



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

**Personas mayores y salud mental:
la escucha activa como necesidad**

Noelia Catalina Reimundo Tejera
Tutora: María José Beltrán Pigni

Montevideo, Uruguay
2025

Resumen

El siguiente trabajo se realiza en el marco de la monografía final de grado, de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. En este trabajo se busca exponer desde la mirada de los profesionales y de las personas mayores de Montevideo, cómo la escucha activa es una de las principales necesidades relacionadas a salud mental. De lo anterior, se desprende como objetivo general: Indagar y evidenciar cuáles son las principales necesidades de salud mental de las personas mayores, así como también las diferentes estrategias de abordaje implementadas a través de las políticas sociales de la Intendencia de Montevideo. Para lograr dicho objetivo general, metodológicamente, se desarrolló de un grupo de discusión donde participaron representantes de los municipios correspondientes al Consejo Asesor de Personas Mayores de Montevideo. Por otro lado, se realizaron entrevistas semi-estructuradas realizadas a técnicas vinculadas a la temática de salud mental y personas mayores, específicamente de la capital. Estas instancias posibilitaron comprender significados y relaciones respecto a los temas de salud mental, personas mayores y escucha activa. Es posible concluir que el duelo, la soledad no deseada y el aislamiento son los principales temas relacionados al envejecimiento que más impactan en la salud mental de las personas mayores. Como consecuencia de lo anterior, se plantea que las necesidades en salud mental de las personas mayores están relacionadas a la importancia de contar con espacios colectivos que posibiliten compartir experiencias, en un entorno de respeto y confianza, es decir, entornos donde se favorezca la escucha activa. De esta forma, este tipo de abordaje comunitario, posibilita la deconstrucción de los imaginarios colectivos negativos que existen en torno a la vejez. También permiten comprender que la salud mental no debe ser limitada al orden individual, ni que se debe responsabilizar únicamente a las personas de manera aislada, sino que la salud mental debe construirse en comunidad.

Palabras clave: Salud mental; Personas mayores; Escucha activa; Derechos humanos.

Agradecimientos

En primera instancia, agradezco profundamente a todo el equipo de la Secretaría de las Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo y al Servicio de Atención a situaciones de violencia, abuso y maltrato a las personas mayores, quienes me brindaron posibilidades de crecimiento profesional y personal. Al Consejo Asesor de Personas Mayores de Montevideo, quienes me dieron la oportunidad de compartir sus experiencias y conocimientos. A Sara y Natalia, quienes con su experiencia supieron iluminarme en la última etapa de este trabajo. A Majo, por acompañarme desde finales de la pandemia en este camino con altos y bajos, pero a toda marcha. A mis actuales “compañeras pasantes”, Abi y Viki por el aguante, y a Ceci y Mayte por estar desde los inicios. A Fabi, por siempre escucharme. A mi compañera, ya amiga, Vale, quien me ayudó a confiar más en mí. A mi mejor amiga Nati, por estar siempre incondicional. A mi pareja y compañero de vida, Mathias, gracias por incentivar me cuando me costaba escribir y por esas cenas para estirar las noches al escribir estas páginas. A mi familia, a mi papá y a Brisita por darme el amor para lograrlo todo. Pero fundamentalmente a mi madre, quien me brindó su apoyo infinitamente incondicional durante toda mi vida, gracias ma, gracias por confiar siempre en mí y ser mi guía, todos mis logros te los dedico a vos, no encuentro las palabras para describir mi agradecimiento.

*“No es un juego, ni estoy loco
Solo es mi intención llamar la atención
Y que alguien llegue y me pregunte
¿Por qué estoy como estoy y qué me pasa hoy?
¿Y qué me pasa hoy? ¿Qué me pasa hoy?”*

El Cuarteto de Nos (2022). El cinturón gris. En Lámina Once.

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| Objetivos..... | 1 |
| Justificación..... | 2 |
| Estrategia teórico-metodológica..... | 4 |
| Organización del documento..... | 6 |
| Capítulo 1: El concepto de Persona Mayor: un entramado de significados | 7 |
| 1.1 El envejecimiento como proceso de “devenir”..... | 7 |
| 1.2 La Vejez: una construcción socio-cultural condicionada por el contexto | 9 |
| 1.3 Paradigma del Curso de vida: la vida como movimiento en el tiempo..... | 10 |
| Capítulo 2: Salud mental en las personas mayores: un recorrido hacia una perspectiva de derechos | 14 |
| 2.1 Sobre el concepto de salud mental..... | 14 |
| 2.2 Breve recorrido histórico de la atención en salud mental en Uruguay | 16 |
| 2.3 Temas relacionados al envejecimiento de las personas mayores que impactan en la salud mental..... | 19 |
| 2.3.1 La relación entre las personas mayores y su cuerpo..... | 20 |
| 2.3.2 Sexualidad en la vejez..... | 20 |
| 2.3.3 Pérdidas y duelos en las vejeces..... | 21 |
| 2.3.4 Soledad y aislamiento..... | 23 |
| 2.3.5 Sobrecarga en cuidadoras/es de personas mayores..... | 23 |
| 2.3.6 Violencia hacia las personas mayores..... | 24 |
| 2.4 Padecimientos psíquicos frecuentes en las personas mayores..... | 26 |
| 2.4.1 Consumo problemático de alcohol y tabaquismo..... | 28 |
| 2.4.2 Trastornos del sueño..... | 29 |
| 2.4.3 Trastornos en el estado de ánimo, depresión y ansiedad..... | 29 |
| 2.4.4 Trastorno Neurocognitivo Mayor o Demencia..... | 31 |
| Capítulo 3: Envejecer en nuestra capital: características de las personas mayores y los programas destinados a estas | 33 |
| 3.1 Características socio-demográficas de las personas mayores de Montevideo..... | 33 |
| 3.2 Programas y servicios relacionados a personas mayores en Montevideo..... | 35 |
| Capítulo 4: Diálogos con la realidad de las personas mayores: ¿es la escucha activa una de las principales necesidades relacionadas a salud mental de las personas mayores de Montevideo | 41 |
| 4.1 La escucha activa como acto comunicativo..... | 41 |
| 4.2 La entrevista a informantes calificados: una puerta a la mirada técnica sobre salud mental y personas mayores de Montevideo..... | 42 |
| 4.3 El grupo de discusión como herramienta de construcción colectiva..... | 48 |
| Reflexiones finales | 53 |
| Referencias bibliográficas | 56 |
| Apendice A | 63 |
| Apendice B | 64 |

Introducción

El presente trabajo tiene como fin exponer un proceso de indagación titulado: “Personas Mayores y Salud Mental: La escucha activa cómo necesidad”. El mencionado trabajo conforma la monografía final de grado, siendo este un requisito fundamental para culminar la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Apelando a los planteos de Batthyány y Cabrera (2011), para iniciar un proceso de investigación social es necesario

traducir en un problema de investigación las preguntas y preocupaciones que se tienen acerca de la realidad, y sobre las cuales se pretende realizar una indagatoria científica. Este proceso comienza por identificar un tema de investigación que se corresponda con las preocupaciones mencionadas, delimitarlo sobre preguntas iniciales y finalmente formular el problema de investigación. (p.19)

Considerando lo anterior, el siguiente trabajo pretende formularse desde un proceso de investigación, acotado y acumulativo. Al mismo tiempo, parte del supuesto de que, desde la mirada de los profesionales y de las personas mayores de Montevideo, la escucha activa es una de las principales necesidades relacionadas a salud mental.

De esta manera, las preguntas iniciales que motivaron este trabajo fueron las siguientes:

- ¿Cuáles son los principales temas relacionados al envejecimiento que impactan en la salud mental de las personas mayores?
- ¿Cómo es envejecer en la capital de nuestro país?
- ¿Existen políticas públicas específicamente relacionadas a personas mayores y salud mental en Montevideo?

Objetivos

De esta forma, se desprende como objetivo general:

Indagar y evidenciar cuáles son las principales necesidades de salud mental de las personas mayores, así como también las diferentes estrategias de abordaje de dicha temática,

implementadas a través de las políticas sociales del departamento de Montevideo.

De lo anterior, podemos determinar como objetivos específicos de dicha investigación:

- Conocer cuáles son los principales temas relacionados al envejecimiento que impactan en la salud mental de las personas mayores.
- Indagar y evidenciar si la escucha activa es una necesidad de las personas mayores, relacionada a salud mental.
- Explorar cuáles son las principales estrategias y programas a nivel departamental que intentan brindar una atención relacionada al área de salud mental de las personas mayores.

Justificación:

El interés por desdoblar la temática de salud mental y personas mayores surge a raíz de diversos procesos que se dieron en el marco de la experiencia como pasante de la Intendencia de Montevideo (de ahora en más, IM), específicamente en la Secretaría de las Personas Mayores; práctica que transcurre desde agosto de 2023 hasta la actualidad. Dicha Secretaría, que depende del Departamento de Políticas Sociales de la IM, busca promover los procesos de socialización, mediante la recreación, formación e involucramiento en los procesos de toma de decisiones, de las personas mayores de la capital. Como resultado de sus programas, a diario, se realizan acciones de promoción de los derechos de las personas mayores basados en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley n° 19.430), así como también se sientan las bases para los procesos de co-participación social.

Formar parte de un equipo que apela a seguir los principios mencionados anteriormente, permite a diario vislumbrar en los discursos de las personas mayores, diversas demandas y/o necesidades insatisfechas, entre ellas, la necesidad de espacios de escucha activa relacionados a salud mental. A partir de diversas formas de intervención desde el Trabajo Social, ya sean grupales o individuales, los usuarios comunican a diario un tema central: la soledad y la falta de escucha. Aunque la salud mental es un tema que trasciende generaciones,

las condiciones biográficas al llegar a mayores, comportan además, factores de riesgo añadido: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la mayor incidencia de enfermedades crónicas, los cambios en el poder adquisitivo, la soledad, el estigma social y las limitaciones en la autonomía, entre otros. (Lang, et.al, 2010, p.1)

Cómo resultado de lo anterior, las demandas relacionadas a salud mental se encuentran necesariamente determinadas por las condiciones que comprenden el proceso de envejecimiento y las mismas deben ser consideradas para efectuar intervenciones acordes a la población con la que se trabaja. Paralelamente, uno de los principales hechos que condicionan al proceso de envejecimiento es la desvinculación del mercado laboral formal. Este hito en las trayectorias de vida de las personas genera en muchos casos, la percepción de estar “por fuera” del sistema, ya sea por la pérdida de vínculos establecidos en el ámbito laboral o por la sensación de “improductividad”, lo que puede resultar en un sentimiento de aislamiento y soledad. Considerando los planteos de Bihr (2009), podríamos estimar que esto se debe en gran parte a que todos los aspectos de la vida de las personas, incluyendo a las personas mayores, tienden a sufrir una apropiación capitalista de la praxis social, en otras palabras, la mayoría de los aspectos de sus vidas cotidianas se ven atravesados por los imperativos de la reproducción del capital.

Basándonos en lo planteado anteriormente y cómo resultado de las demandas instauradas hacia el Trabajo Social que surgen a partir de la experiencia como pasante de la IM, se da el interés por profundizar en la temática mediante dicho trabajo monográfico.

Lo anterior también se ve influenciado por la participación de diversas organizaciones que instauran la temática “en agenda”; por ejemplo, en el marco del Día Internacional de las Personas Mayores, el pasado 9 de octubre de 2024, el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDHH) junto con la Unidad de Personas Mayores y el Grupo de Trabajo de organizaciones de la Sociedad Civil, realizaron una jornada en donde se presentó el “Informe por los derechos de las personas mayores”. En dicho documento, se destaca la importancia de “abordar la salud mental, con campañas de prevención de suicidio, y abordaje del trastorno depresivo con equipos interdisciplinarios. Ampliar las prestaciones en el PIAS¹, sobre salud mental en las personas mayores.” (p.4) De esta manera, la temática pone en tensión distintos campos y no deja de adquirir un emplazamiento a nivel departamental y nacional.

Aunque a lo largo de los años los planteos de diferentes organizaciones sociales y gubernamentales relacionados a salud mental y personas mayores han resultado en la concreción, por ejemplo, de la ratificación por parte de Uruguay en el año 2016, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (siendo el segundo

¹ Plan Integral de Atención en Salud del Ministerio de Salud.

de América en adoptar dicho instrumento) con la intención de ampliar las políticas públicas dirigidas a este segmento de la sociedad, en los últimos años, y más aún, luego de la pandemia por COVID-19, donde se evidenció un aumento notorio de las demandas relacionadas a salud mental. Tal es así que,

la depresión es la enfermedad mental más frecuente en las personas mayores y una de las cinco primeras causas de discapacidad y dependencia, con un importante impacto en la calidad de vida. Es un problema mayor de salud pública y el suicidio en este grupo etario tiene la tasa más elevada en nuestro medio (Riverón, et al.,2022, p.1)

Considerando todo lo anterior, es de relevancia social aportar una mirada más desde el Trabajo Social para cooperar en la validación y promoción de los derechos de las personas mayores, relacionados a salud mental.

Estrategia teórico-metodológica

Esta monografía se basa en la implementación de una metodología principalmente de corte cualitativa², sustentada en fuentes primarias³ (entrevistas y grupo de discusión), así como secundarias⁴ (búsqueda bibliográfica y documental).

Aunque, apelando a los planteos de Tarrés (2013), la realidad social no puede ser dualizada como cuantitativa o cualitativa, la metodología que se implementará en esta investigación sería la más indicada ya que posibilita comprender los significados, permitiendo así, definir las relaciones y significados que convergen en el objeto de estudio. Al mismo tiempo, la investigación cualitativa permitirá recoger datos en el contexto natural en donde se experimenta el fenómeno aquí estudiado, así como implementar una perspectiva interpretativa coherente con las propias experiencias del investigador y de los participantes de la investigación, así como dar una importante focalización a los significados que los participantes otorgan al

² “Procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico.” (Krause, 1995, p.4)

³ “Cualquier tipo de indagación en la que el investigador analiza la información que él mismo obtiene, mediante la aplicación de una o varias técnicas de obtención de datos”(Citado en Batthyány y Cabrera, 2011, p.85)

⁴ “La investigación secundaria se limita al análisis de datos recabados por otros investigadores, con anterioridad al momento de la investigación (Citado en Batthyány y Cabrera, 2011, p.85)

fenómeno en cuestión, o sea, las necesidades de las personas mayores relacionadas a salud mental.

Para esto, se implementará en primera instancia entrevistas, entendiendo a éstas como

una conversación: a) provocada por el entrevistador; b) realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; c) en un número considerable; d) que tiene una finalidad de tipo cognitivo; e) guiada por el entrevistador; y f) con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado (Citado en Batthyány y Cabrera, 2011, p.89)

Al mismo tiempo, parafraseando al autor, las entrevistas pueden ser clasificadas teniendo en cuenta el grado de libertad o restricción que es concebido al entrevistador y entrevistado. Así, podemos identificar entrevistas estructuradas, donde se realizan las mismas preguntas a todos los participantes entrevistados; semi-estructurada, donde el entrevistador tiene un punteo de temas a tratar en el desarrollo de la entrevista; y la entrevista no estructurada, donde solo se plantean los temas a trabajar pero no se determinan preguntas.

Considerando lo anterior, este trabajo buscará llevar a cabo dos entrevistas semi-estructuradas a informantes calificados, cómo lo es una de las técnicas del área social de la Secretaría de las Personas Mayores, así como a la psicóloga del equipo técnico del Servicio de Atención a situaciones de violencia, abuso y maltrato a las personas mayores de la Intendencia de Montevideo.

Al mismo tiempo, otra de las metodologías a implementar en este trabajo es el denominado grupo de discusión, ya que, apelando a los planteos de Batthyány y Cabrera (2011), esta técnica que trabaja con el habla, permite conocer “discursos particulares y controlados que remiten a otros discursos generales y sociales.”(p.92) De esta manera, posibilitará identificar los sistemas de representaciones sociales que tienen las/os participantes respecto a un tema, en este caso, salud mental y personas mayores. De igual manera, también permitirá comprender, de manera interactiva, los significados que el grupo atribuye a las nociones de persona mayor, salud mental, escucha activa y la convergencia de estos temas. Desde la perspectiva de Alonso (1996), esta técnica social visualizada como proyecto de conversación socializada nos posibilitará generar una situación de comunicación grupal que servirá

para la captación y análisis de los discursos ideológicos y las representaciones simbólicas que se asocian a cualquier fenómeno social [...] el grupo de discusión es fundamentalmente un dispositivo que se establece sobre la base de la identidad social y sus representaciones, siendo estas representaciones sociales las formas de conocimiento colectivamente elaboradas y compartidas. (Arboleda, 2008, p.71)

Esta técnica de corte cualitativo tendrá como participantes a integrantes del Consejo Asesor de Personas Mayores de Montevideo, quienes se configuran como representantes de las personas mayores de los municipios de la capital.

