Universidad de la República
Facultad de Psicología

Sistematización de un Programa de Cesación de Tabaquismo: Personas Mayores, Agencia y Grupalidad.

Trabajo Final de Grado

Docente Tutor:
Fernando Berriel Taño

Docente Revisor:
Mónica Lladó Olivera

Estudiante:
Joaquin Silva Ebole
5.358.455-8

14/08/2026

Índice.

- *Resumen… (Pág 2)*
- *Palabras clave… (Pág 2)*
- *Presentación… (Pág 3)*
- *Introducción… (Pág 3 - Pág 4)*
- *Justificación de la propuesta… (Pág 4)*
- *Marco teórico… (Pág 5 - Pág 6)*
- *Antecedentes… (Pág 6 - Pág 11)*
- *Objetivo general… (Pág 11)*
- *Objetivo específico… (Pág 11 - Pág 12)*
- *Metodología… (Pág 12 - Pág 13)*
- *Descripción de la experiencia… (Pág 13 - Pág 21)*
- *Conclusión… (Pág 21 - Pág 23)*
- *Referencias bibliográficas… (Pág 24 - Pág 26)*

Resumen.

El tabaquismo es una preocupación para la salud mundial, siendo considerada la principal causa de muerte prevenible. En cuanto a esta problemática, en Uruguay se llevan a cabo diversos dispositivos que buscan combatir el daño que genera el tabaco. Una de estas líneas de acción son los Programas de Cesación de Tabaquismo, que mediante estrategias terapéuticas e insumos que provee el Fondo Nacional de Recursos se pretende disminuir el consumo de tabaco en la sociedad uruguaya. En este caso se realizó una sistematización de un Programa de Cesación de Tabaquismo enmarcada en el Convenio entre ASSE y Facultad de Psicología, dentro del cual se compuso de un periodo anual en el desempeño de las funciones. El presente trabajo se orienta a la modificación conductual en las personas mayores participantes de este programa, que mediante ejercicios de agencia se demostró la capacidad de transformar hábitos. Se resalta la carga simbólica que presentan los estigmas negativos hacia la vejez, así como la imposición de formas de envejecer que tiñen con modelos pre-impuestos los distintos cursos personales de esta etapa de la vida. La dimensión participativa y la relevancia de los vínculos son aspectos clave durante los procesos desempeñados por las personas mayores durante la cesación tabáquica. Además se evidencian las nociones de cuidado y género durante los procesos de envejecimiento, identificando diferencias y desigualdades en los procesos personales. La sistematización permitió identificar aspectos motivacionales y las distintas asociaciones atribuidas al cigarrillo por parte de los participantes del programa. Este enfoque permitió evidenciar la influencia de la psicología y el trabajo interdisciplinario dentro de los espacios grupales, demostrando una forma de atención cercana e integral para la comunidad.

Palabras claves: *Personas mayores, Envejecimiento, Cesación de Tabaquismo, Estigma, Modificación conductual.*

Presentación.

El siguiente trabajo parte de reflexionar sobre el envejecimiento y la capacidad que las personas tienen de generar agencia en la vejez, partiendo de la experiencia de un Programa de Cesación de Tabaquismo. Además, se problematiza y se trabaja la importancia de los vínculos sociales y los espacios grupales en la etapa del envejecimiento.

El formato de este trabajo es una sistematización enmarcada en el transcurso del programa de Practicantes y Residentes de la Facultad de Psicología en convenio con ASSE. Este programa se lleva a cabo desde el año 2010, en este caso particular se aborda el periodo de febrero del año 2025 hasta febrero del año 2026, en el servicio del Centro Auxiliar Dr. Mario Pareja, en la ciudad de Las Piedras, Canelones. En este servicio se contó con la disponibilidad de integrar el espacio sobre el cual se realizó la sistematización que es el Programa de Cesación de Tabaquismo. Este espacio es parte del Primer Nivel de Atención en salud, este nivel “es una interfase continua con la población” (Benia, Macri & Berthier, 2008, p. 137).

Introducción.

Las tareas que se llevan a cabo por el personal de la salud no es únicamente centrado en el plano individual de las personas, sino que es necesario comprender las distintas redes sociales, vinculares e institucionales que cada sujeto trae consigo, estos van a influir en sus hábitos y trayectorias de vida.

