de Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>, integran las categorías de género y edad para comprender cómo influyen las normas basadas en la edad y los cambios fisiológicos en la experiencia de envejecimiento de hombres y mujeres, con respecto a la identidad, funciones y relaciones asignadas a los géneros. Destaca la feminización de la vejez y la necesidad de incluir las experiencias de las mujeres en el análisis del envejecimiento. En el macronivel, recobra importancia el análisis de las relaciones económicas de poder entre hombres y mujeres, mientras que en el micronivel se atiende a los contextos de los significados colectivos: redes sociales, cuidado y trabajo familiar, e identidad. Se critica esta teoría por su amplitud, su nula tradición teórica y el descuido frente al envejecimiento masculino.

4. Economía Política del Envejecimiento: (Bengston, Burgess y Parrot, 1997), citada por Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>. Analiza cómo la distribución desigual de recursos sociales, económicos y políticos configura las relaciones de poder, autonomía e influencia en la experiencia del envejecimiento, tomando las variables de edad, clase, género, raza y etnia. Se ha utilizado en la formulación de políticas sobre el envejecimiento, programas de jubilación, pensiones, cuidado, servicios comunitarios e institucionalización. Se critica por su dependencia de la estructura social y el determinismo económico, su representación de las personas mayores como individuos pasivos frente a las dinámicas macroeconómicas, desconociendo así la capacidad de resolución que puedan tener.

5. Gerontología Crítica: (Moody, 1992) como se citó en Robledo Marín et al<sup>(13)</sup>. Enfoque humanista influenciado por la tradición teórica europea que se centra en las dimensiones subjetivas e interpretativas del envejecimiento. Se enfoca en cambios prácticos, como las políticas públicas, más que en el avance técnico, vincula a académicos y practicantes a través de la praxis, y produce conocimiento emancipatorio, en el que el poder, la acción y el significado de los aspectos sociales de la edad y el envejecimiento son claves para su comprensión. Se critica por su alto grado de abstracción, pues es difícil de comprender para investigadores que utilicen paradigmas positivistas o que no estén educados en modelos de ciencias sociales basados en las tradiciones filosóficas europeas. Sus mayores aportes consisten en cuestionar la homogeneización del envejecimiento y el énfasis positivista utilizado para su comprensión, en el que prevalecen los ideales de autonomía, salud e

independencia en la vejez. Además, rechaza a la vejez como noción asociada a un problema social o la percepción de las personas viejas como población desechable y se opone a los discursos de la medicalización de la vida y la vejez.

A modo de resumen, estos conjuntos de teorías presentan ciertos patrones: 1. Las de primera generación se centran en el lugar de las personas mayores en la sociedad, ya sea como retiradas, reincorporadas, desplazadas o diferenciadas. 2. Las de segunda generación examinan las relaciones entre las personas mayores y otros grupos etarios o la sociedad en general. 3. Las de tercera generación abordan temas contemporáneos como las relaciones de poder, el género, la visibilización de las historias de vida y la revalorización de la vejez en una sociedad que tiende a menospreciarla.

Las investigaciones actuales incorporan perspectivas de todas las generaciones, para comprender y explicar el envejecimiento y la vejez que se presentan como fenómenos sociales en constante construcción y deconstrucción, influenciados por factores políticos, económicos y culturales que intentan moldear su significado y lugar en la sociedad contemporánea.<sup>13</sup>

## **II.a.II. Envejecimiento y Sistema de Salud**

El proceso de rápido envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para el sistema de salud. Mientras que en las regiones más ricas del mundo se establecieron sólidos sistemas de seguridad social que proporcionan generosos ingresos económicos y un agradable acceso a los sistemas de salud, en los países con menor desarrollo socioeconómico la población adulta mayor se enfrenta a la falta de sistemas de apoyo social, precarios ingresos y a la carencia de servicios médicos adecuados.<sup>14</sup> La provisión de servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y las demandas de tales servicios, se estima que se intensificarán con el continuo aumento del número y proporción de adultos mayores en la población.<sup>15</sup>

## **II.a.III. Envejecimiento en Argentina**

El envejecimiento poblacional que se produjo primeramente en los países desarrollados se está dando ahora en los países en desarrollo (entre ellos Argentina) pero en diferentes condiciones. Los países desarrollados envejecieron gradualmente durante un siglo en una situación de riqueza, mientras que los países en desarrollo lo hicieron en pobreza, en menos de 30 años.

Como se indicó en la Introducción, para el caso argentino, la población de 60 años y más asciende al 15,7% de la población total en el año 2020, casi 7,1 millones de personas. Mientras que en 1914 representaba el 4% del total.<sup>3</sup>

Este creciente envejecimiento, debido al descenso de los niveles de fecundidad, las modificaciones en los patrones de morbilidad y el aumento de la esperanza de vida, tiene repercusiones en la vida cotidiana a nivel individual, familiar y social. En lo económico, cambian las relaciones entre el ahorro, las inversiones y el consumo, se modifican los mercados de trabajo y se impone un redimensionamiento de las pensiones y las transferencias intergeneracionales. A nivel familiar e individual la composición de la familia y los modos de convivencia varían afectando las relaciones de intercambio y reciprocidad entre sus miembros. También se debe tener en cuenta la demanda específica en relación a los servicios de cuidado y de atención de la salud.

Si bien el país posee una elevada cobertura previsional (noventa por ciento), existen notorias heterogeneidades en el acceso a la salud y en la percepción de haberes jubilatorios entre los hogares de diversos niveles socioeconómicos.

El sistema de protección social es insuficiente para mantener una calidad de vida acorde con las exigencias que plantean los adultos mayores. En consecuencia, una parte significativa de esta población debe obtener recursos de diversas redes sociales, principalmente de sus propias familias, cuya participación es fundamental en el cuidado. El Estado, el mercado y las organizaciones no gubernamentales, resultan marginales o complementarios; ésto produce una intensa estratificación en el acceso a servicios y prestaciones que termina por constituirse en portadora de desigualdad.

Los aspectos que condicionan el bienestar o malestar de las personas de más edad son diversos. Dentro de un mismo país, la salud, la situación económica, social y familiar y sus implicaciones para el bienestar de los ancianos son claramente diferenciables según clase socioeconómica, género, etnia y lugar de residencia. En las edades avanzadas, los tiempos y causas de muerte y la presencia de enfermedades, sus formas y efectos, variarán según la clase social y el género. Las desigualdades en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas que se van profundizando con el tiempo. El impacto de las repetidas crisis socioeconómicas en la Argentina convierte a la desocupación y los bajos ingresos en fenómenos de larga duración, que se extienden desde los aspectos materiales hasta otras dimensiones sociales y agrava las desigualdades existentes.<sup>16</sup>

#### **II.a.IV. Sistema de Salud en Argentina**

En lo que se refiere a la salud, las dimensiones socioculturales y económicas (cobertura de salud, nivel de ingresos, distancias sociales y culturales con los profesionales de la salud, dificultades para el acceso a los centros de atención), juegan un papel fundamental en las desigualdades, porque condicionan una percepción diferencial de síntomas y enfermedades, lo cual favorece o dificulta el acceso a los servicios de salud.

El futuro del sistema de previsión social es complejo, ya que la financiación proviene en gran parte de la tributación general, que se ve constantemente disminuida a causa de la reducción de aportantes producida por el elevado índice de informalidad laboral. Así, la organización del sistema de protección social, estará expuesta a los vaivenes del mercado de trabajo.

En un país signado por un fuerte endeudamiento externo, baja productividad, elevado nivel de pobreza y marcados índices de desempleo, la noción de cuidado y prevención para las personas mayores está poco instalada.

Las acciones del Estado dirigidas hacia las personas mayores deberían tener en cuenta, de manera sostenida, los cambios producidos en los últimos años y el reconocimiento de sus necesidades. Si se entiende al Estado como el organizador del bienestar y de las condiciones de vida, ese reconocimiento debería darse a nivel de la legislación, sin dejar de tener en cuenta para su diseño a las familias y a las mujeres cuidadoras, ya que las mismas se ven afectadas por la problemática del cuidado. En ese sentido, resulta necesario que el Estado asuma un rol protagónico en la implementación de políticas que hagan posible el ejercicio pleno del derecho a la salud y a la previsión social.<sup>16</sup>

El sistema de salud en Argentina, y por consiguiente de la provincia de Santa Fe, está compuesto por tres sectores: público, de seguro social y privado.

- El sector público está integrado por los ministerios nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.
- El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) brinda

cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias y a las personas de 70 años y más sin jubilación.<sup>17</sup> Cubre a casi cinco millones de personas. Se financia con aportes y contribuciones de los trabajadores activos y de sus empleadores, de los trabajadores retirados y contribuciones del Tesoro Nacional.<sup>16</sup> Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones. En el caso de la provincia de Santa Fe, ésta cuenta con el IAPOS (Instituto Autárquico Provincial de Obra Social), que es la OS de los trabajadores del estado santafesino, los beneficiarios de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la provincia de Santa Fe y los empleados de municipios y comunas que cuentan con convenio de adhesión junto a sus cajas previsionales, incluyendo en todos los casos a su grupo familiar.

- El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS. Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privados.<sup>17</sup>

## **II.b. El Adulto Mayor**

Como se señaló en la introducción, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. Se los puede clasificar a los ancianos como viejos-jóvenes de 60 a 74 años, viejos-viejos de 75 a 84 años, viejos-longevos de 85 a 99 años y centenarios a los de 100 años y más.<sup>1</sup> Sin embargo en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la *edad cronológica* -esencialmente biológica y referida específicamente al número de años cumplidos- es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no necesariamente está relacionada a la situación en la que se encuentra una persona, a sus sentimientos, deseos, necesidades, condición de salud, relaciones, habilidades o posición que ocupa en la sociedad.<sup>10</sup> Sin embargo, muchas de las normas que definen las responsabilidades y privilegios de un sujeto dependen de su edad cronológica, algunas de ellas explícitas en la legislación (edad para votar, edad mínima para casarse, edad en que es posible procesar jurídicamente a una persona, edad para jubilarse, etc.); cabe destacar que hay algunas diferencias entre hombres y mujeres.<sup>12</sup> La *edad física* se refiere a los

cambios físicos y biológicos durante la vejez que reducen la eficiencia del sistema de órganos en el cuerpo. Estos cambios normales se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones. La *edad psicológica* trata de los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y perceptuales, destrezas motoras, funcionamiento mental (ejemplo: memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad, los impulsos, emociones y motivaciones. Finalmente, la *edad social* indica los significados diferentes que tiene la vejez para cada grupo humano según su historia, su cultura, su organización social. Se producen cambios en los hábitos sociales, en los roles y las relaciones con familiares y amigos, en el trabajo y dentro de las organizaciones religiosas, recreativas y grupos políticos.