Organización del documento

El documento aquí desarrollado consta de cuatro capítulos.

En primer lugar, se abordará el concepto de Persona Mayor y los temas relacionados a este: envejecimiento, vejez y curso de vida.

En segundo lugar, se efectuará un convergencia entre salud mental y personas mayores, iniciando con un diálogo sobre diversos conceptos de lo que entendemos por salud mental, luego, transitando por un breve recorrido histórico sobre la atención en salud mental en Uruguay, para luego culminar este capítulo con los temas relacionados al envejecimiento que impactan en la salud mental y los padecimientos psíquicos más frecuentes en las personas mayores.

En tercer instancia, se apelará a describir brevemente cómo es envejecer en Montevideo, mediante la descripción sociodemográfica de las personas mayores de la capital y el planteo de los programas y servicios destinados a las mismas.

En cuarto lugar, se procurará poner en diálogo la realidad de las personas mayores, mediante el planteo de lo que se entiende por escucha activa, así como también, el análisis de los resultados de las entrevistas realizadas a informantes calificados y el grupo de discusión con personas mayores de Montevideo.

El documento culminará con unas breves consideraciones que se desprenden del proceso del presente trabajo, así como con una serie de reflexiones personales desde el rol del Trabajo Social.

Capítulo 1

El concepto de Persona Mayor: un entramado de significados

A lo largo de la historia de la humanidad, el concepto de lo que se entiende por persona mayor ha variado notoriamente. Muchas veces ha sido difícil coincidir sobre lo que creemos que son las personas mayores y se han creado en torno a este concepto, diversos estereotipos que permanecen hasta la actualidad. Cuando hablamos de viejas/os, ¿solo pensamos en la “abuela/o” de pelo blanco, lentes y bastón que cuida a sus nietos o reside en un ELEPEM⁵, o existen otras realidades?

Frente a esto, en el presente capítulo se pretende plantear qué se entiende por persona mayor, y como este constructo se ve atravesado por los conceptos de vejez y envejecimiento desde una perspectiva de curso de vida.

El 24 de agosto de 2016, nuestro país ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, siendo el segundo país de América Latina en emplear este instrumento vinculante de derechos humanos, lo que significó un cambio de paradigma que plantea a la persona mayor como sujeto pleno de derecho.

Dicha herramienta jurídica y política define, en el artículo n°2 a la persona mayor como, “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años.” (Ley n°19.430, 2016, artículo 2).

Considerando lo anterior, aunque nuestro país haya ratificado esta convención y a nivel Estatal se considera a persona mayor aquella que tenga 65+, y a nivel departamental, específicamente la Intendencia de Montevideo, considera a las personas mayores aquellas con 60+ de edad.

Lo precedente es una mirada desde una concepción “cronológica”, pero es necesario afirmar que el concepto de persona mayor, desde una perspectiva de derechos humanos se ve atravesado por las nociones de vejez, envejecimiento y ciclo de vida.

1.1 El envejecimiento como proceso de “devenir”

A fines del siglo XIX, una de las características demográficas de los países considerados “desarrollados” era su alto índice de envejecimiento, siendo este el “porcentaje que representa la

⁵ Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores

población mayor de 64 años respecto a la población con menos de 15 años” (Ministerio de Desarrollo Social, 2025). Actualmente, esto se ha extendido a diferentes naciones, siendo Uruguay, una de ellas. La expectativa de vida ha aumentado notoriamente a causa de varios motivos, pero principalmente a los avances en la medicina y las políticas públicas destinadas a la mejor calidad de vida de la población. De esta manera, y apelando a los planteos de Sande (2015), el proceso de envejecimiento demográfico se ha vuelto un fenómeno positivo generado por los avances socio-técnicos que desencadenaron en un aumento de la expectativa de vida. Por este motivo, el concepto de envejecimiento ha cobrado relevancia en los últimos años y se postula como una “emergencia silenciosa”, como uno de los grandes desafíos del siglo XXI que ha transformado al entramado social.

No existe una única definición de lo que se entiende por envejecimiento, pero sí se puede denotar un predominio de una mirada más “biológica” y otra con parámetros más sociales.

Desde la primera perspectiva mencionada anteriormente, el envejecimiento consiste en una combinación de procesos de deterioros “moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa.” (Organización Mundial de la Salud, 2024)

Para la biogerontología, especialmente desde la teoría del Límite de Hayflick (1961), el envejecimiento “es un proceso estocástico que ocurre después de alcanzar la madurez reproductiva y que deriva de un progresivo incremento en el desorden molecular; tal desorden molecular progresivo incrementa la vulnerabilidad de los hombres y los animales a la enfermedad, la predación o los accidentes.” (Badillo, 2015)

Apelando a los planteos de Pugliese (2014), también con una mirada de corte “biologista”, podemos hablar de una dimensión “micro” del concepto de envejecimiento, denominado envejecimiento individual, el cual “se trata de un proceso que se da en todo el ciclo vital de las personas, donde las experiencias de una etapa condicionan en cierta medida a la etapa siguiente.” (p.69)

Las anteriores concepciones son algunas de las visiones dominantes referentes al envejecimiento, las cuales, según Agostino (2023),

rara vez reconocen la multiplicidad de formas de envejecer, siendo éste un proceso que dura toda la vida y que es biológico, socialmente construido, cultural, situacional y está influido por las diversas características que -desde un enfoque interseccional- desempeñan un papel en la vida de cada persona en particular. No es, por tanto, una situación en la que una se encuentra, sino un proceso de “devenir” condicionado por las circunstancias físicas y del entorno, dentro de un sinfín de múltiples relaciones en las que interviene la agencia de cada persona.”(p.10)

De esta manera, y recorriendo las diversas miradas sobre el concepto de envejecimiento planteadas anteriormente, podemos concluir que el envejecimiento “se define como un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que ocurre a través del tiempo.” (Sánchez, 2000, p.33)

1.2 La Vejez: una construcción socio-cultural condicionada por el contexto

Como mencionamos anteriormente, otros de los fundamentos relacionados al concepto de persona mayor, es la noción de vejez.

Algunas corrientes definen a la vejez como un estado que se logra a cierta edad y en la cual se cumple con determinados parámetros definidos social y culturalmente. De esta manera, es difícil determinar una edad cronológica puntual para definir la vejez, ya que este concepto presenta, según Filardo y Muñoz (2002), mínimamente, tres dimensiones:

- La edad biológica: Incluye feno y genotipo: factores ambientales y rasgos genéticos.
- La edad subjetiva: Refiere a la autoimagen, la identidad de un sujeto y la estrategias simbólicas que él mismo instrumenta.
- La edad social: Refiere a las normas de comportamiento que un sujeto asume en un determinado campo, su posición y sus roles, así como las estrategias que emplea para regularlos.

Dichas dimensiones varían y no necesariamente coinciden en cada persona. Como consecuencia, es complejo delimitar el concepto de vejez.

Continuando con los planteos relacionados a la noción de vejez, Lorda y Sánchez (1993), afirman que cuando se intenta definir la categoría “vejez”, esta se ve notoriamente influenciada por diversas creencias y estereotipos construidos socialmente, que en muchas ocasiones son

falacias basadas en prejuicios de connotación negativa que relacionan a la vejez solo con la idea de enfermedad, improductividad o incapacidad. Estas nociones desencadenan en muchos casos, en la consolidación de “estereotipos” que condicionan lo que la sociedad entiende por vejez. Como resultado, se ha generado lo que Ludi (2005) plantea como una cristalización de la idea de viejo como algo “pasivo, dependiente, enfermo; de allí que el “llegar a viejo” sea visto como algo feo, doloroso, desolador; de allí la discriminación, los prejuicios.”(p.30)

Lo anterior deja entrever que la vejez es “una construcción socio-cultural, sobredeterminada por dimensiones contextuales socio-económico-político-culturales que atraviesan la vida cotidiana.” (Ludi, 2005, p.32)

También, parafraseando los planteos de Mauros (2015), el concepto de vejez puede ser abordado desde dos puntos de vista. En primera instancia, podemos entenderlo como concepto en sí mismo, construido socialmente, con representaciones, manifestaciones e institucionalizado a nivel social. También, en segunda instancia, podemos vislumbrarlo como “concepto para sí, desde la condición humana, expresada como un proceso dado en un momento socio-histórico determinado y que responde a cada persona en particular, a partir de las singularidades.” (Mauros, 2015, p.13)

En síntesis, podemos afirmar que la vejez es una construcción socio-cultural y el envejecimiento es un proceso, pero ambos conceptos son necesariamente multidimensionales, determinados individualmente y socialmente, que varían en cada contexto socio-histórico y por ende, no escapan de la cuestión social ni de los diferentes mecanismos de protección social que se han establecido a lo largo de la historia. De esta manera, comprender ambos conceptos de esta manera posibilita, como se mencionó anteriormente, un vaivén entre la realidad singular de cada persona, y la realidad universal, en fin, una dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo.

1.3 Paradigma del Curso de vida: la vida como movimiento en el tiempo

Anteriormente abordamos los conceptos de envejecimiento y vejez, entendiendo que el primero corresponde a un proceso en el cual se dan ciertos cambios físicos y mentales, mientras que el segundo corresponde más a un “estado”, un momento en lo que se conoce como “Curso de Vida”.

La noción anteriormente mencionada es considerada como una orientación teórico-metodológica que “investiga fundamentalmente cómo los eventos históricos y los

cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y los agregados poblacionales –cohortes o generaciones–.” (Blanco, 2011, p.5)

Apelando a los planteos de Segovia (2023) el paradigma del curso de vida inició en la sociología norteamericana, principalmente en 1970, cuando fue postulado como un enfoque interdisciplinario que mediante sus planteos “toma como unidad de análisis el curso de vida de un individuo para observar las secuencias de eventos y roles sociales atravesados por la edad.” (p.147) Así, la “variable tiempo” cumple un rol trascendental que posibilita concebir los procesos vitales insertos en la estructura socio-histórica.

Glenn (2006) afirma que en las décadas de los años 80-90 del siglo XX, se dió un notorio aumento de estudios sociológicos relacionados a la edad, específicamente los relacionados al envejecimiento

como proceso, donde “irse poniendo viejo” no es un asunto de edad o de la tercera edad, sino un transcurrir que involucra toda una vida, es decir, una trayectoria que se debe analizar en conjunto con los cambios de la macroestructura social y que necesariamente debe abordarse desde una perspectiva interdisciplinaria. (Citado en Segovia, 2023, p.148)

El paradigma del curso de vida se basa principalmente en cinco principios, los cuales se materializan a través de tres conceptos (trayectoria, transición y punto de inflexión o turning point).

- Principio de desarrollo a lo largo del tiempo: Este principio apela a la necesidad de analizar e investigar desde una perspectiva a largo plazo, porque entiende que la vida humana es un proceso desde el nacimiento a la muerte, y que, desde los planteos de Elder y Kirkpatrick (2002), es necesario para comprender una etapa específica de la vida, conocer lo que le precedió. También, implementar una perspectiva a largo plazo permite vislumbrar la conexión entre lo que se entiende por tiempo de vida y tiempo histórico social. Así, este principio se relaciona con el paradigma del curso de vida porque se entiende que “estudiando las vidas a lo largo de períodos sustanciales de tiempo incrementamos el potencial del interjuego entre cambio social y desarrollo individual.” (Citado en Blanco, 2011, p.14).
- Principio de tiempo y lugar: Este principio apela a la relevancia de lo contextual, ya que, apelando a los planteos de Blanco (2011), el curso de vida de las personas necesariamente se encuentra inserto en un momento histórico y es forjado por los lugares que cada persona

transita; en otras palabras, las personas y los grupos humanos (ejemplo: generaciones), son notoriamente influenciados por su contexto socio-histórico-espacial, dejando entrever una relación entre persona y sociedad.

- Principio de tiempo: Este principio se refiere directamente al momento en el cual surge algún evento de relevancia en el trayecto de vida de la persona. Así, “un mismo acontecimiento (por ejemplo, la muerte de los padres) repercutirá de manera muy diferente en la vida de un individuo dependiendo de la edad (y de las circunstancias) que tenga al ocurrir dicho suceso.” (Blanco, 2011, p.14) En otras palabras, las consecuencias de un momento de transición en la vida de una persona depende necesariamente de en qué momento de su curso de vida ocurrió.
- Principio de vidas interconectadas: Este principio afirma que el desarrollo de la vida humana se da de modo interdependientes, en otras palabras, los procesos personales influyen en los procesos de otras personas. Como resultado, “las vidas humanas siempre se viven en interdependencia, o sea, en redes de relaciones compartidas, y que es precisamente en estas redes donde se expresan las influencias histórico-sociales.” (Citado en Blanco, 2011, p.15)
- Principio de libre albedrío: Este principio plantea que las personas no son seres pasivos dentro del entramado socio-histórico, sino que, frente a ciertos hechos, las personas toman decisiones que condicionan y construyen su curso de vida. Esto no quita que el libre albedrío no se encuentre influenciado por las condiciones históricas y sociales.

Los supuestos del enfoque de curso de vida expuestos precedentemente guían las investigaciones que toman este paradigma como referencia, y se operacionalizan a través de tres conceptos fundamentales: trayectoria, transición y puntos de bifurcación.

- El concepto de trayectoria, parafraseando a Elder (1993), alude a un camino a lo largo de la vida, el cual puede cambiar de dirección, grado y proporción, por lo tanto, no se puede comprender a la misma como una secuencia preestablecida en la vida de las personas, sino que es menester visualizarla de un modo más dinámico, con interconexiones con las trayectorias de otras personas. “En la conformación del curso de vida intervienen múltiples trayectorias que se relacionan con diferentes dimensiones (trabajo, escuela, relaciones de pareja, migración, etc.), las cuales se articulan en la trayectoria vital del sujeto.” (Citado en Segovia, 2023, p.151)
- El concepto de transición se encuentra relacionado a momentos específicos del transcurso de la vida, donde surge un cambio de estado, posición o situación. Estos cambios no tienden a

estar predeterminados pero, apelando a los planteos de Blanco y Pacheco (2003), a veces se dan ciertas regularidades condicionadas, en su mayoría por la edad (por ejemplo: el retiro del mercado laboral). Así, con las transiciones, las personas tienden a asumir nuevos roles que condicionan también nuevos derechos y obligaciones dentro del entramado social.

- El tercer concepto es el denominado puntos de bifurcación, o turning point, el cual refiere a eventos de gran magnitud que modifican y cambian la dirección del curso de vida de la persona. De esta manera, los puntos de bifurcación se diferencian de las trayectorias y las transiciones porque estos tienden a presentar una probabilidad de aparición en el curso de vida de las personas, pero los *turning points* tienden a ser de un carácter más imprevisto, generando grandes cambios cualitativos a largo plazo en el curso de vida de la persona.

Los anteriores conceptos desarrollados son, según Blanco (2011), herramientas analíticas centrales para comprender el paradigma de curso de vida, ya que, “reflejan la naturaleza temporal de las vidas y captan la idea del movimiento a lo largo de los tiempos históricos y biográficos” (Citado en Blanco, 2011, 13).

Este capítulo tuvo como objetivo desarrollar varios de los conceptos claves para la comprensión y desarrollo del actual trabajo monográfico. Inició con la concepción de lo que se entiende por persona mayor, profundizando por las nociones de envejecimiento y vejez, culminado con un paradigma que permite vislumbrar el transcurso de vida de las personas como un proceso individual y colectivo, dentro del entramado socio-histórico. Así, podemos aseverar que, como se afirmó anteriormente, el ser humano es universal y particular a la vez, y su curso de vida está condicionado por factores estructurales universales e individuales de su propio ser que dejan entrever que el envejecimiento, como proceso, da espacio a lo contingente, al cambio.

Capítulo 2

Salud mental en las personas mayores: un recorrido hacia una perspectiva de derechos

2.1 Sobre el concepto de salud mental

Definir lo que se entiende por salud mental no es una tarea simple, su conceptualización ha variado a lo largo de la historia, influenciada por paradigmas dominantes de cada momento socio-histórico. Al ser un tema complejo, polisémico e influenciado por diversos actores sociales (profesionales de la salud, Trabajo Social, sociedad civil, usuarios del sistema, entre otros), su definición se ve condicionada dependiendo desde dónde nos posicionamos. De igual manera, no podemos dejar de afirmar que el concepto de salud mental, al igual que las nociones de vejez (como etapa) y envejecimiento (como proceso) desarrolladas anteriormente, se construyen socialmente por los agentes implicados en los procesos de socialización, los cuales determinan cómo se abordan colectivamente los temas relacionados a ella.

