



TRABAJO FINAL DE GRADO

**Sistematización de la Práctica: Reflexiones sobre el trabajo
con Personas Mayores en el Programa Apex-Cerro**

Universidad de la República Facultad de Psicología

Estudiante: Eliana Rossotti

4.355.088-4

Tutora: Profa. Adj. Mag. Florencia Martínez

Revisora: Profa. Adj. Mag. María Carbajal

Julio, 2025

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Objetivos	6
Metodología	7
Marco Teórico	9
1- Reconstrucción Histórica y Contextualización de la Experiencia	9
1.1- El inicio del Programa Apex (1990)	9
1.2- El Programa en Funcionamiento (1992 - 1993)	10
1.3- Del Origen al Presente	10
2- Experiencia y Reflexiones	12
2.1- Introducción a la Experiencia en Territorio y sus Dinámicas	12
2.2 Presentación del Caso Clínico e Intervención Psicológica	12
2.3 Enfoque Interdisciplinario	14
2.4- Aprendizajes y Reflexiones Pre-Profesionales	15
3- Envejecimiento, Vejez y sus prejuicios	17
3.1- Historización del Estudio Sobre el Envejecimiento	17
3.2- Teorías Sobre la Vejez: Del Desapego al Apego	18
3.3- El Viejismo: Prejuicios y Estereotipos sobre la Vejez	19
3.4- El Envejecimiento en Uruguay: Características Demográficas	21
3.5- Desafíos y Oportunidades en la Atención a Personas Mayores	22
3.6- Vejez Desde las Políticas Sociales	24
3.7- La Subjetividad No es Individual, es Socialmente Construida	27
4- Espacios Grupales y Vejez	30
4.1- El Grupo como Dispositivo Subjetivante en la Vejez	30
4.2- El Grupo como Espacio de Transformación: aportes de Pichón-Rivière	30
4.3- Dispositivos Institucionales y Producción de Subjetividad	31
4.4- Trabajo en Red y Ejemplo de Intervención: el Cine-Foro como Herramienta Comunitaria	33
4.5- El Lugar del Psicólogo en el Trabajo Grupal con Personas Mayores	33
4.6- Reflexión sobre la Experiencia Grupal y el Rol Profesional	35
Conclusiones Finales	36
Referencias	38

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología se propone sistematizar la experiencia de práctica pre profesional desarrollada en el año 2024, en el Programa Apex – Cerro, donde se desarrolla un dispositivo de atención comunitaria e interdisciplinaria dirigido a personas mayores. A partir de la participación en talleres grupales (libre expresión, estimulación cognitiva y cine-foro) y del acompañamiento clínico a una consultante, se analizarán las posibilidades de intervención psicológica situada en territorio, orientada al fortalecimiento del lazo social, la promoción del deseo y el reconocimiento de la autonomía en la vejez.

El trabajo articula teoría y práctica desde un enfoque psicogerontológico crítico, incorporando aportes de autores como Leopoldo Salvarezza, Fernando Berriel, Enrique Pichón-Rivière y Moro Abadía entre otros, problematizando las representaciones sociales del envejecimiento y el viejismo como forma de exclusión simbólica. Se abordan nociones como subjetividad socialmente construida, interdisciplina, interés superior de la vejez y trabajo en red, destacando la importancia de generar dispositivos que habiliten la palabra y el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos.

Desde una metodología cualitativa basada en la observación participante y un accionar activo en el ámbito anteriormente mencionado, se reconstruye la práctica como un espacio de aprendizaje ético y político, donde la intervención no se limita al diagnóstico o a la técnica, sino que supone un involucramiento sensible con las condiciones materiales, vinculares e institucionales que atraviesan a quienes envejecen (Guber, 2011).

El trabajo finaliza con una reflexión crítica sobre el rol profesional del psicólogo en el primer nivel de atención, señalando la necesidad de construir intervenciones que desnaturalicen los discursos de medicalización, habiliten nuevas narrativas sobre la vejez y contribuyan a una praxis más inclusiva, situada y transformadora.

Palabras clave: personas mayores, vejez, subjetividad, interdisciplina

Introducción

“La sociedad capitalista nos ha hecho creer que el envejecimiento es sinónimo de deterioro, ocultando que es, ante todo, un proceso de transformación subjetiva. La vejez no es un “resto de vida”, sino una vida con otras reglas” La vejez: una mirada gerontológica” (Salvarezza, 2000, p.45).

Es así que el presente trabajo pretende realizar una sistematización de la experiencia personal de la práctica de graduación que se llevó a cabo el año 2024: Vejez y atención en Salud en el Programa Apex, cabe mencionar que es un programa integral e interdisciplinario de proyección comunitaria que funciona en la zona oeste de Montevideo, servicio que pertenece a la Universidad de la República en el cual se construye el aprendizaje y la extensión.

Esta práctica consistió en la participación en diferentes espacios que allí se organizan, donde a su vez funciona semanalmente la policlínica en Primer Nivel de Atención que está integrada por diferentes disciplinas como geriatría, trabajo social, nutrición y psicología con estudiantes y docentes que se distinguen en su área. Las personas que llegan deben ser personas mayores de 65 años y ser usuarios de ASSE. El espacio policlínico es conocido barrialmente y los usuarios suelen llegar por las voces de los mismos allegados de la comunidad.

Dentro del centro además de recibir asistencia médica, se brindan diferentes talleres, entre ellos el Taller de Libre Expresión siendo una herramienta de salud grupal donde usando técnicas expresivas se logran efectos terapéuticos (Alvarez, 2018), Taller de Estimulación Cognitiva a través de la plataforma Zoom donde las personas mayores realizan actividades de manera grupal con el objetivo de estimular la memoria y el aprendizaje. También se lleva a cabo el cine-foro una vez al mes, donde se reproduce una película reflexionando grupalmente sobre la misma. Todos los espacios mencionados anteriormente son coordinados por docentes del equipo y estudiantes de las disciplinas. La finalidad de los talleres es promover un lugar de apoyo y de estimulación para las personas mayores, enfocado en su bienestar emocional, cognitivo y social proporcionando herramientas para mejorar su calidad de vida y fortaleciendo su sentido de pertenencia y su autonomía.

Aulagnier (1994) como se citó en Bravetti (2023) ha investigado cómo el ser humano y su psiquismo se desarrollan en un constante proceso de interacción con los demás. Este proceso de encuentro se convierte en un elemento fundamental para la formación de la identidad del individuo (Berriel, Pica, y Zunino, 2017), ya que la identidad se

construye a través de un proceso complejo de diferencias y similitudes que permiten al sujeto reconocerse como él mismo a lo largo del tiempo, pero también como una persona en constante cambio y transformación. La literatura especializada sostiene que los espacios grupales resultan beneficiosos para las personas mayores, ya que promueven el apoyo mutuo, la participación social y el fortalecimiento de la autonomía (Fernández-Ballesteros, 2011).

Como menciona Pérez (2011) el tema del envejecimiento y la vejez es quizás, una de las preocupaciones más antiguas que ha acompañado a la historia del hombre. “La mitología sobre los inmortales, la recurrente búsqueda de la "fuente de la eterna juventud" , así como el tratamiento que han dado las diferentes sociedades a este tema, dan cuenta de estas preocupaciones” (p.280), que se vinculan con aspectos que tienen que ver con la existencia del ser humano.

Es importante destacar que a lo largo de la historia, las sociedades y culturas han construido de manera colectiva determinados lugares sociales para los viejos (Pérez, 2011). El autor hace referencia a que si el envejecimiento se concibe desde una perspectiva deficitaria y hegemónica, las intervenciones psicológicas se limitan a medidas meramente adaptativas o paliativas del deterioro biológico, enfocándose en la adaptación funcional de la conducta o los procesos cognitivos.

Desde una perspectiva teórica y según sostiene Gallegos (2005) citado por Pérez (2011) “ya no existe fenómeno alguno que pueda ser pensado aisladamente ni sometido a un análisis fragmentario. El pensamiento de la síntesis y la reducción ha sido generalizado y ha atravesado todas las disciplinas científicas, independientemente de las problemáticas abordadas y las respuestas elaboradas” (p.350). Como afirma Pérez (2011) existen enfoques reduccionistas del paradigma positivista que no sólo dificultaron la posibilidad de tener una visión global, sino que además siguen presentes y obstaculizan el encontrar soluciones adecuadas a los problemas actuales.

En esta línea, el envejecer como plantea Berriel (2017) es un proceso complejo que se construye socialmente, lo que lleva a plantear nuevos desafíos para las políticas públicas en la vejez. Esto hace que se cuestione si es que esas políticas son lo suficientemente adecuadas para abordar esta complejidad, es así que si se entiende a la vejez como una construcción social, se puede tener una visión más amplia reconociendo que las prácticas sociales tienen un papel importante en la manera en que la sociedad envejece.

Por lo tanto, en el presente desarrollo se analizan y despliegan a partir del pasaje por esta experiencia y de diversas composiciones teóricas y estudios previos, las múltiples dimensiones del trabajo con personas mayores en distintos espacios grupales. Al visualizar estos espacios como un dispositivo que no solo funcionan como herramientas de intervención psicosocial, sino que también promueven el bienestar integral de las personas mayores al favorecer la construcción de la identidad, la integración social y la resignificación de la vejez como etapa activa y dinámica de la vida. Articulando actividades asistenciales y comunitarias, con instancias clínicas, de planificación y de reflexión

Diversos autores destacados en psicogerontología, como los ya mencionados Berriel y Fernández (2011), plantean que el envejecimiento es un proceso multifactorial que abarca dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales. Asimismo, sostienen que las intervenciones interdisciplinarias constituyen formatos apropiados para promover la participación, el intercambio y el apoyo mutuo, factores claves para fortalecer el sentido de pertenencia y la autonomía de las personas mayores.

El deseo de llevar adelante esta sistematización surge a partir del despertar de una implicación personal que me moviliza a interrogar, profundizar, y ampliar la comprensión del saber académico en diálogo con la práctica en territorio. Esta experiencia habilita la construcción de un espacio reflexivo que contribuye a la elaboración de un posicionamiento ético-profesional en mi camino como futura psicóloga.

Objetivos

General:

Sistematizar y analizar la experiencia de práctica pre profesional desarrollada en el Programa Apex – Cerro, focalizando en los dispositivos grupales e individuales de atención a personas mayores, para comprender los aportes de la intervención psicológica situada en territorio al fortalecimiento del lazo social, la autonomía y la resignificación de la vejez como etapa activa y con derechos.

Específicos:

- Describir el funcionamiento, los aportes y los desafíos de los talleres grupales y dispositivos individuales implementados para personas mayores en el Programa Apex – Cerro.
- Identificar los aprendizajes éticos y personales surgidos de la práctica, reflexionando sobre el proceso de intervención y su articulación con el enfoque psicogerontológico crítico.
- Examinar cómo los espacios grupales contribuyen al fortalecimiento del lazo social, la autonomía y la resignificación de la vejez como etapa activa y con derechos.
- Analizar el rol del psicólogo en la intervención comunitaria e interdisciplinaria con personas mayores, considerando los desafíos y tensiones del trabajo en territorio.

