UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

VOCES DE EXPERIENCIA

Un espacio de escucha y expresión para personas adultas mayores

---

Trabajo Final de Grado - Sistematización de Experiencia

Estudiante: Catalina Quintana Rameau
CI: 5.080.197-5
Tutora: Prof. Adj. Mag. Alejandra Arias
Revisor: Prof. Adj. Mag. Fernando Texeira

Julio, 2025
Montevideo, Uruguay

Resumen

La presente producción académica es el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La misma sistematiza una experiencia psicosocial en el Primer Nivel de Atención en un centro de salud de Montevideo durante el año 2024. La intervención se desarrolló en el marco del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud de ASSE y consistió en un abordaje grupal dirigido a personas adultas mayores, orientado a promover bienestar y participación social.

El trabajo se estructura en cinco apartados principales: una contextualización de la experiencia, un marco teórico, la reconstrucción del proceso de implementación, análisis crítico de la experiencia a la luz de diferentes categorías analíticas, y un cierre con reflexiones. La producción lograda permitió reconocer la relevancia de las intervenciones psicosociales destinada a esta población para contribuir a su salud y calidad de vida, en tanto promueve la construcción de vínculos, la expresión de subjetividades y el fortalecimiento de la identidad. Asimismo, se evidenció la importancia de fomentar un rol activo de las personas mayores y la necesidad de generar propuestas que promuevan su bienestar integral en contextos territoriales complejos.

Palabras claves: envejecimiento, bienestar, PNA, abordajes grupales.

Índice

1) Introducción **4**

2) Objetivos **5**

3) Metodología **5**

4) Contextualización **6**

4.1 Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud 7
4.2 El Centro de Salud y el Barrio 8
4.2.1 Centro de Salud Dr. Rúben Misurraco 8
4.2.2 El Barrio 9
4.3 Situación Actual de la Vejez en Uruguay 11

5) Marco Referencial **14**

5.1.1 Sistema de Salud 15
5.1.1.1 APS y Niveles de Atención 15
5.2 La Psicología en los Servicios de Salud 17
5.2.1 Intervenciones Psicosociales en el PNA 18
5.3 Conceptualización del Envejecimiento 19
5.3.1 Factores de Riesgo y Protectores en la Vejez 21
5.4 El Valor de lo Colectivo en los Procesos de Envejecimiento 23

6) Reconstrucción Histórica de la Experiencia **25**

6.1 Descripción General y Fundamentación 25
6.1.1 ¿Por qué “Medias grandes”? Un Nombre con Historia 26
6.2 Objetivos de la Intervención 26
6.3 Diseño e Implementación Metodológica 26
6.4 Evaluación 33

7) Análisis Crítico **35**

7.1 Pertinencia de los Abordajes Grupales por Equipos Interdisciplinarios en el PNA 35
7.2 La Interdisciplina como Facilitador y Desafío 36
7.3 La Potencia de lo Grupal y su Impacto en el Bienestar Psicosocial en Personas Adultas Mayores 38
7.4 Construcción de Significados en el Discurso Grupal 40

8) Reflexiones **42**

Referencias **45**

1) Introducción

La presente producción es el Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). Para su elaboración, se eligió la modalidad de sistematización de experiencias. En este marco, se seleccionó una intervención psicosocial realizada con personas mayores en el Centro de Salud Dr. Rubén Misurraco de Montevideo, que llevé a cabo como practicante junto con la Residente de Psicología, dentro del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud (PPRSS). El Programa se crea a partir de un convenio realizado en el año 2010 entre la Facultad de Psicología de UdelaR y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Este permite a los estudiantes de los últimos años de la licenciatura, en calidad de practicantes, integrarse a distintos servicios de salud, favoreciendo una inserción temprana en contextos reales de atención. Tiene como principales objetivos la formación de recursos humanos en psicología en el ámbito de la salud, alineada al cambio de modelo de atención propuesto por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). De esta manera, contribuye a la generación de nuevos conocimientos en el campo de la psicología, orientados a contribuir al bienestar de la población uruguaya (ASSE, 2009).

La elección de esta propuesta para su sistematización responde, en primer lugar, a su relevancia personal, ya que fue significativa para mi proceso formativo como futura psicóloga. En segundo lugar, se trata de un abordaje psicosocial, diseñado en conjunto con la residente a partir del relevamiento de las necesidades en salud identificadas en el territorio. Las mismas evidenciaron la pertinencia de implementar una estrategia grupal orientada a generar un espacio de contención, escucha y participación para las personas adultas mayores; especialmente, en contextos territoriales complejos donde las condiciones de vida profundizan las desigualdades que históricamente han atravesado las personas de esta franja etaria (Hein et al., 2020).

El objetivo de la sistematización de la experiencia es analizar y reflexionar sobre la pertinencia de los abordajes grupales por equipos interdisciplinarios en Primer Nivel de Atención en Salud (PNA), para la promoción de salud y bienestar psicosocial de personas adultas mayores. Para la reconstrucción de la experiencia se utilizó una metodología cualitativa, la que permitió realizar un análisis interpretativo, crítico y reflexivo de los significados, interacciones y sentidos construidos del proceso grupal. Este enfoque resulta apropiado para captar la complejidad y riqueza de la experiencia compartida.

La sistematización se organizó en cuatro apartados principales. En primer lugar, se presenta una contextualización general de la experiencia, que abarca el marco institucional, territorial y poblacional en el que se desarrolló la intervención. En segundo lugar, se expone

el marco teórico con los principales conceptos que sustentan la producción académica. A continuación, se reconstruye el proceso de implementación del grupo, desde su gestación hasta su desarrollo, describiendo las estrategias utilizadas, los actores involucrados y las actividades llevadas a cabo. Posteriormente, se realiza un análisis crítico que articula los principales conceptos teóricos con la intervención realizada, en diálogo con categorías analíticas que emergen de la experiencia. Finalmente, se presentan las reflexiones principales a modo de cierre.

2) Objetivos

Objetivo General

Sistematizar una intervención psicosocial con personas adultas mayores en el Centro de Salud Dr. Rubén Misurraco en el marco del PPRSS.

Objetivos Específicos

- Analizar la pertinencia de la implementación de abordajes grupales por equipos interdisciplinarios en PNA.
- Reflexionar sobre la relevancia de los abordajes grupales para la promoción de salud y bienestar psicosocial en personas adultas mayores.
- Analizar los significados, interacciones y sentidos construidos que se desprenden del discurso grupal de las personas adultas mayores.

3) Metodología

La presente producción se enmarca en una sistematización de experiencia, entendida como un proceso de reconstrucción y análisis crítico de una práctica específica. La sistematización no solo busca ordenar y narrar lo ocurrido, sino también generar una comprensión profunda de la experiencia, identificando aprendizajes, tensiones y desafíos (Ghuiso, 2011). De igual forma, Unday y Valero (2017) plantean que:

> La simple recuperación histórica, narración o documentación de una experiencia, aunque sean ejercicios necesarios para realizarla, no es propiamente una sistematización de experiencias, igualmente, si se habla de ordenar, catalogar o clasificar datos o información dispersa, se habla de sistematización de datos o de información; las experiencias implican realizar una interpretación crítica, por lo que

> se utiliza siempre el término compuesto: sistematización de experiencias y no sólo se dice sistematización. (p. 2)

Para la sistematización de esta experiencia se optó por una metodología cualitativa y flexible. Este enfoque permitió abordar la experiencia desde una perspectiva interpretativa y no estadística, lo cual resulta especialmente pertinente en el trabajo con grupos en el ámbito comunitario, contexto en el que suelen desplegarse dinámicas complejas, situadas y multidimensionales. Al tratarse de un enfoque cualitativo, se priorizó el análisis de significados, interacciones y procesos en lugar de la cuantificación de datos. A su vez, la flexibilidad metodológica permitió adaptar el proceso de reconstrucción y análisis de la experiencia, incorporando nuevas perspectivas y redefiniendo los ejes de interpretación según los hallazgos emergentes, dejando captar la riqueza de los intercambios, la participación de los sujetos y los sentidos que surgieron en el proceso (Schenkel y Pérez, 2018). En este sentido, la sistematización de esta experiencia no sigue un relato lineal, sino que se nutre de diversas voces, recuerdos y registros que permiten abordar la práctica de manera dialógica y reflexiva.

Durante el desarrollo del grupo se elaboró una bitácora, la que auspició de facilitadora para la reconstrucción de las dinámicas grupales desarrolladas y el análisis crítico del discurso de los participantes; aportando elementos clave para su posterior interpretación. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2020), se trata de registros sistemáticos, ordenados y detallados sobre lo que se observa, se escucha y se experimenta a lo largo de la experiencia. Del mismo modo, se recurrió a otras fuentes complementarias para la sistematización. A saber: registros audiovisuales y fotográficos, actas de reuniones de equipo, planificaciones y coordinación de actividades y producciones académicas en el marco del PPRSS, entre otras.

Cabe señalar que todos los materiales producidos y utilizados para esta sistematización tuvieron el consentimiento informado de cada participante. De esta manera, la presente producción académica se elaboró teniendo como orientadores los principios éticos de confidencialidad, privacidad y anonimato de los datos proporcionados.

4) Contextualización

Para este tipo de producción y las características que reviste, resulta fundamental comprender el contexto en el que se inscribe la experiencia. Para ello, este apartado se divide en tres ejes: 1) El Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios

de Salud, 2) el Centro de Salud y el barrio como determinantes claves que configuran el campo de la intervención, y 3) la situación actual de la vejez en Uruguay orientado a aspectos demográficos, políticas públicas y la salud mental.

4.1 Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud

Como se ha mencionado anteriormente, el PPRSS surge de un convenio realizado entre Facultad de Psicología y ASSE en el 2010. Este último, es el principal prestador de salud del Uruguay con presencia en todo el territorio nacional.

Los objetivos definidos son:

> - La formación de recursos humanos en salud, específicamente psicólogos, con los niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad uruguaya y acorde a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
> - La producción de conocimientos psicológicos en el campo de la salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población uruguaya. (ASSE, 2009, p.2)

El PPRSS representa una oportunidad estratégica para fortalecer la articulación entre Facultad de Psicología y los servicios de ASSE; constituye una instancia formativa única dentro de la licenciatura, tanto por su nivel de exigencia como por la posibilidad que brinda de una inmersión directa y sostenida en los servicios de salud. Propone una metodología que integra la práctica en territorio con la formación académica, mediante un vínculo laboral formalizado entre los estudiantes y ASSE. El practicante y residente de psicología debe realizar 40 horas semanales, las que se distribuyen de la siguiente manera: 25 horas en el servicio de salud y 15 horas de espacio de formación y supervisión académica (Giménez, 2021).

El mismo cuenta con un equipo coordinador integrado por cinco docentes (tres asignados a practicantes y dos a residentes), cuya finalidad es orientar académicamente, acompañar y supervisar la experiencia de los practicantes y residentes en los servicios. En el 2024, se integraron al PPRSS un total de 36 practicantes (estudiantes avanzados de grado) y 32 residentes (licenciados en psicología nóveles)[1].

A su vez, los practicantes y residentes cuentan con un referente técnico (psicólogo) en el servicio de salud, el que es designado por ASSE. Este último, cumple un rol clave en la orientación y acompañamiento del trabajo cotidiano de estos; poseen la responsabilidad de las acciones implementadas por los practicantes y residentes, colaborando en la

[1] Documento interno del PPRSS 2024.

definición y coordinación de los planes de trabajo en función a las prioridades del servicio. Las actividades a desarrollar contemplan dos dimensiones:

1) las características de los servicios de salud (nivel de atención, grado de complejidad, población destinataria, composición de los equipos de salud, líneas de acción prioritarias, etc.).
2) las características particulares de cada practicante o residente, sus intereses, trayectoria formativa, saberes previos y disponibilidad (Giménez, 2021).

Los servicios de salud que participan en el PPRSS pueden variar anualmente. En el 2024 el Programa se encontraba presente en 60 centros de salud de diferentes niveles de atención (policlínicas, centros de salud, unidades asistenciales, hospitales genéricos, hospitales monovalentes, centros de rehabilitación, etc.) en 13 departamentos del país. A su vez, el Programa cuenta con una comisión interinstitucional compuesta por representantes de la Facultad de Psicología y representantes de ASSE, para la evaluación y monitoreo de la ejecución del programa.

4.2 El Centro de Salud y el Barrio

4.2.1 Centro de Salud Dr. Rúben Misurraco

Mi pasaje como practicante en el PPRSS se desarrolló a lo largo de un año, desde el 1 de febrero del 2024 al 31 de enero del 2025. Esta experiencia se llevó a cabo en el Centro de Salud Dr. Rúben Misurraco, el cual forma parte de la Red de Atención Primaria (RAP) de ASSE. Esta última, busca brindar atención integral en el PNA con un enfoque preventivo y con énfasis en la promoción de salud en el departamento de Montevideo.

Dicho centro se encuentra ubicado en Aparicio Saravia y Azotea de Lima en el barrio Marconi, dentro del Municipio D. No obstante, su área de influencia es bastante amplia, abarcando zonas como Casavalle, Barrio Municipal, Plácido Ellauri, Las Acacias, Gruta de Lourdes, Borro y Nuevo Ellauri (ASSE Comunica, 2018, 45s). A su vez, este centro de salud cuenta con varias policlínicas distribuidas en el territorio: San Martin II, Dr. Rubén Alonso, Las Acacias, República de Chile, Los Reyes, Santa Rita y Aquiles Lanza. Además, existen dos policlínicas en la zona, que si bien son de la Intendencia de Montevideo (policlínica Casavalle y policlínica Los Ángeles), parte del equipo asistencial es funcionario del Centro de Salud Dr. Rubén Misurraco.

El total de la población usuaria es de 3.125, el 65% concurre al Centro de Salud Misurraco y el resto a las policlínicas dependientes (ASSE, 2024). Los servicios de dicho centro funcionan de 8 a 16 horas de lunes a viernes, y las especialidades que brinda son:

medicina general, medicina familiar y comunitaria, pediatría, ginecología (ginecólogo y partera), cirugía pediátrica, nutrición, servicios sociales, neumología, odontología, psiquiatría Infantil, psicología, y enfermería, también se cuenta con farmacia y laboratorio. Por otro lado, existe un Equipo de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y un Equipo de Referencia para Situaciones de Violencia; además de esto, en el 2024 comenzó a funcionar un Comité de Recepción de Niños. Por último, también se realiza atención domiciliaria a 225 usuarios no autoválidos (ASSE, 2024).