Considerando lo anterior y apelando a los planteos de Silva (2020), podemos afirmar que a la noción de salud mental se le disponen diversos significados a veces contradictorios entre sí mismos. Como consecuencia, los contratiempos a los que nos enfrentamos al tratar de definir este concepto se debe a que se requiere:

ubicar dimensiones de la vida poco materializables para la evidencia empírica por tratarse de un término denominativo de percepciones simbólicas, subjetivas, sobre el sentirse, el comportarse, el expresarse, y no necesariamente esto se reproduce en formas evidenciables que verifiquen tales percepciones. (Silva, 2020, p.104)

Tal complejidad no se ve reflejada en algunas de las definiciones oficiales de salud mental. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2022) define a la salud mental como:

un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para

tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

Podríamos inferir que la anterior definición de salud mental presenta dificultades, por ejemplo, al tratar de encasillar a la salud mental solo en un “estado de bienestar” que permita desarrollar habilidades para, por ejemplo, trabajar adecuadamente; ¿Qué es trabajar adecuadamente? ¿Qué entendemos que es necesario para contribuir a la mejora de la comunidad? Lo anterior parece como si el “estado de bienestar” fuera plausible de ser medido y cualificado para todas las personas por igual, sin dar espacio a lo contingente.

Algo muy similar sucede con la definición de salud mental en la ley N°19.529, que en su artículo n°2 la plantea como un estado de bienestar que posibilita que la persona sea consciente de sus capacidades que le permiten afrontar las presiones de la vida cotidiana, trabajar y contribuir a la sociedad. Este estado de bienestar es resultado de un proceso condicionado por factores socioeconómicos, culturales, psicológicos, biológicos, etc. De esta forma, la salud mental se encuentra nuevamente encasillada en preconceptos que

remiten a la evaluación de la persona y su adecuación a un funcionamiento normal. Si bien esta norma reconoce que el estado de salud está determinado por componentes histórico-sociales, no los involucra en la determinación de la situación de salud mental o de alteración del estado de salud mental, sino que el énfasis está centrado en la capacidad de la persona para adecuarse al contexto. (Silva, 2020, p.49)

Considerando las complejidades para definir el concepto de salud mental, podemos apelar a los planteos de Techera, et.al (2013) quien cita a Baremlitt (1998) para vislumbrar lo significativo de comprender este concepto desde la noción de campo, siendo este un

lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente inter-recurrentes entre sí. Siempre pensamos que existe una determinación sociopolítica, económica, ideológica, es decir histórica en lo que llamamos campo de lo mental. (p.18)

De esta forma, la salud mental, desde una mirada bourdiana, es un campo pluralmente determinado e influenciado por factores socio-históricos, donde también se “expresa la tensión entre la posición dominante de la lógica de medicalización social y las lógicas subyacentes a la vida social, política, económica y cultural concreta. (Silva, 2020, p.7)

2.2 Breve recorrido histórico de la atención en salud mental en Uruguay

Anteriormente desarrollamos algunas nociones respecto a la salud mental. En el actual apartado se pretende efectuar un breve recorrido histórico sobre la atención en salud mental en nuestro país.

Según los planteos de Bentura (2011), los modelos de atención en la salud mental se han ido transformando en el último tiempo. En los siglos XIX y XX, la atención se centraba principalmente en el aislamiento de las personas catalogadas como “locas”⁶. Ya en 1959, se comienza a cuestionar dicha forma de atención, mediante el movimiento anti-psiquiatría que inició en Inglaterra impulsado por Laing y Cooper. Parafraseando los planteos de la autora, dicho movimiento comenzó a poner en duda la eficiencia del modelo manicomial y desde las formulaciones de Foucault (1977), se postulaba que “el poder médico estaba implicado en la verdad de lo que él afirmaba e inversamente del modo en que esta última podía ser fabricada y comprometida con su poder. (Citado en Bentura, 2011, p.43).

En esas décadas, este movimiento no infirió notoriamente en nuestro país pero, de manera tardía, se vió reflejada esa tendencia desinstitucionalizadora en la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental de 1986 y, más tarde, con la ratificación de la Declaración de Caracas en 1990. Gracias a estos hitos, Bentura (2011) afirma que la atención en salud mental de nuestro país, empieza a

procesar modificaciones en el modelo asilar de atención al enfermo mental dando lugar a concepciones y estrategias que procuran la integración de las personas que padecen

⁶ A finales del siglo XIX, se inaugura el primer hospital psiquiátrico del país: el Hospital Vilardebó. Luego, le precedieron las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi: que se consideraba ponían al país a la vanguardia en los tratamientos de las llamadas enfermedades mentales en América del Sur. Las Colonias, inspiradas en los modernos centros de internación de Europa y en particular de Alemania, prometían avances significativos con respecto a la forma de tratamientos administrados hasta el momento. (Techera, et.al, 2013, p.15)

“trastornos mentales” a la vida social junto con los “normales”. Se va dejando de lado la concepción de que el enfermo mental es alguien por quien no hay nada para hacer “solo esperar que mueran” (Ginés, 2003) a concepciones que refieren a la posibilidad de procesos de rehabilitación. (p.42)

Siguiendo con los planteos de Bentura (2011), en 1996 se empieza a implementar los cometidos del Plan de Salud Mental de 1986, generando entre las principales modificaciones, el cambio en la atención en el anteriormente mencionado Hospital Psiquiátrico Vilardebó, que pasó a atender también situaciones agudas de manera no asilar, se crearon los primeros Equipos Comunitarios de Salud Mental y Centros Diurnos de rehabilitación. También se comienzan a efectuar cambios en las

formas de clasificar los “trastornos” utilizándose manuales internacionales (DSM IV, CIE 10 y otros), que codifican de forma muy minuciosa y precisa mediante un listado de síntomas que si la persona tiene un número determinado de ellos entra dentro de la categoría propuesta. (Bentura, 2011, p.43)

Cómo resultado de estas nuevas formas de clasificación, Bentura (2011) postula que se generan también nuevas formas de relacionamiento entre el campo médico psiquiátrico y el paciente junto con su entorno, tomando categorías “sanitarias” para la autodefinition de lo que antes se presentaba como “loco/a”.

Los recortes económicos generados por las posturas neoliberales presentes en el gobierno de la época, desencadenaron en el cierre del Hospital Musto (1996). Este hecho generó, según los planteos de De León y Fernández (1996), una “desmanicomialización forzada”, resultando en una culminación del régimen de encierro que condenó a las personas a quedar sin atención y terminar, como plantea Baroni (2020), como en una “puerta giratoria”, donde

las personas que no cuentan con sostén familiar o comunitario realizan un circuito entre internaciones, calle o refugios. Situación que denota que el abordaje médico-psiquiátrico centrado en la administración de psicofármacos, por sí mismo no colabora con los procesos de salud de las personas en situación de vulnerabilidad psíquica y social,

contribuyendo a la cristalización del estigma de la enfermedad mental y de la locura unida a la noción de peligrosidad. (p.37)

Como mencionamos anteriormente, en esta etapa se consolidan los Centros Diurnos, así como la concepción del Hospital Vilardebó como “Hospital de Agudos”.

En el año 2002, nuestro país atravesó otra gran crisis que generó un aumento notorio de la pobreza. Los procesos de cambios en la atención a la salud mental que habían iniciado en 1996 se paralizaron, agravando las condiciones de las Colonias, Centros Diurnos y el Vilardebó.

Siguiendo con los planteos de Baroni (2020), en 2005 inicia una nueva etapa con el primer gobierno del Frente Amplio, en el cual se crea el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) y se implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En este contexto, se actualizó el Programa Nacional de Salud Mental, “que quedó plasmado en el documento «Salud mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial» elaborado por la Comisión Asesora Técnica del Programa.” (Baroni, 2020, p.39)

En 2012, se fundó la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (AISMDVD), la cual buscaba lograr la creación de una nueva ley de salud mental. En 2016 se anuncia la creación de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en perspectiva de Derechos Humanos⁷.

En 2017, se aprobó la Ley de Salud Mental n°19.529, la cual buscaba un cambio en el enfoque asistencial en la atención en salud mental. Esta ley, significa al día de hoy “un avance en la modificación del modelo de atención de la salud mental y dispone el cierre de las instituciones monovalentes para 2025.” (Bentura, et.al, 2018, p.1) Su objetivo principal, reflejado en el Artículo 1, es:

garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e

⁷ “Espacio político no partidario conformado por diversas y heterogéneas organizaciones sociales, sindicales, estudiantiles, instituciones universitarias y personas que luchan por profundizar los derechos de las personas con padecimiento psíquico en nuestro país» (cnlsmddhh, 2016, p. 1).” (Baroni, 2020, p.41)

interés social.

Actualmente, nuestro país se encuentra en un proceso de transición en los modelos de atención, pero este cambio necesita de un Estado presente que posibilite el cambio y también, una sociedad que enuncie su apertura a los modelos de atención comunitarios, frenando el estigma negativo sobre la enfermedad mental.

El anterior desarrollo nos permitió vislumbrar como la atención en salud mental en nuestro país ha variado a lo largo de los años. De esta forma, podríamos recurrir a los postulados de Baroni (2020) que, a partir de los planteos de Cano (2011), organiza dicho proceso en tres periodos. El primer periodo, lo denominó como “el encierro del loco”, el cual transcurre desde 1879 a 1959 y se caracteriza principalmente por “la construcción de lugares alejados y con capacidad para albergar una gran cantidad de gente al mismo tiempo, así como por el desarrollo de la laborterapia.”(Baroni, 2020, p.24) . El segundo periodo, es definido por Cano (2011) como “el abandono del loco”, el cual inicia con la crisis del Estado de Bienestar y perduraría hasta la actualidad. Por último, desde los planteos de Baroni (2020), podría hablarse de un tercer periodo, denominado como “el olvido del loco”, el cual transcurrirá desde 1984 hasta 2017, con la promulgación de la Ley de Salud Mental. Así, parafraseando los postulados de la autora, el encierro, abandono y olvido son características que están presentes en todo el transcurso de la historia uruguaya relacionada a la atención en salud mental, pero la identificación de la prevalencia más notoria de alguno de ellos, permite realizar esta caracterización.

2.3 Temas relacionados al envejecimiento de las personas mayores que impactan en la salud mental

El envejecimiento es un proceso que está ocurriendo a nivel mundial. Al vivir más años, las personas atraviesan ciertos hitos en su curso de vida que generan importantes cambios que desencadenan “instancias o procesos de crisis, que en algunas ocasiones son dificultosas de superar de manera individual sin apoyo o redes de sustento.” (Dornell, 2022, p.34)

Aunque identificar todos las instancias de cambios en el proceso de envejecimiento es complejo, este capítulo intenta identificar algunas temáticas relevantes que son frecuentes y tienen un impacto en la salud mental de las personas mayores.

2.3.1 *La relación entre las personas mayores y su cuerpo*

Apelando a los planteos de Iacub (2023), durante el proceso de envejecimiento las personas presentan cambios físicos, en ocasiones de notoria importancia, que generan variaciones en sus funciones físicas, en la percepción de lo que estiman como salud y en cómo se autopercibe en el mundo. Dichos cambios físicos-corporales ponen a prueba la capacidad de la persona mayor para contraponerse y asimilar esos cambios.

A la vez, estos cambios y como la persona mayor los enfrenta, “pueden generar modificaciones en la figuración de la identidad, alterando la relación del sujeto con su cuerpo.” (Iacub, 2023, p.44)

Continuando con los planteos de Iacub (2023), el mismo asevera que cuando se presenta una diferencia entre lo que la persona cree ser y lo que realmente es en su contexto, se generan “disonancias cognitivas y repercusiones emocionales”(p.44) que culminan el que él denomina “refiguración”. Este proceso, generalmente se presenta de tres formas : como cuerpo rechazado, como cuerpo privador o como cuerpo reconocido⁸.

Los procesos anteriormente mencionados desencadenan en crisis vinculadas a la relación conflictiva con el cuerpo envejecido, esto “puede resultar una experiencia que limita, escinde y margina. Más aún cuando esta percepción se afirma en un contexto social que descalifica ese cuerpo, tanto a nivel estético como funcional.” (Iacub, 2023, p.45)

2.3.2 *Sexualidad en la vejez*

La sexualidad relacionada a la vejez es una cuestión relativamente nueva de los estudios sobre esta etapa del curso de vida, ya sea por incomodidad, desconocimiento, etc.

Parafraseando los planteos de Sande y Mauros (2023), las autoras aseveran que existen violencias culturales y estructurales dirigidas a las vejez que generan que algunos cursos de vida desencadenen en una des-sexualización de las corporalidades viejas, aún más en aquellas que rompen con el mandato hegemónico cis-hetero-normativo.

En un mundo donde la “desechabilidad” y la “funcionalidad” son criterios regentes, los cuerpos envejecidos son deshumanizados, y por este motivo, “Fernando Mier Sosa (2016)

⁸ El primero consiste en un desagrado hacia su cuerpo en la etapa de la vejez. El segundo se centra en los impedimentos que genera el cuerpo o una parte de él para realizar lo que la persona desea, como consecuencia, se genera un conflicto entre la persona mayor y su cuerpo. Por último, el tercero refiere a los inconvenientes de reconocer el propio cuerpo.

plantea que las personas están dispuestas a precios casi imposibles con tal de mantener un cuerpo joven.”(citado en Sande y Mauros, 2023, p.119).

Las corporalidades envejecidas se encuentran tensionadas entre una dicotomización entre lo normal y anormal, entre lo viejo y lo joven, entre lo considerado bello y lo que no cumple con los estándares estéticos de la actualidad. Frente a esto, aunque la OMS plantea que la sexualidad es un aspecto central de la vida humana presente en todo el curso de vida, lo sexual y lo erótico se transforman en muchos casos, en temas tabú respecto a las personas mayores.

Iacub y Mansinho (2023) plantean que el tema de la sexualidad está compuesta por nociones como el sexo, la identidad de género, la orientación sexual, el erotismo, entre otras.

Junto con ello, la definición aborda sus modos de expresión a través de elementos cognitivos, afectivos, y sociales. Estos elementos pueden estar presentes, total o parcialmente, y su expresión puede variar según las personas y los contextos culturales e históricos en los que se sitúen, así como también en la manera de comunicar y vivenciar la sexualidad está influida por factores biológicos, sociales, psicológicos, económicos, políticos, espirituales, religiosos, históricos, legales y éticos. (p.54)

Desde una mirada biológica, Iacub y Mansinho (2023) también afirman que es predecible un “declive gradual en el interés y en la actividad sexual, lo que no implica más que una disminución en la frecuencia, aun cuando las variaciones son altamente idiosincráticas.” (p.57)

2.3.3 Pérdidas y duelos en las vejeces

Como otros conceptos desarrollados anteriormente en este trabajo, las pérdidas en las vejeces también son procesos difíciles de definir inequívocamente; todo depende de en qué opciones teóricas y empíricas nos posicionamos.

Una autora que, mediante un estudio cualitativo intentó brindar una definición de pérdida en la vejez, fue Thumala (2023), quien define esta noción como

el reporte que hace una persona mayor de cambios experimentados durante su envejecimiento que evalúa como negativos, generalmente irreversibles y que le dejan

muy pocas posibilidades de control para su modificación, constituyéndose así como una nueva condición para su vida. (p.66)

Considerando la anterior definición, la autora postula seis tipos de pérdidas en la vejez. En primer lugar, la pérdida de capacidades y/o de salud física, la cual hace referencia a la disminución notoria de las capacidades físicas/sensoriales, que pueden ser causa a enfermedades diagnosticadas o solo un conjunto de sensaciones relacionadas a la falta de energía sin estar necesariamente relacionada a un diagnóstico médico. Parafraseando a la autora, también incluye las limitaciones que impiden sostener hábitos previos así como las dificultades en la respuesta sexual. En segunda instancia, la pérdida de relaciones afectivas significativas, relacionada a la sensación de disminución de lazos afectivos⁹. En tercer lugar, la pérdida por muerte de seres queridos, que refiere al fallecimiento de seres significativos en la vida de las personas mayores, siendo la más habitual, la viudez. En cuarto lugar, la pérdida de integración social, relacionada a la sensación de no pertenecer a ningún espacio social, fuera del ámbito familiar. “Refiere a la pérdida de roles cívicos o sociales, por ejemplo, cuando la jubilación no es deseada. También alude a la falta de oportunidades o vulneración de derechos, como la dificultad para encontrar trabajo debido a la edad.”(Thumala, 2023, p.67). En quinta instancia, la pérdida de condiciones de vida materiales, la cual está vinculada a las variaciones negativas en el entorno físico/material, incluida el descenso del poder adquisitivo a causa de menores ingresos y mayores gastos en salud. En último lugar, la autora menciona la pérdida cognitiva, la cual refiere a la minoración de la capacidad de responder a retos de la vida cotidiana y la pérdida de memoria.