Metodología

La práctica se desarrolló de forma semanal en la policlínica ubicada en el barrio Cerro de Montevideo, en el marco de un abordaje territorial e interdisciplinario. Este espacio forma parte de un dispositivo que articula actividades asistenciales y comunitarias, con instancias clínicas, de planificación y de reflexión. La concurrencia se produjo todos los miércoles de 09:00 a 12:30 hs, donde además del trabajo de policlínica se llevaron adelante talleres semanales con rotación para los estudiantes cada 3 meses durante el año.

En el mismo predio de Programa Apex, de manera presencial se lleva a cabo el Taller de libre expresión, que está formado por un grupo solo de mujeres mayores quienes en un salón determinado y por el transcurso de una hora y media, pueden plantear y problematizar sus angustias y sus deseos entre otras tantas emociones, mediante una actividad relacionada con el uso de las artes plásticas. Este taller como lo dice Alvarez (2018) busca poder acentuar las capacidades que cada una de ellas tienen y sostienen, destacando habilidades y reconociendo al otro como semejante y diferente a su vez. Construir y proyectar integrando técnicas expresivas no verbales. Muchas de estas mujeres concurren a este espacio desde hace varios años, lo que contribuye a que sea un ámbito profundamente valorado y cuidado por todas. Este taller es coordinado por la Psicóloga del equipo y dos estudiantes, las cuales toman el rol de observadores participantes.

De manera quincenal se lleva adelante el Taller de estimulación cognitiva, el cual se ejecuta mediante la plataforma Zoom. El surgimiento del mismo fue durante la pandemia por COVID-19, y convoca una cantidad entre 10 y 15 personas mayores. Es un espacio diferente que reúne personas mayores de toda la región del país que puedan manejar la plataforma virtual. Cabe destacar el desafío que esto conlleva dado que muchos de ellos aprenden a vincularse con este tipo de tecnologías desde la misma pandemia. El taller presenta ciertos retos, tanto por las particularidades del formato como por dificultades que pueden surgir y que escapan a la planificación del equipo. Aun así funciona y se ha consolidado como un espacio muy enriquecedor tanto para los participantes como para quienes coordinan, en tanto pone en juego la implicancia subjetiva y tensiona los prejuicios sociales en torno a la relación entre vejez y tecnología.

Por otra parte el Taller cine-foro, tiene lugar un sábado al mes, y se configura allí un espacio de articulación y de ocio donde se proyecta una película al estilo cine, donde al finalizar se realiza una ronda de intercambios que en muchas ocasiones funcionan como disparadores sobre temas de interés general; promoviendo desplegar la

imaginación, trayendo a la realidad lo expuesto llegando incluso a la comparación con sus vidas personales. Al final se procede a dar cierre del espacio con una merienda saludable compartida en ronda, resultando uno de los momentos preferidos de los participantes.

El cine-foro empleado como recurso educativo, ha sido replicado por diversas instituciones, lo que evidencia su impacto positivo en las personas adultas mayores que participan en la propuesta (García, 2017). Esta experiencia se desarrolla a través de un proceso que articula el trabajo interdisciplinario con la participación activa de la comunidad, involucrando tanto la etapa de planificación como la de evaluación.

Para todos estos espacios, los insumos que se utilizaron fueron:

- Planificación de actividades.
- Materiales entregados.
- Fotos realizadas bajo consentimiento.
- Videos realizados bajo consentimiento.
- Actividades enmarcadas por calendario.
- Evaluaciones de los mismos espacios desarrollados por parte de los participantes.
- Cuaderno de anotaciones.
- Grabaciones en línea.

Si bien la coordinación de talleres fue algo nuevo y exquisito en aprendizaje, la observación participante posibilita al máximo el registro de situaciones tanto individuales como en grupo. Esto promueve que los estudiantes de Psicología puedan ir registrando palabras, acciones, movimientos sugerentes, etc, enriqueciendo aún más los espacios y sus interrelaciones. Es pertinente generar el conocimiento desde la interacción entre quien observa y quien es observado: “la reflexividad implica reconocer que las prácticas de investigación que realizamos no son externas a la realidad que estudiamos sino que forman parte de su construcción” (Guber, 2011, p. 20).

Este enfoque reflexivo es especialmente relevante en prácticas interdisciplinarias y comunitarias, como las desarrolladas en el Programa Apex, donde la interacción entre diferentes saberes y experiencias exige una actitud crítica y consciente por parte del investigador para evitar imponer interpretaciones externas y en cambio, construir conocimiento de manera colaborativa y situada.

Marco Teórico

1- Reconstrucción Histórica y Contextualización de la Experiencia

Los orígenes del Programa Apex se remontan a las concepciones de extensión universitaria que empezaron a consolidarse en 1918, impulsadas por el movimiento estudiantil surgido en Córdoba, Argentina, y que más adelante se expandieron por toda América Latina (Tamayo, 2018).

En Uruguay, estas ideas comenzaron a tomar forma a través de las Misiones socio-pedagógicas, promovidas por la Federación de Estudiantes Universitarios. Estas iniciativas contaron con la participación de estudiantes y docentes de distintas disciplinas, y tenían como objetivo vincular el proceso educativo con el compromiso social, ofreciendo un servicio a las comunidades. En ese contexto, la Asociación de Estudiantes de Medicina junto con otros gremios estudiantiles organizó actividades en escuelas, liceos nocturnos, clubes sociales y sindicatos, enfocadas en la divulgación y discusión de temas de salud considerados prioritarios. Estas acciones se sostuvieron hasta el año 1955 (Programa Apex, 2015).

A partir de estas experiencias, la relación entre la Universidad y la sociedad empezó a cambiar: dejó de ser un vínculo en el que solo la Universidad transmitía conocimientos, para convertirse en una relación más recíproca y colaborativa, donde ambas partes participan e intercambian saberes.

1.1- El inicio del Programa Apex (1990)

En noviembre de 1990, con el objetivo de llevar adelante una propuesta concreta y articulada basada en la concepción de extensión universitaria que se venía desarrollando, se reunieron representantes de las Escuelas y Programas de la Facultad de Medicina junto con integrantes de la Facultad de Odontología, el Instituto de Psicología y la Escuela Universitaria de Servicio Social. De este encuentro surgió el Grupo Universitario Multiprofesional (GUM), al que luego se sumaron otros servicios universitarios. La primera tarea de este grupo fue establecer los principios fundamentales que darían sustento al Programa Apex.

Se definió como un programa multiprofesional en el ámbito de la salud, abierto a todas las unidades académicas que tuvieran relación, directa o indirecta con este campo. Su propuesta educativa integraba la formación teórica con la práctica asistencial, de manera que el aprendizaje estuviera estrechamente vinculado a la atención y el

trabajo con la comunidad. Además, se promovía la participación activa de la población local, buscando que asumiera un rol central en el cuidado de su salud integral (Programa Apex, 2015).

El programa se instalaría en la zona del Cerro y alrededores, específicamente en el territorio definido por la Intendencia de Montevideo como Zona 17. Se preveía establecer acuerdos interinstitucionales para utilizar centros ya existentes en el área, articulando dentro de una estrategia coordinada de atención y promoción de la salud.

Por otro lado, el Programa Apex se diseñó para complementar, sin interferir, las acciones de otros programas públicos o privados presentes en la zona. Finalmente, se estableció que los servicios ofrecidos debían mantenerse de forma continua todo el año, sin interrupciones durante los períodos de vacaciones (Programa Apex, 2015).

1.2- El Programa en Funcionamiento (1992 - 1993)

El Programa Apex comenzó a operar en 1992, activando los grupos de trabajo que ya se habían conformado previamente. En septiembre de ese año, se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la Fundación Kellogg, que además otorgó apoyo financiero. Para gestionar esos fondos, la Fundación Manuel Pérez colaboró asumiendo el rol de entidad fiduciaria, resguardando los recursos económicos provenientes del exterior.

En 1993, la Comisión Liquidadora del Establecimiento Frigorífico del Cerro S.A. (EFCSA), reconociendo el valor social del Programa y su impacto positivo en la comunidad, cedió en préstamo varios locales de su planta. En febrero de ese año, el Programa se instaló físicamente en esas instalaciones, consolidando su presencia en el Cerro. Desde entonces, se inició la búsqueda de recursos que permitieran a la Universidad de la República adquirir formalmente el inmueble y así asegurar la continuidad del proyecto en ese espacio (Programa Apex, 2015).

1.3- Del Origen al Presente

Desde sus inicios, el Programa Apex se ha consolidado como una experiencia innovadora en el marco de la extensión universitaria en Uruguay, manteniendo como eje central la integración entre docencia, investigación y servicio a la comunidad. Su enfoque multiprofesional y su compromiso con la participación activa de la población han sido pilares que se sostienen hasta el día de hoy.

A lo largo de las décadas, el programa ha atravesado distintas etapas, adaptándose a los cambios sociales, políticos e institucionales, sin perder de vista su objetivo principal: contribuir al bienestar integral de las comunidades mediante el trabajo conjunto entre universidad y sociedad (Programa Apex, 2015).

Este Trabajo Final de Grado se enmarca en la experiencia desarrollada durante mi práctica pre profesional en la policlínica del Programa Apex – Cerro, llevada a cabo entre marzo y diciembre del año 2024.

La práctica anual y la participación en los talleres compartieron características similares en términos de coordinación metodológica y población destinataria, conformada principalmente por personas mayores. El objetivo es sistematizar y analizar la práctica pre profesional en el Programa Apex – Cerro, enfocándose en los dispositivos grupales e individuales para personas mayores, con el fin de comprender cómo la intervención psicológica en territorio fortalece el lazo social, la autonomía y resignifica la vejez como una etapa activa con derechos. Para ello, se describen los talleres y dispositivos implementados, se reflexiona sobre los aprendizajes éticos y personales desde un enfoque psicogerontológico crítico, se examina la contribución de los espacios grupales al fortalecimiento social y se analiza el rol del psicólogo en la intervención comunitaria interdisciplinaria, considerando los desafíos del trabajo en territorio.

En los últimos años, el país ha avanzado en la construcción de marcos normativos y estrategias orientadas a garantizar los derechos, la inclusión social y la calidad de vida de esta población. Instrumentos como el Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (2020–2025), promovido por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) a través de la Dirección Nacional de Políticas Sociales y la División de Personas Mayores, plantean como eje central el envejecimiento activo, reconociendo la importancia de promover espacios de participación, educación, salud integral y bienestar emocional (MIDES, 2020).

En este sentido, las acciones desarrolladas en el marco del Programa Apex, particularmente los espacios dirigidos a personas mayores, se alinean con los objetivos planteados por dichas políticas. Se convierten así en una herramienta de intervención comunitaria que favorece la autonomía, el vínculo social y el ejercicio pleno de los derechos en esta etapa del ciclo vital (MIDES, 2020).

2- Experiencia y Reflexiones

2.1- Introducción a la Experiencia en Territorio y sus Dinámicas

El recorrido en el programa Apex Cerro comienza con el inicio de la práctica curricular de grado la cual da comienzos en el mes de abril del año 2024, donde se genera un primer encuentro con el equipo de trabajo de la policlínica para informarnos sobre el funcionamiento de la misma. Consta de espacios rotativos de manera trimestral, y de la intervención semanal de policlínica en primer nivel de atención, los días miércoles de 09:00 a 12:30hs.