El Centro de Salud Dr. Rubén Misurraco mantiene vínculos y articula su trabajo con múltiples instituciones presentes en el territorio. Estas cumplen diferentes funciones según su naturaleza y población objetivo. Por ejemplo, los centros juveniles promueven el desarrollo personal y social de adolescentes; el programa Uruguay Crece Contigo (UCC) acompaña a familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica o sanitaria; la Comuna Mujer brinda respuestas integrales ante situaciones de violencia de género y otras vulneraciones de derechos hacia las mujeres; y los centros CAIF implementan acciones orientadas a garantizar la equidad desde la gestación y la primera infancia. Otras redes y actores con los que el Centro de Salud articula su trabajo son: el Centro de Salud Giordano, SACUDE, la Red de Primera Infancia del Municipio D, el Nodo Familia Gruta de Lourdes, la Red de Adolescencias, los clubes de niños, el Enlace Educativo del MIDES, centros educativos, el CECAP, el MEC y el Municipio D.

No obstante, durante el año de práctica no se identificaron redes de apoyo ni recursos específicos en el territorio orientados a personas adultas mayores específicas. Respecto al servicio de salud, aunque se han implementado abordajes grupales dirigidos a mujeres y adolescentes, no se realizaron espacios similares destinados a dicha población.

4.2.2 El Barrio

En lo que respecta al territorio, el barrio Marconi se encuentra ubicado en la zona centro-norte de la ciudad de Montevideo. Este es parte del Municipio D, y está bajo la gestión administrativa del Centro Comunal Zonal 11.

El Municipio D de Montevideo es una de las zonas más densamente pobladas de la ciudad y presenta importantes desafíos socioeconómicos y estructurales. Según el Censo 2023 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2024), cuenta con 166.695 habitantes, con una distribución etaria donde el 20,9% son niños, niñas y adolescentes (0-14 años), el 28,9% jóvenes adultos (15-34 años), el 36,1% adultos (35-64 años) y el 14,1% personas mayores (65+ años). La Intendencia de Montevideo (IM, 2023) plantea que dentro de este municipio, la zona 11 concentra una población de 135.299 personas, donde el porcentaje de mujeres es mayor. Este dato resulta significativo ya que, a su vez, las mujeres tienen menores tasas de empleo (50,9%) que los varones (68,9%) (Unidad de Estadística y Gestión Estratégica -

IM, 2017). Esta brecha pone de manifiesto la persistencia de barreras sociales y de género que limitan la plena inclusión de las mujeres en el mundo laboral.

En cuanto a las condiciones de vivienda, esta zona presenta indicadores de vivienda precaria notablemente más altos que el promedio nacional. La presencia de hacinamiento es más del doble que la del total del país y la cantidad de hogares con saneamiento precario es de tres veces más que la del promedio para el total del país. Además, la emergencia habitacional es tres veces mayor que en el resto del territorio (DAES-DES y TC-DINEM MIDES, 2015). Por otro lado, el Censo 2023 indica la existencia de 66.658 viviendas en el Municipio D, de las cuales el 63,2% están construidas con materiales resistentes en paredes, techos y pisos. Este dato permite inferir que, si bien una parte importante de las viviendas presentan condiciones estructurales adecuadas, aún persisten situaciones de precariedad habitacional. A su vez, el 3,4% de las viviendas están edificadas con materiales livianos, evidenciando desigualdades en el acceso a condiciones de habitabilidad digna. Estos datos constituyen un indicador clave para comprender la situación actual del territorio en términos de infraestructura habitacional.

Según la Unidad de Estadística y Gestión Estratégica de la IM (2017), el Municipio D se caracteriza por una alta incidencia de pobreza, afectando especialmente a niños, niñas y adolescentes; los mayores niveles se registran en la franja de 0 a 12 años. Además, la incidencia de la indigencia es mayor en hogares con menores de edad, lo que profundiza las desigualdades y el riesgo de exclusión social. Esto posiciona a las infancias como la población más vulnerable de este municipio. Otro punto importante en lo que respecta a la pobreza, es que en la zona 11 coexisten dos realidades opuestas: al norte, una alta concentración de pobreza y asentamientos irregulares que representan el 14% de la población; y al sur, una zona históricamente edificada, con varios complejos cooperativos de vivienda y una población de nivel socioeconómico medio. En los últimos años esta zona ha recibido grandes cantidades de población expulsada de espacios consolidados de la ciudad, lo que ha dado lugar al crecimiento de asentamientos en áreas no habilitadas para uso residencial y sin acceso a servicios básicos. Esta situación ha convertido al asentamiento irregular en una de las principales problemáticas del territorio. A su vez, algunas zonas residenciales han experimentado un proceso de empobrecimiento, mientras que el aumento poblacional no ha sido acompañado por una mejora cuanti-cualitativa de los servicios sociales, como la educación y el transporte, que resultan insuficientes e ineficaces (IM, 2023).

En términos de acceso a la educación, el 31,4% de la población de 25 años o más tiene educación primaria o menos, el 30,7% ha completado educación media básica, el 19,6% educación media superior, el 14,4% educación terciaria y el 1,9% educación técnica (INE, 2024). Estos indicadores reflejan desafíos en la formación académica y su posterior impacto en la inserción laboral de la población, presentando una de las tasas de desempleo

más altas de Montevideo (9,5%), y reflejando dificultades en la estabilidad económica de sus habitantes (Unidad de Estadística y Gestión Estratégica - IM, 2017).

Si bien el Censo 2023 no proporciona datos específicos sobre la pobreza, las variables sociodemográficas asociadas al sexo, la edad, el nivel educativo y laboral, así como el tipo de vivienda, entre otros, permiten analizar aspectos relacionados a la vulnerabilidad estructural de la zona de influencia del Centro de Salud Misurraco.

Actualmente este territorio, además de las problemáticas socioeconómicas y habitacionales previamente mencionadas, es catalogado por la prensa y la opinión pública como uno de los barrios más peligrosos de Montevideo, cargando con una valoración negativa y la estigmatización de ser una “zona roja”. Sobre esto, Scaraffuni y Paternain (2023) identifican dos dinámicas principales: la violencia barrial e intrafamiliar, ambas atravesadas por dificultades cotidianas que impactan en la calidad de vida de sus habitantes. Entre ellas, destacan la ausencia de servicios básicos, los problemas de movilidad y transporte, la escasa iluminación, la presencia desbordante de basura, la existencia de plazas en desuso por miedo a la violencia, así como el riesgo constante de victimización delictiva. A su vez, el narcotráfico y los conflictos entre bandas han generado un contexto de extrema vulnerabilidad, donde, como señala Parentelli (2024), “la mayoría de la gente a veces tiene que parar su vida para esquivar las balas de batallas que no le corresponden” (párr. 1). Esta realidad no solo afecta la vida cotidiana de la comunidad, sino que también profundiza las desigualdades estructurales.

Si bien estas problemáticas dan cuenta de una compleja realidad territorial, también es importante reconocer que la percepción del barrio está mediada por discursos externos, muchas veces reforzados por los medios de comunicación y la opinión pública. La categorización de Marconi como una “zona roja” no sólo visibiliza la violencia presente en el territorio, sino que también contribuye a la estigmatización de sus habitantes reforzando barreras de exclusión social y dificultando el desarrollo de intervenciones de salud y bienestar en el territorio.

4.3 Situación Actual de la Vejez en Uruguay

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017), actualmente las personas que superan los 60 años conforman más de un 12% de la población mundial, cifra que se estima que superará el 21% a mediados de este siglo.

En este proceso de envejecimiento demográfico, Uruguay es uno de los países que lidera este fenómeno en la región. La combinación de factores como la disminución sostenida de las tasas de fecundidad y mortalidad, junto con un saldo migratorio negativo desde mediados de la década de 1960, ha llevado a un envejecimiento significativo en nuestra población (Rodriguez y Rossel, 2009).

Según el último censo nacional, el 15,6% de la población uruguaya tiene 65 años o más, lo que refleja un proceso de envejecimiento sostenido. Esta cifra marca un incremento respecto al 13,7% registrado en 2011 (INE, 2024). En línea con esta tendencia, Hein et al. (2020) señalan que uno de cada cinco uruguayos supera los 60 años. Asimismo, el grupo de mayor crecimiento es el de las personas octogenarias, mientras que la proporción de individuos de 75 años o más también presenta un aumento significativo, especialmente entre las mujeres (CEPAL, 2017).

En Uruguay, al igual que en otras sociedades contemporáneas, las personas mayores enfrentan discriminación, subvaloración y segregación social, así como una atención insuficiente en las políticas públicas (Berriel, 2007). Esta perspectiva reduccionista asocia la vejez principalmente con la enfermedad, la dependencia y el deterioro, ignorando su heterogeneidad. No obstante, los datos revelan una realidad distinta: en el país, este grupo etario muestra altos niveles de autonomía funcional, autovalidez y preservación de sus capacidades físicas e intelectuales. Reconocer estas características permite desafiar los prejuicios dominantes y destacar el potencial de las personas mayores para mantenerse activas en la vida social.

En este marco, la salud mental emerge como un factor clave para el bienestar y la calidad de vida en la vejez. Entre las principales problemáticas se destacan los trastornos afectivos (como la depresión), las demencias, las psicosis y el consumo problemático de alcohol y fármacos. El deterioro cognitivo, en particular, representa uno de los problemas más graves debido a su impacto en la vida diaria. Como señala Latorre (2023), estas afectaciones generan limitaciones significativas en la autonomía y el funcionamiento previo del individuo. La prevalencia de demencia aumenta progresivamente con la edad, alcanzando más del 35% en personas de 95 años o más. Sin embargo, estudios como el del SIVE (2015) demuestran que el acceso a tratamientos adecuados, junto con redes de apoyo sólidas, puede ralentizar el declive neurocognitivo. La depresión es un trastorno frecuente en la vejez aunque con características particulares, en comparación con otras etapas del ciclo vital. En esta etapa se presenta un aumento de los síntomas somáticos, como el retraso psicomotor y la fatiga, aumento de las dificultades en la memoria, así como también la falta de interés y la desesperanza en el futuro. A su vez, en muchos casos, esta condición se relaciona con múltiples pérdidas, tanto orgánicas como cognitivas y sociales, enfermedades crónicas y/o dependencia de otras personas (Latorre, 2023). Según este autor, la depresión en la vejez puede conllevar otro fenómeno: el suicidio.

En Uruguay las personas adultas mayores presentan la tasa de suicidio más alta. Según datos de 2023, la tasa de suicidio en la población de 75 a 79 años es de 38,3 cada

100.000 habitantes (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2024). Dentro de los factores asociados al suicidio en la vejez, Hein et al. (2020) destacan la falta de conexión social y la soledad, elementos que incrementan significativamente el riesgo de mortalidad.

Es importante mencionar que estos fenómenos pudieron verse agudizados en los últimos años a raíz de la pandemia por COVID-19 y las restricciones implementadas por la emergencia sanitaria, donde el aislamiento fue parte de la medida epidemiológica de prevención del contagio. Dicha situación, generó un aumento significativo en los niveles de ansiedad, tristeza y depresión, así como un mayor deterioro cognitivo en aquellas personas mayores que ya lo presentaban. Las limitaciones en el traslado, el desuso del cuerpo y la inmovilidad contribuyeron al desarrollo de sarcopenia (pérdida de masa y fuerza muscular). Por lo expresado, el aislamiento representa un riesgo crítico para la salud integral de las personas mayores, afectando su bienestar emocional, físico y cognitivo (Guidotti, 2022).

Así mismo, también es necesario tener en cuenta los factores psicosociales que pueden afectar profundamente el bienestar emocional de las personas mayores. Situaciones como el maltrato, la negligencia en los cuidados o diversas formas de abuso siguen siendo problemáticas frecuentes que profundizan la vulneración de derechos (SIVE, 2015). Quienes ejercen violencia suelen ser los vínculos cercanos con los que las personas mayores mantienen relaciones de confianza. En la mayoría de los casos, estos abusos se producen en el ámbito familiar o en los entornos destinados a su cuidado. En cuanto a género, las mujeres mayores son las principales víctimas de estas situaciones, lo que refleja un patrón de vulnerabilidad que exige atención y respuestas urgentes desde todos los sectores de la sociedad. De acuerdo a los datos más recientes, se recibieron 178 situaciones aceptadas para iniciar una intervención,y el 82,8 % de las personas afectadas eran mujeres. De los casos recibidos, el maltrato ha sido de orden psicológico principalmente (54,2%), seguido por el maltrato físico (42,4 %), abandono (31,6%) y abuso patrimonial (18,6%). El 44,6% de las personas sufrió un tipo de abuso y/o maltrato y el 42,4%, dos tipos (Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], 2025).

En este contexto, el envejecimiento demográfico plantea desafíos importantes para el Estado uruguayo. Este proceso requiere la implementación de políticas públicas integrales y articuladas que garanticen condiciones de vida dignas para las personas mayores, abarcando dimensiones como la salud, la protección social, el cuidado, la calidad de vida, y la inclusión comunitaria. Es fundamental señalar que el aumento de la edad no constituye un obstáculo para el ejercicio pleno de los derechos. De este modo, en los últimos años Uruguay ha avanzado significativamente en la transformación de sus políticas dirigidas a este grupo etario, donde se reconoce el envejecimiento y la vejez desde una

perspectiva de derechos. Este cambio de paradigma implica superar una visión meramente asistencialista para adoptar una mirada más amplia e inclusiva, que promueva la autonomía, la participación activa y el bienestar integral de las personas mayores. Es por ello que la sistematización de información confiable y la producción de conocimientos, se vuelve un eje clave para orientar el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas efectivas. Sin embargo, a pesar de la creciente generación de estudios e investigaciones tanto desde el ámbito académico como estatal, la información disponible continúa fragmentada y presenta importantes vacíos en aspectos cruciales para el bienestar y la garantía de derechos de esta población (SIVE, 2015). En la misma línea, Berriel (2021) en su tesis doctoral realiza una historización y un análisis de las políticas públicas en relación a la vejez en Uruguay. El autor plantea que dichas políticas presentan significativas carencias estructurales, dificultades en su articulación y limitaciones en su alcance real, resaltando la necesidad de un análisis crítico sobre la implementación y efectividad de estas. En muchos casos, las acciones propuestas no logran traducirse en cambios sustanciales en la calidad de vida de las personas mayores, lo que deja en evidencia la distancia entre la formulación normativa y su impacto concreto en la población.