El anterior planteo posibilita vislumbrar que existen diversas situaciones de pérdida para las personas mayores, pero se plantea que la pérdida de salud y la relacionada al fallecimiento de seres queridos son las más frecuentes y notorias.

Considerando lo anterior y apelando a los planteos de Dornell (2022),

la muerte en las personas viejas adquiere una nueva mirada de la dimensión temporo-espacial, por tener que repensar lo que queda por vivir, lo que queda por hacer, lo que queda por proyectar en función de repensar lo ya vivido, lo ya acaecido en etapas

⁹ “Puede implicar separación, distanciamiento o cambios considerados negativos en el tipo de relación (p.ej.: tener a la pareja con demencia).”(Thumala, 2023, p.67).

anteriores, de manera individual, como en pareja. (p.34)

Por otro lado, la pérdida como estímulo estresante, desencadena muchas veces, en lo que se conoce como duelo. Así, Bayés (2006) plantea que el duelo es un sufrimiento generado por una pérdida, la cual variará de magnitud y duración dependiendo del valor que presente para la persona que atraviesa la pérdida. En cambio, para Dornell (2022), el duelo es un proceso que implica “prácticas disruptivas de la cotidianidad con él otro, que pasan a ser actos sin el otro.” (p.37)

2.3.4 Soledad y aislamiento

Desde los planteos de Iacub, et.al (2023), el aislamiento social consiste en la falta de interacciones con otras personas generada por limitaciones físicas, falta de espacios de intercambio social, etc. Por otra parte, la soledad refiere más a un sentir, el cual puede aparecer aunque la persona se encuentre acompañada pero no se siente escuchada, valorada o percibe que sus vínculos se desarrollan de forma superficial sin gran intercambio afectivo. A la vez, la soledad se encuentra condicionada, muchas veces, por las pérdidas mencionadas en el apartado anterior, así como por el “edadismo” (forma de discriminación por la edad en la vejez)¹⁰.

Como el aislamiento y la soledad son factores que incrementan los problemas de salud en las personas mayores, en nuestro país, como se desarrollará más adelante, se implementan diversos programas que buscan la integración social de las mismas con el fin de incidir positivamente en su expectativa de vida mediante la participación social y el envejecimiento activo.

2.3.5 Sobrecarga en cuidadoras/es de personas mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados de largo plazo como

acciones ejercidas por personas que cuidan a otras de manera informal (familia, amigas y/o vecinas) y/o por profesionales (sociales, de la salud u otros) para asegurar que una

¹⁰ Discriminación por edad en la vejez": Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada. Ley n°19.430. Artículo 2 de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2015).

persona que no es del todo capaz de cuidarse por sí misma, pueda mantener el mayor nivel posible de calidad de vida de acuerdo a sus preferencias personales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. (OMS, Milbank Memorial Fund, 2000, p.8).

Apelando a los planteos de Dornell (2015), en nuestro país la organización del cuidado ha tomado diversas formas según el momento socio-histórico, pero la familia, el Estado y el mercado han sido los encargados de sostener los sistemas de cuidados. Esto no quita que lo que se considera “cuidar” es algo que se genera y reproduce especialmente en entornos familiares, “ya que es la primera organización social que los auto-gestiona; luego se desplaza de la esfera privada a la pública con el surgimiento del Estado de Bienestar.” (Dornell, et.al.,2015)

Así, aunque algunas veces se generan sistemas de cuidados en conjunto dentro de las familias con personas mayores dependientes, generalmente el rol de cuidador principal lo asume una persona del género femenino, que realiza tareas de cuidados de manera no remunerada y asume la responsabilidad en la toma de decisiones¹¹. Como resultado, habitualmente, la tarea de cuidados de personas mayores se transforma en una tarea rutinaria, “sin descanso ni relevo, en la cual van aumentando las responsabilidades día a día, va frustrando planes personales y aislando socialmente al cuidador.” (Dornell, et.al., 2015, p.137)

2.3.6 *Violencia hacia las personas mayores*

La violencia hacia las personas mayores es otros de los temas complejos a definir, pues se diferencia de las violencias ejercidas en otros momentos del curso de vida ya que las situaciones pueden trascender el ámbito familiar doméstico, a la vez que se ven transversalizadas por otros temas relacionados, por ejemplo, a la violencia estructural, de género, etnia, entre otros. Como resultado

¹¹ Lo anterior, puede desencadenar lo que algunos autores denominan como “Síndrome del Cuidador”, el cual “se caracteriza por un empeoramiento de la salud física y mental, asociado a estresores que ya son crónicos en la vida del cuidador o cuidadora. Algunos autores relacionan este concepto con el “burnout”, el cual se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional (falta de energía y entusiasmo), despersonalización (sensación de indiferencia, actitud impersonal), y menor sensación de propósito (sentirse inútil, percibir el cuidado como negativo o poco efectivo). (Carvacho, et.al.,2023, p.98)

la existencia de las situaciones de violencia a los mayores ya sea en la familia o sea en las instituciones de asistencia y atención provoca un fuerte choque en la población y en los profesionales. Esta resistencia proviene del choque entre tales datos o sospechas y la representación social clásica de la familia y las instituciones como “lugares” de protección. (De Paúl, et.al., 2006, p.13)

Considerando lo anterior, es menester definir qué se entiende por maltrato, violencia y las tipologías que reflejan la diversidad de situaciones que atraviesan las personas mayores.

El artículo n°9 de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, define violencia contra la persona mayor como

cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la persona mayor, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entenderá que la definición de violencia contra la persona mayor comprende, entre otros, distintos tipos de abuso, incluso el financiero y patrimonial, y maltrato físico, sexual, psicológico, explotación laboral, la expulsión de su comunidad y toda forma de abandono o negligencia que tenga lugar dentro o fuera del ámbito familiar o unidad doméstica o que sea perpetrado o tolerado por el Estado o sus agentes dondequiera que ocurra.

Por otro lado, en la Guía para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de la violencia hacia las personas adultas mayores del Área Programática del Adulto Mayor (2019) de nuestro país, se define al abuso o maltrato como

toda acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor, que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza. (p.15)

De esta manera y apelando a algunas nociones que figuran en el “Protocolo iberoamericano sobre prevención y abordaje del maltrato, abuso y violencia hacia las personas adultas mayores” (2021), podemos definir al menos siete tipologías de maltrato a las personas

mayores: Maltrato físico¹²; Maltrato psicológico y/o emocional¹³; Maltrato económico / patrimonial / financiero¹⁴; Maltrato Sexual¹⁵; Negligencia y/o abandono¹⁶; Autonegligencia o Autoabandono¹⁷; y Maltrato estructural¹⁸.

Esta “clasificación” en los tipos de maltrato hacia las personas mayores, así como la segmentación de los temas relacionados a envejecimiento y salud mental, no significa que la realidad se presente de dicha manera, al contrario, las vidas de las personas se ven transversalizadas por todas las nociones desarrolladas anteriormente y más, lo que postula la necesidad de abordajes multi-e interdisciplinarios para la correcta comprensión del entramado de las vejeces.

2.4 Padecimientos psíquicos frecuentes en las personas mayores

El envejecimiento poblacional es un proceso sin precedentes que está ocurriendo a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 habían 1000 millones de personas de 60 años o más y se estima que para el 2030 esa cifra aumenta a 1400 millones, lo que significa que una de cada seis personas del mundo va a ser mayor de 60 años. Además, agregan que para el 2050

¹² Refiere al uso de la fuerza física con el fin de dañar la integridad corporal de la persona mayor, mediante la generación de dolor, lesiones temporales o permanentes, y en algunos casos, la muerte. Puede caracterizarse por golpes, quemaduras, alimentación forzada, encierro, administración excesiva o supresión de medicación, etc.

¹³ Hace referencia a acciones u omisiones verbales o no verbales que generan sentimientos de angustia, estrés y/o perjudican la dignidad de la persona. Puede caracterizarse como gritos, insultos, humillaciones, abandono, infantilización, etc.

¹⁴ Refiere a la apropiación indebida de recursos financieros pertenecientes a la persona mayor. Generalmente se presenta como robo, uso de préstamos, apropiación de propiedades, etc.

¹⁵ Hace referencia a situaciones donde se obliga a la persona mayor a participar en alguna actividad sexual sin consentimiento. Puede generarse a través de insinuaciones, violaciones, acoso, efectuar fotografías, etc.

¹⁶ Se define como un error involuntario o falta que genera descuido u omisión que desencadena en un daño en la persona mayor. Puede reflejarse en situaciones donde no se puede sostener los cuidados por parte de la persona responsable de otorgarlos.

¹⁷ Situaciones donde la persona mayor se descuida a sí misma, dejando de preocuparse por su salud, bienestar o seguridad. Puede presentarse de varias maneras cuando la persona no mantiene buenas condiciones de vida y cuidado de su salud física y mental. Un ejemplo habitual es el “Síndrome de Diógenes” o también la noción de “cuerpo externalizado”, donde se genera una “relación violenta que efectúa el viejo con partes de su cuerpo envejecido.”(Iacub, 2007, p.98)

¹⁸ Refiere a situaciones que ocurren desde las estructuras sociales a través de normas que configuran otras formas de violencia. Corresponde también a la omisión en la concreción de la atención de un servicio, falta o poco acceso a políticas y recursos sociales, etc.

el número de personas de 60 años o más se habrá duplicado hasta alcanzar los 2100 millones. Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta situarse en los 426 millones. (OMS, 20 de octubre de 2023)

Apelando a los planteos de Zambrano, et.al. (2020), los padecimientos relacionados a la salud mental son frecuentes en las personas mayores,

más de un 20% de éste grupo etario puede padecerlos con variados grados de severidad, de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial [...], los problemas de salud mental muchas veces pasan desapercibidos, no son diagnosticados o son subtratados, por lo que la capacitación de los profesionales en esta área es indispensable para un manejo oportuno y eficiente. (p.7)

Por otra parte, la OMS asevera que alrededor del 14% de las personas mayores de 60, transitan algún padecimiento mental, generando que las mismas sean en muchos casos, la causa de una situación de discapacidad total. Al unísono, plantea que los padecimientos de salud mental más frecuentes en las personas mayores son la depresión y la ansiedad. Así, según las Estimaciones Mundiales de salud (GHE), en el 2019, el 27.2% de los fallecimientos por suicidio se producen en personas mayores de 60.

Como se planteó en los capítulos anteriores, las nociones de envejecimiento, vejez y salud mental son difíciles de definir inequívocamente, ya que estos constructos son pluri-determinados por factores personales de experiencias acumuladas y del entorno físico, como socio-histórico. De igual manera, las personas mayores en su curso de vida, presentan más posibilidades de experimentar hitos adversos personales y en su entorno, que pueden ser causa de consultas relacionadas a salud mental. Así, las personas mayores

tienen más probabilidades de experimentar eventos adversos como el duelo, una reducción de los ingresos o un menor sentido de propósito con la jubilación. A pesar de sus muchas contribuciones a la sociedad, muchos adultos mayores son objeto de discriminación por motivos de edad (o edadismo), lo que puede afectar gravemente a su

salud mental. (OMS, 20 de octubre de 2023)

Los temas relacionados al envejecimiento de las personas mayores y salud mental desarrollados en el apartado anterior pueden ser consideradas las principales causas de riesgo en salud mental. En el caso de Uruguay, considerado uno de los países más envejecidos de América Latina, se estima que los padecimientos mentales tienen una alta prevalencia en las personas mayores. Así, a continuación, se pretende postular los principales padecimientos relacionados a salud mental y personas mayores.

2.4.1 Consumo problemático de alcohol y tabaquismo

Según los planteos de Norambuena, et.al. (2023), cuando las personas envejecen, la proporción de agua disminuye en relación con los niveles de grasa corporal, lo que genera que cuando una persona mayor bebe alcohol, su porcentaje en concentración en sangre va a tender a ser más alto que el de una persona más joven. Al mismo tiempo, la capacidad del organismo de metabolizar el alcohol disminuye y el sistema nervioso central se vuelve más sensible a los efectos del consumo de alcohol.

Respecto al tabaco, nuestro país presenta una política de control notoria respecto al consumo de este producto. Esto no quita que “sigue siendo un problema de salud pública, primera causa de muerte prevenible y un factor de riesgo de enfermedades crónicas.” (Gerstenblüth, et.al., 2024, p.1)

Apelando a los planteos de Muniz (2023), el consumo de tabaco afecta notoriamente la posibilidad de transcurrir un envejecimiento saludable. También, según Becoña, et.al. (1998), incide negativamente en las personas mayores que padecen de manera crónica, enfermedades como osteoporosis, úlceras, diabetes, etc.

Aunque lo anterior presenta una connotación de “salud física”, las personas mayores como un todo integral al sobrellevar cualquiera de los padecimientos anteriormente mencionados, también se ven afectadas sus capacidades de socialización y efectivización de tareas de la vida cotidiana, lo que desencadena en sentimientos limitantes que infieren en su salud mental.

2.4.2 Trastornos del sueño

Parafraseando los planteos de Sunkel (2023), dormir es un proceso fisiológico cíclico que es fundamental para los seres vivos, el cual no solo supone solo un descanso sino que se producen ciertos procesos biológicos que solo son posibles durante esta acción, como por ejemplo, la consolidación de la memoria, la regulación emocional, reparación del ADN, etc. Paralelamente, el envejecimiento también es considerado un proceso en parte fisiológico, inherente a la vida que afecta al sistema nervioso, y como consecuencia, también a la capacidad de dormir. Esto tiene como consecuencia una reducción en la calidad del sueño así como cambios en los ritmos circadianos que generan que la persona mayor sea más propensa a desmejoras en los procesos que se dan en las fases del sueño nocturno (consolidación de la memoria, regulación emocional, etc.).

2.4.3 Trastornos en el estado de ánimo, depresión y ansiedad

Continuando con los planteos de Sunkel (2023), los trastornos anímicos son un conjunto de signos y síntomas que se mantienen en el tiempo y que reflejan un cambio sustancial en la funcionalidad de la persona.

Es importante destacar que no todos los trastornos del ánimo pueden desencadenar en depresión o ansiedad, pero estos tienen a ser los más frecuentes en las personas mayores.

Respecto a la depresión, en Zambrano, et.al. (2020), se afirma que el diagnóstico claro y preciso de depresión en las personas mayores es poco frecuente, con importantes grados de sub-diagnóstico e infra-tratamiento, ya que “a pesar de los criterios claros, precisos y generalmente aceptados al efecto, se dificulta confirmar la existencia del trastorno, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste.” (Zambrano, et.al, 2020, p.11)¹⁹

Desde otra perspectiva, Balbuena (2008) define a la depresión como una categoría psicopatológica que afecta la vida psíquica de diferentes maneras:

¹⁹ Siguiendo con los planteos de las autoras, la depresión se puede clasificar en leve, moderada o grave. En el primero de los casos la persona puede realizar sus actividades de la vida cotidiana, en el segundo nivel, se presentan dificultades para llevarlas a cabo, y ya, en los casos graves, se presentan ideas de suicidio o autolesión.

- En la esfera afectiva, tristeza patológica, decaimiento, vacío existencial, anhedonia, ansiedad, miedo.
- Síntomas de tipo cognitivo como disminución de la atención, pérdida de capacidad para planificar, ideas de culpa y/o ruina, pensamiento lento, monótono.
- síntomas conductuales: irritabilidad, pesimismo, dificultad en el desempeño de las actividades diarias como por ejemplo la higiene.
- Riesgo de conducta suicida.
- Síntomas somáticos: anorexia, disminución de la libido, cefaleas. (Balbuena,2008, p.27)

Por otro lado, autores como Sunkel (2023), plantean que la depresión en las personas mayores se puede estructurar según la edad de inicio. Así, se postula a la depresión temprana a aquella que su primer episodio se da previo a los 60 años, y tardía, a la que se da luego de esa edad.