Por lo tanto, la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento. Existen considerables variaciones en el estado de salud, la participación y los niveles de independencia entre las personas ancianas de la misma edad, es decir, la vejez es definible por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas. La edad fisiológica se determina según el envejecimiento de los órganos y funciones; la edad psíquica o mental, según el envejecimiento psicológico; la edad social, según el medio en que se encuentra, el cuál determina el significado de la vejez para una persona y si esa experiencia de envejecer será positiva o negativa, y finalmente, se puede mencionar también la *edad subjetiva* según el envejecimiento que experimenta la persona. Nadie envejece de igual manera ni envejece por otro, siendo la vejez una vivencia única y personal.

La vejez (deriva del latín *veclus, vetulus*, que significa persona de mucha edad) es una etapa del ciclo de vida del ser humano que se inicia desde el nacimiento hasta su muerte y aunque mucho se ha hecho para detenerla, no existe tecnología que pueda mantener vivo eternamente el cuerpo humano, solo puede mantenerse más activo y saludable en el tiempo pero, cuando inexorablemente se llega a ella, socialmente se denomina persona de edad, adulto mayor, de tercera edad, viejo, geronte, abuelo, anciano, entre otros.<sup>10</sup>

Esta etapa de la vida es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales. Por el

contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.<sup>11</sup>

### **II.b.I. Desigualdades según el género en la vejez**

En este grupo poblacional hay una mayor cantidad de mujeres ancianas que de hombres de edad avanzada. Las mujeres viven, en promedio, cerca de siete años más que los hombres. Ésto no significa que lo hagan en mejores condiciones. Por el contrario, son más vulnerables y su calidad de vida se ve deteriorada por falta de recursos y de protección institucional.

Al igual que la vejez, el género es una construcción social que describe la manera en que una sociedad asigna roles a hombres y mujeres por ciertas condiciones biológicas. Hace referencia a significados sobre las relaciones sociales y procesos de identidad organizados según las diferencias anatómicas y fisiológicas, sobre todo relacionadas con funciones reproductivas. Se materializa a través de la repetición de prácticas y modos de actuar cotidianos (masculinos o femeninos) que surgen de un marco de valores, símbolos y representaciones que reafirman la diferencia sexual. Las relaciones de género se refieren a las diferentes posiciones de poder y categorías que hombres y mujeres ocupan en la jerarquía social.

La relación de la edad con el género, nos permite entender cómo, con el transcurso del tiempo, hombres y mujeres participan en la distribución del poder, los privilegios de que gozan y cómo es su acceso al bienestar social.

El género interviene en la trayectoria de vida de una persona, para determinar las condiciones sociales y de salud durante la vejez. Estas condiciones (económicas, de redes sociales y de salud) pueden favorecer o no la calidad de vida de los individuos, y situarlos en riesgos particulares.

En el caso de las mujeres ancianas están en inferioridad de condiciones por su poca participación en actividades remuneradas a lo largo de su vida - muchos trabajos en los que ingresan se caracterizan por pertenecer a la economía informal, sin acceso a los sistemas de pensiones institucionales -. Además, tienen bajo nivel educativo, ya que priorizaron sus roles de madre, esposa, hija, en detrimento de su formación. Se observa que a mayor edad del anciano, más elevado es el grado de analfabetismo, sobre todo en mujeres. Otro factor importante en cuanto a la vulnerabilidad de las mujeres es la falta de pareja durante la vejez y la pérdida económica que ello puede representar. No obstante, prefieren el estado de viudez para evitar las tareas femeninas asignadas al rol de la mujer dentro del matrimonio.<sup>11,18</sup>

La productividad de las personas ancianas se puede medir por otros parámetros que pasan desapercibidos por muchos. Un ejemplo de esto es la contribución social que hacen las mujeres ancianas cuidando a los miembros necesitados de su familia (nietos, esposos enfermos, padres u otros familiares). Esta contribución, que no se contabiliza en el sistema económico, produce una economía considerable para el Estado que podría representar un alto costo social si las mujeres ancianas dejaran de desempeñar esta función.<sup>19</sup>

Generalmente, las mujeres mayores cumplen el rol de cuidadoras habituales como fórmula para facilitar que las mujeres más jóvenes se incorporen al mercado laboral remunerado, en lugar de hacerle frente a la cuestión promoviendo la participación más activa de los padres (hombres) y del Estado en el cuidado infantil.

18,20

Frecuentemente, están expuestas a enfermedades asociadas a su rol reproductivo y de cuidadora de la unidad familiar. Aunque están más familiarizadas con los servicios de salud, se enfrentan con más dificultades para obtener la asistencia sanitaria que necesitan.

En el caso de los hombres, llegan a la vejez con más recursos económicos y generalmente tienen acceso a servicios de salud debido a que desarrollaron sus actividades en instituciones que les brindan sistemas de jubilación y pensiones. Su trayectoria de vida se resume en alta participación en actividades económicas, relativamente poca interacción con una red social y familiar, y poca familiaridad con el sistema de salud. En relación a este último aspecto, el hombre percibe su cuerpo como un instrumento cuyo cuidado es casi inexistente y le resulta difícil expresar sus necesidades. Esta actitud contribuye a su distanciamiento de los servicios médicos, a los que ve como exclusivos para mujeres o niños. Respecto a la viudez, los varones tienen mayor disposición a contraer matrimonio que las mujeres.<sup>18</sup>

### **II.b.II. El proceso del envejecimiento y su impacto en la salud del Adulto Mayor**

El envejecimiento, es un proceso fisiológico normal irreversible que genera una serie de cambios biológicos, psicológicos y funcionales que lenta y progresivamente afectan la adaptabilidad de la persona a su entorno físico, ambiental y social, aumentando la vulnerabilidad del individuo, exponiéndolo a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, que deterioran su salud y calidad de vida.<sup>10</sup> Es así como se van presentando disminuciones de funciones sensoriales, principalmente visión y audición; cambios estructurales, bioquímicos en el sistema nervioso central; modificaciones en funciones respiratorias, cardiovasculares,

digestivas y endocrinas. También se observan transformaciones en el aparato osteo-articular y cambios degenerativos en las articulaciones, deformaciones corporales, ya que los huesos se vuelven más frágiles y vulnerables a fracturas, disminución de la respuesta del aparato inmunodefensivo, alteración del sueño, pérdida o disminución de la función sexual, entre otros.

Este proceso está relacionado con una serie de variables: el estilo de vida de cada persona -escolaridad alcanzada, trabajo desempeñado, deportes realizados-, los ambientes en que ha transcurrido la mayoría de sus años, el nivel socioeconómico, la inclusión en el sistema de salud -ya sea público o privado-, la programación genética, entre otros.<sup>21</sup>

Por otra parte, los cambios surgidos como consecuencia de la edad, que le ocasionan dolor y pérdidas funcionales, muchas veces lleva al adulto mayor a aislarse. El concepto de *aislamiento* conduce a la idea de separación, incomunicación y desamparo; es la falta de compañía y de encuentro con otros. Nunca es total ya que siempre existe un mínimo de encuentros sociales, aunque breves y superficiales. Otro padecimiento es la *soledad* -estado afectivo interior, un sentimiento que escapa a la observación objetiva-, que debe distinguirse del aislamiento que frecuentemente es causado por el entorno.<sup>22</sup> La pérdida de la pareja, las discapacidades físicas, la vida en solitario son factores que generan soledad, así como también *estrés* -estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil-, *angustia* -temor opresivo sin causa precisa- y *depresión* -síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas que implica el desinterés por la realización de actividades -.<sup>23</sup>

También se debe tener en cuenta el *sedentarismo* -estilo de vida carente de movimiento o actividad física-, ya que muchos adultos mayores pasan la mayor parte del día sentados o acostados realizando actividades como leer o mirar televisión que no les insumen gasto de energía.

Todos estos padecimientos expuestos, además de las pérdidas económicas y sociales, traen como consecuencia el deterioro físico y afectan la calidad de vida. La muerte de parientes y amigos, la separación de los hijos que viven en otros lugares y la pérdida o el retiro del empleo pueden tener consecuencias físicas.<sup>5</sup>

### **II.b.III. Envejecimiento Activo y Saludable**

No todos los ancianos enferman. Las estadísticas muestran que las tres cuartas partes de la población mayor de sesenta y cinco (65) años es funcionalmente sana.<sup>22</sup>

Según la OMS, el Envejecimiento Saludable (ES) es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante. Los factores que se pueden modificar y que influyen en un ES son el ejercicio físico, seguir una dieta saludable, ir al médico regularmente y cuidar la salud mental. Otro factor influyente es la genética, la cual no se puede controlar.

A fines de los 90, la OMS adoptó el término “Envejecimiento Activo” (EA) para completar la definición de ES y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones. El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación social y seguridad económica con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.<sup>1</sup>

El EA permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos, intereses y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados cuando necesitan asistencia.<sup>24,25</sup>

Como concepto es aplicable tanto a un individuo como a grupos poblacionales. El término "activo" hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en actividades manuales. Las personas mayores que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad, pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, sus semejantes, su comunidad y su nación.<sup>2</sup> El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.<sup>24,25</sup>

### **II.c. Tratamiento Kinésico**

La kinesiología es la ciencia que estudia el movimiento corporal. La OMS la define como: “el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, masoterapia y electroterapia. Además, incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular,

pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”.<sup>1</sup>

Así mismo, la Confederación Mundial de la Fisioterapia “World Confederation for Physical Therapy” (W.C.P.T.) realiza la siguiente definición: “La fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud”.

Se puede desarrollar en diferentes sectores, no sólo en el sanitario, sino también en el de la educación, el deporte, los servicios sociales y el turismo, además de otros campos profesionales en desarrollo.