5) Marco Referencial

El presente marco referencial reúne los siguientes conceptos teóricos para sustentar el análisis de la experiencia sistematizada. En primer lugar, se contextualiza el sistema de salud uruguayo, así como sus niveles de atención. Luego, se profundiza el rol de la psicología en los servicios de salud, particularmente en el PNA. En segundo lugar, se aborda la vejez desde una perspectiva integral, así como los factores de riesgo y de protección que inciden en esta etapa, con énfasis en el envejecimiento activo. Finalmente, se hace énfasis en la participación social y su impacto en la salud y el bienestar de las personas mayores.

5.1 Sistema de Salud y Niveles de Atención

Dado que la experiencia se llevó a cabo en un centro de salud, y considerando que los servicios de salud constituyen un factor determinante en el proceso de envejecimiento, resulta pertinente detenerse brevemente en la conceptualización del sistema de salud y sus principales características.

5.1.1 Sistema de Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), el sistema de salud puede ser entendido como una estructura social conformada por personas, instituciones y acciones orientadas a preservar y mejorar la salud de la población. Este sistema reúne diversos componentes interrelacionados (como organismos, servicios y programas) que, de manera planificada y organizada, desarrollan actividades destinadas a la promoción y protección de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como la rehabilitación y la reintegración social. Entre los principios que deben guiar a un sistema de salud se encuentran: contribuir efectivamente al bienestar de toda la población, garantizar un trato digno a los usuarios y asegurar la sostenibilidad financiera a lo largo del tiempo (Seguí-Gómez et al., 2013). Asimismo, para la OMS (2000) un sistema de salud ideal debería reunir ciertas características fundamentales: ser universal, es decir, asegurar la cobertura de toda la población; ofrecer una atención integral que contemple desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación; distribuir los recursos de manera equitativa; funcionar de forma eficiente; adaptarse a las nuevas necesidades que surjan, mostrando flexibilidad; y fomentar la participación activa de la población en su planificación y gestión.

Las recomendaciones internacionales sugieren sistemas de salud orientados a modelos de atención integral y que prioricen las acciones de prevención y promoción en salud. En este sentido, Rodríguez (2007) señala la necesidad de transitar:

> […] de un modelo individual a uno ecosistémico, del abordaje de la enfermedad como estado, a la consideración del fenómeno salud-enfermedad como proceso; y de la atención exclusiva de lo patológico a su prevención y a la promoción de la salud. (p. 29)

Este nuevo paradigma reconoce la salud como un proceso dinámico y multidimensional, y prioriza la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia fundamental, promoviendo la equidad, la participación social y la interdisciplina en la atención (Uruguay, 2007).

5.1.1.1 APS y Niveles de Atención

Según la Declaración de Alma Ata de 1978, la estrategia de APS se posiciona como el eje rector del sistema, promoviendo un modelo de atención integral y accesible para el cumplimiento del derecho a la salud. A su vez, se articula con diferentes niveles de atención, los cuales son una forma de organizar los recursos disponibles orientados a responder a las necesidades de la población (Vignolo et al., 2011). Esta diferenciación en

niveles se basa en la complejidad de los problemas de salud que se abordan, entendiendo que lo central no es solo la oferta de servicios, sino la capacidad efectiva de resolver dichos problemas (Dogmanas et al., 2023).

Morales Mijahuanca et al. (2025) plantean que el primer nivel se caracteriza por ser el primer contacto, definido como la puerta de entrada al sistema de salud y resultando el más cercano a la población. En este nivel se resuelven las necesidades de atención "básicas más frecuentes", siendo la promoción de salud y la prevención de enfermedades las principales herramientas para la resolución, así como también la aplicación de procedimientos de recuperación y rehabilitación básicos. Se caracteriza por establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud. Se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes, fomentando una adecuada accesibilidad geográfica, cultural, económica y realizándose intervenciones oportunas y eficaces (Vignolo et al., 2011).

Según León y Herrera (2008), el segundo nivel de atención está destinado a resolver problemas de salud menos frecuentes y que requieren de procedimientos más complejos que los abordados en el primer nivel. En este nivel se ubican los hospitales generales y establecimientos donde se prestan servicios de especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Además, se considera que este nivel sumado al PNA, satisfacen hasta el 95% de los problemas de salud (Vignolo et al., 2011).

Por su parte, el tercer nivel de atención se dedica a la atención de problemas poco prevalentes y patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud de la población. Este nivel se caracteriza por un uso intensivo de tecnología a través del equipamiento y recursos humanos altamente especializados (León y Herrera, 2008). El ámbito de cobertura de estos hospitales o centros especializados suele ser de regiones amplias, o incluso abarcar la totalidad del país (Vignolo et al., 2011).

Por último, es importante retomar que la APS plantea una atención integral de la salud, por lo que reconoce que el trabajo en equipos interdisciplinarios es una estrategia fundamental (Solitario et al., 2007). Según Carbajal y Suarez (2008) un equipo de trabajo "está compuesto por un pequeño número de personas, con habilidades y actitudes complementarias, comprometido con un propósito común, objetivos de rendimiento y enfoque de lo que se consideran mutuamente responsables." (p. 26). No se trata de la simple suma de aportes individuales, sino de una práctica conjunta que requiere de diálogo. En este sentido, no es lo mismo trabajo en equipo que equipo de trabajo: la diferencia está

en la capacidad de construir decisiones compartidas y resolver colectivamente. A su vez, en lo que refiere al trabajo en equipos interdisciplinarios, Stolkiner (2005) sostiene que la interdisciplina parte de reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina frente a la complejidad de las situaciones. Por tanto, sería inapropiado abordarlos desde una única profesión.

Si bien el trabajo interdisciplinario atraviesa los distintos niveles de atención en salud, es en el PNA donde adquiere un rol más estratégico, ya que este nivel está orientado a la promoción de la salud, la prevención y el abordaje comunitario. Aquí el trabajo en territorio, la cercanía con las personas y la necesidad de comprender los contextos, hacen imprescindible la articulación de saberes y disciplinas.

5.2 La Psicología en los Servicios de Salud

Desde una perspectiva histórica, la inserción de la Psicología en el ámbito de la salud ha estado condicionada por una visión médica y clínica limitada, restringiendo sus intervenciones principalmente al tratamiento de trastornos mentales y de enfermedades con síntomas físicos. No obstante, los sistemas de salud que se sustentan en modelos de atención integral, priorizan el trabajo de equipos interdisciplinarios de salud para la comprensión de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva de la complejidad. En este nuevo enfoque, se vuelve fundamental el rol del psicólogo como agente que promueve una concepción integral de la salud. La Psicología ha extendido su campo de acción, participando activamente en todo el ámbito de la salud, tanto en la promoción como en la comprensión de los múltiples factores que intervienen en los procesos salud-enfermedad (Abalo y Meléndez, 2005). Los psicólogos se han integrado a distintos Programas dirigidos a etapas del ciclo vital y problemáticas psicosociales relevantes, tales como infancia, adolescencia, personas mayores, violencia basada en género y generaciones, así como salud sexual y reproductiva. Esto ha implicado la actualización de los marcos teóricos y metodológicos, así como también una mayor flexibilidad para intervenir sin quedar atrapado en un encuadre o una técnica rígida (Dogmanas et al., 2023). En este sentido, resulta pertinente retomar la noción de clínica móvil de Rodríguez Nebot (2004), donde el psicólogo despliega estrategias de intervención que se ajustan a las particularidades del contexto y de la demanda del paciente, reconociendo la complejidad de los procesos subjetivos y sociales implicados.

Resulta especialmente relevante profundizar en el rol que desempeña el psicólogo en el PNA. Según Casal et al. (2023), este rol incluye:

> […] el desarrollo de actividades de promoción de la salud en ámbitos comunitarios, diagnósticos territoriales, priorización de la interconsulta, la realización de consultas domiciliarias, participación en diversas redes insertas en el territorio, coordinación interinstitucional, abordajes multi y transdisciplinarios, además de la atención psicológica individual, de pareja, familiar o grupal. (p. 49)

Debido a la variedad de intervenciones que pueden realizarse, sumado a las particularidades que presenta cada territorio y contexto de inserción, es necesario contar con profesionales formados específicamente para responder a las nuevas exigencias del sistema de salud (Casal et al., 2023).

Además, este nivel se considera estratégico para abordar problemáticas de origen social (Rydel et al., 2022), ya que favorece la construcción de vínculos saludables y la participación activa de las personas. En este marco, se reconoce la importancia de atender a las manifestaciones de sufrimiento psíquico que, si bien no constituyen entidades psicopatológicas formales, afectan el bienestar de las personas (Obiols y Stolkiner, 2012). Estas incluyen situaciones como el consumo problemático de sustancias, la violencia, condiciones de vulnerabilidad social o el malestar en la vida cotidiana.

5.2.1 Intervenciones Psicosociales en el PNA

Blanco y Varela (2007) definen la intervención como una acción orientada a la solución de un problema práctico y que se aborda con la ayuda imprescindible de un marco conceptual. Por su parte, Muniz (2005) plantea que intervenir implica necesariamente un vínculo entre al menos dos personas, donde se inaugura un tipo de encuentro que posibilita la producción de subjetividad. Se trata de un espacio compartido que permite repensar, junto a otro, aquello que se revela o descubre en ese proceso. Es en ese intercambio donde se vuelve posible transformar el malestar y encontrar nuevos sentidos. Por lo tanto, intervenir no es aplicar algo “sobre” alguien, sino operar con el otro en una búsqueda conjunta de significados sobre su existencia.

En esta línea, una intervención psicosocial es una actividad integral orientada a abordar situaciones y/o problemáticas sociales, promoviendo la participación activa de los sujetos en la construcción de cambio y emancipación. Integra lo psicológico y lo social, articulando lo individual, grupal y comunitario, y busca fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades para transformar su entorno (Alvis Rizzo, 2009). En el PNA las intervenciones psicosociales cobran particular relevancia debido a la orientación integral y comunitaria que caracteriza a este nivel. Entre las modalidades más comunes se encuentran los abordajes grupales, que favorecen la creación de espacios de encuentro, la

expresión y la participación comunitaria. Tal como lo plantea Ana María Fernandez (1995), los grupos constituyen estrategias potentes para la producción de subjetividad. Lejos de concebirlos como simples herramientas técnicas o espacios de contención, los entiende como escenarios atravesados por relaciones de poder, discursos sociales y estructuras simbólicas que inciden en los modos en que las personas viven y narran sus experiencias. Así, los abordajes grupales en salud no se limitan a la asistencia, sino que habilitan procesos críticos, participativos y colectivos, en los que se puede interrogar el malestar y construir nuevos sentidos. Entre sus múltiples ventajas se encuentran el sentirse comprendidos al compartir sus historias y escuchar las de los demás, la promoción de la empatía y la solidaridad, favorecer la comunicación, la creación de redes de apoyo, la promoción del empoderamiento y la autonomía (Instituto Español de Formación Social [INEFSO], 2021). Además, tienen un carácter transformador y reparador. Estos espacios pueden convertirse en soportes vinculares privilegiados, habilitando el despliegue de procesos subjetivos fundamentales (Palermo et al., 2010).

5.3 Conceptualización del Envejecimiento

La vejez es un proceso complejo y multidimensional que ha sido conceptualizado de diversas maneras a lo largo del tiempo y en diferentes disciplinas. No existe una única definición o percepción de vejez, sino que su comprensión varía según perspectivas biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

La OMS (2024) considera a las personas de 60 años o más como personas adultas mayores, sin embargo, reconoce que la vejez no puede definirse únicamente por la edad cronológica, ya que parte de la base de que el envejecimiento es un proceso individual, influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales. En esta misma línea, plantea que:

> Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas. (párr. 5)

Este descenso en las capacidades, muchas veces afecta la autonomía y la posibilidad de mantener una vida social independiente (Abaunza et al., 2014), y por consecuencia, perjudica la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores.

Desde una mirada más social y cultural, la manera en que se percibe la vejez ha cambiado significativamente a lo largo de la historia occidental. Ha habido épocas en las que se le ha otorgado un alto reconocimiento, e incluso se han establecido sistemas de gobierno liderados por personas mayores, mientras que en otros períodos ha predominado una visión negativa, caracterizada por su desvalorización e invisibilización. Estas fluctuaciones pueden analizarse en función de factores culturales, contextos históricos, transformaciones en las estructuras de poder y modelos económicos, entre otros aspectos (Iacub y Arias, 2010). Hein et al. (2020) plantea que pueden encontrarse en la actualidad, estereotipos culturales instalados que exponen a esta etapa vital como negativa y decadente. Sostiene que a la tercera edad se le niega el relato, la participación y la existencia, así como también cualquier rol de utilidad. En esta misma línea, el *ageismo*, término acuñado por Butler (1969, citado en Martínez Ques, 2016), refiere a la forma sistemática de discriminar y estereotipar a la gente por ser vieja, asociando a la vejez con la debilidad, la incapacidad, el deterioro y la incompetencia.

Partiendo de lo anteriormente mencionado, la vejez se configura como un modelo social cargado de estereotipos. Esto no solo influye en cómo la sociedad percibe a las personas mayores, sino también en cómo ellas mismas se perciben, vinculado con los aspectos emocionales y los procesos de salud. Como plantea Berriel (2007), estas construcciones sociales producen sentidos que impactan directamente en los procesos subjetivos de quienes transitan esta etapa de la vida.