La depresión también se ha planteado como un factor que reduce la perspectiva de vida, ya que está relacionada a un grado muy alto de suicidios en las personas mayores. También,

desde un punto de vista de patología médica, aumenta el riesgo de polifarmacia, o se asocia a mayores índices de enfermedad cardiovascular (siendo considerado incluso como un factor de riesgo independiente para infarto agudo al miocardio), y empeoramiento de patologías médicas (p.ej.: mayores días de hospitalización, mayor mortalidad post-alta). (Sunkel, 2023, p.163)

En lo relativo a las conductas suicidas, es un tema relevante para los Estados y otros organismos internacionales, entre ellos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual asevera que “el suicidio se ubica entre las principales causas de muerte en diversos países, aproximadamente 1 millón de personas fallece por este motivo, más de los que mueren por malaria, VIH/SIDA, cáncer de mama, guerra u homicidios.” (Veiera, et.al., 2023, p.176)

Así mismo, la autora afirma que algo característico de la tematica relacionada al suicidio y personas mayores es lo que se denomina “suicidio frustrado” el cual se caracteriza por conformar un conjunto de conductas suicidas que no desencadenan en la muerte debido a circunstancias imprevistas

aunque se considera con frecuencia y en forma errónea que no había una intención real de quitarse la vida. Incluso, pueden actuar con otros métodos suicidas, como el dejarse morir por abandono en la medicación o por inanición (suicidio “silencioso” o pasivo). (Veiera, et.al., 2023, p.176)

Respecto a la ansiedad, Cisneros, et.al., (2018), la definen como

una emoción básica de carácter universal que se activa ante situaciones que valoramos como amenazantes. Al igual que el resto de las emociones, la ansiedad tiene carácter multidimensional, dado que se despliega un patrón de respuestas en el que se da la interacción de 3 sistemas: cognitivo, fisiológico y motor/conductual. (Cisneros, et.al., 2018, p.2)

A la vez, Vieira (2023) plantea que lo que se entiende por trastornos ansiosos ha variado a lo largo del tiempo. De esta manera, la ansiedad generalizada tiene un área en común muy amplia con la depresión, considerando los niveles de comorbilidad y tratamiento.

Por otro lado, las personas mayores que transitan procesos de ansiedad,

en su mayoría (2/3 de los casos) es de inicio temprano, es decir sólo alrededor de 1/3 son trastornos ansiosos de inicio tardío. Es frecuente recibir el reporte de la familia o del mismo paciente “siempre ha sido nervioso o nerviosa” o el antecedente de un trastorno ansioso diagnosticado y tratado con anterioridad. (Vieira, A., 2023, p.175)

2.4.4 Trastorno Neurocognitivo Mayor o Demencia

Según los planteos de Budinich, et.al (2023) la demencia es un trastorno adquirido y crónico que se caracteriza por el deterioro de distintas funciones cerebrales, acompañado de síntomas y cambios cognitivos, psicológicos y conductuales.

Aunque las demencias suelen afectar a cualquier persona, es más habitual en las personas mayores, quienes atraviesan un conjunto de síntomas característicos.

Así, coexisten

diversas etiologías asociadas a la manifestación clínica de demencia. Las más complejas

corresponden a cuadros de tipo neurodegenerativos y progresivos en el tiempo, siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más común de demencia por enfermedad neurodegenerativa. (Budinich, et.al., 2023, p.201)

Continuando con el planteo de los autores, aunque el Alzheimer es uno de los principales motivos más frecuentes de las demencias, no es el único, por lo que es fundamental conocer cuál es el origen verdadero de sus manifestaciones con el fin de un tratamiento y acompañamiento adecuado.

Según la Organización Mundial de la Salud, las demencias son el resultado de diversas enfermedades que repercuten en el cerebro, afectando la memoria, el pensamiento y la capacidad de transitar por las actividades de la vida cotidiana. Afirma que en 2021, “57 millones de personas en todo el mundo vivían con demencia, de las cuales más del 60% se encontraban en países de ingreso mediano y bajo. Cada año, hay casi diez millones de casos nuevos.”(OMS, 2025)

Parafraseando las ideas de esta organización, las demencias pueden deberse a enfermedades que con el avance del tiempo destruyen las células nerviosas, dañando al cerebro y generando un deterioro en la capacidad de la persona en procesar su pensamiento, lo cual puede venir acompañado con cambios notorios en control emocional y comportamiento.

Considerando lo anterior, podemos aseverar que las demencias tienen “consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, no solo para las personas que viven con la enfermedad, sino también para sus cuidadores, las familias y la sociedad en general.” (OMS, 2025)

Es posible afirmar que, como las personas mayores son heterogéneas, las demencias también lo son, porque aunque existen signos más prevalentes, cada caso es particular y su desarrollo se ve notoriamente influenciado por la propia persona y su entorno.

Capítulo 3

Envejecer en nuestra capital: características de las personas mayores y los programas destinados a estas

Como mencionamos en capítulos anteriores, el mundo entero está atravesando una transformación demográfica nunca antes vista, que según planteos de Huenchuan (2018), nos dirige hacia un envejecimiento global e irreversible. Dicha transformación demográfica convoca a los Estados y organizaciones internacionales a rever sus políticas y agendas para un desarrollo sostenible. Frente a esto, el siguiente capítulo tiene como fin efectuar una descripción demográfica de las personas mayores de Montevideo, así como una revisión de los programas destinados a éstas en la capital.

3.1 Características socio-demográficas de las personas mayores de Montevideo

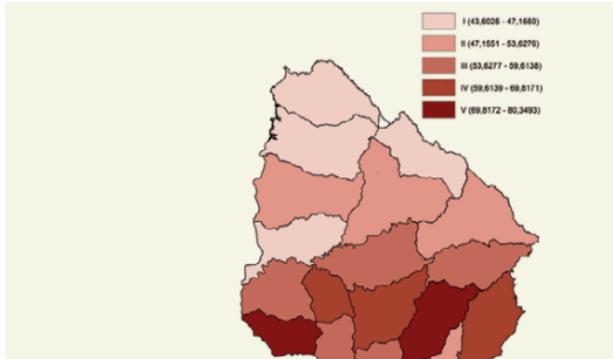
Según los planteos de Bellomo y Núñez (2022), nuestro país presenta peculiaridades respecto a las personas mayores, considerando el resto de los países latinoamericanos. Así, Uruguay comenzó una transición de envejecimiento “muy temprana, entre los años 1950 y 1960 se expone a este proceso principalmente por el descenso de la fecundidad y la mortalidad, diferenciándose entre otros países de la región.” (p .25)

Como consecuencia de dicha transición, nuestro proceso de envejecimiento demográfico presenta dos características fundamentales, siendo estas, la feminización de la vejez y el aumento de la cantidad de personas en tramos etarios más avanzados, lo que da a lugar a los que varios autores denominan “envejecimiento de la vejez”.²⁰

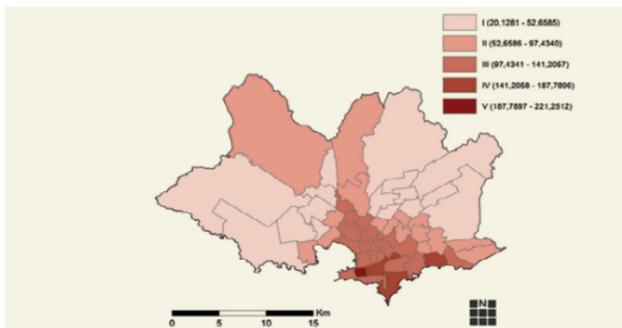
Apelando a los datos que postulan Brunet y Márquez (2016), el envejecimiento de la población es algo que sucede en todos los departamentos. Más del 11% de la población de nuestros 19 departamentos son personas mayores a 65 años, pero hay seis departamentos que destacan en este proceso de envejecimiento, y uno de ellos es Montevideo, que presenta una proporción superior al promedio nacional junto a Lavalleja, Colonia, Flores, Florida y Rocha.

²⁰ Lo anterior lo podemos confirmar con los datos del Censo 2023 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que postula que el 16% de la población de nuestro país es mayor de 65 (545.301 personas), lo que demuestra un leve cambio respecto a censos anteriores y reafirma la transición a una “sociedad envejecida”.

MAPA 1. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO POR DEPARTAMENTO. AÑO 2011



MAPA 3. MONTEVIDEO: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO POR BARRIO. AÑO 2011



Fuente: Censo de Población 2011, INE

El Mapa 1, evidencia que Montevideo es uno de los departamentos más envejecidos del país, con 80,34931 personas mayores de 65.

El mapa 3 deja entrever que los barrios Centro, Cordón, Tres Cruces, La Blanqueada, Punta Carretas, Pocitos, Buceo, Malvín y Punta Gorda, son los que presentan un índice de envejecimiento más alto, respecto a otros barrios de la capital. En cambio, el resto de los barrios presentan un índice de envejecimiento²¹, más bajo, lo que se puede deber a “la mayor concentración de niños en los barrios más significativos de las zonas oeste (Casabó, Pajas Blancas, Paso de la Arena, etcétera), y norte de la ciudad (Lezica, Colón, Manga, etcétera).” (Brunet y Márquez,

2016, p.14)

Por otro lado, Montevideo es el departamento que tiene el índice de feminidad²² en personas mayores más alto del país, revelando que hay entre 141 y 171 mujeres por cada 100 hombres. A la vez, en los barrios del sur-este de la capital es donde se encuentran más mujeres.

Montevideo, junto a Maldonado, son los departamentos con niveles mínimos de concentración de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en personas mayores. Esto no quita que en la periferia de la capital existan entre un 17% y 43% de hogares con personas mayores que presentan al menos una NBI, siendo Casavalle el barrio más desfavorecido.

Lo anterior nos permite sintetizar que Montevideo es uno de los departamentos más envejecidos, donde se desarrolla con más notoriedad los procesos de feminización de la vejez, así como el envejecimiento de la vejez, con más personas que viven más años en tramos etarios más altos. A la vez, Montevideo es heterogénea, vislumbrando diferencias según en qué zona de este nos posicionamos. Dicha información es sumamente relevante y debe ser considerada para el

²¹ El total de población de 65 años y más, dividido la población de 0 a 14 años

²² Cantidad de mujeres por cada centenar de varones

diseño eficaz y eficiente de políticas sociales que permitan asegurar los derechos de las personas mayores. Por este motivo, el siguiente apartado busca relevar qué políticas públicas existen a nivel departamental para las personas mayores.

3.2 Programas y servicios relacionados a personas mayores en Montevideo

En la actualidad, a nivel internacional, existen diversos instrumentos que buscan fomentar la creación e implementación de políticas públicas que se propongan proteger y promover los procesos de envejecimiento dignos. Entre ellos, se encuentra la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), la cual se configura como el primer instrumento internacional vinculante que busca

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, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (Artículo 1)

De esta manera, los Estados que ratifican dicha convención, entre ellos Uruguay, se comprometen a adecuar procedimientos constitucionales y medidas legislativas con el fin de hacer efectivos los derechos y libertades que la Convención promulga.

Considerando este marco normativo internacional, en 2016 nuestro país crea la ley n°19.430, en la cual se compromete a diseñar políticas y programas enfocados a las personas mayores desde una perspectiva de “derechos, de género, interseccional, intercultural a través de la promoción de entornos seguros y saludables, y con el más alto nivel posible de salud, bienestar e igualdad.” (Londoño, et.al.,2023, p.24)

Como consecuencia de la ratificación por parte de nuestro país, dicha normativa internacional se transformó en un “mapa de ruta” para la creación de políticas públicas que generan instrumentos con el fin de posibilitar el cumplimiento de los derechos de las personas mayores.

Considerando lo anterior, es relevante comprender que las políticas públicas y sus programas,

pueden ser consideradas acciones y narrativas/discursos al mismo tiempo. Por un lado, pueden ser pensadas como “instrumentos efectivos para el cumplimiento de los derechos de las personas y el mejoramiento de vida” (Robledo, Duque, Hernández, Ruiz, Betania, 2022, p.3); pero por otro, prácticas sociales y discursivas que contribuyen tanto a la construcción social de la vejez y el envejecimiento (Berriel, Pica, Zunino, 2017) como a la producción de sentido y de posicionamientos (Spink, 2003) frente a las personas mayores. (Londoño, et.al, 2023, p.24)

Apelando a los planteos de Huenchuan (1999) y Morris (2007), (citados en Sande, 2015), podemos identificar cuatro tipos de políticas de vejez. En primer lugar, las políticas orientadas a la pobreza y la vulnerabilidad²³; en segunda instancia, las políticas orientadas a la integración social; luego las políticas orientadas a la afirmación de derechos²⁴; en cuarto y último lugar, las políticas orientadas a la vulnerabilidad²⁵.

Considerando lo anterior, actualmente nuestro país, y específicamente Montevideo, se encuentra en un periodo de transición y confirmación de un enfoque de derechos donde la participación de las propias personas mayores y organizaciones de la sociedad civil han fomentado la construcción de distintos programas y servicios, los cuales se desarrollaran a continuación.

| Organismo que implementa | Nombre del programa | Principales características |
|-----------------------------|--|--|
| Ministerio del Interior | Servicio de Consulta e Intervención para Personas Mayores en Situación de Vulnerabilidad | Espacio de orientación y atención personalizada para personas mayores en situación de desprotección de derechos. |
| Ministerio de Salud Pública | Programa de Atención al Adulto Mayor | Fiscalización de ELEPEM |
| | | Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo |

²³ Dentro de esta categoría podríamos distinguir las transferencias monetarias como jubilaciones, pensiones por parte del Banco de Previsión Social. También el programa de Asistencia a la Vejez del Ministerio de Desarrollo Social, así como la atención del único hospital geriátrico, Dr. Luis Piñeyro del Campo.

²⁴ Parafraseando a la autora, estas políticas buscan el reconocimiento de las personas mayores como sujetos plenos de derecho. En este punto, podríamos identificar al Instituto Nacional de las Personas Mayores (InMayores).

²⁵ Estrategias que buscan anticipar ciertos riesgos. En esta categoría, Sande (2015), postula principalmente a algunos programas del Ministerio de Salud Pública.

| | | |
|---------------------------|---|--|
| Banco de Previsión Social | Vivienda | Soluciones habitacionales a través del otorgamiento de viviendas sociales a jubilados y pensionistas. |
| | Cupo Cama | Adjudicación de un subsidio para el pago de los servicios de un hogar o residencia para los adultos mayores jubilados o pensionistas que se encuentren inscriptos en el Programa de Soluciones Habitacionales. |
| | Subsidio de Alquiler | Adjudicación de viviendas, en calidad de comodato, a los beneficiarios inscriptos al programa de Soluciones habitacionales del BPS. |
| | Pensiones y Jubilaciones | Prestaciones no contributivas y contributivas basadas en la transferencia monetaria. |
| | Ayex | Prestación económica, no contributiva, que brinda a personas con discapacidad o alteraciones en el desarrollo, destinada a contribuir con solventar el costo de Institutos de rehabilitación y transporte. |
| | Asistente Personales | Prestación económica destinada a la contratación de un servicio de Asistente personal para colaborar en el desarrollo de las actividades diarias de las personas con dependencia severa mayores de 80. |
| | Estadías Vacacionales | Beneficio social para pasivos que brinda estadías en centros vacacionales en forma individual o grupal y paseos por el día. |
| | Cultura y recreación | La Universidad del Adulto Mayor (UNI 3) mantiene un convenio con BPS para brindar cursos a los jubilados y pensionistas del BPS de bajos recursos. |
| | Programa de Teleasistencia | Prestación económica destinada a la contratación de un servicio de teleasistencia en casa, a través de un dispositivo que le permite al usuario recibir ayuda en situaciones de emergencia. |
| | Abono cultural | Abono que le da el derecho a percibir la Tarjeta Socio Espectacular que le permitirá acceder (con entradas libres o a montos reducidos) a espectáculos artísticos. |
| Préstamos sociales | Préstamo en efectivo para jubilados y pensionistas. | |

| | | |
|---|--|--|
| | Préstamos para prótesis | Préstamos sociales para que los jubilados y pensionistas puedan acceder a tratamiento dental, audífonos, lentes y prótesis en general. |
| Ministerio de Desarrollo Social e InMayores | Programa de Alimentación Territorial (PAT) | Es la ampliación y fortalecimiento del Sistema Nacional de Comedores del Instituto Nacional de Alimentación (INDA). El PAT incrementa la cantidad de comedores y el abastecimiento de insumos al tiempo que incorpora una nueva modalidad (viandas congeladas). |
| | Programa de Apoyo al Cuidado Permanente | Subsidio para cuidados residenciales de personas institucionalizadas en Establecimiento de Larga Estadía (ELEPEM), que sean objeto de cierre o clausura por los organismos competentes.. |
| | Centros de Día | Brinda cuidados integrales a personas de 65 años o más, en situación de dependencia leve o moderada, que residen en sus hogares en régimen ambulatorio ofreciendo un espacio socio terapéutico polivalente. |
| | Servicio de Consulta e Intervención para Personas Mayores en Situación de Vulnerabilidad | El programa ofrece un espacio de orientación, atención y seguimiento a personas mayores de 65 años y más, que requieran apoyo profesional e institucional por encontrarse en una situación de desprotección de derechos, abandono o extrema vulnerabilidad. |
| | Asistencia a la Vejez | Consiste en una transferencia monetaria no contributiva para personas que tengan entre 65 y 69 años de edad, y se encuentren en situación de pobreza extrema o indigencia. |
| | Sistema Nacional de Comedores | Brinda asistencia alimentaria a personas en situación de extrema inseguridad alimentaria cubriendo el requerimiento nutricional de la población. En Montevideo, brindan un servicio de almuerzo (plato principal, pan y postre para consumo dentro del lugar) o viandas (para que los beneficiarios las retiren y las consuman en su hogar), de lunes a viernes cubriendo los sábados, domingos y feriados con tickets alimentación que se otorgan en formato papel o vía transferencia a través de la Tarjeta Uruguay Social (TUS). |
| | Servicio de Atención a Personas Mayores en Situación de Abuso y/o Maltrato | El programa está dirigido a personas mayores de 65 años que se encuentren transitando alguno de los tipos de abuso |

| | | |
|--|--|---|
| | | y/o maltrato. |
| Intendencia de Montevideo / Secretaría de las Personas Mayores | Talleres territoriales | Espacios que fomentan una vida activa, saludable y plena a través de diversos talleres. |
| | Espacio GenerAcciones | Espacio sociocultural cuyo cometido apunta a integrar, capacitar y recrear en diferentes temáticas a la población de Montevideo y zona metropolitana. |
| | Inclusión Digital | Programa que busca contribuir a la inclusión digital de las personas mayores, a través de la capacitación en el manejo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el desarrollo de las actividades cotidianas. |
| | Centro Diurno n°8 | Busca estimular la inclusión social de personas mayores de 60 años en situación de vulnerabilidad psicosocial, que manifiestan vivencias de soledad, necesidades de vínculos y comunicación con sus pares y resto de la comunidad, apuntando especialmente a la coparticipación, integración y compromiso grupal. |
| | Servicio de atención a situaciones de violencia, abuso y maltrato a las personas mayores | Mediante este servicio se puede denunciar situaciones de violencia, abuso y maltrato a la vejez. Cuenta con asistencia psicológica, social y jurídica, brindada desde un enfoque de derechos humanos. |
| | Tarjeta Dorada | Es una tarjeta de descuentos para personas mayores de 60 años. |
| Intendencia de Montevideo / División Políticas Sociales / Equipo “Calle” | La Estación | Centro Diurno para personas mayores (+60) en situación de calle. Es un espacio de permanencia diaria, donde además de asistencia y protección se ofrecen dos comidas (desayuno y almuerzo), actividades lúdicas y formativas. |
| Intendencia de Montevideo / Secretaría de Educación Física, Deporte y Recreación | Gimnasia para personas mayores | Actividades deportivas y recreativas adaptadas para personas mayores, que se brindan en todo Montevideo. |