El tratamiento kinésico puede perseguir diferentes objetivos: promover, prevenir, mantener, restablecer y aumentar el nivel de salud y la calidad de vida de la persona. Para ello, actúa en los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación.<sup>26</sup>

En Argentina, la Ley 24.317 describe la regulación del ejercicio profesional de la kinesiología y fisioterapia, definiendo las incumbencias como la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas; esta legislación también abarca la inclusión de los profesionales en el sistema de salud tanto público como privado, en los cuales tienen como objetivo principal promover, preservar y recuperar al máximo las habilidades funcionales a lo largo de toda la vida de aquellos individuos que presentan afecciones somáticas, psicosomáticas y orgánicas. Su propósito es lograr un estado de salud óptimo y una calidad de vida satisfactoria como parte integral del proceso de rehabilitación.<sup>27</sup>

### **II.c.I Tratamiento kinésico en la tercera edad.**

La rehabilitación geriátrica es el conjunto de actividades encaminadas a buscar la mejor incorporación del anciano a la macrosociedad y microsociedad. Se trata de devolverle un mejor estado funcional y socio-ambiental que le ayude a mantener o maximizar la función cuando la recuperación total no es posible.

La kinesiología debe ser dirigida a aliviar el dolor, aumentar la fuerza y coordinación muscular, mantener y mejorar la amplitud articular, así como también a evaluar y mejorar la marcha y la estabilidad.

Para lograrlo, se utilizan las siguientes modalidades terapéuticas:

1. Uso de agentes físicos: calor local, calor infrarrojo, ultrasonido en bajas dosis, parafina, hidroterapia, diatermia, laserterapia, campo magnético, electroterapia.
2. Acupuntura.
3. Cinesiterapia: ejercicios pasivos y activos, gimnasia libre individual o colectiva, ejercicios de resistencia y aeróbicos, ejercicios de respiración, entrenamiento de la marcha libre o con apoyo.
4. Masoterapia.

Lo más importante es enseñar al anciano a que permanezca activo en la realización de actividades funcionales, que lo mantenga equilibrado física y mentalmente en su medio social.<sup>15</sup>

### **II.c.II. Beneficios del tratamiento en el anciano**

La realización del tratamiento kinésico en el adulto mayor genera múltiples beneficios:

- Mejora la flexibilidad y los arcos articulares.
- Aumenta la función intelectual y psicológica, por tanto, ayuda a la autoestima.
- Disminuye los factores de riesgo: obesidad, sedentarismo, tasa de colesterol y hace más efectiva la contracción muscular.
- Incrementa la fuerza muscular, de modo que aumenta la resistencia al esfuerzo.
- Evita descalcificación ósea.
- Ayuda a retardar el deterioro físico que ocurre con el paso de los años y la inactividad.
- Reduce el peligro de infarto agudo del miocardio.
- Disminuye riesgos de formación de coágulos en los vasos y, por ende, la incidencia de trombosis y embolia.
- Incrementa la capacidad respiratoria y oxígeno en sangre, así como refuerza el sistema nervioso y el equilibrio de éste con el sistema neurovegetativo.
- Favorece la eliminación de desechos de sustancias en sangre.
- Disminuye la formación de cálculo en los riñones y conductos urinarios.
- Conserva más ágiles y atentos los sentidos.
- Genera una mayor libertad de movimiento, lo cual puede aumentar el sentido de suficiencia.
- Refuerza la actividad intelectual, gracias a una buena oxigenación cerebral.

- Contribuye a conservar el equilibrio psicoafectivo, aportando a la generación de sentimientos de logro y satisfacción con la vida, reducción de la tensión, mejora en la imagen propia, el concepto de sí mismo y los estados de ánimo positivos.
- Provee oportunidades de socialización y promueve lazos con otras personas de la misma edad, si se realiza en grupos.

Todos estos beneficios conducen hacia un envejecimiento activo y saludable, mejorando indiscutiblemente la calidad de vida.<sup>15,28</sup>

### **II.c.III. Limitaciones para el desarrollo del tratamiento kinésico**

El adulto mayor puede presentar ciertas limitaciones con respecto a la realización del tratamiento kinésico, tales como:

- Déficit sensorial (visión y audición).
- Disminución de las reservas fisiológicas.
- Afecciones crónicas.
- Presencia de trastornos demenciales y cognoscitivos.
- Polifarmacia.
- Nivel escolar.
- Entorno familiar (sobrepotección o abandono).
- Motivación o miedo.
- Barreras arquitectónicas.
- Pérdida de los roles sociales, familiares y laborales.
- Falta de motivación.
- Transporte.<sup>15</sup>

### **II.c.IV. El perfil del kinesiólogo**

El kinesiólogo debe disponer de los conocimientos más elementales sobre las características clínicas y psicofuncionales del anciano, atendiendo a que su acción sea positiva en el logro y mantenimiento de la independencia funcional. El profesional debe amar lo que hace, inspirar confianza, respetar a todos y desarrollar el máximo de esfuerzos por alcanzar la cooperación del paciente en función de su rehabilitación; sus iniciativas constantes y enriquecedoras deben motivarlo sistemáticamente hacia la búsqueda de soluciones para los problemas que se presenten y celebrar juntos los éxitos que se alcancen. Tiene que tener siempre en cuenta que el paciente es el centro y principal actor de la rehabilitación. Los familiares, guiados por el fisioterapeuta y el resto del equipo médico, asumirán las tareas que les corresponden dentro y fuera del hogar para conseguir el máximo de independencia funcional de dichos pacientes.

Para el logro de este objetivo, el fisioterapeuta debe establecer el plan de actividades a desarrollar. Las tareas serán sencillas y de fácil comprensión. Lo más importante es enseñar al paciente cómo mantener su independencia y prevenir las discapacidades, además de indicar a la familia - si la hubiese - cómo cuidarlo correctamente y prepararlo para aplicar las técnicas adecuadas, con vista a conseguir una buena respuesta y cooperación para cumplir los objetivos del programa terapéutico. Desde el campo de la rehabilitación se espera lograr la satisfacción y calidad de vida que merecen los ancianos.<sup>15</sup>

#### **II.d. Rol del Adulto Mayor**

El adulto mayor desempeña un rol social, es decir, cumple con expectativas socialmente definidas según una determinada posición social, que lo lleva a actuar de una manera particular según el papel que represente en un momento dado.<sup>7</sup>

A lo largo de su vida, el hombre desarrolla y cumple una cantidad de roles sociales que son producto de su interacción con el medio. Esto es fuente de recompensas y tensiones que contribuyen a la formación de su autoimagen, ligada de este modo, a las normas sociales. En el proceso de envejecimiento el hombre sustituye unos roles por otros; pero en la vejez suele abandonar o perder roles considerados de importancia para la sociedad. Los valores imperantes en una cultura, para un momento histórico y social determinado, influyen en la consolidación de la autoimagen y del papel que la sociedad le asigna.<sup>29</sup>

#### **II.d.I. Evolución del rol del anciano en la sociedad argentina**

El papel asignado a los ancianos y la imagen de viejo que la sociedad argentina transmitió y transmite a los jóvenes han ido cambiando en los diferentes periodos de la historia. Entre las décadas de 1880 y 1940, los ancianos desempeñaron el papel de vínculos entre las generaciones y el de memoria colectiva, transmitiendo las normas sociales basadas en la tradición y las experiencias. El anciano era fuente de respeto, aún en situaciones de marginalidad social.

Entre las décadas de 1940 y 1950, como en la época anterior la familia extensa se hace cargo de sus ancianos, pero aparece la imagen del anciano institucionalizado, es decir, que habita en un hogar de ancianos. Continúa la imagen del abuelo como transmisor de la cultura.

A partir de la década de 1960, se observa una valoración de la juventud en sus aspectos externos (belleza física, moda, etc). Se relega a los ancianos a la categoría de lo viejo, de lo pasado de moda. Los abuelos cumplen un rol secundario, pero

continúan siendo respetados y queridos. La familia es de tipo nuclear por lo que los viejos ya no deciden en ella; los problemas familiares son tratados por los padres. Los valores que los ancianos transmiten son desactualizados debido a los cambios tecnológicos acelerados en la cultura y son definidos por el rol familiar de abuelos, hasta la década del noventa.

A partir de 1995 se les asigna un papel activo en la familia, colaborando en el hogar y cuidando de sus nietos. Comienzan a integrar además del rol familiar de abuelos, otros roles sociales como antes de la década del sesenta.<sup>29</sup>

Hoy en día con los avances tecnológicos, los adultos mayores tienen dificultades para actualizarse, motivo por el cual son nuevamente desplazados. Además, cuentan con magras jubilaciones que los convierten en pobres y los desprestigian.

La humanidad, en el siglo XXI, ha superado varias discriminaciones. Sin embargo, no se ha superado la discriminación a los adultos mayores: el "callate, viejo meado" es tolerado y hasta festejado socialmente. Quien quiera contar su experiencia, mostrar las heridas de una vida vivida, comparar tiempos pasados, es un viejo meado.

#### **II.d.II. El rol del paciente**

La atención médica está experimentando cambios sociales significativos. El acceso ilimitado a información sobre salud para pacientes y familiares está transformando la relación entre médicos y pacientes. Por otro lado, se ha producido una transición de la condición de enfermo o paciente a la de consumidor o cliente de los servicios sanitarios. La salud es así un bien individual que condiciona la actitud de los pacientes en cuanto a estrategias de cuidado más adecuadas y objetivos terapéuticos a conseguir. Finalmente, la prevalencia de enfermedades crónicas está aumentando la experiencia de las personas como pacientes, lo que aumenta su conciencia sobre el autocuidado y la responsabilidad en la adopción de comportamientos saludables.

En este contexto, los pacientes están asumiendo nuevos roles en su relación con los profesionales de la salud, promoviendo la idea del "paciente activo" o "paciente experto". Estos pacientes están comprometidos con su salud y tratamiento, colaboran con los médicos y gestionan de manera eficaz su enfermedad. Un paciente experto es aquel que reconoce su responsabilidad en su salud, tiene habilidades, motivación y confianza para cuidarse, y busca ayudar a otros pacientes en colaboración con profesionales de la salud.<sup>8</sup>

### **II.d.III. El rol del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico**

El sesenta por ciento de los adultos mayores padecen de una o dos condiciones crónicas, tales como: artrosis, hipertensión, diabetes, problemas cardiacos, etc., las cuales no necesariamente limitan sus actividades o conllevan cambios en los estilos de vida. Estas enfermedades se asocian con la vejez y se aceptan como resultado natural de ésta. Sin embargo, se ha comprobado que muchas de estas afecciones comunes en la edad avanzada son el producto de malos hábitos nutricionales y de salud, desarrollados en edades tempranas. Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, se toman para este estudio pacientes que tienen patologías crónicas y no agudas, ya que se pretende observar cómo el geronte incorpora el tratamiento kinésico a su vida cotidiana para lograr una mejor calidad de vida.<sup>19</sup>

Como ya se describió, el adulto mayor se encuentra en un medio de gran desamparo en el que debe resolver qué actitud tomar en lo referente a su salud, lo cual va a estar condicionado por su estatus socioeconómico e inclusión en el sistema de salud - público o privado-.