Como resultado, además de las dimensiones biológicas, sociales y culturales que condicionan la vejez, es fundamental considerar la dimensión subjetiva y experiencial del envejecimiento. Como se mencionó anteriormente, lejos de ser un proceso homogéneo, la forma en que cada persona mayor vive y resignifica esta etapa depende de factores individuales, como su historia de vida, sus relaciones interpersonales y el sentido que le otorga a los cambios que atraviesa. Antequera y Grosso (2023) plantean que durante mucho tiempo los factores subjetivos no fueron tenidos en cuenta al momento de pensar en el proceso del envejecimiento. No obstante, para comprender la diversidad de trayectorias en esta etapa de la vida, resulta indispensable incorporar esta dimensión junto a los factores biológicos y socioculturales. En otras palabras, el tránsito por el envejecimiento no solo depende de aspectos externos, sino también de cómo cada persona lo percibe y lo afronta.

5.3.1 Factores de Riesgo y Protectores en la Vejez

Comprender el proceso de envejecimiento implica también identificar aquellos elementos que favorecen o dificultan el bienestar en esta etapa de la vida. En este sentido, los factores protectores y de riesgo ofrecen un marco valioso para pensar cómo ciertas condiciones personales, relacionales y contextuales inciden en la manera en que cada persona transita la vejez.

Desde una perspectiva psicosocial, los factores de riesgo en la vejez pueden entenderse como aquellos elementos que incrementan la vulnerabilidad de las personas mayores frente a situaciones que amenazan su salud, su inclusión social, su autonomía y su calidad de vida (OMS, 2023). Si bien existen condiciones objetivas que suelen asociarse a un mayor riesgo, también es necesario considerar que la experiencia del bienestar en esta etapa está mediada por la forma en que cada persona percibe su situación. Tal como lo define la OMS, la calidad de vida remite a “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, 2002, p. 78). Los diferentes factores que hacen a la calidad de vida no impactan de igual forma en todas las personas, ya que su influencia está atravesada por aspectos subjetivos, históricos y culturales que moldean el modo en que cada quien afronta los cambios del envejecimiento.

Por otro lado, existen factores estructurales y contextuales que pueden considerarse factores de riesgo. El concepto de entornos favorables puede entenderse como el conjunto de condiciones socioculturales y ambientales que posibilitan un envejecimiento digno y seguro. Esto incluye tanto los entornos físicos (como la calidad de la vivienda y el uso del espacio urbano) como los entornos sociales, donde cobran relevancia aspectos como redes de apoyo, la presencia o ausencia de violencia y maltrato, las oportunidades de participación y la imagen social de la vejez (SIVE, 2015). Cuando estas condiciones están ausentes o deterioradas, puede verse afectado el bienestar integral de las personas mayores. Por ejemplo, las personas que viven en entornos inseguros o en zonas con múltiples barreras físicas, suelen salir menos y por tanto son más propensas al aislamiento, a la depresión, y también a tener más problemas de movilidad y un peor estado físico (Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, 2002).

Por otra parte, los problemas de salud mental ocupan un lugar central, tanto por su frecuencia como por sus implicancias en la calidad de vida. En este sentido, se entiende que muchos de los factores que incrementan el riesgo de suicidio en la vejez también pueden ser comprendidos como condicionantes negativos del bienestar subjetivo y la

calidad de vida en general. En este marco, Pérez Barrero (2012) plantea que existen varios factores que inciden de manera negativa en la vejez. Por ejemplo, los factores médicos que incluyen enfermedades crónicas y terminales, así como aquellos trastornos que requieren hospitalización frecuente y tratamientos. Además, la pérdida de fuerza motriz y la reducción de la actividad placentera contribuyen a un ciclo de dolor y angustia, lo que repercute directamente en el bienestar emocional y en la calidad de vida de las personas mayores. Por otro lado, los factores psiquiátricos, tales como la depresión, los trastornos delirantes o el abuso de sustancias, también constituyen factores relevantes. Estas condiciones están fuertemente asociadas con el deterioro emocional y el aislamiento.

Además, la soledad, la sensación de inutilidad y la inactividad también juegan un papel crucial. A esto se suman los factores familiares, como la pérdida de seres queridos, el abandono o la viudez, que pueden ser experiencias de gran impacto emocional. A su vez, factores socioambientales como la jubilación o el cese de actividades, la pérdida de cierto bienestar económico y social, la no preparación para esta etapa de la vida, también pueden considerarse factores de riesgo (Hein et al., 2020).

Frente a estos riesgos, resulta fundamental identificar y fortalecer los factores de protección que contribuyen a sostener el bienestar y la calidad de vida en la vejez. Para ello, es pertinente considerar el concepto de envejecimiento activo. Este parte del reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores, promoviendo su independencia, participación, dignidad, asistencia y posibilidad de realizar sus propios deseos. Reemplaza la visión asistencialista centrada en las necesidades —que concibe a las personas mayores como sujetos pasivos— por una perspectiva basada en derechos. El envejecimiento activo busca maximizar el bienestar físico, social y mental durante todo el ciclo vital, apuntando a una vejez saludable, autónoma y con calidad de vida. A su vez, implica crear condiciones que permitan a las personas mayores desarrollar su potencial, participar activamente en la sociedad y contar con protección y cuidados adecuados cuando lo necesiten (Miranda, 2006). El término “activo” no se limita a la actividad física o laboral, sino que alude a una implicación sostenida en dimensiones sociales, culturales, espirituales y cívicas (Pinazo et al., 2010).

Latorre (2023) plantea que:

> Cuando una persona lleva un envejecimiento activo y sufre algún tipo de adversidad como una caída o la pérdida de un ser querido, es más fácil sobreponerse. El envejecimiento activo, óptimo, también conlleva una mejor respuesta ante las adversidades de la vida. (p. 12)

De igual modo, la OMS reconoce múltiples factores que favorecen un envejecimiento activo y saludable. Entre ellos, se destacan los determinantes económicos, conductuales, sociales, personales, el entorno físico, los servicios sociales y de salud, y la cultura como un eje transversal que influye en la manera en que las sociedades valoran y acompañan a las personas mayores. Entre los factores personales que inciden en el envejecimiento activo, los aspectos psicológicos como la inteligencia, las capacidades cognitivas, la habilidad para resolver problemas y adaptarse a cambios y pérdidas, se consideran predictores fundamentales de una vejez saludable y longeva. Además, la autoeficacia (es decir, la confianza en la propia capacidad para influir en la propia vida) y las estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas resultan claves para una mejor adaptación a las transiciones vitales. Por otro lado, otro factor personal es la adopción de un estilo de vida saludable, ya fortalece las capacidades funcionales en la vejez (Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, 2002).

Por su parte, Antequera y Grosso (2023) sostienen que construir un proyecto personal de vejez a lo largo de la vida permite que cada individuo pueda afrontar esta etapa de manera más consciente y adaptativa. Desde esta perspectiva, se destaca la importancia de anticipar y preparar el proceso de envejecimiento, ya que esto contribuye a promover un envejecimiento satisfactorio.

Por último, según Berriel y Lladó (2004), entre los factores protectores se destacan la participación en actividades sociales y las interacciones significativas, ya que permiten el desarrollo de las potencialidades y los recursos que la persona mayor posee. Además, al formar parte de un grupo, se comparten situaciones similares propias de esta etapa vital, como la jubilación, el alejamiento de los hijos, las muertes de compañeros, de parejas, de amigos, entre otras. Compartir estas experiencias comunes fortalece el sentido de pertenencia y actúa como sostén, apoyo y como pilar afectivo (Hernández Zamora et al., 2010). En esta misma línea, Latorre (2023) plantea que las personas mayores que se vinculan activamente en redes de apoyo, tanto brindando como recibiendo ayuda, tienden a presentar mejores condiciones de salud en comparación con aquellas que permanecen socialmente aisladas.

5.4 El Valor de lo Colectivo en los Procesos de Envejecimiento

La participación social se reconoce como un factor clave para preservar la salud y el funcionamiento de las personas mayores, en conjunto con otros elementos como los hábitos de vida, el respaldo familiar, el nivel educativo, las capacidades físicas y cognitivas, el

sustento económico y las condiciones de salud que presente la persona (Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

Hernández Zamora et al. (2010) destacan la importancia de los grupos en el desarrollo de las personas, dado que transitan su vida en constante interacción con distintos colectivos (familia, escuela, espacios laborales, comunitarios, etc.) y construyen sus vivencias en relación con otros. De esta forma, los autores señalan evidencia científica acerca de cómo la participación en redes sociales tiene efectos positivos sobre la salud de las personas mayores, en comparación con quienes no participan. En la misma línea, Muñoz (2013) sostiene que la estabilidad y el bienestar en la vejez están fuertemente condicionados por el entorno social y por la posibilidad de sostener vínculos significativos que funcionen como redes de apoyo.

Gallardo-Peralta et al. (2016) también sostienen que la participación social genera múltiples beneficios: contribuye a prevenir el aislamiento, ofrece apoyo emocional, favorece el reconocimiento individual y permite que la persona mayor asuma un rol dentro del grupo, se identifique con él y se comprometa con metas tanto personales como colectivas. Entre todos estos beneficios, uno de los más relevantes es su función como factor protector frente a situaciones de estrés, actuando como una especie de amortiguador emocional. Sobre esto, Bernier et al. (2020, como se citó en Sepúlveda-Loyola et al., 2020) expresan que la participacion social sería un factor protector que disminuye el deseo de suicidio en los adultos mayores, pudiendo ser explicado por sus efectos antidepresivos.

Desde una perspectiva comunitaria, la participación en espacios grupales puede contribuir a la construcción de nuevas formas de habitar la vejez, en tanto posibilita la reconstrucción de roles socialmente valorados, el otorgamiento de sentido frente a los cambios vitales, y la cobertura de necesidades vinculadas a la inclusión, el control y el afecto. A su vez, estos espacios exigen una reorganización del involucramiento en actividades significativas (Muñoz, 2013). Por su parte, Marín y Garrido (2003) plantean que los grupos ofrecen marcos de referencia compartidos a través de valores, normas, estereotipos y actitudes que orientan la conducta de sus miembros. Al mismo tiempo, los grupos pueden facilitar procesos de transformación emocional en sus integrantes, actuando como espacios de contención y fortalecimiento de la salud psíquica.

Así, el grupo se presenta como un estrategia genuina y valiosa para mejorar la calidad de vida en la vejez, sobre todo ante experiencias frecuentes como la jubilación, el alejamiento de los hijos o la pérdida de vínculos afectivos y de identidad. Compartir con pares vivencias similares no solo genera un sentido de pertenencia, sino que también brinda

contención emocional y refuerza el entramado vincular, aspectos claves para sostener el bienestar psicosocial en esta etapa del ciclo vital (Zapata, 2001).

6) Reconstrucción Histórica de la Experiencia

En este apartado se reconstruye el proceso de diseño, implementación y desarrollo del grupo, dando cuenta de los hitos principales, algunas de las estrategias empleadas, y los desafíos y aprendizajes encontrados que se fueron generando a lo largo del trayecto.

6.1 Descripción General y Fundamentación

“Medias grandes” fue un grupo de personas adultas mayores que se llevó a cabo desde fines de julio a mediados de diciembre del 2024. Se buscó promover la co-construcción de un espacio grupal abierto que auspiciara de referencia y convocara a las personas adultas mayores de 65 años, permitiendo abordar las diferentes inquietudes y problemáticas que a estos los afecten. También buscó el despliegue de mecanismos de expresión y contención que contribuyeran al afrontamiento de los distintos desafíos que representa esta franja etaria.

La idea del abordaje grupal surgió a partir del trabajo en la gestión clínica de la demanda en espera de atención psicológica en conjunto con la Residente de Psicología. Esto evidenció la necesidad de brindar una respuesta específica a esta población, ya que muchas personas mayores llevaban años aguardando para este tipo de atención. Además, la familiarización con el territorio permitió identificar la ausencia de redes de apoyo o de recursos específicos para esta población. Otro de los motivos que impulsaron la propuesta surgió de las consultas realizadas junto a medicina familiar y comunitaria, así como del intercambio con otros profesionales de salud mental. En muchos casos, dichas consultas con personas mayores se centraban en síntomas inespecíficos o psicosomáticos, dejando en evidencia que la principal necesidad era el apoyo socio-emocional.

En función de estos elementos, se planteó la necesidad de construir un abordaje alternativo a la consulta psicológica individual - asistencial, que habilitara un espacio de contención, escucha y participación para esta población. La propuesta no solo respondió a las necesidades concretas detectadas en el territorio, sino que también se vio respaldada por diversas perspectivas teóricas que, como se ha desarrollado previamente, destacan la vejez como una etapa particularmente vulnerable.

6.1.1 ¿Por qué “Medias grandes”? Un Nombre con Historia

El nombre “Medias grandes” no fue definido desde el comienzo del grupo, ya que se buscó que emergiera de forma espontánea, en coherencia con el espíritu participativo y horizontal de la propuesta. La anécdota que dio origen al nombre ocurrió en uno de los encuentros previos a una actividad interinstitucional, donde las participantes del grupo debían preparar un objeto identificatorio. En ese contexto, se envió un mensaje por WhatsApp solicitando que trajeran “tijeras medias grandes”, pero una de las participantes entendió que debía llevar medias (de vestir) grandes. La situación generó risas y complicidad en el grupo, y a partir de allí comenzó a circular de manera natural el nombre “Medias grandes”, que fue adoptado por todas las participantes.

A partir de ese momento, el grupo empezó a nombrarse así, encontrando en ese juego de palabras no solo una anécdota compartida, sino también una metáfora sobre la etapa vital que atraviesan las participantes.

6.2 Objetivos de la Intervención

Objetivo General

Promover el bienestar integral de las personas adultas mayores mediante un abordaje grupal interdisciplinario en el PNA del Centro de Salud Misurraco.

Objetivos Específicos

- Estimular las funciones cognitivas y de los recursos subjetivos de personas adultas mayores.
- Promover instancias recreativas, de expresión y de escucha que favorezcan el bienestar emocional.
- Favorecer los vínculos interpersonales y la integración social.
- Fomentar la participación activa como vía para el fortalecimiento de la identidad, la autonomía y la autoestima.

6.3 Diseño e Implementación Metodológica

El abordaje grupal se enmarcó en el modelo de atención integral promovido por el SNIS (Uruguay, 2007), lo cual implica reconocer que el envejecimiento, aunque sea un fenómeno natural, conlleva profundas transformaciones a nivel biológico, psicológico y social. Desde esta perspectiva, se buscó propiciar el bienestar psicosocial de las personas mayores, entendiendo que la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino que involucra otras dimensiones. Asimismo, se trabajó desde una mirada que reconoce a las

personas mayores como sujetas de derecho, con capacidad de decisión y participación, en sintonía con los principios de dicho modelo.