Las jornadas en la policlínica se vivencian de manera intensa, las personas mayores de 65 años llegan con distintas consultas, ya sea para geriatría, psicología, nutrición o trabajo social. Es un lugar donde se generan situaciones diversas, es así que cuando se aproximan fechas importantes relacionadas con la salud (tanto física como mental), se suele confeccionar con el equipo actividades especiales que promueven el bienestar. Además, ese mismo día también se brinda el taller de libre expresión en el mismo espacio físico.

Sumado a ello, más de las actividades semanales, como talleres y atención en primer nivel, los estudiantes de psicología debemos realizar un seguimiento anual con aquellos consultantes que lo soliciten.

2.2 Presentación del Caso Clínico e Intervención Psicológica

En mi caso la consultante con la cual trabajé llegó de la mano de su hija. El trabajo realizado con ella no solo fue en un espacio de atención gerontológica, sino también psicológica y social, estos últimos espacios pudieron concebirse como un territorio de escucha, de acompañamiento subjetivo y construcción de lazos, donde la dimensión psíquica y vincular de la persona mayor fue contemplada.

En este marco, el trabajo como practicante de psicología se sitúa dentro de un modelo de atención integral en salud centrado en la persona (MSP, 2012). Esta intervención se articula con las líneas estratégicas del Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez del Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores, 2016), el cual reconoce a las personas mayores como sujetos de derechos, promoviendo la autonomía, el cuidado, la participación activa y el bienestar integral. Estos principios fueron promovidos a lo largo del proceso, en función de las particularidades del caso trabajado.

Si bien al momento de ingreso la consultante no estaba del todo convencida de su participación, de a poco y con el paso de las semanas fue encontrando un lugar

propio, donde podía traer su historia, sus malestares, sus inquietudes, y su día a día. Siendo una mujer de 72 años, presentaba dolencias físicas, y sufrimiento psíquico. Su relato siempre fue muy reiterativo, iba a su niñez, a su época de casada, a los encuentros en fiestas familiares, la llegada de sus hijos, el vínculo con ellos, y su duelo no resuelto con su ex marido. La separación y la violencia (tanto física como psicológica) vivida en ese vínculo, junto con la muerte de su madre, la habían llevado a volverse una persona “dura”, según sus propias palabras.

Trabajó toda su vida en la costura, también vivió en el extranjero, donde residían sus 3 hijos, de los cuales dos solían venir cada tantos años a visitarla. Con el más pequeño no tenía vínculo hace un par de años: “está enojado conmigo, porque lo traté mal y le dije cosas muy feas” fue su relato. Así fue como en enero del 2024 llegó su hija mayor, quien ya sospechaba que el estado de su madre era complejo, dado que por teléfono la encontraba muy desorientada. Había días que al llamarla notaba episodios extraños en su hablar, y es ahí cuando toma la decisión de volver a Uruguay. La hija menciona que cuando se encuentra con su madre, nota en ella un descuido importante, tanto en su hogar, como en su estado físico y mental. Con el afán de regularizar la situación diagnóstica de su mamá comienza un recorrido asistencial para poder ordenar el panorama.

Los encuentros en policlínica fueron pactados semanales y presenciales, y así se produjeron mientras la hija estuvo en Montevideo y mantenía la frecuencia de llevarla y acompañarla. Al pasar tres meses y regresar al exterior todo se complicó dado que no había quien actuara en calidad de cuidador.

A pesar de la resistencia inicial, la consultante se mostraba sensible, atravesada por múltiples situaciones dolorosas que no siempre había logrado sostener, o que había enfrentado con las escasas herramientas disponibles en ese momento. Aunque solía definirse a sí misma como una persona “difícil”, había ocasiones en las que se conmovía profundamente, llegando al llanto, y se sentía avergonzada por ello. Desde mi lugar de futura profesional, solía recordarle que ese era su espacio, confidencial y seguro, donde podía expresar libremente lo que sintiera.

Ella sabía que no se sentía bien, pero no quería depender de nadie ni ser “mandada” por otros, incluidos sus propios hijos, con quienes el vínculo no era sencillo. Desde la distancia, ellos habían comenzado a tomar decisiones sin consultarla frente a lo cual ella se negaba rotundamente a ceder. Fue en ese contexto que un día expresó una frase que funcionó como un claro disparador: “claro, como estoy enferma se creen que no tengo voz”. En este marco, el acompañamiento realizado se centró en sostener una

escucha activa y en construir junto a ella, alternativas posibles para poder enfrentar su cotidianeidad.

Su situación era cada vez más compleja en un entramado de deterioro cognitivo progresivo, con vínculos familiares ambivalentes y vulneraciones de derechos, enmarcada en un contexto de creciente fragilidad subjetiva y social. Desde la psicología especialmente desde un enfoque psicogerontológico crítico, se vuelve necesario comprender esta situación no sólo en términos de diagnósticos asistenciales, sino en clave de sufrimiento psíquico vinculado a las condiciones sociales, afectivas e históricas de la vida de la persona mayor.

Ella se negaba a que el espacio de su hogar fuera interrumpido por otra alternativa terciarizada, y su incomodidad con las dinámicas impuestas por su hija evidencian una resistencia subjetiva que no puede ser leída únicamente como un síntoma de deterioro sino como una expresión válida que merece escucha y validación profesional. No reconocerla lleva a un lugar que puede tender a generar un proceso de desubjetivación. La capacidad real de cuidado de la familia está limitada, residencias en el exterior, y disputas de poder.

Es aquí donde podemos traer a colación traer los aportes de la Ley N° 19140 (Ley integral para personas mayores, 2013) y las líneas de trabajo de Inmayores, que establecen que la familia es una red prioritaria pero no exclusiva, y que el Estado debe asumir un rol activo en garantizar derechos cuando esta red no es suficiente o está afectando el bienestar de la persona mayor.

2.3 Enfoque Interdisciplinario

La interdisciplina en gerontología encuentra un respaldo teórico sólido en el análisis de Gómez Álvarez (2019), quien propone que el verdadero carácter interdisciplinario se fundamenta en la integración de valores y metas comunes, el eje ético que orienta la acción profesional. A través de una analogía con la bioética, el autor señala que, así como la ética actúa como unificador metodológico en la bioética, en gerontología la preocupación por la calidad de vida de las personas mayores articula el trabajo de las distintas disciplinas (Gómez Álvarez, 2019).

El autor distingue entre equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, reconociendo que ambos enfoques aportan valor según el contexto. Los equipos multidisciplinarios reúnen a especialistas de distintas áreas que aportan sus conocimientos desde sus respectivas perspectivas, mientras que los equipos interdisciplinarios profundizan en la colaboración, integrando de forma interdependiente la información, compartiendo metodologías y planificando conjuntamente las intervenciones.

Esta colaboración no implica renunciar a la especificidad de cada disciplina, sino que requiere un hilo conductor que permita conectar los distintos saberes y enfoques en torno a un objetivo común, permitiendo que cada profesional aporte desde su particularidad, pero en diálogo y corresponsabilidad con los demás, siempre con la meta de preservar y promover la calidad de vida de las personas mayores. Además, destaca la necesidad de mantener un equilibrio entre el rigor científico y el sentido humanista del cuidado, de modo que la gerontología no se reduzca a buenas intenciones ni a un tecnicismo vacío, sino que integre una metodología científica con una profunda dimensión ética (Gómez Álvarez, 2019).

Desde la perspectiva de la intervención psicológica, la labor interdisciplinaria sostenida en la policlínica del Programa Apex resulta esencial, no solo por el vínculo terapéutico establecido con la consultante, sino también por la posibilidad de abordar su situación desde una mirada integral que contemple la vulnerabilidad social, y no únicamente los aspectos clínicos. Tal como sostiene Gale (2018), la vulnerabilidad social y el aislamiento incrementan el riesgo de fragilidad y mortalidad en las personas mayores, lo que subraya la importancia de intervenciones que trascienden lo estrictamente biomédico.

En este sentido, el trabajo interdisciplinario permite articular los aportes de diversas disciplinas en torno a un objetivo común: la promoción de la calidad de vida activa y la autonomía de las personas mayores.

Este enfoque resulta coherente con los principios de atención planteados por el Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 18211, SNIS, 2007) y el Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (2022-2025), los cuales promueven la garantía de condiciones de vida digna, autonomía y participación social para las personas mayores.

2.4- Aprendizajes y Reflexiones Pre-Profesionales

Esta experiencia me lleva a pensar la situación descrita desde el paradigma de la interseccionalidad tal como plantea Crenshaw (1989), la interseccionalidad permite analizar cómo múltiples variables (género, edad, clase, etc.) profundizan la vulnerabilidad en la vejez, por ejemplo en el caso anteriormente mencionado una mujer mayor, viviendo sola, con ingresos limitados, con movilidad reducida y en un barrio atravesado por problemáticas sociales complejas (consumo, violencia, inseguridad). Estas variables se entrelazan y profundizan su vulnerabilidad, exigiendo una lectura ética, crítica y situada de las intervenciones posibles.

El acompañamiento interdisciplinario a la consultante manifiesta que la práctica profesional no puede reducirse a la aplicación de técnicas diagnósticas o intervenciones individuales, sino que requiere una escucha activa, tal como la conceptualizó Rogers (1951), sostenida y situada en las condiciones materiales, vinculares e institucionales de las personas.

Esta práctica me llevó a reconocer mis límites y alcances del rol del psicólogo en el primer nivel de atención, especialmente cuando se trabaja con personas mayores en situaciones de vulnerabilidad. La escucha clínica no se restringe al espacio privado de consultorio, sino que también a la observación de las dinámicas familiares y en la articulación con otros actores del sistema judicial y de salud.

También comprendí la importancia de problematizar nuestras propias categorías de análisis: ¿que constituye la vejez? ¿qué entendemos por autonomía? ¿cómo evaluamos la capacidad de decisión de las personas mayores? ¿qué paradigmas sostenemos cuando se nos presenta una persona mayor con deterioro cognitivo?. Esta experiencia me empujó a revisar críticamente discursos institucionales que, muchas veces, deslegitiman el deseo de las personas mayores bajo la forma de “incapacidad”, sin abrir espacios para construir decisiones consensuadas.

Es así que reflexionando desde una perspectiva ética y política, este caso me interpela profundamente, hacer este acompañamiento implicó no solo seguir la situación de manera clínica, sino también preguntarme por el lugar que ocupan las personas mayores en nuestra sociedad, ¿quién decide sobre sus vidas? ¿desde qué lógica se decide lo que es “mejor” para ellas?.

Puede observarse en ocasiones como se desestima su voluntad, como por ejemplo en este caso el deseo de la consultante de permanecer en su casa que fue desplazado por discursos “protectorios” que en la práctica la alejan de su entorno y de su historia. Esta situación de impotencia, pero también de responsabilidad deja al descubierto que la práctica en territorio no es neutral, nos obliga a tomar posición, a incomodar, a insistir incluso cuando el sistema parece cerrado. Pérez (2018) en su artículo “El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay” analiza cómo ciertas prácticas de cuidados, aunque sean bienintencionadas, pueden transformarse en formas de control que desestiman la autonomía de las personas mayores.