Su rol en relación al tratamiento kinésico, es esencial para lograr y mantener su bienestar general. Algunos aspectos clave incluyen:

1. *Participación activa*: Es importante comprometerse de manera activa en el tratamiento kinésico, seguir las indicaciones del fisioterapeuta y realizar los ejercicios recomendados de manera constante.

2. *Comunicación abierta*: Mantener una comunicación abierta y honesta con el fisioterapeuta es fundamental. Compartir cualquier malestar, cambio en la condición física o duda sobre el tratamiento, permitirá ajustarlo según las necesidades específicas.

3. *Auto-cuidado*: Adoptar hábitos de autocuidado es crucial. Esto implica seguir las pautas del fisioterapeuta incluso fuera de las sesiones programadas, así como prestar atención a la postura, movimientos y límites personales.

4. *Adaptación a las limitaciones*: Reconocer las limitaciones físicas y adaptarse a ellas es esencial. Debe trabajar en conjunto con el kinesiólogo para establecer metas realistas y alcanzables, considerando la situación personal y las condiciones de salud.

5. *Constancia en el tratamiento*: La insistencia en asistir a las sesiones de tratamiento es clave. Cumplir con las citas programadas y seguir las recomendaciones del profesional contribuirá a obtener resultados efectivos a largo plazo.

6. *Involucramiento familiar*: Cuando sea posible, involucrar a la familia en el proceso de tratamiento puede ser beneficioso. El apoyo y la comprensión de los seres

queridos pueden fortalecer la motivación y crear un entorno propicio para la rehabilitación.

*7.Educación continua:* Aprender sobre la propia condición de salud y las estrategias para mejorarla es una responsabilidad importante. Estar informado sobre las técnicas y ejercicios utilizados en el tratamiento kinésico puede potenciar la efectividad de la rehabilitación.<sup>30, 31</sup>

Es decir, el adulto mayor cumple el rol de paciente activo y colaborativo en su tratamiento kinésico, que busca cuidar el cuerpo en su aspecto biológico, mejorando la salud física para estar más saludable y sentirse mejor; recuperar el bienestar psicológico, la calidad del sueño y tener confianza en sí mismo, trabajando en conjunto con el kinesiólogo. El adulto mayor percibe la salud como una prioridad que le posibilita la vida, el trabajo y las relaciones con los demás.<sup>32</sup> Se ha demostrado que el ejercicio en grupo, en particular, equilibra la salud de los adultos mayores tanto en el aspecto físico, mental - a nivel cognitivo y emocional - como social.

Además, consideran importante la realización de ciertas actividades que le provoquen disfrute, diversión y entretenimiento. Tal es el caso de las prácticas grupales de hidroterapia.

### **III. CAPÍTULO II: Información que tiene el adulto mayor sobre el tratamiento kinésico y sus posibilidades o limitaciones a la hora de realizarlo**

El presente capítulo se basará en analizar, describir y discutir sobre la información que tiene el adulto mayor acerca del tratamiento kinésico y sus conocimientos en cuanto a sus posibilidades o limitaciones, teniendo en cuenta los datos aportados por los participantes adultos mayores que integraron la muestra. Con respecto a las posibilidades o limitaciones, se hace referencia a las oportunidades de poder o no asistir al tratamiento - accesibilidad-, originadas por el nivel socio-económico y socio-educativo, la edad, el género, las condiciones físicas y el acceso a diferentes medios de transporte.

#### **III.a. Datos demográficos**

En la primera instancia de las entrevistas, se les indagó sobre datos personales, a partir del análisis de los cuales surgen las primeras limitaciones que tiene el adulto mayor frente al tratamiento kinésico.

La *edad* de los entrevistados en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe), en el mes de marzo de 2024, osciló entre los sesenta (60) y los setenta y un (71) años, es decir, todos eran pacientes viejos-jóvenes. No se encontraron pacientes viejos-viejos - de 75 a 84 años -, ni viejos-longevos - de 85 a 99 años - o centenarios - de 100 años y más - según la definición de la OMS<sup>(1)</sup>, que asistieron a la realización de tratamiento kinésico. No se sabe si la no concurrencia a los centros de salud para la realización de kinesiología es una constante en los adultos mayores de edad avanzada, pudiendo ser la edad una limitación, o bien en el tiempo en que fueron realizadas las entrevistas coincidió con la ausencia de los mismos.

Con respecto al *género*, una minoría eran hombres. Esto coincide con la bibliografía consultada en la que Sánchez Guzmán M<sup>(18)</sup> afirma que el varón no cuida como debiera su cuerpo por considerarlo un instrumento y no expresa sus necesidades, distanciándose de los servicios médicos a los que ve exclusivamente para mujeres y niños. Por otra parte, hay mayor cantidad de mujeres ancianas que de hombres a los que superan en el promedio de vida por siete años y están más familiarizadas con los servicios de salud.

En el marco teórico, se mencionó que nuestro país tiene una alta cobertura previsional, sin embargo, se aprecian evidentes desigualdades en el acceso a la salud y en la percepción de los haberes jubilatorios, según los niveles socioeconómicos a los que pertenecen los adultos mayores. Findling L<sup>(16)</sup> Según se describió en el capítulo I Belló M, Becerril-Montekio VM<sup>(17)</sup>, el sistema de salud en Argentina está compuesto

por el sector público, de seguro social y privado. En cuanto a las *obras sociales*, en el ámbito privado, todos los participantes tenían IAPOS (OS de los trabajadores, jubilados y pensionados de la provincia de Santa Fe), PAMI (OS de los jubilados del sistema nacional de prevision, sus familias y personas de setenta años y más sin jubilación) y uno Medifé (empresa de medicina prepaga); y en el sector público, aunque la mayoría no poseían, algunos contaban con PAMI. Esto está relacionado con la *ocupación* de los pacientes, de los cuales la mayoría de ellos eran jubilados o bien desocupados. Hoy en día, se observa que, con las magras jubilaciones, aunque posean obra social, algunos concurren al hospital público, al cual agradecen y valoran. En tanto los que tienen obra social, muchas veces están disconformes con la gestión que deben realizar para obtener sesiones de kinesiología, dado que, superado un determinado número, la obra social se las niega. Y no están en condiciones de pagar en forma particular. Esto implica una limitación económica que desencadena en el abandono del tratamiento en pacientes con patologías crónicas. De esta manera, se puede comprobar, basándose en la literatura, que la noción de cuidado y prevención para los adultos mayores es insuficiente, en un país de baja productividad, gran endeudamiento externo, elevado nivel de pobreza y desempleo. Findling L<sup>(16)</sup>

Por último, el *nivel de educación alcanzado* refleja el conocimiento que los pacientes tienen acerca de su patología: a mayor nivel educativo, mayor es la información que manejan y expresan sobre su enfermedad. En el caso contrario, presentan una gran limitación para lograr el autocuidado. Se observa que el nivel educativo alcanzado decrece con la edad del anciano, como lo explican las autoras Sánchez Salgado D<sup>(11)</sup> y Sánchez Guzmán M.<sup>(18)</sup> Es decir, si se pasa de un subgrupo de edad más joven a otro mayor dentro del grupo de edad avanzada, los niveles de instrucción disminuyen. Se manifiesta una relación inversa entre la edad de las personas de sesenta y cinco años (65) o más y el nivel de escolaridad. A medida que aumenta la edad del cohorte, menor se revelan los niveles de instrucción y viceversa.

### **III.b. Conocimientos del adulto mayor sobre su patología crónica y estrategias para mejorar su estado de salud**

Como se trató en el Capítulo I, el sesenta por ciento de los ancianos padecen de una o dos condiciones crónicas que se asocian con la vejez y se aceptan como resultado natural de ésta, aunque no necesariamente limitan sus actividades o producen cambios en los modos de vida. Sánchez Salgado CD<sup>(19)</sup> En una segunda instancia de la entrevista se les preguntó a los participantes sobre la información que tienen acerca de su enfermedad, beneficios del tratamiento kinésico y qué actividades realizan para sentirse mejor.

La mitad de los mismos estaban bien informados sobre sus patologías crónicas. Las patologías identificadas eran: *artrosis* - enfermedad articular producida por el desgaste del cartílago articular -, *fibromialgia* - patología caracterizada por dolor muscular difuso e intenso, rebelde al tratamiento y de causa desconocida -, *diabetes* - enfermedad metabólica generada por niveles elevados de glucosa en sangre -, *hipertensión* - tensión excesivamente alta de la sangre -, *osteoporosis* - fragilidad de los huesos producida por su descalcificación y disminución de la densidad -, *cervicalgia* - dolor que afecta a la nuca y vértebras cervicales y que puede extenderse al cuello, cabeza y extremidades, producto del estrés, de la tensión y de la mala postura - y *depresión* - síndrome caracterizado por una tristeza persistente y por la inhibición de las funciones psíquicas que implica el desinterés por la realización de actividades -. La información que poseían sobre sus patologías, coincide con lo descrito anteriormente en cuanto al nivel educativo: a mayor nivel educativo, mayor es el conocimiento que poseen sobre ellas. También demostraban interés en la comprensión de su problemática y eran conscientes de sus posibilidades y limitaciones físicas. Algunas de las respuestas fueron:

A5: *“Bueno, si te cuento todo lo que tengo, vamos a estar todo el día acá. Tengo fibromialgia, tengo artrosis”.*

B3: *“Tengo enfermedades crónicas, estado depresivo crónico, la alergia crónica, las cervicales y tengo glaucoma, así que todo eso está ahí. Por ahí hago changas cuidando chicos, pero tampoco me exijo, porque al exigirme por mis cervicales sé muy bien lo que puede pasar, ¿me entendés? Entonces trato de buscar lo necesario para que yo pueda estar bien también, porque si no me voy a embromar yo, así que bueno.”*

Las patologías descriptas por los pacientes, concuerdan en general con las citadas en la bibliografía consultada, en la que los autores Matellanes B<sup>(21)</sup> y López Dolas<sup>(23)</sup>, las mencionan como padecimientos de la tercera edad.