De este modo, el grupo fue concebido desde un enfoque participativo, priorizando las necesidades, intereses y experiencias de las personas mayores. Se buscó generar un espacio horizontal, en el que se promoviera la toma de decisiones compartida y la participación activa, fomentando la autonomía y el protagonismo de las participantes. A su vez, se optó por una modalidad de intervención grupal, entendiendo que esta posibilita la creación de lazos significativos entre pares, el fortalecimiento del sentido de pertenencia y comunidad, el intercambio de saberes de manera colectiva y la identificación con un otro. Además, contribuye a disminuir el aislamiento social y favorece tanto el aprendizaje como la contención emocional mutua, aspectos especialmente relevantes en el trabajo con esta población.

El abordaje grupal fue coordinado y llevado a cabo por un equipo interdisciplinario, conformado por la residente de psicología, dos médicas de medicina familiar y comunitaria, y quien suscribe, practicante de psicología del PPRSS. Es valioso mencionar que durante el desarrollo del grupo, adopté el rol de observadora participante, lo cual implicó una interacción cercana con las participantes. Según Aguiar (2015), este posicionamiento permite una recolección de datos sistemática y no intrusiva. Esto me ubicó en una doble función: por un lado, intervenir en la dinámica grupal y vivenciar el proceso desde adentro; por otro, registrar sistemáticamente situaciones emergentes, diálogos y aspectos relevantes. En esta línea, Kawulich (2005) sostiene que la observación permite describir las situaciones usando los cinco sentidos, brindando una “fotografía escrita” de la realidad en estudio. Este rol fue clave para reconstruir posteriormente la experiencia y enriquecer su análisis.

Por otro lado, los encuentros se realizaron de forma presencial en el salón multiuso del Club de Niños Timbúes, que se encuentra al lado de la policlínica Dr. Rúben Alonso (ESA). El grupo estuvo conformado por 7 participantes femeninas de edades entre 65 a 80 años, y se desarrolló desde fines de julio a mediados de diciembre de 2024 con una frecuencia semanal, realizándose los días martes de 12:30 a 14:00 horas. En una primera instancia se propuso una modalidad quincenal, pero con el objetivo de favorecer la cohesión grupal en las etapas iniciales, se optó por implementar encuentros semanales. Esta decisión fue tomada de forma consensuada con las participantes, y se terminó sosteniendo a lo largo del proceso al observarse un alto nivel de compromiso y una valoración positiva del espacio por parte de las integrantes. En total, se llevaron a cabo 20 encuentros, además de un encuentro de grupos de personas adultas mayores.

En cuanto a la convocatoria, el único requisito fue tener 65 años o más. Esta se realizó por diversas vías, dado que el grupo fue concebido como abierto a la comunidad. Por lo tanto, no se restringió únicamente a personas que aguardaban atención en salud mental, sino que se promovió la participación de cualquier persona mayor interesada, tanto de quienes asistían al Centro de Salud como de la zona. Como se mencionó anteriormente, una forma de convocatoria fue a través del trabajo de gestión clínica de la demanda en espera para psicología. A partir del análisis del dato clínico de cada usuario o usuaria, se valoraba la pertinencia de su inclusión en un espacio grupal, y si se consideraba que el abordaje podía ser una alternativa adecuada, se realizaban llamados telefónicos para ofrecer el abordaje grupal. En los casos en que la persona aceptaba participar, se procedía a su baja de la demanda en espera; en caso contrario, permanecía en la misma. Asimismo, participaron personas mayores que fueron identificadas y convocadas por otros profesionales, o a partir de las consultas en conjunto con medicina familiar y comunitaria. A su vez, también se promovió el espacio a través de flyers en redes sociales de diferentes instituciones de la zona y del propio centro de salud, así como en carteleras de este y de las policlínicas del territorio. Finalmente, también se sumaron participantes que tomaron conocimiento del grupo a través de otros participantes.

Respecto a la planificación y a las temáticas de los encuentros, si bien existían instancias semanales destinadas a organizar los contenidos y actividades, la propuesta se caracterizó por su flexibilidad y apertura a los emergentes del grupo. Se procuró que las participantes no asumieran un rol pasivo —como si fueran simplemente receptoras de una intervención externa—, sino que pudieran posicionarse como protagonistas activas, constructoras de su propia realidad. En este sentido, en muchos casos la planificación prevista fue ajustada o modificada en función de lo que surgía en el momento, lo cual también implicó sostener una escucha activa y una atención situada. Estas características constituyeron un aspecto distintivo del espacio, resultando fundamentales para favorecer la confianza, la participación y el sentido de pertenencia. Cabe destacar que, a partir de dichos emergentes, muchas de las actividades se centraron en recuerdos y experiencias infantiles. Estos espacios propiciaron una conexión con el pasado, estimularon la memoria autobiográfica y habilitaron la expresión, tanto a nivel individual como grupal. A su vez, estas propuestas contribuyeron al fortalecimiento de la identidad y el devenir subjetivo. Un ejemplo significativo fue la actividad que se realizó en el marco del Día del Niño, en la que se confeccionaron manualidades destinadas a niños y niñas del Club Timbúes. Esta propuesta, además de fomentar un lazo intergeneracional, habilitó un espacio lúdico y creativo que facilitó el despliegue de recuerdos, el juego y la conexión con aspectos propios de la infancia. También se incluyó una instancia de reflexión personal, en la que se invitó a las participantes a pensar qué mensaje les gustaría transmitir a su “yo” de la infancia o a futuras generaciones.

Otras de las actividades realizadas fueron: la elaboración de cometas en primavera, un taller de crochet, relajaciones guiadas, celebraciones de cumpleaños, una propuesta llamada “máquina del tiempo” (donde cada participante compartió un objeto cargado de valor emocional), meriendas compartidas que dieron lugar a conversaciones espontáneas, juegos con consignas que buscaban habilitar la problematización, y la participación en un encuentro interinstitucional de grupos de personas mayores en la Facultad de Psicología. Muchas de las dinámicas realizadas recurrieron a técnicas expresivas, artísticas y lúdicas como facilitadoras del encuentro, del intercambio y de la elaboración subjetiva. Algunos de los materiales que se emplearon fueron juegos de mesa, hojas, cartulinas, lápices, pinturas, pelotas, elementos elaborados especialmente para los encuentros, y recursos audiovisuales, entre otros. A su vez, la creatividad también fue un eje transversal en la mayoría de los encuentros, acompañada por momentos destinados a la reflexión, sobre sí mismas y los vínculos, los cambios vitales y dicho espacio grupal.

La elección de este tipo de dinámicas respondió a una intencionalidad metodológica centrada en promover el bienestar psicosocial desde un enfoque integral de la salud. Asimismo, se valoró el potencial de lo lúdico como vía para desestructurar, habilitar otras formas de comunicación, generar horizontalidad y fortalecimiento grupal. Tal como señala Cámara Estrella (2012), el juego no solo estimula cualidades físicas, afectivas, sociales e intelectuales, sino que también impacta en la vida del grupo al funcionar como un estímulo global, actuando como vía de socialización especialmente significativa para personas en situación de riesgo. En este mismo sentido, la autora plantea que las propuestas de animación con personas mayores no deben entenderse como simples actividades recreativas, sino como oportunidades para promover su integración a través de la participación voluntaria en tareas colectivas que resulten significativas y estimulantes.

Para finalizar, en cuanto a las consideraciones éticas, desde el inicio se procuró garantizar la confidencialidad y privacidad de lo compartido por las personas, promoviendo un clima de respeto y cuidado. Se les entregó a las participantes una hoja de información y un consentimiento informado que debió ser firmado por cada una de ellas. Aquí se explicó con un lenguaje comprensible la confidencialidad de los datos del grupo, el carácter abierto de las actividades y la posibilidad de retirarse en cualquier momento que lo desearan. También se solicitó el consentimiento para utilizar la experiencia como insumo para la producción de conocimiento, en el marco de un trabajo académico. Por último, se refirió que ante la detección de situaciones que excedieran las posibilidades del abordaje grupal —como malestares psíquicos intensos o necesidades específicas de atención—, estaba la posibilidad de coordinar con el equipo de salud mental del centro para su atención.

Encuentro 1

Objetivo: presentación y encuadre del grupo. Como estrategia de apertura, se propuso una dinámica lúdica que consistía en tirar un dado, donde cada cara presentaba una consigna orientada a favorecer la presentación y el intercambio. Esta actividad tuvo como objetivo facilitar el acercamiento entre participantes y habilitar un primer espacio de expresión.

Encuentro 2

Objetivo: estimular la memoria autobiográfica, la atención y la escucha grupal a través de una dinámica que buscó la evocación de recuerdos de la infancia. Finalizada la ronda de intervenciones individuales, se les preguntó por las anécdotas que contaron sus compañeros. Se favoreció el intercambio de experiencias significativas y la cohesión grupal. Como cierre, se propuso completar la frase “No me quiero ir sin decir que…”, en la cual se buscó promover la reflexión.

Encuentro 3

Objetivo: en el marco del día del niño, se elaboraron de forma creativa y colectiva, manualidades con mensajes simbólicos dirigido a niñas y niños del club, favoreciendo la expresión y la reflexión. Pregunta disparadora: ¿Qué le dirías al niño que fuiste?. De forma simultánea, se escuchó música que las participantes eligieron.

Encuentro 4

Objetivo: se finalizaron las manualidades iniciadas en el encuentro anterior y se realizó la entrega de estas a las niñas y niños, promoviendo el vínculo intergeneracional y la participación significativa.

Encuentro 5

Objetivo: estimular funciones cognitivas como la atención, la memoria operativa, la agilidad mental y la coordinación manual, mediante una propuesta lúdica de formación de palabras. La consigna consistió en que cada participante, a partir de letras del abecedario impresas en papel (una letra por papel), debía formar palabras previamente definidas. Las palabras eran anunciadas oralmente, y las participantes debían componerlas utilizando sus letras. Como cierre, se realizó una dinámica de las cartas con consignas preestablecidas. Se incentivó la reflexión individual y colectiva.

Encuentro 6

Suspendido por una balacera en el barrio que conllevó el cierre de la policlínica.

Encuentro 7

Objetivo: fomentar la interacción y la integración grupal a través de un juego de adivinanzas con vinchas: cada participante recibió una tarjeta con una palabra o personaje, que desconocía. A través de pistas brindadas por el grupo, debía adivinar qué tenía en su vincha.

Encuentro 8

Objetivo: favorecer la reflexión, la creatividad y la cohesión grupal. Se habilitó un espacio de expresión invitando a cada participante a pensar qué aspectos de sí mismas desean cambiar, renovar o potenciar con la llegada de la primavera. Además, se propuso la creación colectiva de cometas.

Encuentro 9

Objetivo: favorecer la expresión emocional y el intercambio grupal a través de dinámicas que integraron el cuerpo, los sentidos y la creatividad. Para ello, se comenzó con una consigna oral que invitó a las participantes a pensar con qué color llegaban al encuentro, propiciando la conexión con su estado emocional. Luego, se compartió una instancia de relajación guiada acompañada de música. Se retomó la construcción y decoración de las cometas. Al finalizar, se repitió la consigna inicial en forma de cierre ("¿con qué color me voy del encuentro?").

Encuentro 10

Objetivo: promover el intercambio y la expresión subjetiva en un clima distendido. Se retomó la consigna de elegir un color con el que cada participante sentía que llegaba al encuentro, propiciando instancia de conexión con el estado emocional propio. Luego, se propuso una dinámica con tarjetas dispuestas boca abajo sobre la mesa: cada integrante debía elegir una al azar y responder la consigna que le tocaba. Las preguntas variaron entre temas banales y otros que invitaban a la reflexión más profunda, como por ejemplo "¿preferirías ir al pasado o al futuro? ¿Por qué?". Se apuntó a generar un espacio de juego y también de pensamiento. Para cerrar, se retomó la consigna del color, ofreciendo así un breve momento de registro emocional final.

Encuentro 11

Objetivo: fomentar integración e interacción. Se comenzó con una relajación guiada acompañada de música, buscando la conexión con el propio cuerpo. Luego, se realizó un festejo de cumpleaños para quienes cumplieron en los meses previos, compartiendo comida y música.

Encuentro 12

Objetivo: fortalecimiento grupal e interacción. Debido a la escasa concurrencia, se decidió posponer la actividad planificada. Se propuso un espacio distendido de intercambio y disfrute, se pintaron mandalas como actividad creativa y relajante.

Encuentro 13

Objetivo: habilitar un espacio de aprendizaje y creatividad manual. Se contó con la presencia de una invitada que ofreció un taller de crochet.

Encuentro 14

Objetivo: planificación participativa de los últimos encuentros; también se definieron aspectos logísticos y participativos para el evento de grupos de personas mayores. Se retomó la dinámica del color como herramienta de conexión subjetiva, y se realizó una meditación guiada, solicitada por las participantes. Para finalizar, se compartió un juego estilo Dixit, adaptado al grupo, que promovió la creatividad y la escucha entre integrantes.

Encuentro 15

Objetivo: generar un espacio distendido, permitiendo el intercambio, la integración y fortaleciendo la identidad grupal. Se compartió una merienda y música.

Encuentro 16

Objetivo: potenciar la creatividad y el fortalecimiento grupal. Se comenzó a elaborar el objeto que representó al grupo en el encuentro de grupos. Se decidió, entre todas, realizar un girasol con TNT.

Encuentro 17

Objetivo: se continuó fortaleciendo el sentido de pertenencia grupal. Se finalizó la elaboración de los girasoles, cada una de las integrantes le aportó un toque personal y estético.

Encuentro de Grupos de Personas Mayores

Lugar: Facultad de Psicología – De 12:00 a 16:00 horas.

Objetivo: fortalecer vínculos entre los grupos que participaron, propiciando el conocimiento mutuo, el intercambio de experiencias y la creación de nuevos lazos. A su vez, se buscó visibilizar el trabajo realizado a lo largo del año, y reafirmar la importancia de generar espacios de encuentro, expresión y disfrute para las personas mayores desde una perspectiva comunitaria e integral.