En lo personal, acompañar este caso despertó en mí una sensibilidad particular hacia las formas en que se invisibiliza el deseo de las personas mayores. Me hizo pensar en mis propias representaciones sobre la vejez y en la construcción social que existe sobre esto.

3- Envejecimiento, Vejez y sus prejuicios

3.1- Historización del Estudio Sobre el Envejecimiento

A lo largo del tiempo, la forma en que se ha entendido el envejecimiento ha cambiado significativamente. Como señala Perez (2011) un periodo clave se ubica entre los años 1918 y 1940, o sea entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial. Durante esta etapa, se empezaron a hacer estudios experimentales para entender cómo afectaba la edad al rendimiento mental y la inteligencia de las personas mayores.

En 1928, se crea en la Universidad de Stanford (California) el primer instituto especializado en investigar los problemas del envejecimiento (Birren, 1996). Esto ocurrió en el contexto de la Gran Depresión en Estados Unidos, un momento de fuerte crisis económica. Uno de los grandes problemas de ese tiempo era la desocupación y se empezó a notar que las personas mayores de 40 años tenían más dificultades para conseguir empleo, por eso se consideró importante estudiar cómo la edad podía influir. Los métodos usados por la psicología en esos estudios consistían en comparar a personas de distintas edades usando pruebas “objetivas”, pero fuera de contexto, es decir, sin tener en cuenta el entorno, la historia o las vivencias de cada persona. En esa época estaban muy de moda las pruebas psicométricas (tests que miden capacidades mentales como la memoria o la inteligencia), así que los estudios se enfocaron en ver cómo rendían mentalmente las personas según su edad (Perez, 2011).

En 1928, en Harvard, se estableció el primer centro de investigación longitudinal. Al año siguiente, en 1929 el investigador ruso N. A. Rybnikov acuñó el término gerontología, definiéndose como una rama de las ciencias del comportamiento enfocada en el estudio de la vejez. Por otro lado, en la URSS, las investigaciones del fisiólogo Iván Pavlov (1927) estaban en pleno auge. Pavlov (1927), en sus experimentos con perros, observó que los más viejos aprenden a un ritmo más lento que los jóvenes. Además, cuando se les presenta mucha información, se confunden más fácilmente ya que los estímulos tardan más en ser procesados por el cerebro.

Un último periodo se caracteriza por una expansión en los estudios sobre el envejecimiento. En este momento se empiezan a publicar informes detallados de investigación que se presentan en congresos internacionales. En 1950, se funda la Asociación Internacional de Gerontología, marcando así el inicio de un nuevo ciclo en el crecimiento de la investigación científica sobre la vejez.

Como se observa en este breve resumen, durante buena parte del siglo XX, las investigaciones gerontológicas pintaron un panorama bastante negativo de la vejez, asociándose principalmente con declive y pérdida de funciones. Este enfoque fue respaldado por la psicología dominante de la época. Por mucho tiempo, los estudios del envejecimiento se concentraron principalmente en los aspectos biológicos y fisiológicos, o en cuestiones sociales de gran escala. La psicología imperante, al no contar con una teoría adecuada para comprender los procesos subjetivos en su relación con los aspectos biológicos y sociales, dejó de lado los elementos psicológicos, o incluso los ignoró, enfocándose únicamente en las funciones o conductas (Perez, 2006).

Montenegro (2009) señala que los discursos científicos a lo largo del tiempo han tendido a patologizar la vejez, sin reconocer su naturaleza diversa y dinámica. Inicialmente, el estudio de la vejez se enfocó exclusivamente en sus aspectos patológicos, antes de avanzar hacia una comprensión más amplia y evolutiva de sus características.

3.2- Teorías Sobre la Vejez: Del Desapego al Apego

Dentro de este marco reduccionista y biologicista, emergen teorías que intentan explicar el envejecimiento desde una mirada que refuerza los estereotipos negativos y ciertos prejuicios hacia la vejez, lo que hoy día reconocemos como viejismo. En este contexto, surgieron distintas teorías que buscaron explicar cómo viven las personas mayores esta etapa de la vida. Una de las más influyentes en su momento fue la teoría del desapego, propuesta por Cummings y Henry (1959). Esta teoría plantea que con el paso del tiempo, las personas mayores tienden a retirarse progresivamente de su entorno social. Según los autores, este distanciamiento no solo es algo natural, sino que también sería deseado por las propias personas mayores, ya que les permitiría enfocar su energía limitada en aspectos de su vida que consideran más significativos. En otras palabras, al disminuir sus capacidades físicas y sensoriales, las personas mayores reorganizaran sus intereses para concentrarse en menos cosas, pero que les resulten más valiosas emocionalmente.

Este alejamiento emocional y social funciona como una forma de protección frente a situaciones que pueden resultar dolorosas o difíciles de afrontar, como las relaciones amorosas cuando sienten que ya no cumplen con los estándares físicos esperados, o la competencia laboral con personas más jóvenes. Los autores sostienen que este proceso es universal (se da en todas las culturas y épocas), inevitable (por basarse en cambios psicobiológicos) y propio del ser humano, es decir, no influenciado por

factores sociales. Sin embargo, a partir de 1963 esta teoría comenzó a recibir críticas importantes, que cuestionaron su visión determinista y su falta de consideración de las dimensiones sociales y culturales en el proceso de envejecimiento. Estas críticas aún siguen siendo relevantes en los debates actuales sobre la vejez. Evaluar la capacidad de disfrute de una persona mayor desde parámetros que no le corresponden genera conclusiones no acertadas (Salvarezza, 1988).

En 1968, Havinghurst y su equipo utilizaron los mismos datos que Cummings y Henry (1959), pero propusieron una reinterpretación: en lugar de considerar el desapego como una teoría general sobre el envejecimiento ideal, lo entendieron como un proceso más dentro de muchos posibles en esta etapa de la vida. Unos años antes Carp (1966) realizó un estudio en una residencia para personas mayores en Texas, EEUU. Allí observó que en contextos donde se favorece el bienestar y el entorno es positivo, las personas mayores tienden a elegir mantenerse activas y a sostener vínculos sociales informales, en lugar de aislarse como sugería la teoría original.

Frente a estas observaciones, algunos autores plantearon la necesidad de repensar la idea de desapego y agrupar las críticas en una propuesta alternativa que se denominó la teoría del apego, donde se reconoce el valor del lazo social, el deseo de conexión y la necesidad de sentido durante la vejez (Quiroga, 2020).

En este sentido, Beauvoir (1970) plantea que para llevar una vejez auténtica y satisfactoria, es esencial seguir persiguiendo objetivos y mantener el sentido vital, en vez de caer en la rutina o el vacío. No se trata de repetir o imitar de forma forzada lo vivido anteriormente, sino de encontrar nuevos motivos y formas de estar vinculados activamente con la vida y con los demás, de acuerdo a las posibilidades y deseos de cada persona. Este enfoque se complementa con el concepto de generatividad de Erikson (1982), que señala justamente la importancia de contribuir y dejar huella en la comunidad, ya sea a través del compromiso social, de la ayuda a otros, el trabajo voluntario, o iniciativas creativas. La clave está en mantenerse vinculado con la vida.

3.3- El Viejismo: Prejuicios y Estereotipos sobre la Vejez

Desde una perspectiva más realista y respetuosa con el proceso de envejecimiento, como lo trae Salvarezza (1993), envejecer bien implica poder acompañar con aceptación los cambios inevitables del cuerpo, sin pretender negar el paso del tiempo. Pero esto no significa rendirse, sino por el contrario, implica mantenerse activo en la búsqueda de satisfacción personal, utilizando los recursos que se tienen en cada etapa. El autor da ejemplos claros, quien fue un deportista en

su juventud, quizás ya no compita, pero seguirá encontrando disfrute y sentido en otras actividades físicas acordes a su momento vital.

Salvarezza (1993) es quien aporta el término “viejismo” como un sinónimo de la expresión “ageism” de Butler (1969), definiéndolo como “el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad” (p.243). Asumiendo este enfoque, la intervención desde cualquier rol profesional, ya sea clínico, comunitario o institucional, debe centrarse en fomentar el vínculo de las personas mayores con sus intereses, actividades y relaciones. Y cuando estos ya no están disponibles, es clave facilitarles alternativas que sigan aportando sentido.

Desde la experiencia clínica, diversos estudios han señalado que una de las principales fuentes de sufrimiento en esta etapa es la pérdida de roles sociales, y que uno de los cuadros más prevalentes es la depresión, muchas veces originada por la pérdida ya sea real o simbólica de vínculos o actividades significativas (OMS, 2017). Según la OMS (2017), la depresión afecta aproximadamente al 7% de las personas mayores a nivel mundial, muchas veces relacionada con la pérdida de vínculos significativos, el aislamiento o el retiro laboral.

El debate anteriormente mencionado entre dos posturas la del desapego y la del apego, tiene consecuencias completamente distintas. La primera ha sido históricamente más difundida, incluso de forma inconsciente y ha contribuido a una actitud de indiferencia social hacia las personas mayores. En cambio, la segunda, centrada en el apego, propone una intervención activa que promueva el deseo, la vinculación y el sentido vital. De ahí que el concepto de viejismo de Salvarezza (1993) sea tan importante: engloba los prejuicios, estigmas y formas de discriminación que recaen sobre las personas mayores solo por su edad. Estas creencias, tal como ocurre con otros prejuicios sociales, se adquieren desde edades tempranas mediante procesos de socialización y tienden a reforzarse a lo largo de la vida. Estos prejuicios internalizados pueden generar actitudes defensivas o de rechazo hacia la propia vejez y la de los demás (Butler, 1969).

La vejez constituye una etapa potencialmente universal de la vida, hacia la cual toda persona se dirige si alcanza una edad avanzada. Esta característica la vuelve una experiencia existencial que interpela no sólo a quienes la transitan, sino también a quienes la estudian o acompañan desde el ámbito profesional (Iacub, 2024).

Así, como menciona Salvarezza (1993), ver a una persona mayor puede funcionar como un ‘espejo del tiempo, como todos sabemos el destino que la sociedad impone a

la vejez' (p.28), respondiendo con rechazo o evasión, proyectando sobre ellos el temor al futuro propio.

Uno de los prejuicios más arraigados, incluso entre profesionales, es pensar que todas las personas mayores están enfermas o son dependientes. Sin embargo, la realidad muestra que alrededor del 5% vive institucionalizado, y que la gran mayoría mantiene altos niveles de autonomía (Centro Interdisciplinario de Envejecimiento, 2022). Aunque sí es cierto que las personas mayores pasan más días en cama que los jóvenes, estos solo representan un pequeño porcentaje del año, y no justifican una visión estereotipada de inactividad o deterioro constante (OMS, 2015).