Algunos pacientes incluso dieron cuenta de mantener una educación continua, ya que continúan informándose sobre sus dolencias mediante el uso de la tecnología, ya sea buscando en la web mediante el celular o viendo programas de televisión sobre medicina. Este es un aspecto del paciente activo, tal como lo expresan diferentes autores en el marco teórico, Jovell A<sup>(30)</sup>, Danet<sup>(31)</sup> y Sánchez López J<sup>(8)</sup>.

A5: *“Cuando yo no sé algo, busco en el celular. Ahora veo un programa que es de médicos en el Canal 9. Y por ahí te explica todo, entonces a mí me encantan las cosas*

*de médico. Y digo mirá eso es lo que tomo yo. Y escucho. Y si no busco información en el celular”.*

Con respecto a la otra mitad de los integrantes de la muestra, no supieron expresar bien sus problemas de salud, demostrando desconocimiento, descuido y desinterés, generados por el escaso nivel de instrucción, falta de acompañamiento familiar y cierta dejadez. Sin embargo, eran conscientes de sus posibilidades y limitaciones.

*B1: “Y bueno, no sé lo que tengo ahora, viste, de lo que es. Si es una tendinitis o... No sé. [...] yo trabajaba también en mi casa revocando, haciendo cosas en albañilería, todas esas cosas. Yo lo dejé hacer por eso (se refiere al dolor), ¿me entendés?”.*

*A2: “¡Qué pregunta! No sé si mi enfermedad la tengo por presión alta. Venía ya con presión alta y de repente de un momento a otro se me empezó a arrastrar la pierna y bueno me dijeron que era un ACV. [...] Ahora estoy con andador, porque tengo miedo de caerme, hago lo que puedo porque no me quedo quieta la verdad, pero por ejemplo al patio que es todo de césped yo no voy, tengo miedo de caerme”.*

En lo referente a los conocimientos sobre los beneficios de realizar tratamiento kinésico, muy pocos pacientes manifestaron haberlo iniciado por cuenta propia.

*A3: “Yo insistía a los médicos que necesitaba, porque fue una época difícil. Hace 40 años no era la kinesiología una alternativa válida para muchos médicos”.*

*A2: “Fue decisión mía de hacer la kinesiología para empezar a movilizarme y no, el médico no, porque la verdad que tenía un cardiólogo que no me gustaba mucho, [...] empecé yo con mi propia decisión de ir a hacerme la kinesio”.*

La mayoría lo hizo por indicación médica, de familiares o amigos.

*A1: “...cuando fui a la neuróloga me dijo que podía empezar natación para que agarrara un poco más de estabilidad, y kinesiología, que me iba a ayudar a agarrar fuerza en la pierna, entonces así empecé y la verdad que muy bueno. O sea que, a través de un médico, de una neuróloga”.*

Esto demuestra, en parte, que sólo algunos pacientes tienen conocimiento sobre los beneficios de la kinesiología en adultos mayores, sobre todo para sobrellevar las limitaciones físicas y mejorar el estado de salud en general, descriptos en el capítulo I por Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup>. Algunos beneficios son: aumenta la función

intelectual y psicológica, ayudando así a la autoestima; incrementa la fuerza muscular y de este modo, aumenta la resistencia al esfuerzo; retarda el deterioro físico que ocurre con el paso de los años y la inactividad; genera una mayor libertad de movimiento, lo cual puede aumentar el sentido de suficiencia.

Sin embargo, la mayor parte de los participantes ignoran las técnicas y ejercicios utilizados en el tratamiento kinésico, que pueden potenciar la efectividad de la rehabilitación, pero con el transcurso de las sesiones van comprobando los buenos resultados. Esto despierta en el paciente una motivación para continuar asistiendo a las sesiones y reconocer las diferentes técnicas empleadas en la rehabilitación que lo benefician.

Cabe remarcar que además del desconocimiento por parte de algunos entrevistados, surgió en uno de los casos que el paciente hombre fue mandado por su mujer a que concurra al médico. Nuevamente surge la perspectiva de género: la mujer familiarizada con el sistema de salud y desempeñando el rol de cuidadora. Sánchez Guzmán M<sup>(18)</sup>

*B1: “No, mi mujer me dice, andá al médico, no sigas más así, si te duele, andá al médico. [...] Pero ella me dijo, andá al médico para ver qué es lo que tenés, qué te diga. Y yo, qué sé yo, estaba con miedo, que no se me pasara, decía yo, qué será eso”.*

Se les indagó también sobre la realización de alguna otra actividad que los ayude a sobrellevar su patología, además del tratamiento kinésico. En cuanto a esta pregunta, se observó que la mayoría de los adultos mayores realizaba actividades para complementar el tratamiento kinésico, ya sea, desde hidroterapia, pilates, gimnasia en sus casas o bien, caminar. Incluso a pesar de sus limitaciones físicas que los condicionan, tratan de desarrollar alguna actividad.

*A1: “Natación (se refiere a hidroterapia) empecé, que me hace muy bien y además cuando no vengo no camino mucho, no camino rápido pero salgo a caminar si puedo, es según cómo está mi pierna, si no me duele y no se me afloja porque es el miedo de que se me afloje y me caiga y me quiebre, pero trato de caminar, hacer mandados, andar y esas cosas”.*

*A3: “Hidroterapia hago y hago pilates con limitaciones. No hago ni todo lo que podría hacer o debería, o sea, todo adaptado”.*

*B1: “Sí, hacía ejercicio en las casas, hacía. Pero viste, tenía miedo porque uno no sabía si estaba haciendo mal lo que estaba haciendo. Si me forzaba los brazos y eso era el temor”.*

Esto refleja la voluntad del paciente de querer mejorar su salud, desempeñando un rol más activo, aunque no cuente con los medios económicos necesarios para costear las actividades - aunque sea salen a caminar -. Por otra parte, en algunos pacientes se evidenció la falta de interés para efectuar ciertas actividades motivada por el impedimento económico.

*B5: “No, ninguna, más que las cosas de la casa. Está todo tan caro”.*

### **III.c. Obstáculos para acceder al tratamiento kinésico**

En este apartado se analizarán, en base a lo expuesto por los entrevistados, otras limitaciones observadas en la accesibilidad para concurrir al tratamiento kinésico; principalmente, las referidas a: desatención hospitalaria, problemas con el transporte y adversidades climáticas.

En el hospital público, es muy común la demora de dos o tres horas para sacar turno y ser asistido. Esto fatiga al paciente y muchas veces hace que desista en lograr la atención. También el transporte constituye una limitación, ya que asistir al lugar implica un costo que debe pagar (remis o colectivo) si no es llevado por un familiar. Además, subirse a un medio de transporte les resulta complicado. Finalmente, las inclemencias del tiempo representan otro factor importante que limita la concurrencia al consultorio.

*A3: “No salgo cuando el clima no me lo permite, hay mucha lluvia, tengo miedo a resbalarme”.*

Algunas de estas limitaciones del adulto mayor con respecto a la realización del tratamiento kinésico coinciden con las citadas por Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup> que están presentes en el marco teórico, las cuales son: nivel escolar, ausencia del entorno familiar, falta de motivación, presencia de miedo y problemas de transporte.

### **III.d. Rol del adulto mayor en el diseño del tratamiento**

En esta sección, se analizará la importancia del rol del paciente en la construcción del tratamiento kinésico. Al ser consultados sobre este aspecto, la mayoría explicó la importancia de su participación de acuerdo a sus posibilidades y limitaciones físicas, manteniendo una comunicación fluida con el profesional.

*A4: “A veces charlamos con Guillermo (kinesiólogo) y yo le comento, por ejemplo, que hoy me dolía la cintura y todo, entonces me da algo específico sobre eso. [...] Lo vamos hablando, a veces vamos a las camillas y a veces hacemos barra”.*

Esto genera que el adulto mayor exprese cualquier malestar, cambio en la condición física o dudas con respecto al tratamiento y el ajuste del mismo según sus necesidades concretas. Además, el reconocimiento y adaptación a las limitaciones físicas es fundamental para establecer metas alcanzables, y se debe trabajar en conjunto con el profesional para lograrlo, confirmando lo que expresan los autores Jovell A<sup>(30)</sup> y Danet<sup>(31)</sup>.

Sin embargo, las respuestas de dos pacientes dan cuenta aún de su pasividad, puesto que confían plenamente en el conocimiento del kinesiólogo y dejan todo en sus manos, lo que responde a un enfoque paternalista de la atención, según lo expuesto en el marco teórico. Sánchez López J<sup>(8)</sup> y González Mestre A<sup>(9)</sup>

*B1: “No, me indica y...[...] Ella me da, me hace los masajes, me hace todo lo que tengo que hacer y algunas indicaciones que siga en la casa”.*

En cuanto a los aspectos que influyen en la intervención del adulto mayor en la construcción del tratamiento, surgen nuevamente el nivel socio-educativo y socio-económico, siendo en el hospital público donde menos participación se observó. Cabe aclarar que aquí, el espacio físico destinado al consultorio es reducido y precario, lo que conlleva un ambiente ruidoso - que dificulta la comunicación- y poco agradable. Por otra parte, nuevamente el género masculino demostró dejar en manos del profesional las decisiones para llevar a cabo su tratamiento, afirmando la falta de involucramiento en su estado de salud.

### **III.a. Reflexiones preliminares**

El presente capítulo se centró en analizar, describir y discutir la percepción e información de los adultos mayores sobre el tratamiento kinésico y sus conocimientos en cuanto a sus posibilidades y limitaciones, considerando los datos proporcionados por los participantes de la muestra. Los hallazgos más significativos fueron los siguientes:

La primera fase de las entrevistas se enfocó en obtener datos personales, revelando las primeras limitaciones que enfrentan los adultos mayores ante el tratamiento kinésico. Se destacó que ninguno de los entrevistados superaba los

setenta y un años (71) y se observó una predominancia significativa de mujeres, quienes se preocupan y ocupan de su salud.

En términos de cobertura de salud, la mayoría de los participantes en el ámbito privado tenían IAPOS y PAMI, mientras que algunos en el sector público contaban con PAMI. Esto estaba relacionado con el hecho de que muchos eran jubilados o desempleados, lo que reflejó la situación económica de los pacientes y su limitación en el acceso a la atención médica. No obstante, se pudo comprobar la importancia de la existencia del hospital público.