En este sentido, uno de los principales problemas de salud a nivel mundial es el tabaquismo, esto se debe a la gran probabilidad de contraer enfermedades asociadas al consumo y la cantidad de fallecimientos prevenibles a causa del tabaco. Sin embargo, entender el acto de fumar como una conducta meramente individual es caer en un reduccionismo de esta conducta, es por el contrario que esta conducta forma parte de un proceso más complejo, en el cual se atraviesan dimensiones subjetivas, vinculares y sociales que modelan las trayectorias de vida de las personas.

Dentro del ámbito de la salud está el Primer Nivel de Atención (PNA), en este se desarrolla la conexión entre la comunidad y el prestador de salud, se orienta al abordaje de los distintos problemas de salud que desarrollan los sujetos en el contexto de condiciones familiares, sociales y culturales (Benia, Macri & Berthier, 2008). Uno de los servicios que existen en el PNA son los Programas de Cesación de Tabaquismo (PCT), estos configuran

dispositivos que tienen como objetivo que las personas logren disminuir y cesar el consumo de tabaco. Sin embargo, no se reduce simplemente a esto, sino que además se busca que las personas logren reflexionar sobre sus hábitos, se logre re-pensar los sentidos atribuidos al consumo de tabaco y explorar nuevas estrategias para cuidar su salud.

En este dispositivo el trabajo grupal es central para el funcionamiento del espacio, en este sentido el autor Cano (2012) entiende al taller como un dispositivo metodológico dentro del cual se organizan los procesos de aprendizaje colectivo, partiendo del protagonismo que adquieren los participantes, el intercambio experiencial de estos y la integración teórica/práctica. Este autor argumenta que para el desarrollo de estos dispositivos participativos es necesario una consideración estratégica de los objetivos, métodos y las técnicas, donde se evite caer en el estilo espontaneísta o voluntarista de las prácticas.

Según Enrique Pichón-Rivière (2008) todo cambio implica la movilización de estructuras previas personales, durante este proceso se hace frente a las ansiedades que se vinculan al abandono de vínculos o a los hábitos anteriores, además de que aparece la incertidumbre por las nuevas formas de relacionarse. De esta forma, el grupo tiene la potencia de ser un espacio que favorece la comunicación, el esclarecimiento y la elaboración colectiva de estas experiencias, permitiendo la formación de nuevos esquemas referenciales.

En el trabajo con personas mayores dentro de estos dispositivos grupales está presente la vinculación existente entre las representaciones sociales y el envejecimiento. En un PCT se puede caer en estos esquemas representativos, como la asociación de la vejez con la pasividad o la incapacidad de modificar hábitos. Sin embargo, Perez (2011) plantea que el trabajo psicológico con adultos mayores, está vinculado con la dimensión de los deseos, los afectos, los vínculos y los proyectos al igual que en otra etapa de la vida, estas dimensiones moldean la subjetividad de cada sujeto independientemente de la edad.

El contexto del programa permite visibilizar que la cesación de tabaquismo no es únicamente una forma de aplicar estrategias, sino que es fundamental la capacidad de cada persona para modificar las conductas, además el acompañamiento grupal es clave para lograr procesos sostenidos y evitar frustraciones. En este sentido, la voluntad de las personas mayores por modificar y abandonar el consumo de tabaco fue notorio dentro del grupo.

Justificación de la propuesta.

La vejez es una etapa de la vida, sobre la cual la sociedad impone distintas formas de entenderla y clasificarla. Es pertinente problematizar las distintas representaciones que se tienen sobre esta etapa, es oportuno contrastar con experiencias que permitan demostrar la capacidad de producir agencia que tienen las personas mayores. Por esto considero que realizar una sistematización del programa de cesación de tabaquismo, que esté enfocado en la participación activa, la capacidad de toma de decisiones y el fortalecimiento de los lazos sociales en los adultos mayores durante esta experiencia.

Esta propuesta parte de la necesidad de dar cuenta del trabajo psicológico en los dispositivos de salud pública en Uruguay, donde el rol del psicólogo debe partir de un re-pensar sus intervenciones dentro de un espacio grupal de trabajo. En el PCT se destacan las estrategias innovadoras para el descenso del consumo y el apoyo constante entre los pacientes, logrando actuar como facilitadores de cambio en las personas mayores.