3.4- El Envejecimiento en Uruguay: Características Demográficas

La propia OMS, ya desde 1946, define la salud no como "la simple ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social". Y con el tiempo, ha impulsado una mirada más funcional sobre la salud en la vejez: lo importante no es tanto la ausencia de patologías, sino la capacidad de las personas mayores de adaptarse, de mantenerse activas y de vivir con sentido.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2016) define su objeto como 'promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, con el fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad', y a la vejez como 'construcción social de la última etapa del curso de vida'" (Centro Interdisciplinario de Envejecimiento, 2022, p. 23).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) enmarca al envejecimiento como: "un proceso natural y gradual que implica cambios fisiológicos, psicológicos y sociales a lo largo del tiempo. No es una enfermedad sino una etapa de la vida que puede transcurrir con salud, autonomía y participación, dependiendo de múltiples factores individuales y contextuales".

Uruguay se destaca como uno de los países más envejecidos en América Latina y el Caribe, con una notable disminución en la tasa de mortalidad y tasas de fecundidad que se encuentran por debajo del nivel de reemplazo. El avance de la tecnología y el progreso en diversas áreas han permitido una mayor longevidad, lo que ha incrementado el porcentaje de personas mayores. En los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado en 20 años (Varela, 2008, citado en Paredes, Ciarniello, Brunet, 2010).

Según Paredes (2010), el proceso de envejecimiento poblacional varía dependiendo del género, los sectores sociales y las regiones del país. El envejecimiento se presenta con mayor intensidad en las personas de 80 años o más, predominando en las mujeres, fenómeno conocido como la feminización de la vejez. Por otra parte, el envejecimiento social no es homogéneo, ya que los sectores con menor vulnerabilidad económica muestran una población más envejecida. La autora plantea que esta distribución podría ser temporal y estar vinculada a las particularidades de la generación actual de adultos mayores. En Uruguay, se observa que los sectores con menor poder adquisitivo tuvieron una mayor tasa de reproducción biológica, pero también enfrentan mayores tasas de mortalidad a edades avanzadas.

El envejecimiento afectará de manera progresiva a toda la población uruguaya, no solo a los sectores más desfavorecidos económicamente, al mismo tiempo que se intensificará la pobreza en otras franjas etarias, siendo las edades más tempranas las que actualmente presentan mayores índices de pobreza. En cuanto a la distribución territorial, la autora destaca que los departamentos al sur de Río Negro presentan una mayor concentración de personas mayores. En Montevideo, el índice de envejecimiento es de 89,1, lo que significa que por cada 100 niños/as, hay 89 personas adultas mayores (Paredes, 2010).

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), para 2025, año actual, se espera que el 16,11% de la población uruguaya tenga 65 años o más. Los datos más recientes disponibles indican que la esperanza de vida al nacer en Uruguay en 2022 fue de 78 años en promedio. Desglosado por sexo, las mujeres alcanzaron una esperanza de vida de 81,69 años, mientras que los hombres llegaron a 74,15 años.

3.5- Desafíos y Oportunidades en la Atención a Personas Mayores

Desde la aprobación de la Ley 18.211, el SNIS (2007) en Uruguay promueve un enfoque de atención integral, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud en el primer nivel de atención. En este contexto, se reconoce que la mayoría de las personas mayores viven en sus hogares, son autónomas y mantienen múltiples formas de participación en la vida social. Sin embargo, persiste en el imaginario institucional y en parte del quehacer profesional una visión que asocia envejecimiento con deterioro, dependencia o pasividad, lo que restringe las posibilidades de intervención y refuerza un modelo centrado en el déficit (Berriel, Paredes y Pérez, 2006).

Krmpotic (2008) advierte que los modelos hegemónicos de atención tienden a invisibilizar los aspectos vinculares, subjetivos y sociales del envejecimiento, subordinando las vejeces a un enfoque médico-biologicista que fragmenta la experiencia vital. Desde la psicología, es necesario cuestionar estas representaciones sociales y promover intervenciones que reconozcan la diversidad de trayectorias de vida en la vejez, sus recursos afectivos y comunitarios, así como su potencial transformador.

En esta línea, Salvarezza (2007) plantea que envejecer no implica un proceso de desvinculación afectiva ni social, sino que requiere del acompañamiento de las transformaciones identitarias y vinculares que se producen a lo largo del ciclo vital. Por lo que el trabajo en espacios grupales y territoriales, como el que se da en el Programa Apex, permite sostener una práctica comprometida con la subjetividad, la escucha y el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos.

Finalmente, tal como señala Aguiar (2006), pensar el trabajo con vejeces desde un enfoque de derechos humanos implica no solo evitar la reproducción de prácticas viejistas o asistencialistas, sino también generar dispositivos que habiliten la participación activa, la construcción de la palabra y el fortalecimiento de la autonomía en la vida cotidiana.

Las propuestas teóricas en gerontología crítica reconocen que las intervenciones relacionadas con el envejecimiento no ocurren en un contexto neutral, sino que están inmersas en complejos entramados de poder, discursos normativos y representaciones sociales que condicionan qué formas de vejez son validadas y cuáles quedan marginadas. Estos marcos sociales e institucionales limitan la experiencia del envejecimiento y afectan incluso las estrategias de acompañamiento subjetivo, prevención y promoción de derechos (Piña y Gómez, 2019).

En este sentido, recuperar aportes como los de Berriel (2007), Foucault (1989) y Castoriadis (1987) permite situar la práctica profesional dentro de un campo de disputas simbólicas, donde la producción de subjetividad está atravesada por imaginarios sociales que tienden a reproducir relaciones de dominación, pero que también pueden ser resignificados.

El trabajo con personas mayores en el primer nivel de atención implica reconocer que las formas en que se vive y se interviene en la vejez no están determinadas únicamente por condiciones biológicas o cronológicas, sino que se configuran en el marco de relaciones de poder y de construcciones simbólicas socialmente instituidas. Tal como plantea Berriel (2007), retomando a Spinoza y Foucault, el poder no se

ejerce sólo a través de normas explícitas o discursos institucionales, sino también mediante prácticas y representaciones que apelan a las emociones, regulando los cuerpos y moldeando los deseos. Estos dispositivos operan desde un imaginario social instituido que organiza formas de sentir, actuar y pensar la vejez, produciendo figuras como la del “abuelo sabio pero pasivo” o la del “viejo enfermo”, que refuerzan la infantilización, la dependencia y la exclusión simbólica (Castoriadis, 1987).

Es importante considerar una forma de intervención psicológica que vaya más allá de lo clínico-individual, abriéndose a lo comunitario, lo territorial y lo político. Trabajar con personas mayores desde este enfoque implicó no solo escuchar sus trayectorias vitales y sus malestares subjetivos, sino también reconocer cómo esas experiencias están atravesadas por condiciones estructurales, discursos sociales y relaciones de poder que inciden en la manera en que se vive y se significa la vejez.

En lo personal, esta experiencia me permitió revisar mis propias ideas sobre el envejecimiento, así como pensar el rol de la psicología no solo como una herramienta de acompañamiento, sino también como un dispositivo que puede crear sentidos, habilitar otras narrativas y construir junto a otros y otras una vejez más digna, activa y reconocida. Es necesario reflexionar sobre cómo nuestros modos de intervención pueden sostener o desarticular estos marcos de poder, habilitando otros posibles en la construcción de una vejez digna.

3.6- Vejez Desde las Políticas Sociales

Uno de los capítulos elaborados por Berriel junto a Paredes y Pérez (2006), se realiza una lectura crítica sobre la situación de las personas mayores en Uruguay, destacando que este sector de la población no solo ha sido históricamente desatendido por las políticas sociales, sino que además enfrenta formas persistentes de discriminación, subvaloración y exclusión social. A pesar de eso, los autores subrayan que la población mayor en el país cuenta con niveles significativos de autonomía, capacidades físicas e intelectuales, y recursos personales que desmienten el estereotipo que asocia automáticamente vejez con enfermedad o deterioro.

Sin embargo, uno de los principales obstáculos para activar esos recursos según Castoriadis (1987) se encuentra en el imaginario social dominante, que tiende a representar la vejez desde una mirada prejuiciosa o reduccionista. En este sentido, los autores Berriel, Paredes y Pérez (2006) proponen la necesidad de desarrollar políticas públicas que no solo brindan atención material o asistencial, sino que también apunten a transformar las representaciones sociales existentes. Se plantea como fundamental generar procesos de sensibilización y crítica que superen tanto el modelo tradicional

que segrega y margina, como ciertas versiones del enfoque “positivo” de envejecimiento que si bien celebran la autonomía, a veces caen en formas superficiales o de activismo.

Asimismo en Uruguay existen al menos tres factores estructurales que dificultan la integración social de las personas mayores, la escasa interacción entre generaciones, la forma en que se produce el retiro laboral abrupta y totalizante, y la persistencia de políticas sociales y sanitarias que tienden a ser fragmentadas, asistencialistas y pasivantes. Frente a este panorama se destaca la urgencia de pensar políticas de Estado coordinadas con la sociedad civil que aborden estos desafíos de forma integral, reconociendo a las personas mayores como actores sociales con capacidad de participación y transformación. Si bien los avances han sido lentos, se reconoce que existen esfuerzos incipientes que permiten mantener la esperanza de una transformación más profunda (Berriel, 2007).

Según las proyecciones del World Population Prospect (2022), para el año 2050 uno de cada seis habitantes en Uruguay tendrá 65 años o más, lo que evidencia un proceso de envejecimiento poblacional sostenido y acelerado. Este fenómeno obliga a repensar el rol del Estado, las políticas públicas y los marcos normativos desde un enfoque que garantice los derechos, la autonomía y la participación plena de las personas mayores.

Blengio (2021) en su artículo *“Interés superior de la vejez”* propone la incorporación del concepto interés superior como un nuevo principio rector en el campo del derecho y la bioética, orientado a la protección integral de los derechos humanos de las personas mayores. Este principio busca posicionarse como un criterio prioritario al momento de prevenir y resolver conflictos que involucren a esta población, funcionando como parámetro orientador para la formulación de políticas públicas, reformas legislativas, buenas prácticas administrativas y decisiones judiciales.

Entonces a medida que aumente la proporción de personas mayores se incrementará también la tensión entre las demandas de cuidado, los recursos disponibles y los modelos de atención. En ese sentido el principio del interés superior de la vejez permite anticipar respuestas centradas en la dignidad, la autonomía y la equidad intergeneracional, alejándose de modelos asistencialistas o edadistas que pueden profundizar la exclusión o la dependencia.

El envejecimiento de la población que destaca Blengio (2021) es un fenómeno social que exige una revisión crítica de las concepciones tradicionales asociadas a esta etapa de la vida. Denuncia que muchas veces la vejez es reducida a una condición de

deterioro o dependencia, lo que contribuye a su estigmatización y exclusión. En contraposición propone una perspectiva que reconozca la dignidad, autonomía y capacidad de decisión de las personas mayores, y que promueva su plena participación en la sociedad.

Este aporte resulta relevante en contextos donde aún prevalecen prácticas viejistas o asistencialistas y donde el reconocimiento jurídico de los derechos de las personas mayores continúa siendo un desafío. En este sentido el texto de Blengio (2021) invita a repensar el lugar de la vejez en la sociedad desde un paradigma basado en la equidad y la justicia intergeneracional.

La cotidianeidad del trabajo en territorio permite visibilizar cómo el envejecimiento se experimenta de manera desigual, influido por condiciones estructurales como la pobreza, el acceso a servicios o la discriminación por edad. En este marco recuperar el principio del interés superior de la vejez no solo aporta una orientación normativa, sino que permite encuadrar éticamente la práctica profesional, promoviendo una intervención centrada en la escucha activa, el fortalecimiento de la autonomía y el reconocimiento de las personas mayores como sujetos activos en sus comunidades (Blengio, 2021).