La jornada comenzó con una dinámica de presentación con pelota, donde cada participante debía decir su nombre, de dónde venía y algo que le gustara de su grupo. Esta actividad, además de servir como presentación, propició el movimiento y la mezcla entre participantes. Luego se desarrolló una “Caza del Tesoro” por subgrupos, donde debían cumplir consignas creativas, generando risas e intercambios entre personas que no se conocían previamente, reforzando el carácter participativo del encuentro. Posteriormente, se compartió una merienda y un momento distendido acompañado de música en el patio de la facultad.

Encuentro 18

Ninguna de las participantes asistió ya que las condiciones climáticas no eran buenas.

Encuentro 19

Objetivo: cierre sobre el encuentro de grupos, habilitando la expresión de vivencias, aprendizajes y emociones. Se propuso una dinámica lúdica con un dado, donde cada cara

contenía una consigna orientada a resignificar la experiencia grupal. Luego, se visualizó un video sobre vejez activa como disparador para una reflexión grupal.

Encuentro 20

Objetivo: cierre del proceso grupal, se habilita un espacio para la reflexión sobre lo compartido durante el año y el fortalecimiento de los vínculos construidos. Se propuso una instancia de balance con preguntas orientadoras, palabras de despedida por parte del equipo coordinador, entrega de fotos como recuerdo, y una merienda compartida con música.

6.4 Evaluación

En un principio, la valoración del proceso grupal puede realizarse en relación al nivel de participación y compromiso de los participantes. Se observó una alta adherencia, consolidándose un grupo estable de 7 mujeres que participaron de forma activa y sostenida, asistiendo presencialmente desde el primer hasta el último encuentro. Por otro lado, hubo participantes que asistieron a algunos encuentros, pero que por dificultades de salud no pudieron continuar presencialmente; sin embargo, se mantuvieron presentes a través del grupo de WhatsApp, haciendo llegar sus mensajes y deseos de reencuentro. La alta adhesión y el compromiso sostenido por parte de las participantes se convirtieron en indicadores claves del valor que el grupo tenía para ellas, tanto como espacio de pertenencia como de cuidado subjetivo. También, es de destacar que predominó ampliamente la participación femenina que masculina, habiendo participado un solo hombre en un solo encuentro. Algo que a priori se entiende como característico del género y del tipo de intervención, en base a las normas de género socialmente construidas y no como una particularidad de esta franja etaria. Este tipo de abordajes frecuentemente son más aceptados y apropiados por mujeres. Hubiera sido deseable poder ampliar la convocatoria y alcanzar una mayor participación masculina.

Por otra parte, al comienzo del grupo se percibía cierto grado de timidez y desorientación respecto a la dinámica grupal. Salvo una de las participantes —referente comunitaria—, ninguna había tenido experiencias previas en este tipo de espacios, lo cual se notaba en sus actitudes: muchas veces esperaban indicaciones nuestras sobre qué hacer o cómo participar, y ante momentos de reflexión, buscaban que tomáramos la iniciativa. En contraste, ella se mostraba más abierta, expresiva y con mayor disposición al intercambio. Compartía más aspectos personales y tenía una mayor facilidad para la reflexión, lo cual evidenciaba un tránsito previo por otros espacios colectivos de escucha y expresión. Es por eso que, desde el equipo coordinador, también fue un proceso de aprendizaje. En un principio, resultaba difícil soltar el rol más directivo y habilitar a que el grupo tomara protagonismo en su propio sostén. Con el correr de los encuentros, se fue

comprendiendo la importancia de confiar en la capacidad del grupo para sostenerse mutuamente, lo cual permitió que surgieran vínculos más genuinos entre las participantes. Así, se fue dando una apropiación paulatina del espacio, logrando cohesión grupal y fortaleciendo el sentido de pertenencia. A medida que avanzaban los encuentros, se percibía una mayor interacción, apoyo mutuo (por ejemplo, a la hora de realizar actividades manuales), empatía, escucha y respeto.

En varias ocasiones, las participantes manifestaron sentimientos de soledad y/o angustia. Sin embargo, también fueron frecuentes las expresiones de acompañamiento, bienestar y alegría por contar con un espacio propio y sostenido en el tiempo. El valor del grupo se hizo evidente en las palabras y actitudes de las participantes, quienes reconocían el impacto positivo que estaba teniendo en su vida cotidiana. Por ejemplo, en el último encuentro del grupo, se destinó un espacio específico para la reflexión colectiva sobre la experiencia transitada. Con el objetivo de evaluar desde una perspectiva cualitativa el recorrido realizado, se propuso una dinámica orientada a recuperar los sentidos que el grupo fue adquiriendo para sus integrantes. La actividad consistió en responder tres preguntas abiertas que invitaban a las participantes a escribir sobre su vivencia y, si así lo deseaban, compartirla con el resto del grupo:

1. Si tuvieras que explicarle a alguien qué es el grupo, ¿cómo lo harías?
2. ¿Qué significa para vos el grupo?
3. ¿Qué te dio el grupo?

Las respuestas permitieron visibilizar el valor simbólico, afectivo y relacional que el grupo fue construyendo a lo largo del proceso. En las devoluciones se destacaron elementos como el bienestar emocional, la posibilidad de sentirse escuchadas y comprendidas, el compañerismo, y el fortalecimiento de los vínculos sociales. Varias participantes describieron al grupo como un “lugar de encuentro”, un espacio donde se sienten “felices y acompañadas”, e incluso como un ámbito que las conectaba con su juventud. Las palabras “familia”, “amor”, “unidad” y “diálogo” aparecieron de forma recurrente, expresando el fuerte sentido de pertenencia que se generó. En relación al significado del grupo, muchas señalaron que se trató de un espacio donde podían expresarse con libertad, sentirse renovadas y compartir sin sentirse juzgadas. *“Me hace bien porque me siento libre de expresarme”* y *“un lugar donde mi cabeza se renueva”* fueron frases que condensan ese impacto. Respecto a lo que el grupo les aportó, destacaron la alegría, el apoyo emocional, el compañerismo y la posibilidad de volver a sentirse activas y valoradas: *“Me dio amor, agilidad, disposición, alegría, compañerismo, conocer a personas maravillosas”*. Una de ellas expresó: *“Me devolvió la alegría que a mis años estaba perdiendo, volví a ser la mujer que siempre fui”*. Otras mencionaron la importancia de haber

conocido personas “maravillosas”, y de contar con profesionales atentas que les brindaron escucha y contención.

Por último, si bien inicialmente no fue parte de los objetivos del abordaje, se observó que, gracias a la amplitud y diversidad de la convocatoria —que incluyó tanto a usuarios de salud mental como de otras especialidades—, el grupo funcionó como un espacio desde el cual fue posible identificar situaciones clínicas que requerían atención. En este sentido, el equipo pudo realizar una lectura integral de los participantes, generando interconsultas pertinentes o facilitando la reubicación de las personas en su proceso asistencial en casos de desvinculación.

7) Análisis Crítico

En este apartado se propone realizar un análisis basado en diferentes categorías que funcionarán como herramientas analíticas, orientando la reflexión crítica sobre la experiencia, la articulación con el marco conceptual elegido, y la identificación de fortalezas y desafíos en el desarrollo de intervenciones psicosociales con población adulta mayor en el PNA.

7.1 Pertinencia de los Abordajes Grupales por Equipos Interdisciplinarios en el PNA

El grupo “Medias grandes” nació como una respuesta a partir de la identificación de las necesidades psicosociales de las personas adultas mayores del barrio Marconi. Como se mencionó, en calidad de practicante de psicología y junto con la residente del PPRSS, se consideró pertinente desarrollar acciones alineadas a los principios rectores del SNIS (Uruguay, 2007) y con el derecho a la salud mental promovido por la Ley 19.529 de Salud Mental (Uruguay, 2017). Además, tal como señalan Casal et al. (2023), la salud en la actualidad no solo implica curar enfermedades, sino también promover el bienestar integral de las personas. Esto conlleva apoyar la adopción de estilos de vida saludables, el desarrollo de habilidades para enfrentar el estrés y las demandas de la vida moderna, así como la mejora de las condiciones de vida y trabajo. En este sentido, el PNA se posiciona, según Vignolo et al. (2011), como la puerta de entrada al sistema de salud y un espacio privilegiado para construir respuestas integrales, inclusivas y preventivas.

La propuesta grupal surgió a partir del trabajo en la gestión clínica de la demanda en espera de atención psicológica. El análisis de los motivos de consulta de las personas adultas mayores reveló que estos estaban relacionados con malestares subjetivos que podían abordarse desde la prevención y la promoción de la salud. En este sentido, se

consideró que una estrategia grupal sería la más adecuada. La pertinencia del grupo “Medias Grandes” como intervención en el PNA radica en su contribución a la salud de una población que ha sido postergada en la atención de los servicios de salud de forma integral, los cuales se enfocan principalmente en un modelo biomédico centrado en la enfermedad orgánica y la pérdida de capacidades.

El diseño de la propuesta contempló la promoción del bienestar psicosocial, promoviendo la participación e integración social. Un abordaje grupal permite el despliegue de un entramado socio-afectivo (Fernandez, 1995) capaz de alojar malestares emocionales comunes (ej. tristeza, soledad, aislamiento, depresión, etc.) que se encuentran presentes en nuestra sociedad y experiencias frecuentes en esta etapa de la vida (jubilación, nido vacío, pérdida de vínculos afectivos, etc.) (OMS, 2024), y por ende, la atención individual tiene sus limitaciones en ello. En segundo lugar, el fortalecimiento de capacidades, al priorizar los recursos individuales y colectivos de las participantes por sobre el déficit, lo cual también conllevo a que sea un espacio de empoderamiento (INEFSO, 2021). A su vez, se promovió el sentido de comunidad a través de la generación de vínculos solidarios y el reconocimiento mutuo, favoreciendo la construcción del sentido de pertenencia (Zapata, 2001).

Asimismo, se integró una perspectiva ecológica, —aspecto esencial para el trabajo en el PNA— es decir, se consideraron los contextos familiares y comunitarios en los que transitan las participantes. Como se aludió en la contextualización, el barrio Marconi es un territorio complejo atravesado por desigualdades sociales, pobreza y diversas formas de violencia. Por ende, intervenir en este contexto implicó asumir dos posicionamientos claves. En primer lugar, fue necesaria una mirada interdisciplinaria: abordar la salud desde una perspectiva integral y compleja exige la articulación de saberes provenientes de distintas disciplinas. En segundo lugar, estas condiciones trascienden el rol tradicional del psicólogo clínico, lo que demanda una atención especial y haciendo imprescindible una intervención flexible, situada y sensible al territorio. En este sentido, la conceptualización de clínica móvil que plantea Rodríguez Nebot (2004) resulta especialmente pertinente, al permitir el despliegue de un encuadre aplicable según el contexto, sin perder la contribución específica de la psicología (Dogmanas et al., 2023). Así, frente a realidades atravesadas por múltiples vulneraciones, se vuelve no solo necesaria, sino también urgente y legítima, la implementación de dispositivos grupales en el PNA que apunten al fortalecimiento subjetivo y colectivo de las personas mayores.

7.2 La Interdisciplina como Facilitador y Desafío

Como se mencionó anteriormente, los equipos interdisciplinarios son fundamentales en el PNA. Esta experiencia grupal se llevó a cabo en colaboración con medicina familiar y comunitaria, respondiendo a la importancia de una atención integral y a los principios que rigen este nivel asistencial. Stolkiner (2005) sostiene que la interdisciplina parte del reconocimiento de la incompletitud de las herramientas propias de cada disciplina frente a la complejidad de los problemas actuales. Por ello, abordarlos desde una única profesión resulta insuficiente. Esta colaboración propició valiosos aportes e intercambios, evidenciando tanto el potencial de la interdisciplina como las tensiones y desafíos teóricos que implica. Es imprescindible mantener un trabajo constante entre disciplinas, favoreciendo la interacción, cooperación y circulación continua del conocimiento a lo largo del tiempo. En este sentido, la alianza con medicina familiar y comunitaria fue esencial para planificar los encuentros, ya que permitió combinar saberes y perspectivas que enriquecieron la calidad de la intervención. La cooperación interdisciplinaria no sólo mejoró el diseño de las actividades, sino también su ejecución, considerando siempre las particularidades de quienes participaron: algunas tenían dificultades de movilidad, otras no sabían leer ni escribir. En este contexto, la participación de una de las médicas de la policlínica fue clave. Su contacto cotidiano con personas adultas mayores en la práctica asistencial fueron cruciales para ajustar las propuestas. Además, su profundo conocimiento del territorio funcionó como un sólido referente local, facilitando la convocatoria al reducir la distancia hacia lo desconocido y brindando un apoyo simbólico ante una iniciativa novedosa. Esto resultó especialmente relevante, dado que muchas personas mayores tienden a aferrarse a referentes conocidos y mostrar ciertas resistencias ante lo nuevo. En varias ocasiones, esta figura de referencia estuvo marcada por la autoridad y relevancia que le confiere el modelo de atención médica hegemónico descrito por Menéndez (1988). El médico se posiciona como el portador del saber y el poder dentro de la relación asistencial, lo cual influyó en la dinámica grupal. Algunas participantes la percibían como una autoridad, llegando a solicitar permiso para intervenir o expresar opiniones, e incluso proponiendo que el grupo adoptara su nombre o refiriéndose a ella como “maestra superior”. Este fenómeno refleja la presencia de representaciones sociales asociadas a la medicalización en nuestra sociedad, donde el conocimiento biomédico se considera incuestionable, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad socioeconómica. No obstante, el abordaje logró trascender este aspecto, desarrollando un trabajo valioso y sostenido orientado hacia la horizontalidad y la participación activa, con el propósito de descentrar las jerarquías tradicionales y fomentar el reconocimiento de los saberes, trayectorias y experiencias de las propias participantes. Este enfoque no solo cuestionó las lógicas establecidas —donde el conocimiento se atribuye

exclusivamente al profesional y no a quienes viven las experiencias— sino que también impulsó la co-construcción de saberes. A su vez, este proceso fortaleció la autoestima de las participantes, al valorar sus palabras, emociones y pensamientos.