El nivel educativo de los participantes influyó en la comprensión de sus condiciones de salud. Aquellos con mayor educación tenían más información sobre sus enfermedades y mostraban mayor capacidad de autocuidado. Además, mantenían una educación continua, accediendo a las nuevas tecnologías o medios de comunicación tradicionales.

En la segunda parte de las entrevistas, se exploró el conocimiento de los participantes sobre sus enfermedades. Algunos estaban bien informados y conscientes de sus condiciones, mientras que otros demostraron desconocimiento y desinterés. Además, se discutió sobre las actividades complementarias al tratamiento kinésico, evidenciando tanto la voluntad como las limitaciones económicas para participar en ellas. Otras limitaciones detectadas para la realización del tratamiento fueron: las inclemencias del tiempo, el transporte y la demora en la atención del hospital público.

La mayoría de los participantes iniciaron el tratamiento kinésico por recomendación médica o de familiares, mostrando cierto desconocimiento sobre sus beneficios y las técnicas específicas utilizadas. Sin embargo, se destacó la importancia del papel del paciente en la construcción del tratamiento kinésico, manteniendo una comunicación fluida con el profesional y la adaptación a las limitaciones físicas. Este aspecto activo de muchos pacientes contrasta con la actitud pasiva de algunos que dejan todo su tratamiento en manos del kinesiólogo. Esta última observación está ligada además al género, siendo que el hombre se implica menos en su bienestar físico.

#### **IV. CAPÍTULO III: Experiencias y expectativas del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico**

Como se vio en el marco teórico, según A. Giddens<sup>(7)</sup>, el adulto mayor ejerce un rol social, es decir, trata de cumplir ciertos propósitos condicionados por su posición social y para lograrlo, actúa de una manera peculiar según el papel que represente en un momento determinado. Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, en este capítulo se analizará, describirá y discutirá sobre las experiencias y expectativas del adulto mayor como paciente en relación al tratamiento kinésico, considerando la información obtenida en las entrevistas realizadas.

Se entiende por *experiencias* a las vivencias del adulto mayor que en la práctica prolongada del tratamiento kinésico proporcionan conocimientos, habilidades y mejoras significativas. En cuanto a *expectativas*, se refiere a la aspiración y posibilidad razonable de cumplir un determinado propósito. Según se desarrolló en el Capítulo I, Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup>, las expectativas del adulto mayor al realizar el tratamiento kinésico están centradas en mejorar su movilidad, reducir el dolor, prevenir caídas, recuperar la funcionalidad, y mantener su salud y calidad de vida en general. Además, esperan recibir atención personalizada y apoyo emocional durante el proceso.

##### **IV.a. Experiencias del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico**

En esta sección se examinarán las experiencias de los adultos mayores a la hora de realizar tratamiento kinésico, en lo que comprende desde la elección y comunicación con el kinesiólogo, disposición para realizar el tratamiento, cambios en su condición física a consecuencia del mismo, hasta apoyo familiar para realizarlo.

En lo que se refiere a este tema, se les indagó a los participantes sobre los motivos de elección del kinesiólogo. Con respecto a esto, se comprobó que, en el sector privado, la elección se hace en función de conveniencia de horario y comodidad para realizar otra actividad en el mismo lugar, sin importar el kinesiólogo que los va a atender.

*A1: “Porque cuando me dijeron de la clínica, había justo natación y kinesiología, entonces ya tenía todo en el mismo lugar, así que empecé acá con todo, con la kinesiología y con natación (se refiere a hidroterapia). [...] se preocupa (la kinesióloga) cuando yo le digo a veces me duele mucho la cadera”.*

En cambio, en el hospital público, no hay elección posible, puesto que el kinesiólogo es designado por turno.

*B1: "No, y otra, no había otra acá. No, no había otra, de hecho vine, me mandaron de acá a la vuelta, y saqué turno y me tocó ella (la kinesióloga). [...] ella te pregunta, incluso, cosas, te charla, para que uno se sienta bien, no, no, una señora buenísima".*

Sin embargo, todos tienen muy buena relación con el profesional destacando su buen trato y confianza brindada, lo cual favorece una buena comunicación - ya sea en el ámbito público o privado -. Estas características debe tener el kinesiólogo para atender al anciano, tal como se describió en el capítulo I Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup>, donde se afirma que el fisioterapeuta debe poseer conocimientos básicos sobre las condiciones de salud de las personas mayores para ayudarles a mantener su independencia funcional. Es esencial que el profesional tenga pasión por su trabajo, inspire confianza y respeto, buscando la cooperación del paciente en su rehabilitación. El fisioterapeuta diseñará un plan de actividades simples para enseñar al paciente cómo mantener su independencia y prevenir discapacidades. El objetivo final es mejorar la calidad de vida de los ancianos.

En la misma pregunta se les consultó si el género del profesional tiene alguna importancia a la hora de realizar el tratamiento kinésico, a la cual, refirieron que era lo mismo si los atendía un hombre o una mujer. Solamente una paciente dijo preferir la atención de una mujer kinesióloga en lugar de un hombre, aunque se siente a gusto, escuchada y contenida por su kinesiólogo. Se observó así que la perspectiva de género no es un factor importante en este aspecto.

*A3: Preferiría, sí, si fuera mujer yo preferiría. [...] Pero no hay mujer, o sea, si pudiera elegir, elegiría mujer. Pero bueno, es una cuestión muy subjetiva eso me parece. No por la forma, yo la mayoría de los tratamientos los hice con varones y no he tenido ningún tipo de inconveniente, de reparo, en nada, pero si pudiera elegir, elegiría una mujer".*

Además, se constató que asistían con entusiasmo a las sesiones programadas por los resultados obtenidos: se sentían mejor, calmaban sus dolores, mejoraban la calidad del sueño, recuperaban movilidad y fuerza. Es decir, obtenían los beneficios del tratamiento kinésico descritos en la literatura y mencionados en el capítulo anterior. Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup> y Sánchez Salgado CD<sup>(28)</sup>

A4: *“Sí, sí, vengo con ganas. Aparte porque me ayuda”.*

B1: *“Sí, siempre. Siempre. Me da ganas porque mejoré”.*

Se averiguó también, si los pacientes adultos mayores, seguían las indicaciones del kinesiólogo dentro y fuera del consultorio y se comprobó que casi la totalidad de los participantes lo hacía. Es decir, los adultos mayores demostraron compromiso y constancia en la realización del tratamiento, adoptando hábitos de autocuidado.

B5: *“Sí. A rajatabla. Por supuesto, con tal de que no me duela”.*

Este comportamiento condice con el rol propio de los pacientes activos, según la bibliografía consultada Jovell A<sup>(30)</sup> y Danet<sup>(31)</sup>, donde se afirma que el paciente activo es más responsable del cuidado de su propia salud y de controlar la evolución de ésta.

Otro aspecto considerado fue el involucramiento familiar en el proceso del tratamiento. Se observó que la mayoría de los participantes contaban con el mismo. Este apoyo es fundamental para motivar al paciente en la realización del tratamiento y contenerlo. Tal como sostienen los autores Jovell A<sup>(30)</sup> y Danet<sup>(31)</sup>, los familiares, guiados por el fisioterapeuta y el equipo médico, asumirán responsabilidades dentro y fuera del hogar para promover la independencia funcional del paciente.

B4: *“Sí, yo tengo mi familia, tengo mi esposo, mis hijos, mi nuera, todos me acompañan”.*

Cabe destacar que dos de los entrevistados expresaron también sentirse acompañados por el kinesiólogo, lo que refuerza la idea de confianza en el profesional.

B1: *“La kinesióloga y mi mujer”.*

Por último, se les indagó a los participantes sobre sus experiencias en relación al tratamiento kinésico. Todos los entrevistados obtuvieron como experiencias mejoras significativas en el transcurso del tiempo, por ejemplo, poder caminar, no tener dolor, poder ser más activos, además mencionaron la eficacia del empleo de aparatología, mejora en la calidad del sueño y el buen trato recibido por parte del profesional. Esto confirma lo mencionado en el marco teórico por Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup> quien manifiesta que la kinesiólogía debe ser dirigida a aliviar el dolor, aumentar la fuerza y

coordinación muscular, mantener y mejorar la amplitud articular, así como también a evaluar y mejorar la marcha y la estabilidad.

*B3: “Para mí fue importante, muy importante, porque los dolores que tenía no los tuve. Cuando me sacaron la radiografía fue un resultado bueno. Entonces, para mí eso quiere decir que da resultado. Mejora. Sí, da resultado, digamos. Que es muy bueno hacerse la kinesiología y, bueno, tiene mucho que ver el kinesiólogo porque es de 10, sin problema”.*

*A1: “No me duele, camino dentro de todo mejor, a pesar de que yo sé que no tengo estabilidad, cuando camino yo me voy un poco para el costado, pero es como que agarré más fuerza en las piernas, me viene bien, todo por la natación y la kinesiología, me ha hecho mucho bien. Y como que progresé un poco, porque yo era muy pasiva y este tratamiento la verdad que me ha hecho muy bien. [...] Aparte yo sé que si yo no hago este tratamiento no voy a tener estabilidad y yo no quiero terminar en un sillón de ruedas, entonces quiero más vale hacer todos los ejercicios que me mandan”.*

*A3: “Algo importante, por ejemplo, yo llegué hace unos seis años, con un límite en una rodilla de dolor, por ejemplo, y el magneto, que parece algo que no te hace nada, seis años hace que me pone magneto, todas las sesiones. Ahora ya no me duele, puedo estirar la pierna, duermo tranquila, no tengo dolores, como tenía en el momento en el que llegué, llevó su tiempo, pero fue algo que dio resultado. [...] Ultrasonido, ese sí que me sorprendió, cómo la tecnología llega a las lesiones más internas, cómo hace efecto en el tiempo”.*

#### **IV.b. Expectativas del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico**

En este apartado se analizarán y discutirán las expectativas de los entrevistados con respecto al tratamiento kinésico.