Desde la experiencia práctica en el Programa Apex ubicado en un territorio con vulnerabilidad social este enfoque resulta relevante dado que a través de una estrategia de atención primaria en salud, el trabajo territorial e interdisciplinario permite construir vínculos cercanos con las personas mayores y con sus redes comunitarias lo que habilita abordajes más integrales, respetuosos de sus trayectorias de vida y del propio contexto.

En este sentido el trabajo realizado no es solo una aplicación de políticas sino un espacio desde el cual repensar el vínculo entre los derechos humanos, la vejez y el territorio, anticipa los desafíos que el envejecimiento poblacional plantea y buscar soluciones desde una perspectiva situada, interdisciplinaria y comunitaria. Y a su vez identificar cómo estas representaciones sociales muchas veces prejuiciosas o estigmatizantes siguen operando en los vínculos cotidianos. Si bien las personas mayores que participaron de los espacios grupales muestran altos niveles de autonomía, iniciativa y deseo de vincularse con otros, esas potencialidades chocan con barreras simbólicas y estructurales que las invisibilizan o infantilizan. Frente a esto el trabajo grupal y territorial que se sostiene desde el Programa Apex aparece como una estrategia potente para disputar esos sentidos instituidos y habilitar nuevas formas de envejecer.

A través del diálogo, la participación y el reconocimiento mutuo fue posible generar espacios donde las personas mayores no solo compartieran sus experiencias sino que también se puedan posicionar como sujetos activos, con voz propia e incidencia.

Fue así que retomar los aportes de estos autores me ha permitido situar la práctica entendiendo que trabajar con vejez implica también transformar los imaginarios sociales y contribuir a la construcción de políticas inclusivas, críticas y participativas.

3.7- La Subjetividad No es Individual, es Socialmente Construida

Briuoli (2007) parte de la idea de que la subjetividad se configura en la trama de relaciones familiares, comunitarias e institucionales. Cuando se trabaja con personas excluidas como por ejemplo personas mayores, nos encontramos con subjetividades debilitadas por la falta de reconocimiento social. Sucede que estas personas pasan a ser vistas como sujetos no deseantes. El clasificar a las personas por sus carencias o aspectos hace que se despojen de su dimensión deseante, subjetiva y compleja. Por lo tanto las políticas que se reproducen y que están diseñadas sin la participación activa de los sujetos, no reparan ni restituyen sino que ratifican el lugar de marginalidad.

La autora hace referencia a los “nuevos sujetos” surgidos desde la exclusión estructural, sin redes familiares sólidas, sin reconocimiento institucional, sujetos que muchas veces quedan fuera de la norma, de la narrativa de “progreso” con trayectoria de vidas fragmentadas.

La inserción de un dispositivo que no solo reproduzca lógicas burocráticas y asistencialistas da la posibilidad de encontrarnos con personas mayores que no nombran su sufrimiento porque nadie les enseñó que lo podían hablar o que tenían derecho a ser escuchados. No solo se necesita de un diagnóstico, se necesita además una escucha que permita un relato posible, conectar con algo de la historia propia. Repensar las intervenciones, abrir espacios donde el otro pueda expresarse y ser mirado como sujeto es trascendental. Habilitar sentidos, sostener subjetividades tambaleantes y generar encuentros reparadores (Briuoli, 2007).

Según Iacub (2021) apoyándose en autores como Bourdieu, Wacquant y Gramsci, sostiene que las identidades son construcciones influenciadas por relaciones de poder y discursos hegemónicos. Las narrativas dominantes como la improductividad o fragilidad de la vejez se internalizan y configuran la forma en que los sujetos se entienden a sí mismos. Se sostiene entonces una identidad impuesta que opera rígida y limitante, en muchos casos invisibilizadora. Este enfoque es valioso para

comprender cómo los estigmas y prejuicios como el viejismo afectan la subjetividad de las personas mayores.

En relación con los procesos psíquicos involucrados en el envejecimiento Zarebski (2007) retoma a Erikson para señalar que una de las claves del buen envejecimiento reside en la posibilidad de sostener un sentido de integridad personal. Esta integridad según los autores implica una actitud de aceptación frente al propio recorrido vital permitiendo a la persona mayor reconciliarse con su historia y encontrar sentido en el presente.

Entre los factores que pueden actuar como protectores en la etapa del envejecimiento se destacan la capacidad de expresar verbalmente los sentimientos que generan angustia, así como la elaboración saludable de los duelos entendida como la posibilidad de despedirse internamente de personas u objetos significativos y asumir su ausencia en el presente (Yela, 1990).

Además se resalta la importancia de las identidades evitando concepciones rígidas o unívocas del ser, lo cual contribuye a una mejor adaptación psicosocial en esta etapa (Galvanoski, 2009).

Es fundamental preservar la capacidad de imaginar, jugar, reír, enamorarse y mantener vínculos sociales y comunitarios más allá del ámbito familiar para el bienestar emocional y la calidad de vida en la vejez (Triadó y Villar, 2006).

Por otro lado, no se consideran manifestaciones propias del envejecimiento la tristeza persistente, la pérdida de interés por actividades previamente placenteras, alteraciones marcadas en el apetito o el sueño, ni episodios de confusión o desorientación. La presencia de estos indicadores implica la necesidad de una evaluación diagnóstica especializada y un abordaje interdisciplinario, dado que pueden corresponder a trastornos clínicos como la depresión o demencia (Rodríguez Irizarry et al., 2024).

Estudios señalan que las personas mayores frecuentemente enfrentan no solo problemas físicos, sino también experiencias de aislamiento, pérdida de roles y escaso reconocimiento social, lo que puede generar sentimientos de inutilidad o invisibilidad (Infocop, s.f.; COP Madrid, s.f.).

Resulta clave la intervención psicológica orientada a restaurar y fortalecer la subjetividad y el sentido de pertenencia de las personas mayores dentro de sus contextos sociales (Briuoli, 2017). Esta práctica psicológica que construye subjetividad debe concebirse no sólo desde una perspectiva técnica sino también como un

compromiso ético que atienda a quienes se encuentran marginados o excluidos del mapa simbólico y social (Mira, 1961).

4- Espacios Grupales y Vejez

4.1- El Grupo como Dispositivo Subjetivante en la Vejez

En la obra *“Lo grupal Devenires, historias”* Pavlovsky y De Brasi (2000) abordan al grupo no solo como un dispositivo técnico sino como un acontecimiento subjetivante, una trama que excede lo individual y habilita otras formas de existencia. Este enfoque resulta especialmente interesante al abordar la vejez, etapa vital muchas veces signada por el aislamiento, las pérdidas vinculares y los estigmas sociales (Triadó y Villar, 2006).

Desde esta perspectiva para Pavlovsky y De Brasi (2000) lo grupal se convierte en un espacio potenciador de subjetividad, que permite resignificar los discursos dominantes sobre el envejecimiento. El grupo puede funcionar como un lugar donde se realicen planteamientos sobre acontecimientos personales, tales como la elaboración de duelos, de reconocimiento mutuo y de producción colectiva de sentidos, aspectos fundamentales en una etapa donde muchas veces se cristalizan identidades o se imponen modelos de pasividad (García, 2012).

Lo grupal en la vejez no es solo un dispositivo de intervención terapéutica o recreativa, es una estrategia que funciona frente al aislamiento y que pueda contrarrestar en alguna medida la medicalización de la vejez. Como señalan los autores, el grupo produce una escena donde lo singular se hace visible en lo colectivo, habilitando una trama de horizontalidad que desarma jerarquías impuestas desde roles sociales o institucionales.

Pavlovsky y De Brasi (2000) invitan a pensar los grupos no desde una lógica de contención meramente asistencial sino desde la posibilidad de lo no previsto, lo vivo. En el caso de las personas mayores esto implica recuperar la dimensión del deseo, de la creatividad, del juego, del conflicto y de la palabra, que muchas veces son negadas por los discursos patologizantes sobre la vejez (Triadó y Villar, 2006).

Por lo tanto trabajar lo grupal en la vejez implica restituir la potencia del lazo, de la memoria, crear condiciones para el reencuentro con los otros, pero también con uno mismo. Implica apostar a que hay lugar para el cambio, la elaboración, el sentido y el vínculo (García, 2012).

4.2- El Grupo como Espacio de Transformación: aportes de Pichón-Rivière

En diálogo con Pichon-Rivière (1971) esta mirada se profundiza al concebir al grupo como un conjunto en interacción que opera desde la dialéctica entre lo individual

y lo colectivo. Para el autor el grupo es una totalidad configurada por las relaciones que se dan entre sus miembros, donde cada sujeto es sujeto en tanto está en vínculo. Desde esta lógica, el grupo en la vejez no solo contiene sino que transforma al permitir la elaboración de ansiedades, temores y duelos, así como el despliegue de aspectos creativos y activos del psiquismo. En un momento vital frecuentemente atravesado por la soledad, la pérdida de roles, y el riesgo de desvinculación emocional, el grupo se convierte en un espacio privilegiado para sostener y reconfigurar la identidad.

Pichon-Rivière (1971) aporta además el concepto de ECRO (Esquema Conceptual, Referencial y Operativo) siendo este un marco teórico-práctico que toda persona utiliza consciente o inconscientemente para observar, interpretar y actuar sobre la realidad. Es decir es la manera en que entendemos el mundo y cómo actuamos en consecuencia, desde el cual se puede pensar cómo las personas mayores se posicionan ante la experiencia grupal, y cómo esta puede reconfigurar sus representaciones sobre sí, el otro y el mundo. En este sentido, el grupo como herramienta psicosocial permite revisar especialmente los modos de envejecer, resistiendo al viejismo y al aislamiento impuesto.

La noción pichoniana de aprendizaje dialéctico resulta central, el grupo como experiencia de aprendizaje no meramente de adquisición de contenidos, sino como transformación subjetiva en relación con otros se muestra clave en la vejez desafiando la idea de una etapa cerrada al cambio.

Volviendo a Pavlovsky y De Brasi (2000) el grupo tiene la capacidad de funcionar como una máquina de deseo y pensamiento, ya que trasciende los límites del yo individual y facilita la construcción colectiva de nuevos significados.

En este cruce teórico de autores que destacan lo grupal dejando una posibilidad de subjetivación y elaboración frente al sufrimiento psíquico que muchas veces acompaña al envejecimiento. No se trata de negar el dolor o el declive sino de habilitar una experiencia compartida en la que la palabra circule, la mirada se devuelva, y lo colectivo preserve al sujeto en su tránsito por el mismo.

4.3- Dispositivos Institucionales y Producción de Subjetividad

La existencia de dispositivos tal como desarrolla el concepto Abadía (2003) permite analizar críticamente el funcionamiento de los espacios institucionales desde una perspectiva que articula saber, poder y subjetivación. Una red heterogénea de elementos discursivos y no discursivos, normas, prácticas, saberes, instituciones y

relaciones de poder, donde el dispositivo opera produciendo efectos concretos en los sujetos y configurando modos de ser, de pensar y de actuar.