26

²⁶ Cuadro de elaboración propia a partir de la información obtenida de:
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social>.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/programas/adulto-mayor>.
<https://www.bps.gub.uy/10266/jubilados.html>.
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/inmayores>.
<https://montevideo.gub.uy/poblaciones/personas-mayores>.

Aunque ninguno de los programas y servicios mencionados anteriormente se encuentran específicamente relacionados a salud mental, esta cuestión los transversaliza a todos, ya que no podemos entender a las personas mayores como seres divididos por “temáticas” según el momento, sino que es menester vislumbramos como seres heterogeneos , agentes abiertos a lo contingente, al cambio, sin importar la edad.

Por otra parte, el objetivo de la Ley de Salud Mental n°19.529²⁷ deja claro que pretende fomentar la protección de la salud mental a todas las personas del país, pero no hay ningún artículo o apartado especialmente destinado a las personas mayores. Esto no quita que todos los procesos que estima dicha ley no terminan de favorecer a las personas mayores, ya que la misma busca promover, entre otras cosas, un abordaje integral e interdisciplinario, requisito fundamental para la atención en la salud mental, especialmente la de las personas mayores ya que estas se ven afectadas por procesos particulares característicos de su propia biografía, su curso de vida, así como la presencia de “factores de riesgo añadido: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la mayor incidencia de enfermedades crónicas, los cambios en el poder adquisitivo, la soledad, el estigma social y las limitaciones en la autonomía, entre otros.” (Lang, et.al.,2010, p.1)

El anterior apartado tuvo como fin brindar un panorama de las principales características demográficas de las personas mayores de Montevideo. Conocer cómo se conforma este grupo es fundamental para comprender qué políticas se implementan a nivel departamental, las cuales condicionan el modo en cómo se envejece en la capital. Frente a esto, aunque no podemos aseverar que existe una política pública o servicio destinado específicamente a la atención en salud mental de las personas mayores de Montevideo, las estrategias desarrolladas en el apartado anterior se ven atravesadas por dicha temática y buscan fomentar procesos necesarios para que las personas mayores, como sujetos de derechos, envejezcan dignamente.

²⁷ Garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (Artículo 1)

Capítulo 4

Diálogos con la realidad de las personas mayores: ¿es la escucha activa una de las principales necesidades relacionadas a salud mental de las personas mayores de Montevideo?

4.1 La escucha activa como acto comunicativo

Como mencionamos en la introducción del corriente trabajo, el objetivo general del mismo es indagar y evidenciar cuáles son las principales necesidades de salud mental de las personas mayores, así como también las diferentes estrategias de abordaje de dicha temática, implementadas a través de las políticas sociales del departamento de Montevideo. Con este fin, podremos determinar si la escucha activa se configura como una de las principales necesidades relacionadas a salud mental de las personas mayores.

Considerando lo anterior, este apartado tiene como fin esclarecer lo que entendemos por escucha activa, para así poder encuadrar dicho concepto en la indagación implementada en las metodologías de investigación cualitativas llevadas a cabo en esta monografía (entrevistas y grupo de discusión).

Apelando a los planteos de Hernández y Lesmes (2017), la comunicación permite recabar información, así como conocer formas de sentir y pensar a través del habla. En este acto comunicativo, la escucha es un factor crucial para la verdadera construcción de conocimiento.

De esta forma, podemos definir a la escucha activa como

una forma de comunicación que transmite ideas claras sin irrumpir al receptor; se realiza con libertad teniendo en cuenta lo que piensan y sienten los demás; se demuestra cuán atento está una persona durante el diálogo, es el tipo de comunicación reflejado en las acciones del emisor, es decir, se escucha atentamente, analizando, razonando y comprendiendo la información que se está transmitiendo en la conversación de una o varias personas. (p.84)

En este marco, escuchar es,

la capacidad de captar, atender e interpretar los mensajes verbales y otras expresiones como el lenguaje corporal y el tono de la voz. Representa deducir, comprender y dar sentido a lo que se oye. Es añadir significado al sonido. Escuchar es oír más que interpretar. (Hernández y Lesmes, 2017, p.85)

Considerando lo anterior, podemos inferir que la escucha activa posibilita una comunicación activa y asertiva que fortalece los vínculos sociales entre todas las personas, especialmente las mayores. Dicho fortalecimiento puede ser fundamental para el bienestar emocional y la salud mental ya que la comunicación puede ser catalogada como una necesidad social que permite, especialmente a las personas mayores, sentirse en comunidad y compartir experiencias.²⁸

Finalmente, siguiendo con los planteos de Hernández y Lesmes (2017), la escucha activa permite a las personas generar nuevas relaciones personales que posibilita identificar gustos e inquietudes de las personas con las que se encuentra, logrando como resultado, espacios de integración basados en el respeto y la confianza.

El anterior encuadre nos da paso al desarrollo de los apartados siguientes, destinados a evidenciar cómo la escucha activa se configura como una de las principales necesidades relacionadas a salud mental de las personas mayores a través de la información recabada mediante la implementación de metodologías cualitativas, basadas en las técnicas de entrevista y grupo de discusión.

4.2 La entrevista a informantes calificados: una puerta a la mirada técnica sobre salud mental y personas mayores de Montevideo

La siguiente sección tiene como fin manifestar las conclusiones del proceso de implementación de una de las técnicas de investigación de la metodología cualitativa llevada a cabo en este trabajo; nos referimos a la entrevista.

²⁸ De esta forma, lograr momentos de escucha y comunicación activa con amigos y/o personas de confianza posibilita “mejorar la confianza en los mayores y aprender a controlar las emociones. Asimismo, compartir nuestros propios conocimientos nos ayuda a desarrollarnos como personas.”(Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios, 2021, párr.8).

Como se mencionó en la introducción de este trabajo, se realizaron dos entrevistas semi-estructuradas a informantes calificados. Las mismas permitieron conocer, desde una mirada técnica, aspectos relevantes sobre dichos temas.²⁹

La primera entrevista fue realizada a una Licenciada en Psicóloga (de ahora, en más, Psicól.), quien actualmente conforma el equipo multidisciplinario del Servicio de Atención a situaciones de violencia, abuso y maltrato a las personas mayores de la Secretaría de las Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo. La segunda entrevista fue realizada a una Licenciada en Trabajo Social (de ahora en más, TS) que forma parte de la Secretaría de las Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo y coordina el Centro Diurno.

Ambas técnicas coincidieron que el concepto de lo que entendemos por persona mayor se puede abordar por diferentes aristas. Por un lado, podemos comprenderlo desde una perspectiva orientada por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual plantea que podemos comprender como persona mayor aquella de 60 años o más (máximo 65). En el caso de Uruguay, aunque ha rectificado la anterior convención mencionada, generando un compromiso con esta población, a nivel estatal se comprende a partir de los 65, y a nivel departamental, específicamente de Montevideo, a partir de los 60.

Lo anterior según los planteos de la TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025), es desde una perspectiva más etaria, relacionado a la edad cronológica, pero la definición de persona mayor también está atravesada por la edad fisiológica, o también, la edad social. Esta última está íntimamente relacionada a los roles sociales de las personas, a lo que se espera de la persona mayor, por ejemplo, el retiro del mercado laboral, la abuelidad, etc. Frente a esto, también plantea que para abordar el concepto de persona mayor, es fundamental entender que este se ve atravesado por la vejez, el proceso de envejecimiento y el curso de vida, lo cual va a determinar cómo llegamos a la etapa de la vejez. Por otro lado, la TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025) también plantea que debemos tener en cuenta a todos los factores en el curso de vida de las personas, si sos mujer o varón no va a ser igual la vejez, si viviste en un medio rural o urbano, si creciste en un barrio con altos ingresos económicos y buen acceso a la salud,

²⁹ Ya que se configuran como conocedores expertos del tema que se pretende investigar. Se encuentran en un lugar privilegiado y poseen información que puede ser de utilidad para contextualizar el fenómeno a estudiar y nos pueden acercar al ámbito en el que se producen los hechos. (Batthyány y Cabrera, 2011, p.90)

educación y empleo, o en cambio, si naciste en un barrio de bajos ingresos, con escaso acceso a salud, educación y empleo formal; si la persona se dedicó a los cuidados de la familia o trabajo de manera informal, la pensión que percibirá en la vejez estará condicionada por lo anterior. De esta manera podemos inferir como lo anterior se proyecta en el proceso de envejecimiento y condiciona cómo transitamos la vejez.

Por otro lado, la Psicól. (comunicación personal, 27 de mayo de 2025) hace importante énfasis en que el concepto de persona mayor es también una construcción social, la cual tiende muchas veces a homogeneizar a las personas mayores, cuando en realidad están relacionadas a una de las etapas más largas de la vida, lo que tiene como resultado, una enorme heterogeneidad. Así, hay circunstancias que generan una invisibilización de las diferencias entre las personas mayores y se las relaciona generalmente con el término de la improductividad o inutilidad, relacionado fundamentalmente a la salida del mercado laboral en este mundo capitalista. Frente a esto, asevera que generalmente nos olvidamos que son las personas mayores las que “sostienen la vida”, porque se ocupan de los cuidados, o son el único ingreso fijo de las familias. Plantea que las personas mayores, en muchos casos, son como “hilos invisibles” que sostienen la vida, que piensan, que construyen la sociedad y se proyectan al futuro.

Respecto al concepto de salud mental, ambas profesionales declararon la complejidad al intentar definir dicho constructo. Por un lado, la TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025), afirma que se está gestando un cambio de paradigma, donde en la década de los 80-90 se pensaba a la vejez y la salud mental desde un enfoque deficitario, más relacionado a las enfermedades, las patologías y los términos de declive y dependencia. Actualmente lo anterior se está transformando mediante cambios sociales que fomentan el pensar las personas mayores no meramente como objeto de atención en salud mental, sino como sujeto de derecho, deseante con capacidad de acción y decisión sobre su vida. Al mismo tiempo, plantea a la salud mental como Institución, la cual presenta un entramado de significaciones y sentidos que moldean nuestras prácticas. Como resultado, el quehacer profesional relacionado a las personas mayores y la salud mental puede y debe apuntar a generar prácticas subjetivatizantes, donde se da a la persona la oportunidad de repensar, de crearse, de tener un proyecto de vida y apuntar a procesos de autonomía.

En la misma sintonía, la Psicól. (comunicación personal, 27 de mayo de 2025), plantea que la salud mental también es una construcción social, pero que puede estar ligada a lograr

equilibrios y funcionalidades de las personas, no necesariamente relacionado a “entrar dentro de una norma”, sino que en los abordajes, y en la vida, hay que respetar la diversidad de las personas. Al mismo tiempo, desde su punto de vista, la técnica hace importante énfasis en la importancia de lo comunitario, de la corresponsabilidad respecto a lo que entendemos por salud mental, cuidados y la necesidad de integración de las personas que no se encuentran “dentro de lo que se espera” y de la “norma”. Así, la salud mental está relacionada a generar equilibrios y posibilidades de integración sin forzar al otro a entrar “en un traje a medida”, a corresponder a un modelo productivo capitalista. También, es un tema que se debe abordar socialmente ya que existe una corresponsabilidad con la comunidad. Por ejemplo, podemos asegurar que la salud mental de las personas mayores también impacta en las infancias, ya que son los “viejos y las viejas” las que sostienen a esas infancias que tienden a ser prioridad respecto a las políticas sociales. De esta forma, podemos vislumbrar cómo se configura la necesidad de pensar a las políticas sociales como un entramado que conecta a todas las personas de la sociedad, sin distinción de edad, ya que si no “cuidamos a los viejos, hay infancias que quedan perdidas”.

Continuando con las reflexiones, se puede discernir de ambas entrevistas que la soledad no deseada y el aislamiento son los temas relacionados al envejecimiento que más impactan en la salud mental de las personas mayores. También, el duelo y las personas se configuran como importantes determinantes en la salud mental en la vejez, ya que, según los planteos de la TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025), a lo largo de la vida, las personas pasan por diversos procesos de duelos, ya sean de pérdidas de familiares, de amigos, de vínculos, y también duelos relacionados al rol social que la persona ocupaba. Frente a esto, trabajar en un proyecto de vida es crucial.

Por otra parte, tanto la psicóloga como la trabajadora social afirman que en lo que refiere a las estadísticas en Uruguay, la depresión, el suicidio y las demencias son los padecimientos de mayor relevancia en la salud mental de las personas mayores. Así, la TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025), afirma que poco se habla de suicidio aunque afecta a un gran porcentaje de la población mayor.

Relacionado a lo anterior, la Psicól. (comunicación personal, 27 de mayo de 2025), plantea la importancia de comprender que estos padecimientos se ven atravesados por factores sociales, como por ejemplo, la falta de redes, no tener recursos económicos, fallas en las herramientas de cuidado y acompañamiento, limitado acceso a la atención en salud. Asimismo,

es relevante entender que estos factores que influyen en los padecimientos en salud mental se encuentran íntimamente relacionados a los ciclos de la vida; la marginalidad, la pobreza y la vulnerabilidad va creciendo junto con las personas y no desaparecen cuando se les considera persona mayor.

Respecto a los programas que se configurarían como fundamentales para contribuir a la salud mental de las personas mayores, ambas técnicas mencionaron los espacios colectivos, comunitarios. Al mismo tiempo la TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025), afirma que estos espacios no solo deben ser entre pares, sino que también deben ser con la comunidad, con las redes de apoyo, vecinos, centros educativos, de salud y también a nivel intergeneracional. De esta forma, estos espacios se transforman en proyectos que permiten deconstruir los imaginarios colectivos negativos que hay en torno a la vejez, por ejemplo, “si sos viejo ya no servís para nada, ya no tenés que aportar a la sociedad”, etc. Continuando con los planteos de la TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025), este imaginario colectivo que algunos llaman edadismo, viejismo (forma de discriminación por la edad), debe ser trabajado en conjunto con la sociedad para cambiarlo. Así, desde la perspectiva de la Psicól. (comunicación personal, 27 de mayo de 2025), estos espacios de socialización e integración posibilitan proyectar una vejez que “no sea una condena”.

Por otro lado, los espacios de sensibilización con la sociedad fueron planteados como herramientas efectivas para luchar contra los imaginarios negativos y los discursos homogeneizantes que posicionan a las personas mayores desde un lugar deficitario, para dar paso a una implementación de perspectiva de derecho y género que de paso a otra mirada de la vejez.

La TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025), también planteó que los programas Centros Diurnos son una herramienta relevante a la hora de trabajar sobre la salud mental y la vejez, ya que proporcionan espacios de encuentros que dan apertura a compartir cómo se sienten, a crear, proyectar y generar un proyecto de vida que los motive día a día.

Además, la Psicól. (comunicación personal, 27 de mayo de 2025), visibiliza la falta de información que existe sobre las personas mayores. Así, antes de generar programas o dispositivos de intervención, es fundamental conocer sobre que estamos trabajando. Por ejemplo, a nivel de censo, se presenta una categoría marginal +65, donde en ese “grupo de personas” que tienen más de 65 años, también hay de las que tienen 90-100, las cuales tienen necesidades muy diversas.

Ambas profesionales plantean la necesidad de reforzar el ámbito asistencial, de generar espacios de prevención y promoción de la salud mental. Como resultado, configuran a la salud mental como una responsabilidad de todos, como una construcción comunitaria donde es fundamental que las personas mayores estén implicadas en los procesos necesarios para generar espacios beneficiosos para la salud mental, donde puedan plantear sus necesidades y deseos.

A lo que refiere sobre la escucha activa, ambas profesionales consideran que es sumamente importante en la intervención con personas mayores. La TS (comunicación personal, 23 de mayo de 2025) plantea que la escucha activa no solo implica escuchar lo que la persona tiene para decir, sino también en lo que no tiene para decir, en cómo lo dice, en lo verbal y lo no verbal. Frente a esto, es menester generar espacios de confianza donde la persona pueda sentirse contenida y respetada sin ser juzgada por lo que piensa o siente. En estos espacios, la empatía se vuelve un factor fundamental, para no ocasionar una minimización de la situación del otro y generar un espacio que permita un ida y vuelta, y donde nadie tenga el lugar del poder-saber.

Sumando a lo anterior, la Psicól. (comunicación personal, 27 de mayo de 2025), relaciona el concepto de escucha activa con el de “atención flotante”, donde se da paso al inconsciente para no privilegiar ninguna información en el acto comunicativo y así lograr una atención equitativa del discurso. Del mismo modo, la escucha activa supone la escucha de todos los elementos que son verbales y paraverbales, así como también, tiene que ver con una escucha que no tiene nada de silenciosa, sino que, en cambio, pregunta y repregunta, con el fin de construir algo en conjunto, de demostrar que hay una devolución que da cuenta de que el otro está ahí para escuchar y cooperar. Como resultado, es fundamental para lograr la escucha activa, generar un espacio de confianza y respeto, que permita habilitar los discursos. Por ejemplo, la Psicól. (comunicación personal, 27 de mayo de 2025) plantea que las personas mayores tienden a padecer un discurso inhabilitado, cuando no pueden preguntar un precio, “porque ahí está el viejo que no entiende, no ve”, etc.

Para finalizar con las reflexiones que surgieron en estas entrevistas semi-estructuradas a informantes calificados, las dos profesionales plantean que la escucha activa es fundamental para la salud mental de las personas mayores. Una escucha que permita revalorizar a la vejez, ponerla en el centro y generar un cambio en el enfoque de las políticas públicas. Así, desde la perspectiva de la Psicól. (comunicación personal, 27 de mayo de 2025), la escucha activa es esencial para la atención en salud mental para las personas mayores, para que se sientan escuchados, tenidos en

cuenta, es la llave que posibilita comprender que cada vejez es única, y por lo tanto, los abordajes técnicos deben ser pensados de manera heterogénea.

4.3 El grupo de discusión como herramienta de construcción colectiva

El grupo de discusión contó con la presencia de representantes de las distintas zonas de Montevideo, que conforman el Consejo Asesor de Personas Mayores de Montevideo³⁰. Se consideró pertinente convocar a dichos representantes a participar de este encuentro ya que representan a todas las redes de personas mayores de la capital, lo cual posibilita el acceso a información representativa de dichos entramados.

Como resultado, el grupo de discusión implementado posibilitó a este trabajo comprender, desde el discurso propio de las personas mayores, cuáles son los significados atribuidos a las nociones de persona mayor, salud mental y la escucha activa.

El diseño del grupo de discusión buscó cumplir con los criterios de homogeneidad y heterogeneidad social planteados por Alonso (1996). Todas/os los participantes son personas mayores (homogeneidad), pero todos representan zonas distintas de Montevideo, con realidades diferentes (heterogeneidad social).

La ejecución del grupo de discusión se llevó a cabo en el Espacio Colabora, con la presencia de una moderadora (quien realiza este trabajo), una observadora (estudiante avanzado de Trabajo Social) y nueve representantes del Consejo Asesor de Personas Mayores de Montevideo, siendo seis mujeres y tres varones mayores de 65. El registro de la información se realizó mediante grabación de audio y notas de observaciones del proceso de socialización y palabras claves del discurso.

En el encuentro se apeló a una discusión respetuosa y a una participación activa por parte de las personas que asistieron. Simultáneamente se implementó la dinámica de la “tela de araña” para poder organizar los momentos de participación y culminar con una mirada literal del trabajo en red.

Luego de una breve explicación sobre lo que nos convocaba y presentaciones correspondientes, se procedió a la implementación de la primera pregunta: ¿Cómo definirían a una persona mayor? La mayoría de las respuestas utilizaron una concepción notoriamente

³⁰ Este grupo que nuclea a personas mayores de la capital, tiene como objetivo principal, el intercambio de opiniones sobre las distintas políticas sociales destinadas a todas las personas mayores de Montevideo.

determinada por la edad cronológica. Estas definiciones procedían en su mayoría de nociones de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como también de la edad para acceder a los programas sociales a nivel estatal (+65) y a nivel de la capital (+60). Otras respuestas definían a la persona mayor desde el punto crucial del curso de vida, como lo es la desvinculación del mercado laboral y el término de la producción. Apareció la palabra pasivo, pero desde la negación de esta noción: “Somos personas con derechos y obligaciones, no pasivos, estamos más activos que nunca.” (Grupo de discusión, 12 de mayo de 2025). Se apreció en el discurso la necesidad de reconocimiento de las personas mayores, ya sea dentro del núcleo familiar, el entorno cercano y la comunidad, así como la relevancia del intercambio intergeneracional para no solo transmitir las experiencias del curso de vida de las personas mayores, sino que también para “compartir y crear algo que nos sirva a todos”(comunicación personal, 12 de mayo de 2025). También, surgió la noción de heterogeneidad al definir a las personas mayores, ya que “todos somos diferentes y se nos tiene que considerar de esa forma cuando hablamos de políticas públicas.”(Grupo de discusión, 12 de mayo de 2025)

Procediendo al diálogo, se planteó la segunda pregunta: ¿Qué es envejecer para ustedes? De esta pregunta, surgieron respuestas desde la noción de proceso, siendo envejecer una etapa más de la vida. Algunos discursos dejaron entrever la idea de envejecimiento conectada al concepto de vejez y los cambios físicos del cuerpo, los cuales no necesariamente acompañan a los procesos psicológicos que se dan en las personas mayores

Envejecer es en parte cuando me miro al espejo, como me veo en el espejo no es como yo me siento. Porque yo me siento con fuerza, con ganas y estoy pensando en hacer cosas, tengo perspectivas, ya sea con las compañeras, con mis nietos, trato de estar a la altura de ellos. Antes los abuelos estaban ahí y no participaban; yo no, yo me considero y quiero que me consideren una más. Discuto si tengo que discutir algo y pregunto a mis nietos cuando algo no se [...] para sentirme actualizada. Biológicamente, mirarse al espejo y ver que los surcos están y no somos la misma persona. Hemos tenido una galería de caritas a través de la historia, y eso es importante, es aceptarse a sí mismo. (Grupo de discusión, 12 de mayo de 2025)

Concomitantemente, se considera la idea de que existe una diferencia entre el envejecimiento del hombre y la mujer, ya que, por ejemplo, se planteó que muchas mujeres trabajan a la par de los hombres, pero como no hay paridad a la hora de cobrar, luego las mujeres tienen jubilaciones más bajas, lo que condiciona al envejecimiento para ellas.

Continuando con la implementación del grupo de discusión, se procedió a la implantación de las preguntas del Módulo dos, relacionadas a la salud mental. Este constructo fue definido generalmente desde la “falta de salud mental”. En la mayoría de los discursos apareció la notoria influencia del entorno en la salud mental de las personas mayores

La salud mental no es un factor que depende solo de la persona porque el individuo no vive solo, vive en sociedad y la sociedad está contaminada de determinadas cosas, no solamente la contaminación del aire [...] Nosotros como seres humanos nacemos para vivir organizados en sociedad, formamos un contrato social [...] Cada vez es más difícil vivir en sociedad. Desde los estados capitalistas se impone hacer la tuya y no pensar en el otro, tener empatía [...] Para hablar de salud mental vamos a tener que hablar de una sociedad que está toda enferma y que hay que rever nuevos planteamiento que permitan estar bien todos [...]. (Comunicación personal, 12 de mayo de 2025)

A la vez, se expresó la idea de que tener salud mental es cuando la mente de una persona se encuentra acorde a lo que sucede en su entorno.

Otras definiciones relacionaron a la salud mental con la noción de “equilibrio” entre lo físico y mental. Aparecen conceptos de manicomialización, medicalización de la vida, así como el abuso de medicación para lograr estados mentales que cumplen con lo “normal”.

De esta manera, considerando la pregunta ¿Qué creen que es necesario para lograrla?, la idea con más consenso fue que la salud mental se logra en comunidad.

Respecto a cuales son temas relacionados al envejecimiento que impactan en la salud mental de las personas mayores, aparecen discursos relacionados a los cambios en el cuerpo, la soledad, el aislamiento, el abuso o maltrato, etc. Se planteó el cambio en las estructuras familiares, donde ahora el entorno de la persona mayor generalmente no tiene tiempo para estar lo suficientemente presente, lo que genera una sensación notoria de soledad y aislamiento que repercute en la salud mental.

También se dialogó sobre la influencia de lo económico en la salud mental, con la noción de “no llegar a fin de mes” a causa de las bajas jubilaciones. Se relacionó la desvinculación del mercado laboral con la disminución de los ingresos.

Uno de los temas más reiterado fue el duelo, no solo el de el/la compañero/a de vida

No hay un duelo solo en las personas mayores porque pierden un familiar, sino que también empiezas a perder a tus pares, padres, dejar el trabajo es otro duelo, perdés a los compañeros de trabajo. Vas perdiendo el cuerpo que tenías, la cara y la gente valora todo lo que tiene que ver con la juventud, con el estar bien. (Grupo de discusión, 12 de mayo de 2025)

La discriminación y el edadismo también se configuraron como temas que afectan a la salud mental de las personas mayores, “ya estas viejo, de eso no sabes”, “como estas viejo eso no lo podes hacer”. Acompañando lo anterior, se manifestó también la temática de los prejuicios ya sea sobre las personas mayores y la salud mental

Hay prejuicios sociales sobre las enfermedades mentales que lo que hacen es que la persona se meta para adentro [...] Nadie se avergüenza de decir soy celíaco, pero decís si decís soy esquizofrénico...[...]. (Grupo de discusión, 12 de mayo de 2025)

Otro de los temas que se planteó como determinante de la salud mental de las personas mayores fue la pérdida de autonomía en la toma de decisiones; aquí apareció como tema central, el traslado a los Establecimientos de Larga Estadía que algunas personas mayores se ven obligadas a realizar, aunque no se encuentre totalmente de acuerdo.

En relación a cuáles son los padecimientos en salud mental más frecuentes en las personas mayores, los problemas y los altos índices de uso de medicación para dormir, junto con la depresión, fueron los problemas más discutidos. Frente a esto, se planteó la necesidad de encontrar nuevas formas de tratar la salud mental de las personas mayores sin caer en el abuso de psicofármacos. De igual manera, también se habló sobre el suicidio de las personas mayores, la cual tendría como causa central, la soledad.

Al plantear la pregunta sobre los tipos de programas sociales que favorecen a la salud mental de las personas mayores todos concluyeron en la necesidad de programas que fomenten puntos de encuentro ya que, “tener un espacio, un lugar a donde quieras ir es muy importante para las personas mayores. Donde te sientas cómodo y compartas con tus compañeros.” (Grupo de discusión, 12 de mayo de 2025)

Por último, el cuarto módulo referido a la escucha activa se planteó como un factor fundamental para la salud mental de las personas mayores, pero que es muy difícil de lograr ya que en la sociedad actual “cada uno está centrado en sus problemas”. Así, la escucha activa fue definida con ejemplos

Muy pocos jóvenes hacen los mandados. Los que lo hacemos somos los grandes. Escuchamos a la vecina, como habla con el almacenero. Esos almacenes de barrio son las recepciones de grandes problemas sociales que ocurren dentro de las famosas cuatro paredes. (Grupo de discusión, 12 de mayo de 2025)

Se planteó como factor necesario para lograr espacios de escucha activa, la confianza. Esto se pudo vislumbrar en este grupo de discusión ya que, al generar un entorno de ese tipo, algunos participantes pudieron compartir, en este grupo de discusión, vivencias de carácter íntimo que les permitieron transmitir cómo se sentían frente a instancias de duelo, consumo problemático de drogas, diagnósticos médicos, etc.

En conclusión, este grupo de discusión permitió vislumbrar cómo se autoperceben las personas mayores desde la visión cronológica +60/65, y como existen procesos propios del envejecimiento que afectan a la salud mental, tales como el duelo, soledad, discriminación, etc. A la vez, permitió evidenciar que los espacios de confianza que permiten efectuar la escucha activa serían fundamentales para enfrentar dichos procesos mencionados anteriormente y sobrellevar los padecimientos mentales más frecuentes de las personas mayores (depresión, ansiedad) desde otro enfoque que no sea solo la medicalización o el traslado a los Centros de Larga Estadía. Esto se debe a que, para las personas mayores, los programas sociales que se desarrollan desde este enfoque de escucha activa, favorecen a la salud mental, ya que “la salud mental es aprender a escuchar / nos”. (comunicación personal, 12 de mayo de 2025)

Reflexiones finales

El anterior trabajo tuvo como fin desarrollar un proceso de indagación titulado: “Personas Mayores y Salud Mental: La escucha activa cómo necesidad”. Aspiró a exponer el supuesto de que, desde la mirada de los técnicos y de las personas mayores de Montevideo, la escucha activa es una de las principales necesidades relacionada a la salud mental.

Una de las primeras preguntas que motivó dicho trabajo fue la indagación sobre cuáles son los principales temas relacionados al envejecimiento que impactan en la salud mental de las personas mayores. De esta forma, mediante la búsqueda documental, la realización de entrevistas semi-estructuradas a informantes calificados y la implementación de un grupo de discusión con participantes correspondientes a representantes de las personas mayores de los municipios de Montevideo se pudieron identificar a los duelos, las pérdidas, la soledad y el aislamiento como los temas relacionados al proceso de envejecimiento que impactan notoriamente en la salud mental de gran parte de la población mayor. Otra de las preguntas tenía como fin conocer cómo es envejecer en Montevideo, ya que, al identificar que nuestro país comenzó prematuramente la transición a un envejecimiento de la población, la capital, no debería alejarse de dicha realidad. Así, mediante la búsqueda documental, pudimos aseverar que Montevideo es uno de los departamentos más envejecidos de nuestro país. Las personas mayores de la capital, en su mayoría son mujeres pero eso no quita que exista una gran heterogeneidad en esta población. Al unísono, lo anterior condiciona como es envejecer en la capital, y determina cómo son las políticas y programas a nivel departamental. De esta manera, relacionado a lo anterior, otra de las preguntas que motivaron este trabajo monográfico fue la posibilidad de corroborar si existen políticas públicas específicamente relacionadas a personas mayores y salud mental en Montevideo. Para dar respuesta a la anterior cuestión, se identificaron políticas orientadas a la pobreza y vulnerabilidad, a la integración social, a la afirmación de los derechos, etc., pero no se encontraron en Montevideo programas relacionados directamente a personas mayores y salud mental. Esto no quita que los programas y proyectos existentes no trabajen sobre dichas cuestiones, ya que, la mayoría de ellos se desarrollan desde la concepción de las personas mayores como sujetos de derechos, por lo tanto, se trata de postularlos como seres heterogéneos, que se ven atravesados por distintas cuestiones relacionados a lo físico, psicológico, social, económico, etc.