Todos los adultos mayores manifestaron su voluntad de continuar con las sesiones para seguir mejorando. Algunos expresaron no querer terminar en una silla de ruedas y otros dijeron que esperaban no sentir dolor, dormir mejor, tomar menos medicación y continuar siendo activos, e incluso volver a trabajar. Es decir, mencionaron ser más activos y saludables, lo que concuerda con la bibliografía consultada. Lo más importante es enseñarle al adulto mayor a que permanezca activo en la realización de actividades funcionales, que lo mantenga equilibrado física y mentalmente en su medio social. Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup> y Sánchez Salgado CD<sup>(28)</sup> Se

trata pues, de incorporar el tratamiento kinésico a la vida cotidiana para lograr una mejor calidad de vida. Sánchez Salgado CD<sup>(19)</sup>

*A3: “Yo estoy bien como estoy, seguir con la independencia, no tener que en algún futuro necesitar una silla de ruedas. Poder caminar, poder ser activa. No tener mayores dificultades. Con el paso del tiempo, yo creo que con el avance de la edad uno va perdiendo ciertas funciones. Entonces tengo la esperanza que, con el tratamiento, eso se va a prolongar más en el tiempo. Y me va a ayudar a llegar a mayor edad en mejores condiciones. O sea, pienso que hay que ser razonable también en lo que uno espera”.*

#### **IV.a. Reflexiones preliminares**

En el transcurso de este capítulo se analizaron las experiencias y expectativas de los adultos mayores frente al tratamiento kinésico. En primer lugar, sobre la elección del kinesiólogo, se pudo percibir que la misma se realiza según la conveniencia de horario y la posibilidad de combinar el tratamiento con otras actividades en el mismo lugar. Esto ocurre en el sector privado, en tanto que, en el hospital público, la elección no es posible ya que el kinesiólogo se asigna por turno. No obstante, los pacientes reportaron tener una buena relación con el profesional, destacando el buen trato y la confianza, lo que facilita la comunicación efectiva.

Respecto a la importancia del género del kinesiólogo, la mayoría de los pacientes afirmaron que no era significativo, aunque una paciente expresó su preferencia por una profesional mujer.

Además, los pacientes asistían con entusiasmo a las sesiones por los beneficios percibidos como alivio del dolor, mejora del sueño, y aumento de la movilidad y la fuerza. Se constató también que los pacientes adultos mayores seguían fielmente las indicaciones del kinesiólogo tanto en el consultorio como en su casa, demostrando compromiso con su tratamiento y adoptando hábitos de autocuidado.

Se notó asimismo, el involucramiento familiar en el proceso del tratamiento, lo cual es crucial para motivar y contener al paciente. Los entrevistados compartieron experiencias positivas y significativas mejoras durante el tratamiento, y expresaron expectativas de continuar con las sesiones para mantener y mejorar su calidad de vida, con el objetivo de seguir activos y evitar el deterioro físico asociado con la edad y sus respectivas enfermedades crónicas.

## **V. CONCLUSIÓN**

A nivel global, el crecimiento de la población de personas mayores de sesenta años es notable al igual que en nuestro país.<sup>3</sup> La calidad de vida de este grupo demográfico está influenciada por factores biológicos, psicosociales y económicos. El proceso de envejecimiento, con la consiguiente aparición de enfermedades crónicas, repercute en la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas y aumenta el riesgo de caídas, lo que merma la independencia.<sup>2</sup> No obstante, la mayoría de los ancianos no están dispuestos a aceptar el deterioro físico asociado con el envejecimiento como algo ineludible, gracias a las mejoras en nutrición, higiene y atención médica que han logrado posponer este proceso.<sup>4</sup> A pesar del nivel socio-económico e inclusión en el sistema de salud - público o privado -, el paciente debe tomar decisiones con respecto a su salud.

Ante esta problemática, la kinesiología y la fisioterapia desempeñan roles fundamentales en la promoción de un envejecimiento activo y saludable.<sup>1,2</sup> En un sistema de salud ideal, los pacientes están empoderados para participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud, en contraposición a una dinámica donde son pasivos y dejan toda la responsabilidad en manos del profesional.

El objetivo de este trabajo consistió en *analizar el rol del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico, en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe), en el año 2024.*

A partir de este estudio, se pudo identificar que, en el sistema de salud, y por ende en el consultorio de kinesiología, conviven pacientes adultos mayores con diferentes roles en relación al tratamiento kinésico: activos y predominantemente pasivos. No se encontraron pacientes totalmente pasivos, ya que todos tenían algún rasgo del paciente activo. También se observó que la mayoría de los participantes padecían las siguientes enfermedades crónicas: artrosis, hipertensión arterial, fibromialgia y diabetes, que coincide con lo expuesto en el marco teórico por Sánchez Salgado CD <sup>(19)</sup>.

Se evidenció que los pacientes con el rol activo tenían las siguientes características coincidentes con las descritas en la literatura por Jovell A<sup>(30)</sup> y Danet<sup>(31)</sup>:

- Se implicaban eficazmente en el tratamiento kinésico, siguiendo las indicaciones del kinesiólogo y cumpliendo con los ejercicios recomendados de forma constante. Adoptaban además, hábitos de

autocuidado, prestando atención a la postura, movimientos y límites personales.

- Se comunicaban con fluidez y sinceridad con el profesional participando en la construcción del tratamiento según sus necesidades.
- Reconocían sus limitaciones físicas y trabajaban junto con el kinesiólogo para diseñar el tratamiento estableciendo posibles objetivos a lograr.
- Eran constantes en cuanto a la asistencia a las sesiones pautadas y a la realización de los ejercicios recomendados y enseñados, dentro y fuera del consultorio.
- Tenían una fuerte apoyo proveniente del entorno familiar que los impulsaba a continuar con el tratamiento.
- Contaban con una buena información sobre sus patologías y manejaban estrategias para mejorar su estado de salud. Asimismo, continuaban informándose mediante los medios de comunicación o las nuevas tecnologías. Durante el tratamiento, conocían las técnicas y ejercicios utilizados convenientes para lograr su rehabilitación.

Se los denominó a los pacientes predominantemente pasivos, a quienes cumplían con algún criterio del paciente activo de los descriptos por Jovell A<sup>(30)</sup> y Danet<sup>(31)</sup>. Es decir, estos pacientes, si bien presentaban algunas de las características desarrolladas anteriormente, se distinguían por:

- No estaban bien informados sobre su enfermedad, muchas veces producto del bajo nivel educativo. Aquellos con menor educación tenían menos información sobre sus enfermedades y mostraban menor capacidad de autocuidado.
- No eran constantes en sus tratamientos.
- Dejaban en manos del profesional exclusivamente la construcción del tratamiento.

Se constató, además, que la asistencia de mujeres al consultorio kinésico era más significativa que la de los hombres, siendo que la mujer se preocupa y ocupa de su salud mucho más que el género masculino, tal como se encontró y mencionó entre los antecedentes de esta investigación, específicamente, en Sánchez Guzmán M<sup>(18)</sup>.

Otro resultado interesante en la investigación es que, la edad de los adultos mayores de la muestra, no superó los setenta y un años (71), lo que lleva a preguntarse si la no concurrencia al servicio de kinesiología de los pacientes adultos

mayores de edad avanzada es una constante, o bien una condición del tipo de muestra no probabilística que adoptó la investigación. Este interrogante daría lugar a nuevas investigaciones.

Entre los objetivos específicos de este estudio, en primer lugar, *se exploró la información que tiene el adulto mayor acerca del tratamiento kinésico*. Con respecto a este tema, se comprobó que la mayoría de los participantes comenzaron el tratamiento kinésico por prescripción médica o recomendación de familiares o amigos, mostrando cierta desinformación sobre sus beneficios y las técnicas específicas utilizadas para sus diagnósticos - descritas en el Capítulo I de este trabajo -.

En segundo lugar, *se describieron los (re)conocimientos sobre las condiciones de accesibilidad - posibilidades o limitaciones - que el adulto mayor posee a la hora de realizar su tratamiento*. La mayoría era consciente de sus limitaciones físicas según sus patologías. Sin embargo, lo que resultó significativo y es importante destacar, es que la realización de llevar adelante el tratamiento estaba influenciada por el (re)conocimiento de la propia condición económica de cada adulto mayor. Es importante destacar, que la decisión de realizar o no el tratamiento estaba condicionada por la situación económica, aunque poseían obra social. Ante esta difícil situación, el anciano con su magra jubilación, no puede afrontar los gastos de un tratamiento de forma particular y debe decidir qué hacer o no hacer con su salud, a la que percibe como una prioridad que le posibilita la vida, el trabajo y las relaciones con los demás. No ocurre lo mismo con el paciente hospitalario que cuenta con la gratuidad de la atención. Sin embargo, está sometido a un sistema de turnos que presenta una gran demora en la atención, generando muchas veces la deserción del paciente. Por lo dicho anteriormente, la situación de los ancianos entrevistados, no corresponde a un envejecimiento activo según la definición de la OMS<sup>(1)</sup> como proceso de optimización de oportunidades de salud, participación social y seguridad económica para mejorar la calidad de vida. En parte, esta situación descrita, evidencia la falta de políticas públicas en salud por parte del Estado tendientes al acompañamiento del adulto mayor con enfermedades crónicas, tal como lo describió Findling L<sup>(16)</sup>.

En cuanto a otras limitaciones detectadas para sostener la adherencia al tratamiento entre los adultos mayores, que ellos mencionaron - reconocieron -, se encuentran: las inclemencias del tiempo - por el temor a sufrir una caída - y el acceso a los medios de transporte - por dificultades físicas y económicas -, también mencionadas por Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup> como barreras a la adherencia y expuestas en el marco teórico de este trabajo.

En tercer lugar, se *identificaron las experiencias del adulto mayor al realizar tratamiento kinésico*. Estas comprenden:

- Elección del kinesiólogo: se realiza según la conveniencia de horario y comodidad en el sector privado y por turnos designados en el sector público.
- Comunicación con el profesional: todos los entrevistados manifestaron tener una relación amena donde prima la confianza y el respeto.
- Disposición para realizar el tratamiento: la totalidad de los pacientes manifestaron asistir con entusiasmo a las sesiones por los buenos resultados obtenidos y seguir también las instrucciones del profesional fuera del consultorio.
- Cambios en su condición física a consecuencia del mismo: todos los ancianos expresaron tener mejorías significativas que les permiten ser más activos y recuperar la calidad del sueño.