Desde esta perspectiva el espacio destinado a personas mayores dentro del Programa Apex puede entenderse como un dispositivo integral y complejo. No se trata simplemente de un lugar físico o de una serie de actividades desconectadas sino que constituye una red articulada en torno a objetivos claros, tales como promover un envejecimiento saludable, prevenir el deterioro cognitivo y fortalecer las redes sociales entre otros. Este dispositivo está sustentado por discursos específicos que le otorgan sentido y propósito y es gestionado bajo una lógica institucional interdisciplinaria, como señalan Triadó y Villar (2006).

En este dispositivo se articulan múltiples dimensiones entre ellas el saber, los discursos provenientes de la psicogerontología, la salud pública, el trabajo social, y las políticas de salud comunitaria organizando así prácticas profesionales y definiendo qué intervenciones son las más adecuadas en la vejez. Estos saberes no sólo comunican las decisiones del equipo técnico sino que también circulan en las mismas actividades con las personas mayores tales como talleres, cine-foros o diálogos, produciendo formas particulares de subjetividad (García, 2012).

El enfoque del Programa Apex se orienta a la participación y al trabajo horizontal, el equipo profesional conserva una posición privilegiada en la definición de los objetivos, los métodos de evaluación y las estrategias de intervención. En este sentido el espacio para personas mayores no solo brinda atención y acompañamiento sino que también organiza la experiencia del envejecimiento a partir de ciertos criterios y valores (autonomía, actividad, adaptación) que pueden ser asumidos o resistidos por quienes participan (Abadía, 2003).

Las personas mayores que se integran al espacio no son simplemente usuarias pasivas sino que son interpeladas como sujetos activos, capaces de reflexionar, expresarse, vincularse y construir sentidos sobre su propia vejez y su contexto. Sin embargo esta producción de subjetividad no es neutra, está mediada por los discursos que circulan en el dispositivo y por las condiciones materiales e institucionales en las que se inserta (Triadó y Villar, 2006).

4.4- Trabajo en Red y Ejemplo de Intervención: el Cine-Foro como Herramienta Comunitaria

Elkaim (2004) en *“Las prácticas de la terapia de red”* compila una serie de experiencias clínicas, comunitarias e institucionales desarrolladas en Europa con el fin de poner en cuestión los enfoques tradicionales de la salud mental. El autor sostiene que el sufrimiento psíquico debe de ser comprendido dentro de una red de relaciones y no como un fenómeno estrictamente individual. El trabajo en red se convierte en una herramienta central para la prevención y el acompañamiento en personas mayores especialmente frente a situaciones de soledad, deterioro, o pérdida de autonomía.

En el capítulo 4 del compilado la autora Brigitte Mauze propone una mirada crítica sobre las tensiones entre saberes técnicos e institucionales y el conocimiento situado de las personas usuarias. En la práctica cotidiana con personas mayores reconocer sus voces y sus redes como válidas es un acto político que desafía la lógica asistencial, por ello en el Programa Apex y sus espacios el trabajo conjunto con servicios sociales y redes barriales es fundamental (Elkaim, 2004).

Un ejemplo concreto puede verse en el cine-foro, uno de los espacios en el Programa Apex como herramienta educativa y comunitaria. Esta actividad que combina la proyección de películas con espacios de reflexión colectiva, permite trabajar temas sensibles vinculados al envejecimiento, el duelo, la memoria y los vínculos. En este contexto se generan espacios de palabra donde las personas mayores pueden reelaborar experiencias pasadas y presentes, proyectándose en nuevas formas de participación (García, 2012).

En suma pensar el espacio para personas mayores como un dispositivo en los términos propuestos en el punto 4.3 por Abadía (2003), permite visibilizar no sólo las prácticas y saberes que lo sostienen sino también las tensiones, límites y posibilidades de transformación que lo atraviesan.

Desde una perspectiva psicológica esta mirada invita a problematizar las formas en que se configuran las intervenciones, a abrir espacios para la participación real de las personas mayores en la toma de decisiones, y a generar prácticas más horizontales, inclusivas y emancipadoras dentro de las instituciones que las acompañan.

4.5- El Lugar del Psicólogo en el Trabajo Grupal con Personas Mayores

Teniendo en cuenta la importancia de asegurar la integración social de las personas mayores y partiendo de la idea ampliamente aceptada en el campo de la gerontología de que la participación social constituye un factor fundamental en la

determinación de las condiciones de vida de los individuos, se destaca la necesidad de un agente de cambio que permita modificar el modelo hegemónico de envejecimiento que aún persiste (Berriel y Lladó, 2004).

En una perspectiva comunitaria el trabajo en espacios grupales con personas mayores exige repensar profundamente el lugar que ocupa el psicólogo en la escena. En Programa Apex el rol profesional se redefine no desde una centralidad técnica o clínica sino como parte activa de un entramado subjetivo e institucional que se construye colectivamente, lo grupal como espacio de lazo y producción de subjetividad (García, 2012).

En este marco el psicólogo se posiciona como facilitador de encuentros, de silencios y afectos. En el trabajo con personas mayores esto adquiere una relevancia particular dado que los relatos de la vejez muchas veces ya están marcados por la subjetivación. La ética del cuidado, del respeto por los tiempos, cuerpos e historias se vuelve central, el grupo entonces no es un lugar solo de actividad y estimulación, es un espacio de circulación de la palabra y el deseo, donde las personas mayores pueden re-apropiarse de su historia y de su presente (Triadó y Villar, 2006).

En el Programa Apex el trabajo no se desarrolla en soledad, la intervención grupal se inscribe en una lógica interdisciplinaria, donde confluyen saberes de diversas áreas, así como los saberes de las propias personas mayores y sus comunidades. La interdisciplina implica un diálogo que tensiona, enriquece y reconfigura las prácticas, permitiendo que cada profesional sea capaz de descentrar su saber y construya sentido en conjunto con otros actores, sin perder su especificidad, renunciado a cualquier pretensión hegemónica (Galvanoski, 2009).

En contextos institucionales las actividades o espacios grupales se presentan como “ocupacionales” o “recreativas”, llegando a no consolidarse en muchas ocasiones una escucha real de las subjetividades ni el deseo. El grupo puede transformarse entonces en un lugar de gestión del tiempo o de contención pero desde una perspectiva crítica esto debe de ser problematizado.

El rol del psicólogo debe definirse por su capacidad de habilitar lo político en lo subjetivo permitiendo que el grupo sea escenario donde se problematice el envejecimiento, se cuestionen los discursos dominantes y se generen nuevos sentidos. De esta manera el psicólogo no solo actúa como facilitador del diálogo sino también como agente transformador que promueve la toma de conciencia crítica frente a las estructuras sociales que influyen en las experiencias individuales. Además este enfoque contribuye a fortalecer la autonomía y el empoderamiento de los integrantes

del grupo, favoreciendo procesos de inclusión social y respeto por la diversidad. En este sentido, la práctica profesional se enmarca en una ética comprometida con la justicia social y la transformación colectiva (García, 2012).

4.6- Reflexión sobre la Experiencia Grupal y el Rol Profesional

La experiencia grupal con personas mayores evidencia el valor de los espacios colectivos como escenarios de aprendizaje, socialización y resignificación de las trayectorias vitales. La participación activa en grupos permite a las personas mayores no solo compartir saberes y experiencias sino también construir nuevas redes de apoyo y pertenencia, aspectos fundamentales para el bienestar emocional y la autoestima. Diversos estudios señalan que el trabajo grupal fomenta el desarrollo de habilidades interpersonales, la responsabilidad compartida y una actitud positiva hacia los otros, disminuyendo sentimientos de aislamiento y promoviendo la confianza en las propias capacidades (Triadó y Villar, 2006).

Desde la perspectiva profesional el rol del coordinador o facilitador implica no solo el acompañamiento respetuoso y la promoción de la autonomía sino también la capacidad de crear condiciones para la participación genuina y el reconocimiento de la diversidad de trayectorias y saberes presentes en el grupo (García, 2012).

Este posicionamiento requiere una actitud reflexiva y crítica capaz de cuestionar los propios preconceptos y evitar reproducir estereotipos o prácticas edadistas. Además la intervención grupal con personas mayores debe considerar la planificación de las actividades, la evaluación de los recursos disponibles y la adaptación de las metodologías a las características y necesidades del grupo (Triadó y Villar, 2006).

El trabajo interdisciplinario basado en el diálogo y el reconocimiento de las diferencias, potencia la intervención y enriquece la experiencia grupal convirtiendo la interdisciplina en una práctica concreta y significativa (García, 2012). Así los grupos se constituyen en verdaderos territorios de cuidado y ciudadanía donde las personas mayores pueden ejercer un rol protagónico en la construcción colectiva de sentidos y en la promoción de sus derechos (Triadó y Villar, 2006).

Finalmente la experiencia grupal con personas mayores y el rol profesional invita a repensar las prácticas desde una ética del cuidado, de escucha activa y de construcción colectiva, reconociendo a las personas mayores como sujetos plenos de derechos y protagonistas de sus propios procesos de envejecimiento (Triadó y Villar, 2006).

Conclusiones Finales

La sistematización de la experiencia en el Programa Apex-Cerro me permitió reconocer y afirmar que los espacios tanto individuales, grupales y comunitarios dirigidos a personas mayores constituyen dispositivos psicosociales de enorme relevancia para la construcción y transformación de la subjetividad en la vejez. Desde la psicología estos espacios habilitan procesos de resignificación identitaria, promueven la elaboración simbólica de los cambios vitales y favorecen la emergencia del deseo, la autonomía siendo dimensiones centrales para una vejez activa y con derechos básicos cubiertos. Espacios que se configuran como escenarios clave para el fortalecimiento del bienestar psicosocial y la inclusión social en la etapa de la vejez.

El trabajo interdisciplinario y territorial evidencia que la intervención psicológica no puede limitarse a la adaptación funcional ni a la mera contención emocional sino que debe orientarse a desnaturalizar discursos hegemónicos que asocian envejecimiento con deterioro, dependencia y pérdida. En este sentido los talleres de libre expresión, estimulación cognitiva y cine-foro, como el espacio clínico individual se constituyen en escenarios de palabra, encuentro y creación colectiva donde las personas mayores pueden reelaborar sus historias, fortalecer el lazo social y desafiar representaciones sociales estigmatizantes.

La experiencia pone en evidencia la necesidad de una praxis psicológica crítica, situada y comprometida capaz de articular teoría y práctica para intervenir sobre las condiciones materiales, vinculares e institucionales que atraviesan el envejecimiento. El rol del psicólogo en estos contextos implica un posicionamiento ético y político, orientado no solo a la promoción de la salud mental sino a la transformación de los imaginarios sociales y las prácticas institucionales que perpetúan la exclusión y el viejismo.

Finalmente la sistematización de la práctica confirma que los espacios grupales no solo aportan al bienestar emocional y cognitivo sino que constituyen ámbitos de resistencia y producción de subjetividad, donde la vejez puede ser vivida y narrada como un proceso de transformación, creatividad y participación social. Este recorrido invita a repensar el aporte de la psicología en la construcción de una vejez digna, plural y con voz propia y a sostener la importancia de dispositivos comunitarios que habiliten el deseo, la palabra y el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos y de transformación social.