Otros de los desafíos identificados se vinculan con tensiones propias entre las prácticas y marcos epistemológicos de las distintas disciplinas que integran los equipos de salud (Stolkiner, 1999). Desde enfoques biomédicos tradicionales, muchas veces se priorizó la búsqueda de soluciones rápidas o intervenciones orientadas a la resolución inmediata de los síntomas. Además, el enfoque biomédico, al carecer de herramientas como la escucha activa y sostenida, puede dificultar la habilitación de espacios para la expresión del malestar psíquico, lo que contribuye a que estas dimensiones queden relegadas frente a los síntomas físicos. Esto puede ser contrario a abordajes que reconocen la importancia de los factores psicosociales y del sostén emocional como componentes esenciales en el cuidado integral. Desde la perspectiva psicológica, el reconocimiento y validación de los malestares subjetivos fueron elementos centrales para construir espacios de escucha y acompañamiento genuino. Estas tensiones, propias de los procesos interdisciplinarios en el PNA, evidencian la necesidad de fortalecer continuamente el trabajo conjunto y la construcción colectiva de estrategias que contemplen integralmente a las personas y sus contextos.

7.3 La Potencia de lo Grupal y su Impacto en el Bienestar Psicosocial en Personas Adultas Mayores

Las personas mayores que participan activamente en redes de apoyo, tanto brindando como recibiendo ayuda, tienden a presentar mejores condiciones de salud en comparación con aquellas que permanecen socialmente aisladas (Latorre, 2023). En este sentido y teniendo en cuenta el contexto socio-cultural actual donde prevalecen estereotipos negativos sobre la vejez como un proceso de decadencia (Hein et al., 2020), los espacios grupales, como lo fue “Medias Grandes”, se convierten en soportes vinculares privilegiados. Este abordaje habilitó, al decir Palermo et al. (2010) el despliegue de procesos subjetivos fundamentales que contribuyeron al bienestar psicosocial de sus participantes. En esta experiencia, esta dinámica se pudo observar a lo largo de los encuentros, donde el entorno de confianza permitió que emergieran diferentes aspecto de las subjetividades presentes, que habitualmente quedan relegadas o desvalorizadas y que el aislamiento lleva al silencio o a la pasividad. Como expresó una de las participantes: *“Me devolvió la alegría que a mis años estaba perdiendo, volví a ser la mujer que siempre fui”*. El grupo habilitó un lugar donde cada participante pudo expresarse y resignificar su propia experiencia,

mostrando que estos espacios no solo contienen, sino que también resignifican la vejez al promover la participación activa y el reconocimiento de las propias fortalezas.

La experiencia reafirma lo que la teoría plantea: los abordajes grupales son herramientas esenciales para favorecer el bienestar psicosocial, especialmente para las personas mayores. Berriel y Lladó (2004) señalan que dentro de los factores protectores se destacan la participación en actividades sociales y las interacciones significativas, permitiendo el desarrollo de las potencialidades y los recursos que la persona mayor posee. Esto fue evidente en el grupo “Medias Grandes”, donde se fue tejiendo un entramado de vínculos significativos que habilitó nuevas formas de habitar el presente y proyectarse hacia el futuro. En los encuentros, las integrantes compartieron recuerdos, historias de vida, preocupaciones y logros personales, generando intercambios genuinos y una circulación de la palabra que no solo permitió la identificación entre pares, sino también el reconocimiento mutuo. Por ejemplo, una participante solía hacer manualidades que luego regalaba en el grupo, y otra escribía poemas que compartía en cada encuentro. Estos momentos fueron valorados y celebrados colectivamente, contribuyendo al fortalecimiento de la autoestima y a resignificar el lugar propio dentro del entramado social, aspectos esenciales para el bienestar psicosocial.

En un inicio, varias de las participantes mencionaban sentimientos de soledad y vacío y en diversos encuentros emergieron relatos sobre las transformaciones en los vínculos familiares y las sensaciones de distancia con las generaciones más jóvenes. El compartir con pares vivencias similares no solo generó un sentido de pertenencia, sino que también brindó contención emocional, fortaleció el entramado vincular, y facilitó que se sintieran comprendidas y parte de algo mayor; aspectos claves para sostener el bienestar psicosocial en esta etapa del ciclo vital (Zapata, 2001). El impacto de la intervención se evidenció también en la cotidianeidad de las participantes: varias expresaron sentirse más acompañadas, con mayor motivación para salir de sus casas y con entusiasmo por participar. A su vez, el grupo y el compromiso con sus compañeras se convirtieron en un motor para mantenerse activas y conectadas. Actualmente, las participantes continúan asistiendo al grupo y en muchas de ellas se observan transformaciones subjetivas. Una de las integrantes, que al principio solo concurría si estaba acompañada por su prima, hoy participa de forma autónoma, se involucra activamente y ha construido nuevos lazos por fuera del grupo. En el encuentro que se realizó en Facultad una integrante expresó: *“pensé que no me iba a animar, pero lo hice y quedé re contenta”*, luego de presentarse frente a otros grupos. En otro encuentro, una participante que no se sentía bien y no quería hacer nada, decidió igualmente asistir *“porque no quería estar sola”*. Finalmente, se integró, hizo

su propia cometa y compartió con el resto, gracias al acompañamiento grupal y a la posibilidad de habitar el espacio a su tiempo y desde su sentir. Este tipo de abordaje, aparentemente simple, favorece diferentes aspectos psicológicos como el fortalecimiento de la autoestima, habilitan gestos de reencuentro con el deseo, con la creatividad y con la potencia vital. Por ello el diseño del abordaje puso en el centro de este a los participantes, estimulando, impulsando y validando su posicionamiento activo.

En definitiva, este recorrido evidencia que los abordajes grupales no solo aportan bienestar emocional, sino que constituyen estrategias valiosas para promover salud integral en clave comunitaria. Desde una mirada situada e integral, se vuelve fundamental seguir impulsando propuestas que habiliten el intercambio, la palabra y el fortalecimiento de los lazos, especialmente en esta etapa vital tan invisibilizada. Los efectos subjetivos observados dan cuenta de la relevancia que pueden tener estos espacios para las personas mayores, y del potencial que encierran como herramienta dentro de los abordajes del PNA.

7.4 Construcción de Significados en el Discurso Grupal

A lo largo de los encuentros del grupo “Medias Grandes”, se fueron construyendo sentidos compartidos que emergieron tanto de las palabras dichas como de las interacciones entre las participantes. Tal como plantea Fernandez (1995), la subjetividad no es una producción individual, sino que se configura en la trama de vínculos, discursos y prácticas sociales. En la experiencia desarrollada, se observó cómo el discurso grupal fue dando lugar a la circulación de palabras que habilitaron procesos de identificación, reconocimiento mutuo y reflexión sobre sus propias trayectorias vitales. En este contexto, la palabra no solo fue vehículo de expresión, sino también una forma de construir sentido de manera colectiva. A través del relato de las participantes, se fue conformando un “nosotras” que habilitó una experiencia común. Frases como *“qué bueno que viniste”* o *“la semana pasada te extrañamos”* comenzaron a aparecer como parte del registro afectivo del grupo, poniendo en juego vínculos de pertenencia y cuidado mutuo.

Sin embargo, el discurso grupal también estuvo atravesado por representaciones negativas en torno a la vejez. Frente a algunas propuestas, varias participantes manifestaban sentirse incapaces de realizarlas, y a muchas les costaba identificar aspectos positivos en sí mismas o en sus historias de vida. En sus relatos, las relaciones personales aparecían teñidas de carencias: algunas expresaban sentirse solas; otras afirmaban que sus hijos y nietos *“ya tienen su vida”*. Una participante incluso comentó: *“no tengo amigos, mis amigos son los médicos”*. Estas expresiones que vinculan a la vejez con la pérdida, la inutilidad y la invisibilidad, no solo influye en cómo la sociedad percibe a las personas

mayores, sino también en cómo ellas mismas se perciben. Berriel (2007) plantea que estas construcciones sociales producen sentidos que impactan directamente en los procesos subjetivos de quienes transitan esta etapa de la vida.

Como se mencionó previamente, muchas de las consultas con medicina estaban atravesadas por malestares psicosomáticos, lo que evidenciaba la necesidad de un apoyo emocional. En este marco, se observó cómo cobra relevancia el sistema de salud como posible anclaje subjetivo y social. Así, si antes "los amigos eran los médicos", el espacio grupal comienza a ofrecer nuevos vínculos y experiencias significativas por fuera de la consulta médica.

Por otro lado, también se logró identificar que estos imaginarios negativos estaban profundamente atravesados por las condiciones territoriales. Comprender que el envejecimiento no se desarrolla por fuera de los contextos sociales permite visibilizar cómo las desigualdades estructurales no solo impactan en las oportunidades objetivas de las personas mayores, sino también en la manera en que se perciben a sí mismas y se proyectan en la sociedad. Un ejemplo significativo se dio tras un encuentro con otros grupos de personas mayores, cuando una de las participantes compartió en la reunión siguiente: *"no quería que dijeran de dónde venimos, me puse un poco nerviosa, venimos del Marconi y ahí si no todos disparan… pero somos viejitas buenas"*. Esta frase condensó múltiples sentidos: el estigma territorial, la internalización del prejuicio y la necesidad de reivindicar una imagen positiva frente a la mirada externa. Tal como plantea Annabel Lee Teles (2009):

> La cuestión de cómo se producen los modos de existencia se vuelve fundamental a la hora de pensar la construcción de vida colectiva, de modos de pensar, hacer, producir con otros. Por ello, es preciso, atender a las condiciones en las cuales se desarrollan los procesos de producción subjetiva, a los medios para el despliegue de vidas singulares-colectivas y autónomas… (p. 32)

En el transcurso del dispositivo, fue posible identificar la emergencia de diversos sentidos colectivos que dan cuenta del valor subjetivo del espacio grupal. Zapata (2001) sostiene que en la medida en que se habilitan espacios de participación y se fortalecen vínculos solidarios, se produce una recuperación del lazo social y una restitución subjetiva. Esta forma de integración permite a las personas adultas mayores contactar con su grupo de pares y compartir más allá de la carencia, reconociendo y potenciando sus fortalezas. Todas las participantes expresaron, de diferentes maneras, cuánto valoraban el espacio: *"Yo pensé que no me iba a animar pero lo hice y quedé re contenta", "Ahora me siento con vida", "Me sorprendió cómo me animé", "Me dio amor, agilidad, disposición, alegría, compañerismo, conocer a personas maravillosas".* El análisis del discurso permitió dar

cuenta de cómo, en la trama del vínculo con otras, se pusieron en juego afectos, reconocimientos y nuevas formas de construir su identidad en diálogo con otras.

En síntesis, el recorrido por los encuentros del grupo “Medias Grandes” permitió identificar y analizar los significados, interacciones y sentidos construidos colectivamente. A través de la palabra, los vínculos y la participación, se fueron configurando procesos de identificación, reconocimiento y resignificación subjetiva que dieron lugar a formas más potentes de habitar la vejez. El análisis del discurso grupal mostró no sólo la persistencia de imaginarios sociales negativos, sino también la emergencia de nuevas narrativas que expresan deseo, vitalidad, pertenencia y posibilidad de transformación. Del mismo modo, se visualizaron formas de resistencia colectiva que, frente a contextos donde la violencia y la inseguridad forman parte de lo cotidiano, lograron habilitar lazos de contención y ayuda mutua; por ejemplo, el hecho de irse juntas a la parada del ómnibus luego de los encuentros. En este sentido, el dispositivo grupal operó como un espacio de producción subjetiva, donde lo singular y lo colectivo se entrelazaron para dar lugar a nuevas formas de ser con otros.

8) Reflexiones

Sistematizar esta experiencia significó mucho más que recuperar lo realizado: también fue una oportunidad para detenerme a pensar críticamente sobre la importancia del trabajo del psicólogo con personas adultas mayores y la relevancia del PNA. Considero que esta propuesta grupal no fue solo una respuesta asistencial, sino una apuesta política y ética por construir espacios colectivos donde lo singular pueda encontrar sentido en lo común.

¿De qué manera es posible promover la autonomía y el empoderamiento en personas mayores cuando persisten representaciones sociales que las ubican en un lugar de dependencia o carencia? ¿Cómo construir espacios de cuidado que devuelvan sentido y valor a quienes suelen ser marginados? Estas preguntas se vuelven especialmente relevantes en un contexto donde la vejez es vista como decadente y donde esta franja etaria tiene las tasas mas altas de suicidio. Enfrentar este tema no puede reducirse a la atención de problemas de salud en el ámbito clínico: implica también generar condiciones simbólicas y materiales que sostengan el deseo, la pertenencia y la proyección a futuro. Abordar esta temática no solo desde la prevención, sino también desde la promoción de la

salud mental, es parte del compromiso con una práctica psicológica que se proponga transformar realidades.

De este modo, generar este tipo de abordajes grupales para personas adultas mayores es una forma de disputar estos sentidos sobre la vejez, resignificando esta etapa de la vida como un momento de participación activa y de construcción colectiva. A su vez, se habilita a que las integrantes puedan narrar sus historias, construir vínculos y sentirse parte de algo más grande. Por último, en una sociedad que se prioriza lo productivo desde una perspectiva consumista y lo individual, el trabajo con personas mayores implica también recuperar el valor de la transmisión de saberes, de costumbres, de afectos y de cultura. Es fundamental devolver una imagen de valor y de potencia.

En este marco, el rol del psicólogo en el PNA adquiere una relevancia central: no se trata solo de atender padecimientos individuales, sino de intervenir desde una mirada situada y colectiva, y que comprenda las tramas sociales que configuran esas subjetividades. Además, visualizar la necesidad de psicólogos trabajando con personas adultas mayores en el PNA es también reconocer que se trata de una población creciente en Uruguay, y que requiere de abordajes específicos y sensibles. Implica habilitar otros modos de estar, de escuchar y de acompañar, y para esto se necesita formación específica, compromiso ético y un enfoque integral que contemple una perspectiva biopsicosocial y comunitaria.