Por otro lado, este trabajo monográfico se planteó como objetivo general, indagar y evidenciar cuáles son las principales necesidades de salud mental de las personas mayores, así como también las diferentes estrategias de abordaje de dicha temática, implementadas a través de las políticas sociales del departamento de Montevideo. Para esto, una de las metodologías cualitativas implementadas fue el grupo de discusión, donde las personas mayores participantes postularon como principal necesidad en salud mental, los espacios colectivos que posibiliten compartir experiencias, en un entorno de respeto y confianza, en fin, entornos donde se favorezca la escucha activa. Lo anterior es considerado primordial ya que, según sus puntos de vista, la soledad, el aislamiento y la depresión son los temas que más influyen en la salud mental de las personas mayores, por lo que este tipo de espacios colectivos fomentan entornos propicios para la promoción y prevención en salud mental. Por otra parte, la otra metodología cualitativa implementada consistió en las entrevistas a informantes calificados; de este modo, las técnicas entrevistadas plantearon al duelo, la soledad no deseada y el aislamiento como las principales temáticas relacionadas al envejecimiento que más impactan en la salud mental de las personas mayores. De esta manera, ambas coinciden que los espacios de sensibilización y colectivos son relevantes para sobrellevar estos procesos determinantes del curso de vida. Continuando con la reflexión, los espacios mencionados anteriormente no deberían ser solo entre pares, sino que también con la comunidad, con las redes de apoyo, vecinos, centros educativos, de salud y también a nivel intergeneracional, con el fin de deconstruir los imaginarios colectivos negativos que hay en torno a la vejez.

Lo anterior deja entrever la necesidad de extender la esfera de lo público-social, para fomentar los procesos de efectivización de las políticas sociales, como pueden ser los programas colectivos relacionados a salud mental y personas mayores. Al unísono, en menester que desde el Trabajo Social se postule, día a día, a las personas mayores como sujetos de derechos, heterogéneos, determinados históricamente por factores estructurales universales y propios de su ser y como “puro devenir”, con la capacidad de proyectar y aportar a la sociedad en la que vivimos. Como resultado, al efectivizar este posicionamiento teórico-metodológico desde la práctica profesional, podemos visualizar a las personas mayores como seres con posibilidad de presentarse como “proyecto” (rompiendo con el estereotipo tradicional negativo de entender a la vejez como el “final de la vida”), y también reafirmar que presentan un pasado, una historia, pero también un presente y la gran capacidad de aportar al futuro, dando lugar a lo posible y

rompiendo con la noción limitante sobre las personas mayores, especialmente en salud mental. Junto con lo anterior, ya a modo de cierre, debemos añadir que la salud mental es un tema social, y no se limita solamente a cuestiones del orden individual, entonces, también es fundamental que desde el Trabajo Social, junto con otras disciplinas, descompongamos las miradas que responsabilizan únicamente al individuo y proyectemos una mirada más colectiva, que permita comprender que la salud mental debe mirarse desde lo social, desde lo comunitario.

Referencias bibliográficas

Agostino, A. (2023). Prólogo. Diálogos (im) perfectos vejece y feminismos (9-14). Montevideo, Uruguay: Editorial Tradinco.

Alonso, L. (1996). El grupo de discusión en su práctica: memoria social, intertextualidad y acción comunicativa. *Revista Internacional de Sociología*. Madrid. (13): 5-36.

Arboleda, L (2008). El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2008;26(1): 69-77. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2008000100008&script=sci_arttext

Badillo, U (2015). Práctica de la Geriatría. Education. Recuperado de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1500§ionid=98096040>.

Balbuena, M. (2008). Depresión reactiva en adulto mayor con debut de Mieloma Múltiple. Recuperado de <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/115/112/450>.

Baroni, C. (2020). Una cartografía antimanicomial. Historias de la locura en Uruguay (1985-2017). Montevideo, Uruguay: Editorial Biblioteca Plural.

Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial. Montevideo, Uruguay: UDELAR.

Bayés, R. (2006). *Afrontando la Vida, Esperando la Muerte*. Madrid, España: Editorial Alianza.

Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). El tratamiento de las personas mayores fumadoras: un estudio de caso. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-tratamiento-las-personas-mayores-13005987>.

Bellomo, F., y Núñez, I. (2022). Personas mayores en Uruguay: Un estudio multidimensional. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/18870/83-personas-mayores-en-uruguay-un-estudio-multidimensional-f-bellomo-e-i-nunez.html>.

Bentura, C. (2011). Algunas reflexiones sobre la “enfermedad mental” en la contemporaneidad. Recuperado de <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/download/696/620/2587>.

Bentura, C., Beltrán, M., y Silva, C. (3 de octubre de 2018). ¿Cerrar? ¿Para ir a dónde? Sobre el escenario de reglamentación de la Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2018/10/cerrar-para-ir-a-donde-sobre-el-escenario-de-reglamentacion-de-la-ley-de-salud-mental/>

Berriel, F., Pérez, R., y Rodríguez, S. (2011). Vejez y envejecimiento en Uruguay Fundamentos diagnósticos para la acción. Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/11/Vejez-y-envejecimiento-en-Uruguay.pdf>

Bihl, A. (2009). La crisis de la sociabilidad. Recuperado de <https://www.herramienta.com.ar/?id=805>

Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población, vol. 5 (nº8), pp. 5-31.

Blanco, M., Pacheco, E. (2003). Trabajo y Familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. Papeles de Población, (38), 159-193.

Brunet, N., Márquez, C. (2016). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 7. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. Montevideo, Uruguay: Editorial Trilce.

Budinich, M., Aravena, J. y Fuentes, P. (2023). Trastorno neurocognitivo mayor o demencia. En Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Cano, A. (2009). Notas para una genealogía del manicomio. En C. Baroni (Ed.), Salud Mental, Psicología y Comunicación participativa. Recuperado de https://www.academia.edu/39743406/Salud_mental_Psicolog%C3%ADa_y_Comunicaci%C3%B3n_participativa.

Carvacho, R., Miranda, C. y Trujillo, A. (2023). Sobrecarga en cuidadores o cuidadoras de personas mayores. En Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Cisneros, G. y Ausín, B. (2018). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7936937>.

Consejo Asesor de Personas Mayores de Montevideo. (12 de mayo de 2025). Grupo de discusión sobre personas mayores, salud mental y escucha activa coordinado por N. Reimundo. Monografía de grado para la Licenciatura de Trabajo Social. UDELAR.

De León, N., Fernández, J. (1996) La locura y sus instituciones. En Facultad de Psicología, iii Jornadas de Psicología Universitaria (pp. 157-162). Montevideo: Editorial Multiplicidades.

De Paúl, J. y Larrión, J. (2006). El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales. En De la Cuesta, J. (Ed.), El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar.

Dornell, T. (2022). Vejez, duelo y viudedad en contexto de pandemia. En Sande, S. y Capurro, Y. (Ed.), Deshilvanado la pandemia: Otro zoom a las vejeces. Montevideo, Uruguay: Editorial Tradinco.

Dornell, T., et.al. (2015). El desafío del cuidado humano en Uruguay: Dilemas para el Trabajo Social. En Dornell, T., et.al. Debates regionales en torno a la vejez: Una aproximación desde la academia y la práctica pre-profesional. Montevideo, Uruguay: Editorial Tradinco.

Elder, G. (1993). Historia y trayectoria vital. In J. Marinas & C. Santamarina (Eds.), Historia oral: métodos y experiencias. Editorial Debate. Madrid.

Elder, G., Kirkpatrick, M. (2002). "The Life Course and Aging: Challenges, Lessons, and New Directions", en Richard Settersten (ed.), Invitation to the Life Course: Toward New Understandings of Later Life, Nueva York: Baywood.

Filardo, V.; Muñoz, C. (2002). Vejez en el Uruguay ¿Hacia una sociología de las relaciones de edad? Rev. El Uruguay desde la Sociología. Las Brujas, Uruguay, 2002.

García, S. (27 de mayo de 2025). Entrevista realizada por N. Raimundo. [Grabación en pendrive]. Monografía de grado para la Licenciatura de Trabajo Social. UDELAR.

Gerstenblüth, M. y Triunfo, M. (2024). El control del tabaco en Uruguay: evolución de los últimos 20 años. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902024000301204.

Glenn, N. (2006). Distinguishing age, period, and cohort effects. In M. J. Shanahan & J. T. Mortimer (Eds.), Handbook of the Life Course. Springer. Nueva York.

Hernández, K. y Lesmas, A. (2017). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo. Revista Convicciones, vol. 9 (1), 83-87. Recuperado de <https://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/convicciones/article/view/272/311>

Iacub, R. (2007). El cuerpo externalizado o la violencia hacia la vejez. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/2576/1630/5461>.

Iacub, R. (2023). Relaciones de las personas mayores con su cuerpo. En Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Iacub, R. y Mansinho, M. (2023). Erotismo y Sexualidad. En Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Iacub, R., Machluk, L., y Thumala, D. (2023). Soledad y aislamiento. En Ministerio de Salud. En Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Instituto Nacional de las Personas Mayores, DINEM. (2015). Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. Recuperado de <https://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/61742/1/las-personas-mayores-en-uruguay-un-desafio-impostergable-para-la-produccion-de-conocimiento-y-las-politicas-publicas.-2015.pdf>.

Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2024). Grupo de trabajo Personas Mayores. Informe 2024. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-grupo-trabajo-personas-mayores>.

Instituto Nacional de Estadística. (16 de diciembre de 2024). Censo 2023: Población por rango de edad. Recuperado de [https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/censo-2023-poblacion-rango-edad#:~:text=Adultos%20\(35%20a%2064%20a%C3%B1os.es%20decir%2C%20unas%20545.301personas](https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/censo-2023-poblacion-rango-edad#:~:text=Adultos%20(35%20a%2064%20a%C3%B1os.es%20decir%2C%20unas%20545.301personas).

Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios. (12 de mayo de 2021). La importancia de escuchar a nuestros mayores. Recuperado de <https://www.isesinstituto.com/la-importancia-de-escuchar-a-nuestros-mayores/>

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos.

Lang, G., et.al. (2010). Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older. Luxembourg: European Communities. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec46.pdf>

Ley n°19.430. Aprobación de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2016). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19430-2016/1>.

Ley n°19.529. Ley de Salud Mental. (2017). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>.

Londoño, M, et.al (2023). Políticas públicas sobre envejecimiento y vejez: Los casos de Uruguay y Colombia. En: Revista CES Derecho. Vol. 14. No. 2, mayo a agosto de 2023. pp. 23-41. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2145-77192023000200023&script=sci_arttext

Lorda, C; Sánchez, C. (1993). Recreación para el trabajo social con la tercera edad. Montevideo, Uruguay: Editorial Nexo Sport.

Ludi, M. (2005). Envejecer en un contexto de (des)protección social. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Mauros, R. (2023). Área de vejez y Trabajo Social: Abordaje y debate crítico. En Dornell, T., et.al. Debates regionales en torno a la vejez: Una aproximación desde la academia y la práctica pre-profesional. Montevideo, Uruguay: Editorial Tradinco.

Dornell, T., et.al. (2015). El desafío del cuidado humano en Uruguay: Dilemas para el Trabajo Social.

Ministerio de Desarrollo Social. Índice de envejecimiento. Total país. (2025). Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/indice-envejecimiento-total-pais>.

Ministerio de Salud Pública. (2019). Guía para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de la violencia hacia las personas adultas mayores. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_GUIA_PREVENCION_DIAGNOSTICO_VIOLENCIA_PERSONAS_ADULTAS_MAYORES.pdf.

Muniz, C. (2023). Tabaquismo y abordaje en personas mayores. En Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Norambuena, P. y Zárate, R. (2023). Consumo de alcohol en personas mayores. En Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Organización Mundial de la Salud y Milbank Memorial Fund. (2000). Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/66542>.

Organización Mundial de la Salud, 20 de octubre de 2023. Salud Mental de los Adultos Mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud (2024). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

Ortiz, C. (2007). Aprende a escuchar: Cómo desarrollar la capacidad de la escucha activa. USA: Editorial Lulu.

Programa Iberoamericano de cooperación sobre la situación de las personas adultas mayores (2021). Protocolo iberoamericano sobre prevención y abordaje del maltrato, abuso y violencia hacia las personas adultas mayores. Recuperado de <https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/10/Protocolo-maltrato-Mayores-Adultos-VF-WEB.pdf>.

Pugliese, L. (2014). El envejecimiento activo, aproximaciones conceptuales y ejemplos de programas que lo promueven [archivo PDF]. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/8189/44-el-envejecimiento-activo-aproximaciones-conceptuales-y-ejemplos-de-programas-que-lo-promuevan-pugliese.html>.

Riverón, N., et.al. (2022). Depresión en personas mayores –un problema subdiagnosticado y subtratado–. Tendencias en Medicina, Vol. 61. Recuperado de Depresión en personas mayores –un problema subdiagnosticado y subtratado–.

Sánchez, C. (2000). Gerontología Social. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Sande, S. (2015). Estado de situación de las políticas de vejez: ¿Cómo trata el Estado a la vejez uruguaya?. En Dornell, T., [et.al.](#) (Ed.), Debates regionales en torno a la vejez: Una aproximación desde la academia y la práctica pre-profesional.

Sande, S. y Mauros, R.(2023). Armarios: La des-sexualización de la vejez como forma de deshumanización. En Sande, S. y Mauros, R. (Ed.), Diálogos (im) perfectos vejezes y feminismos.

Saravia, N. (23 de mayo de 2025). Entrevista realizada por N. Raimundo. [Grabación en pendrive]. Monografía de grado para la Licenciatura de Trabajo Social. UDELAR.

Segovia, J. (2023). Maternar es político. Maternajes y curso de vida. Diálogos (im) perfectos vejezes y feminismos (9-14). Montevideo, Uruguay: Editorial Tradinco.

Silva, J. (2020). Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay: tensiones y acuerdos en el Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental [Tesis de doctorado, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/17401/2/TFLACSO-2020JCSC.pdf>

Sunkel, R. (2023). Trastorno del estado de ánimo. En Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Tarrés, M.L. (2013). Lo cualitativo como tradición. Ciudad de México, México. Editorial FLACSO.

Techera, A., et.al. (2013). Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. (15-24). Montevideo, Uruguay: Editorial Mastergraf srl.

Thumala, D. (2023). Pérdidas y duelos. En Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Vieira, A. (2023). Conducta suicida. En Gobierno de Chile (Ed.), Guía de envejecimiento y salud mental en las personas mayores.

Zambrano, et.al. (2020). Salud mental en el adulto mayor. Polo del Conocimiento, Vol. 5 (Edición núm. 42),pp. 3-21. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1246>.

Apendice A: Pauta entrevistas semi-estructuradas

1. Preguntas para Trabajo Social:

- ¿Cómo definís a una persona mayor?
- ¿Qué consideras que es la salud mental?
- ¿Cómo es tu rol como TS en el Centro Diurno?
- Dentro del entramado que te encuentras ¿Cuáles creen que son los temas relacionados al envejecimiento que impactan en la salud mental de las personas mayores?
- ¿Cuáles creen que son los padecimientos en salud mental más frecuentes en las personas mayores?
- ¿Qué actividades o programas consideras que son fundamentales para contribuir a la salud mental de las personas mayores?
- ¿Cómo definirías a la “escucha activa”?
- ¿En qué medida consideras que es un factor/necesidad para la salud mental de las personas mayores?
- Algo más que consideres pertinente contarnos

2. Preguntas para Psicóloga:

- ¿Cómo definís a una persona mayor?
- ¿Qué consideras que es la salud mental?
- ¿Cómo es tu rol como psicóloga en el Servicio de violencia?
- Dentro del entramado que te encuentras ¿Cuáles creen que son los temas relacionados al envejecimiento que impactan en la salud mental de las personas mayores?
- ¿Cuáles creen que son los padecimientos en salud mental más frecuentes en las personas mayores?
- ¿Qué actividades o programas consideras que son fundamentales para contribuir a la salud mental de las personas mayores?
- ¿Cómo definirías a la “escucha activa”?

- ¿En qué medida consideras que es un factor/necesidad para la salud mental de las personas mayores?
- Algo más que consideres pertinente contarnos

Apendice B: Pauta grupo de discusión

- **Primer módulo: Personas mayores**

¿Cómo definirían a una persona mayor?

¿Qué es envejecer para ustedes?

- **Segundo módulo: Salud Mental**

¿Qué es la salud mental?

¿Qué creen que es necesario para lograrla?

- **Tercer módulo: Personas mayores y Salud Mental**

¿Cuáles creen que son los temas relacionados al envejecimiento que impactan en la salud mental de las personas mayores?

¿Cuáles creen que son los padecimientos en salud mental más frecuentes en las personas mayores? ¿Qué tipo de programas sociales creen que podrían favorecer a la salud mental de las personas mayores?

- **Cuarto módulo: La escucha activa**

¿Qué es la escucha activa?

¿En qué medida creen que la escucha activa aporta a la salud mental de las personas mayores?

¿En qué aspectos puede influir?