A partir de la experiencia es donde comienzan a resonar algunas cuestiones,

¿Hasta qué punto las intervenciones psicológicas logran romper con los discursos dominantes que vinculan la vejez con deterioro y exclusión?

¿Qué desafíos persisten en la construcción de espacios que realmente habiliten la palabra, el reconocimiento y la participación de las personas mayores como sujetos de derechos y no sólo como destinatarios de cuidado?

Estos planteos lejos de querer terminar con el análisis y el trabajo realizado abren la necesidad de seguir problematizando el rol ético y político del psicólogo en el primer nivel de atención, la importancia de sostener dispositivos grupales y comunitarios como espacios de resistencia y producción de subjetividad, y el desafío de construir intervenciones que no sólo acompañan sino que también transformen las condiciones sociales, vinculares e institucionales que atraviesan el envejecimiento.

En definitiva la experiencia sistematizada invita a pensar la vejez como una etapa vital de posible transformación, de creatividad y participación social y a sostener la importancia de una psicología comprometida con la dignidad, el deseo y la autonomía de las personas mayores, asumir el desafío de construir nuevas narrativas y prácticas que resignifiquen el lugar de la vejez en nuestra sociedad.

Referencias

- Aguiar, M. (2006). *Prácticas psicológicas y derechos humanos en la vejez*. En C. Aguiar, M. Díaz & A. Vázquez (Comps.), *Vejez, envejecimiento y derechos humanos: una mirada desde la psicología* (pp. 45-59). Psicolibros Universitario.
- Alvarez, V. (2018). *Técnicas expresivas y salud grupal en la vejez* [Tesis de maestría]. Editorial X.
- Berriel, F. (2007). *La vejez como producción subjetiva*. En *envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro*. Psicolibros Universitarios.
- Berriel, F. (2007). *Psicoterapia, vida y devenir. Fragmentos de la lucha entre el cuerpo y el organismo*. En R. Pérez, *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea*. Psicolibros Universitarios.
- Berriel, F., & Pérez Fernández, R. (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay: Fundamentos diagnósticos para la acción*. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
- Berriel, F. (2017). *Subjetividad y envejecimiento*. Fin de Siglo.
- Berriel, F., Paredes, M., & Pérez Fernández, R. (2006). *Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez*. Trilce.
- Berriel, F., Pica, C., & Zunino, N. (2017). *Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas*. *Psicoperspectivas*, 16(1), 7-18.
<https://www.scielo.cl/pdf/psicop/v16n1/art02.pdf>

- Berriell, F. y Lladó, M. (2004): “*La participación de los Adultos Mayores: vicisitudes en la construcción de sujetos de cambio*”. En facultad de Psicología (2004) VII Jornadas de Psicología Universitaria.
- Berriell, F., & Fernandez, R. P. (2007). *Alzheimer y psicoterapia. Clínica e investigación*. Psicolibros.
- Birren, J. E. (1996). A History of Geropsychology in Autobiography. En J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology* (Vol. 1, pp. 37-54). Academic Press.
- Blengio Valdés, M. (2021). *Interés superior de la vejez*. Revista Derecho Público (59), 7–27.
<https://www.revistaderechopublico.com.uy/ojs/index.php/Rdp/article/view/159>
- Bravetti, G. (2023). *Piera Aulagnier: Legado y devenir. Intersubjetividad y fundamentos de un psiquismo complejo*. En I Congreso Internacional de Psicología: A cuarenta años de la recuperación democrática en Argentina (pp. 246-251).
https://ppl-ai-file-upload.s3.amazonaws.com/web/direct-files/attachments/76202000/53435aa8-ace4-432d-b978-bba0d7a50ad1/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf
- Briuoli, N. M. (2007). *La construcción de la subjetividad. El impacto de las políticas sociales*. Historia actual online (13), 81-88. <http://www.historia-actual.org>
- Briuoli, M. (2017). *La subjetividad en la vejez: desafíos para la intervención psicológica*. Editorial Académica.
- Butler, R.N. (1969) Age-Isms: Another form of Bigotry The Gerontologist, Volume 9, Issue 4_Part_1, Winter 1969, Pages 243–246.

- Castoriadis, C. (1987). *La institución imaginaria de la sociedad*. Siglo XXI Editores.
- Castoriadis, C., & Vicens, A. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
- Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. (2022). *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez: Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento*. Universidad de la República. <https://www.cien.ei.udelar.edu.uy>
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, OEA/Ser.L/V/II.164, doc. 76 (2016).
https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/acceso_informacion_convenio_mayores.pdf
- Cummings, E., & Henry, W. E. (1959). *Growing old: The process of disengagement*. Basic Books.
- Erikson, E. (1998). *El ciclo vital completado*. Ibérica.
- Elkaim, M. (Coord.). (2004). *Las prácticas de la terapia de red*. Gedisa.
- Foucault, M. (1989). *La arqueología del saber*. Siglo XXI Editores.
- Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018). *Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: The English Longitudinal Study of Ageing*. *Age and Ageing*, 47(3), 392–397. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx188>
- Galvanoski, T. (2009). *Psicología del envejecimiento*. Editorial Universitaria.

- García, M. (2012). *Grupos y envejecimiento: aportes para la intervención psicosocial*.
Revista Interdisciplinaria de Gerontología, 16(1), 45-58.
- García, S. (2017). *El cine-foro como herramienta de intervención psicosocial con adultos mayores*. Revista Interamericana de Psicología, 51(2), 205-214.
- Gómez Álvarez, J. E. (2019). Interdisciplinariedad en gerontología. La calidad de vida como criterio integrador de la interdisciplina. *Medicina y Ética*, 30(4), 1357–1364.
<https://ppl-ai-file-upload.s3.amazonaws.com/web/direct-files/attachments/76202000/25f15924-8851-4495-8230-bdf9fca11d96/2594-2166-mye-30-04-1357.pdf>
- Grieco, L. (2013). La dimensión grupal de la Relación con el Saber. Estudio de un caso en el escenario de la Educación Superior. *Querencia* (14), 72-99.
- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad* (4.ª ed.). Siglo XXI Editores.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar*. CEPAL.
- Iacub, R. (2024). *Narrar el envejecimiento desde la identidad* (1.ª ed.). Portal do Envejecimiento Comunicação.
- Infocop. (s.f.). El aislamiento social en las personas mayores. Recuperado de <https://www.infocop.es>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). *Encuesta Nacional sobre Envejecimiento y Calidad de Vida*.

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Proyecciones de población y esperanza de vida en Uruguay*. <https://www.ine.gub.uy/proyecciones-poblacion>

Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores). (2016). *Informe anual 2016*. Ministerio de Desarrollo Social.

Krmpotic, S. (2008). *Representaciones sociales del envejecimiento y de las personas mayores en profesionales de la salud*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, UBA.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2020). *Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2020–2025*. MIDES.

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud*.

Lineamientos estratégicos para su implementación. MSP.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/modelo-atencion-integral-salud-lineamientos-estrategicos-para-suimplementación.+Montevideo%3A+MSP.+https%3A%2F%2Fwww.gub.uy%2Fministerio-salud-publica%2Fcomunicacion%2Fpublicaciones%2Fmodelo-atencion-integral-salud-lineamientos-estrategicos-para-su&cvid=ae915dc68a2d411d97eef93a96adee78&gs_lcrp=EgRIZGdlKgYIABBFgdKyBggAEEUYOdIBBzU3NWowajGoAgCwAgA&FORM=ANNTA1&PC=ASTS

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)*:

Informe de gestión 2015-2016. Ministerio de Salud Pública.

Mira, J. (1961). *Psicología de la vejez*. Morata.

Montenegro, M. (2009). *Subjetividad, poder y discursos científicos*. Morata.

- Moro Abadía, O. (2003). *El concepto de dispositivo en Foucault*. Revista de Filosofía, 18(2), 23-37.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=3459>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Envejecimiento y salud: definiciones y conceptos clave*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Paredes, M., Ciarniello, M., & Brunet, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Lucida Ediciones. [NIEVE_VFINAL.indd](#)
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex* (G. V. Anrep, Trans.). Oxford University Press.
- Pavlovsky, E., & De Brasi, L. (2000). *Lo grupal: Devenires, historias*. Editorial Nueva Visión.
- Pérez Fernández, R. (2006). *La construcción psicosocial de la vejez*. En F. Berriel, C. Paredes & R. Pérez (Eds.), *Reproducción biológica y social de la población uruguaya* (pp. 75-90). Universidad de la República.
- Pérez Fernández, R. (2011). *La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores*. En F. Quintanar

(Coord.), *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (1ra. Edición) (Cap. 13, pp. 279–299). Pax.

Pérez Fernandez, R. (2018) "*El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay*". *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. [en línea] 2018, v. 8, n. 2, pp. 139-169. <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v8.n2.8>

Pichon-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal*. Nueva Visión.

Piña, M., & Gómez, M. (2019). Gerontología rupturista: epistemología crítica y envejecimiento. *Revista de Ciencias Sociales*.

Programa Apex. (2015). *Historia y presente del Programa Apex*. Universidad de la República. <https://apex.edu.uy/el-programa/historia>

Quiroga-Méndez, M. P. (2020). El apego en la vejez, una dimensión a tener en cuenta. *Acción Psicológica*, 17(2), 13–24. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.17.2.29838>

Rodríguez Irizarry, W., et al. (2024). Diagnóstico diferencial en el envejecimiento: depresión y demencia. *Revista de Psicogeriatría*, 12(1), 45-60.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Houghton Mifflin.

Salvarezza, L. (1988-1993). *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Paidós.

Salvarezza, L. (2000). *La vejez: una mirada gerontológica* (3º ed., p. 45). Editorial Paidós.

Salvarezza, L. (2004). *Psicogerontología: Fundamentos y aplicaciones*. Lugar Editorial.

- Salvarezza, L. (2007). *Psicogerontología. Envejecimiento y salud mental*. Paidós.
- SOM Seniors. (2022, agosto 11). *Curiosidad sobre la visión de Robert Butler*. SOM Seniors.
https://www.somseniors.com/web_es/2022/08/11/curiosidad-sobre-la-vision-de-robert-butler/
- Tamayo, M. (2018). *La Reforma Universitaria de 1918 y la extensión universitaria en América Latina*. *Educación y Sociedad*, 39(141), 15-30.
- Triadó, C., & Villar, F. (2006). *Calidad de vida y envejecimiento activo*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(5), 267-276.
- Uruguay. (2007, diciembre 5). Ley N.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. *Diario Oficial*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay (2013, noviembre 11). Ley N.º 19.140: Alimentación saludable en los centros de enseñanza. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19140-2013>
- World Health Organization (OMS, 2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- World Population Prospect 2022: *Release note about major differences in total population estimates for mid-2021 between 2019 and 2022 revisions*. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. [WPP2022_Release-Note-rev1.pdf](#)
- Yela, M. (1990). *El duelo y su elaboración en la vejez*. *Revista de Psicología Clínica*, 7(2), 123-135.

Zarebski, G. (2007). La psicogerontología hoy. En *Envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Psicolibros Universitario.