Por último, en lo relacionado a las expectativas que tenían los adultos mayores con respecto a la realización del tratamiento kinésico, expresaron continuar con el mismo para evitar el deterioro físico asociado a la edad y a las enfermedades crónicas, ser más activos y mejorar su calidad de vida. Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup> y Sánchez Salgado CD<sup>(28)</sup>

Según la bibliografía, es relevante la socialización - en el sentido de establecer lazos afectivos con otras personas de la misma edad - como un beneficio de la kinesiología durante el tratamiento kinésico. Rodríguez Díaz O<sup>(15)</sup> y Sánchez Salgado CD<sup>(28)</sup> Hubiera sido interesante haber indagado sobre este proceso, pero en la presente investigación no se consideró este aspecto. Por lo tanto, averiguar sobre la socialización en adultos mayores da lugar a futuras investigaciones.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ediciones de la OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [libro en internet]. 1° ed. Ginebra: Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud; 2015 [acceso 2 de Junio 2023].
2. Landinez Parra N.S, Contreras Valencia K, Castro Villamil A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Dic [citado el 1 de junio del 2023] ; 38( 4 ): 562-580.Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es).
3. INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). Adultos Mayores. Buenos Aires, República Argentina: Buenos Aires: INDEC; 2022 [2022; 8 de agosto 2023]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-21-130>.
4. Giddens A. Interacción social y vida cotidiana. En: Cuellar Menezo, J. Sociology. 3°Ed. Madrid: Alianza Editorial S.A; 2000. p.71.
5. Giddens A. Interacción social y vida cotidiana. En: Cuellar Menezo, J. Sociology. 3°Ed. Madrid: Alianza Editorial S.A; 2000. p.181-182.
6. Amaral Gomes E, Ramsey K, Rojer A, Reijnierse E, Maier A. The Association of Objectively Measured Physical Activity and Sedentary Behavior with (Instrumental) Activities of Daily Living in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. Clin Interv Aging. 2021 Oct 28 [citado el 23 de junio de 2023]; 16:1877-1915. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34737555/>.
7. Giddens A. Interacción social y vida cotidiana. En: Cuellar Menezo, J. Sociology. 3°Ed. Madrid: Alianza Editorial S.A; 2000. p.121.
8. Sánchez López J, Luque Martínez F. El paciente experto. ¿Un nuevo modelo sanitario?. Semergen. 2023; 49: 1-2.
9. González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. Enfermería Clínica. 2014; 24(1): 67-73.
10. Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach I, Cervera Alemany AM. Tratado de Geriatria para Residentes. España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2009.
11. Sánchez Salgado CD. Introducción al Estudio de la Vejez. Gerontología Social. 1ªed. Buenos Aires: Espacio; 2000. p.13 - 43.

12. Naciones Unidas, CEPAL. Serie población y desarrollo. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2001.
13. Robledo Marín C, Orejuela Gómez J. Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Guillermo de Ockham*. 2020; 18(1): 95-102.
14. XVIII Congreso Gerontológico Internacional. Rio de Janeiro; 26-30 de junio de 2005. Brasil: Gerontología Internacional; 2005.
15. Rodriguez Diaz O. Rehabilitación funcional del anciano. 2009 [citado el 15 de diciembre de 2023]; 13(5): 1 – 8.
16. Findling L, López E, Cirino E. Políticas sociales y desigualdades en salud: un panorama sobre las personas mayores en el Gran Buenos Aires. *Cuestiones de sociología*. 2020; 22: 1-17.
17. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina Salud Pública México. 2011 [citado el 5 de enero de 2024]; 53(2): 96 – 108. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>
18. Sánchez Guzmán M. Género y Vejez: una mirada distinta a un problema común. *Ciencia*. 2011; 1(6):48-53
19. Sánchez Salgado CD. La Vejez a Través de la Historia: Mitos y Estereotipos. *Gerontología Social*. 1ª ed. Buenos Aires: Espacio; 2000. p.45-76.
20. Piña Morán M, Gómez Urrutia V. Envejecimiento y género: Reconstruyendo los roles sociales de las personas mayores en los cuidados. *Rupturas*. 2019; 9(2):23-38.
21. Matellanes B, Díaz U, Montero J. El proceso de envejecer. 1ª-ed. España: Universidad de Deusto; 2010.
22. Salvarezza L. El viejo y su viejo cuerpo. *La vejez: una mirada gerontológica actual*. 1ª-ed. Buenos Aires: Paidós SAICF; 1998. p.243 – 277.
23. López Doblas J, Díaz Conde MP. Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2018 [citado el 4 de enero del 2024]; 53(3): 127-133. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X1730183X?via%3Dihub>
24. Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. 3ª ed. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; 2015 [acceso 22 de Diciembre del 2023]. Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento\\_y\\_salud\\_3a\\_edicion.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf)

25. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. 1997 [citado el 15 de diciembre de 2023]; 50 (4): 4 - 5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-330616>
26. Merchán AA, Merchán DA, Mechan SY. La fisioterapia como disciplina e imagen profesional del fisioterapeuta. Percepción de la sociedad actual. *FisioGlía*. 2021; 8(3): 53-57.
27. Ejercicio de Kinesiología y Fisioterapia. Ley 24.317 mayo 1994.
28. Sánchez Salgado CD. Modalidades de intervención gerontológicas. *Gerontología Social*. 1ªed. Buenos Aires: Espacio; 2000. p.189-231.
29. Salvarezza L. La vejez en la educación básica argentina. La vejez: una mirada gerontológica actual. 1ªed. Buenos Aires: Paidós SAICF; 1998. p.53 – 73.
30. Jovell A, Navarro Rubio M, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Series*. 2006; 38(4): 234-237.
31. Danet Danet A, Prieto Rodríguez M, March Cerda J. La activación de pacientes crónicos y su relación con el personal sanitario en Andalucía. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2017; 40(2): 247-257.
32. Marquez-Terraza AV. Representaciones sociales en las personas mayores y su influencia en el autocuidado. *Revista Cuidarte [Internet]*. 2022 [citado el 10 de diciembre del 2023];13(2):2107. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2107>

## **VII. ANEXOS**

### **VII.a. Consentimientos informados**

#### **Consentimiento informado de pacientes**

##### **A. Información para el participante**

Título del Trabajo: “El adulto mayor y su relación con el tratamiento kinésico en su proceso de envejecimiento”.

Profesional responsable: Silva Gustavo, Zunino Milagros

Estamos invitando a participar en el estudio “El adulto mayor y su relación con el tratamiento kinésico en su proceso de envejecimiento” a realizarse en el hospital SAMCO “Dr. Ricardo Nanzer”, que tiene como objetivo “Analizar el rol del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico, en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe), en el año 2024” que puede ser beneficioso para los Adultos Mayores y para los Kinesiólogos.

Como parte del estudio se le hará una entrevista semiestructurada presencial, la cual será grabada y tendrá una duración aproximada de 20 minutos. El estudio que se realizará no implica riesgos ni molestias para usted.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide, sin que se resienta la atención que se le brinda en el efector. Si usted tiene dudas acerca del estudio, puede contactar al profesional responsable del mismo, cuyos datos figuran en la Hoja de firmas.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia, la información que se elabore como resultado de la presente investigación, será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del paciente no será revelada y su privacidad será preservada.

**B. Hoja de firmas**

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata sobre “El adulto mayor y su relación con el tratamiento kinésico en su proceso de envejecimiento”.

Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y aunque decida no participar más en algún momento, continuaré recibiendo la atención habitual.

La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento.

He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Acepto y doy mi consentimiento a participar del mismo.

Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.

**Firma del participante:** .....

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

**Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado**

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

**Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:**

Nombre y apellido.....

Lugar de contacto.....

Teléfono.....

## **Consentimiento informado de pacientes**

### **A. Información para el participante**

Título del Trabajo: “El adulto mayor y su relación con el tratamiento kinésico en su proceso de envejecimiento”.

Profesional responsable: Silva Gustavo, Zunino Milagros

Estamos invitando a participar en el estudio “El adulto mayor y su relación con el tratamiento kinésico en su proceso de envejecimiento” a realizarse en los consultorios CIDEM, que tiene como objetivo “Analizar el rol del adulto mayor en relación al tratamiento kinésico, en la ciudad de Santo Tomé (Santa Fe), en el año 2024” que puede ser beneficioso para los Adultos Mayores y para los Kinesiólogos.

Como parte del estudio se le hará una entrevista semiestructurada presencial, la cual será grabada y tendrá una duración aproximada de 20 minutos. El estudio que se realizará no implica riesgos ni molestias para usted.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide, sin que se resienta la atención que se le brinda en el efector. Si usted tiene dudas acerca del estudio, puede contactar al profesional responsable del mismo, cuyos datos figuran en la Hoja de firmas.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia, la información que se elabore como resultado de la presente investigación, será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Los resultados que se logren podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del paciente no será revelada y su privacidad será preservada.

## **B. Hoja de firmas**

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata sobre “El adulto mayor y su relación con el tratamiento kinésico en su proceso de envejecimiento”.

Sé que puedo decidir libremente mi participación en este estudio y aunque decida no participar más en algún momento, continuaré recibiendo la atención habitual.

La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento.

He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Acepto y doy mi consentimiento a participar del mismo.

Se firman dos ejemplares iguales y se le entrega uno al firmante.

**Firma del participante:** .....

Lugar y Fecha.....

Aclaración.....

DNI N°.....

### **Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado**

Firma.....

Aclaración.....

Lugar y Fecha.....

### **Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:**

Nombre y apellido.....

Lugar de contacto.....

Teléfono.....





## VII.b. Entrevista

### Encuesta sobre el rol del Adulto Mayor en relación al tratamiento kinésico.

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Sexo: F M

Obra Social: \_\_\_\_\_

Nivel de educación alcanzado: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué información tiene acerca de su enfermedad?
2. Además del tratamiento kinésico, ¿realiza alguna otra actividad que lo ayude a sobrellevar su patología?
3. ¿Cómo decidió iniciar el tratamiento kinésico?
4. ¿Cuando eligió al kinesiólogo/a, por qué lo hizo?
5. ¿Usted cree que tiene un rol importante a la hora de construir su tratamiento?  
¿Por qué?
6. ¿Sigue las indicaciones del kinesiólogo dentro y fuera del consultorio?
7. ¿Siempre tiene ganas de venir al tratamiento? ¿Por qué no tiene ganas?  
¿Cuándo no tiene ganas, qué hace?
8. ¿Qué experiencias ha tenido a lo largo del tratamiento que lo/a sorprendieron?  
¿Por qué?
9. ¿Quién supone usted que lo acompaña en el tratamiento? ¿Por qué a esas personas las entiende como acompañantes?
10. ¿Tiene expectativas en relación al tratamiento kinésico? ¿Cuáles son?