Por otro lado, trabajar en contextos críticos vulnerados tensiona constantemente los límites de lo posible, siendo esta experiencia fundamental para reflexionar sobre el rol de los profesionales de la salud que intervienen en el PNA. Las condiciones materiales del territorio, las desigualdades estructurales y la falta de recursos son parte del escenario cotidiano, donde muchas veces las urgencias vitales parecen dejar en segundo plano el cuidado de la salud en general. A su vez, el desafío no es solamente acompañar a quienes padecen estas desigualdades, sino también problematizar las estructuras que las reproducen, sin perder de vista la dimensión subjetiva de quienes las habitan. Entonces, ante tales escenarios, surgen cuestiones como ¿Cómo construir prácticas que no se reduzcan a lo asistencial, sino que también promuevan el fortalecimiento comunitario? ¿Cómo sostener el compromiso sin quedar atrapados en la impotencia? ¿Cómo abordar el trabajo con personas cuyas preocupaciones están más centradas en la satisfacción de necesidades básicas que en la salud mental? El poder ser parte de esta experiencia y poder adentrarme en este territorio no solo fue un aprendizaje técnico profesional, sino humano.

Trabajar en el PNA implica asumir la complejidad de los contextos, atravesados por vulneraciones de derechos, violencias y precarización cotidiana. Esto requiere priorizar los abordajes psicosociales, interdisciplinarios, situados y sensibles a las necesidades concretas de cada persona y del territorio. Frente a esta realidad, el grupo “Medias Grandes” fue una invitación a habitar de otra manera el ejercicio de la escucha clínica psicológica, en un territorio muchas veces hostil, generando un espacio donde lo comunitario no fuera una consigna vacía, sino una práctica concreta de encuentro, cuidado y sostén.

La experiencia me permitió reconocer el desafío que implica el trabajo en equipo interdisciplinario, así como las tensiones que surgen entre los distintos enfoques y prácticas dentro del equipo de salud. Es un aprendizaje significativo el logro del trabajo interdisciplinario, el que requiere la construcción de un lenguaje común y el estar abierto a integrar diferentes saberes para materializar en la atención a la salud de los usuarios, el cuidado integral, humano y respetuoso de las experiencias y necesidades de las personas.

En este marco, este tipo de intervenciones grupales pueden ser estrategias transformadoras y viables para el fortalecimiento de las redes comunitarias. A su vez, son fundamentales para el bienestar psicosocial, especialmente en contextos donde los servicios de salud están desbordados y fragmentados. La apuesta por lo grupal habilita otras formas de estar, de acompañar y de construir desde la potencia de lo comunitario.

Por eso, sistematizar esta experiencia no fue solamente una tarea académica, sino que implicó darle valor a una práctica construida colectivamente, visibilizar su potencia y seguir pensando formas de intervenir en PNA que sean más humanas e integrales. Esta experiencia me deja la certeza de que lo colectivo no es solo un camino posible, sino muchas veces el más necesario. Finalizar este TFG no significa para mí un cierre, sino una invitación a seguir pensando, construyendo y defendiendo espacios de encuentro, particularmente en una etapa de la vida que muchas veces queda invisibilizada.

Referencias

Abalo, J., & Meléndez, E. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones, 33-72.

Abaunza Forero, C., Mendoza Molina, M., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enriquez Wilches, K., & Padilha Muñoz, A. (2014). Concepción del adulto mayor. En *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social. https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). (2009). Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. Montevideo. https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). (2024). Centro de Salud Misurraco está funcionando en el nuevo Polo de Referencia de Políticas Sociales en Casavalle. ASSE. https://www.asse.com.uy/contenido/Centro-de-Salud-Misurraco-esta-funcionando-en-el-nuevo-Polo-de-Referencia-de-Politicas-Sociales-en-Casavalle-14735

Aguiar, E. P. (2015). Observación participante: una introducción. Revista San Gregorio, 80-89.

Alvis Rizzo, A. A. R. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. Poiésis, 9(17). https://doi.org/10.21501/16920945.189

Antequera, F., & Grosso, A. P. (2023). La experiencia subjetiva del envejecimiento en personas mayores. Un estudio comparativo. In XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

ASSE Comunica. (2018) *Reseña del Centro de Salud "Dr. Rúben Misurraco* [Archivo de Vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=3sPcCScEIzQ&ab_channel=ASSEComunica

Berriel, F. (2007). La vejez como producción subjetiva. Representación e imaginario social. In Envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología.

Berriel, F. (2021). Envejecimiento y políticas públicas en el Uruguay del ciclo progresista: análisis de la formación de un objeto múltiple.

Berriel, F., & Lladó, M. (2004). La participación de los adultos mayores: vicisitudes en la construcción de sujetos de cambio. Facultad de Psicología (2004) VII Jornadas de Psicología Universitaria. Montevideo. Tradinco, 342-347.

Blanco, A., & Valera, S. (2007). Los Fundamentos de la Intervención Psicosocial. En: Blanco, A. Rodríguez, J. Intervención Psicosocial. Madrid. Ed. Pearson.

Cámara Estrella, Á. M. (2012). El Juego en las Personas Mayores: Una via de desarrollo personal. https://ap1.sib.uc.pt/explore?bitstream_id=12327837&handle=10316.2/8758&provider=iiif-image#?c=0&m=0&s=0&cv=1&xywh=-925%2C-15%2C6265%2C3039

Carbajal, S., & Suárez, C. (2008). Equiparse para trabajar en equipo: Conceptos y herramientas para contribuir al trabajo de equipo en el ámbito laboral. Ediciones Universitarias.

Casal P., Rydel D., Dogmanas D. & Hidalgo L. (2023). El trabajo e inserción del psicólogo en el primer nivel de atención en salud. En A. Tortorella, P. Casal, S. Contino, M. Couso, D. Dogmanas, L. Hidalgo, S. Martínez, A. L. Protesoni, D. Rydel, J. Tabó & R. Zytner (Eds.), *Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud* (pp. 47-61). Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República. https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2024/02/Teorias-y-tecnicas-de-las-intervenciones-psicologicas-en-servicios-de-salud-.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2017). El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos. Naciones Unidas. https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios

DAES-DESyTC-DINEM MIDES (2015). Informe Casavalle. https://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/95565/1/informe-casavalle.pdf

Dogmanas, D., Rydel, D., & Casal, P. (2023). El psicólogo en el Sistema Nacional Integrado de Salud. En A. Tortorella, P. Casal, S. Contino, M. Couso, D. Dogmanas, L. Hidalgo,

S. Martínez, A. L. Protesoni, D. Rydel, J. Tabó & R. Zytner (Eds.), *Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud* (pp. 35-46). Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República. https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2024/02/Teorias-y-tecnicas-de-las-intervenciones-psicologicas-en-servicios-de-salud-.pdf

Fernández, A. M. (1995). Campo Grupal. Nueva.

Gallardo-Peralta, Lorena, Conde-Llanes, Dina, & Córdova-Jorquera, Isabel. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. Gerokomos, 27(3), 104-108. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300004&lng=es&tlng=es.

Ghuiso, A. (2011). Sistematización. Un pensar el hacer, que se resiste a perder su autonomía. Decisio, 11(28), 3-8.

Giménez, L. (2021). LLAMADO No 042/2021 PROGRAMA DE PRACTICANTES Y RESIDENTES DE PSICOLOGÍA (CONVENIO FACULTAD DE PSICOLOGÍA – ASSE) PROPUESTA ACADÉMICA PARA LA CO-COORDINACIÓN DEL PRACTICANTADO (2022 - 2024). https://eva-cursos.psico.edu.uy/pluginfile.php/165292/mod_resource/content/1/Propuesta%20acad%C3%A9mica%20PPRSS%20Luis%20Gim%C3%A9nez%202021.pdf

Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37(52), 74-105. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf.

Guidotti, C. (2022). *Estudio: consecuencias del encierro por la pandemia en establecimientos de larga estadía*. Facultad de Psicología. https://psico.edu.uy/presencias-en-medios/estudio-consecuencias-del-encierro-por-la-pandemia-en-establecimientos-de

Hein, P., Larrobla, C., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., & González, V. (2020). Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay. Montevideo: Universidad de la República.

Hernández Zamora, ZE, Hernández Loeza, OR, & Rodríguez Viveros, E. (2010). El Grupo de Ayuda como Alternativa para Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Psicología Iberoamericana , 18 (2), 47-55.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.

Iacub, R., & Arias, C. J. (2010). El empoderamiento en la vejez. Journal of Behavior, Health & Social Issues, 2(2), 25-32.

Instituto Español de Formación Social. (2021). Estrategias de intervención psicosocial. INEFSO. https://www.inefso.com/estrategias-de-intervencion-psicosocial/

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2023: Resultados preliminares*. https://www5.ine.gub.uy/documents/VisualizadorCenso2023.html

Intendencia de Montevideo (IM). (2023). Información demográfica. Municipio D. https://municipiod.montevideo.gub.uy/node/154

Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos.

Latorre, J. M. (2023). *Psicología del envejecimiento. La vejez como oportunidad*. Bonalletra Alcompas, S. L.

Lee Teles, A. (2009) Política afectiva: Apuntes para pensar la vida comunitaria. Editorial Fundación La Hendija

León, I., & Herrera, M. (2008). Atención médica. Niveles de atención. En W. Benia (Ed.), Temas de salud pública (Tomo I, pp. 39–49). FEFMUR.

Marín, M. & Garrido, T. (2003). El grupo desde la perspectiva psicosocial. Conceptos Básicos. Madrid: Pirámide.

Martínez Ques, A. A. (2016). Ageismo y derechos humanos en el contexto sanitario [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Facultad de Derecho. Departamento de Filosofía Jurídica

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464.

Morales Mijahuanca, M. E., Gonzales Dongo, A. J., Ludeña Manco, D. C., Ludeña González, G. F., & Cueva Quezada, N. I. (2025). Primer nivel de atención en salud y sus implicaciones para la política pública: Una revisión sistemática. Telos, 27(1).

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2025). *Campaña por la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez*.

https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/noticias/campana-toma-conciencia-del-abuso-maltrato-vejez

Ministerio de Salud Pública (MPS). (2024). Quiebre de la tendencia en los datos preliminares sobre el suicidio en 2023. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/quiebre-tendencia-datos-preliminares-sobre-suicidio-2023

Miranda, J. G. (2006). El envejecimiento activo en la sociedad española. In Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo (pp. 15-36). Universidad de La Rioja.

Muniz, A. (2005), Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. Aportes para un abordaje complejo de la cuestión. En Diagnósticos e intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica (pp. 11-27), Montevideo: Psicolibros Universitario.

Muñoz Muñoz, C., (2013). Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. Revista Hacia la Promoción de la Salud , 18 (2), 13-26.

Obiols, J., Stolkiner, A. (2012), Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con vih/sida, Buenos Aires: revista Ciencia, Docencia y Tecnología, vol. 45, pp. 61-80.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/handle/10665/42357

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Salud mental de los adultos mayores.* *https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults#:~:text=El%20aislamiento%20social%20y%20la,problemas%20de%20abuso%20de%20sustancias*.

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

Palermo, S., Perelman, J. y Palermo, A. (2010). Psicoterapia Grupal con Adolescentes Experiencia Innovadora en el Hospital Universitario. El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas (pp. 61-100).

Parentelli, K. (2024). La vida en un barrio “en guerra”: crónica desde el Marconi, donde gobierno estrena plan para reducir homicidios. El País.

https://www.elpais.com.uy/que-pasa/la-vida-en-un-barrio-en-guerra-cronica-desde-el-marconi-donde-gobierno-estrena-plan-para-reducir-homicidios.

Pérez Barrero, S. A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. Ciência & Saúde Coletiva, 17, 2011-2016.

Pinazo, S., Lorente, X., Limón, R., Fernández, S., y Bermejo, L. (2010). Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. En L. Bermejo, Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores, 3-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Rodríguez, A., (2007). Desde la Promoción de Salud Mental hacia la Producción de Salud. La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales. Alteridad. Revista de Educación , 2 (1), 28-40.

Rodríguez, F., & Rossel, C. (2009). Panorama de la vejez en Uruguay. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay-ipes-unfpa.

Rodríguez Nebot, J. (2004). Clínica móvil. El Socioanálisis y la Red. Psicolibros.

Rydel, D., Dogmanas, D., Casal, P. & Hidalgo, L. (2022). El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 12(1), 129-154. Epub 31 de mayo de 2022.https://doi.org/10.26864/pcs.v12n.1.6

Scaraffuni, L. & Paternain, R. (2023). El Estado y sus márgenes Un acercamiento al barrio Marconi desde una perspectiva etnográfica. Revista de Ciencias Sociales, 36(53), 129-147. Epub 01 de diciembre de 2023.https://doi.org/10.26489/rvs.v36i53.5

Schenkel, E., & Pérez, M. I. (2018). Un abordaje teórico de la investigación cualitativa como enfoque metodológico. Acta geográfica, 12(30), 227-233.

Seguí-Gómez, M., Toledo Atucha, E. A., & Jiménez-Moleón, J. J. (2013). Sistemas de salud. Modelos. En González, M. Á. M. (Ed.), *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas* (pp. 419-424). Elsevier España. https://www.unsis.edu.mx/ciiissp/gestionYdesarrollo/desarrollos_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf

Sepúlveda-Loyola, W., Dos Santos Lopes, R., Maciel, R. P. T., & Probst, V. S. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 37*(2), 341–349. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518

Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento (SIVE). (2015). Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. 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

Solitario, R. C., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2007). Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental. Rev Asoc Med Bahía Blanca, 17(3), 63-8.

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. El campo psi, 10(3), 25-34.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología.

Unday, D. E., & Valero, J. A. G. (2017). Sistematización de experiencias como método de investigación. Gaceta médica espirituana, 19(2).

Unidad de estadística y gestión estratégica - IM. (2017). Información Física y Sociodemográfica por Municipio. https://municipiod.montevideo.gub.uy/sites/municipiod/files/informacionfisicaysociodemograficapormunicipio2016_1.pdf

Uruguay (2007). *Ley N.º 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud*. Diario Oficial. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud_-creacion.pdf

Uruguay (2017). *Ley N.º 19.529. Ley de Salud Mental.* Diario Oficial. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Zapata Farías, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. Revista de Psicología, 10(1), Pág. 189-197. doi:10.5354/0719-0581.2012.18562