El trabajo de sistematización de esta experiencia permite abrir espacio a la reflexión de las prácticas clínicas del psicólogo desde otro enfoque, transformando la clínica individual a una clínica ampliada y situada. Esta forma de trabajar permite visibilizar las diferentes trayectorias vitales que son parte del grupo, dejando en claro la importancia de los vínculos sociales como parte del proceso terapéutico.

Marco teórico.

La vejez no debe entenderse de una forma reduccionista, sólo como una etapa cronológica de la vida, sino que este momento vital está conectado por otras etapas personales. En este sentido, trae Fernandez Garrido (2009) que si bien la edad cumple un rol clasificatorio en cuestiones administrativas y de estadística, debe pensarse más allá de esta clasificación para la complejidad que implica el envejecimiento. Es pertinente pensar la vejez no como una mera categoría biológica, ya que por el contrario, esta se encuentra atravesada dentro de una producción, constituida por distintas significaciones sociales, históricas y culturales que marcan a cada una de las personas.

La capacidad de agencia es un aspecto que se construye constantemente en las personas, ya que nos permite formular nuevos propósitos y tomar decisiones de forma consciente teniendo en cuenta márgenes de acción posibles.

Los autores José Luis Rebellato y Luis Giménez (1997) trabajan la perspectiva de autonomía, entendiendo que una práctica que promueve la autonomía de las personas debe otorgándoles el lugar como sujetos de saber y deseo, ya que cuentan con el poder de tomar decisiones, y de esta forma los autores se oponen a las teorías que colocan el saber exclusivamente en los técnicos.

Según Sautu (2014) la “capacidad de agencia” debe entenderse en conjunto con las posibilidades que poseen las distintas personas de interpretar las circunstancias y la posibilidad de producir cambios, tanto en relaciones sociales o institucionales que existen desde antes.

Siguiendo esta línea, Salvarezza (1993) entiende el “viejismo” como un concepto que hace alusión al conjunto de prejuicios, estereotipos y conductas discriminatorias que se utilizan sobre las personas mayores de forma despectiva. Según el autor, esta forma de percibir a la vejez está acompañada de significaciones de enfermedad, deterioro o pasividad de las personas, identificando a las personas mayores con una imagen que invisibiliza la variedad de trayectorias reales que existen sobre las distintas vejeces. En este sentido, Lladó, Carbajal, Ciarniello y Paredes (2013) traen la noción de que el “viejismo” no es una mera práctica discursiva, sino que atraviesa además las distintas prácticas institucionales y las formas en que los propios adultos mayores se perciben de sí mismos hacia la sociedad.

Estas representaciones se conforman en distintas producciones sociales que se articulan con la noción de “significaciones imaginarias sociales” que se desarrolla por Castoriadis (1997). Este autor plantea que en la sociedad se instalan distintos sentidos que trabajan organizando las experiencias colectivas y moldeando las subjetividades de los individuos. Desde esta perspectiva, el envejecimiento no es una excepción, este es parte de una configuración simbólica, que se relaciona con expectativas y límites implícitos para las personas que están cursando esta etapa de la vida.

Los autores Minichiello, Somerville, McConaghy, McParlane y Scott (2005), que son retomados en el texto de Berriel, Pica y Zunino (2017), trabajan el tema de las significaciones sociales relacionadas con el proceso del envejecimiento. Estos autores explicitan que los discursos sociales que se relacionan con la vejez no solo influyen en las propias subjetividades de los adultos mayores que están cursando esta etapa, sino que además conforman las formas en que el gobierno y la sociedad instruyen las distintas visiones institucionales. De este modo, los discursos moldean y agravan las desigualdades hacia las personas mayores.

En el texto de Berriel (2003) se trabaja la noción de “soportes de emblemas identificatorios” estos se instalan como modelos que la sociedad utiliza para identificar al envejecimiento, a través de prácticas discursivas y extradiscursivas, que funcionan marcando la identidad que las personas mayores toman para sí mismos. Esta forma de clasificar no solo describe, sino que limita la posibilidad de identificarse de otra forma durante esta etapa de la vida.

El autor Pichon-Rivière (2008) entiende como “grupo” a un conjunto de personas que están alineadas mediante espacio y tiempo, y que se encuentran articuladas entre sí por una mutua representación interna. Además, los integrantes del grupo se coordinan en base a una tarea, que es explícita, como lo es el dejar de fumar, y que tiene características implícitas como lo son temores, dependencia o ansiedades.

Antecedentes.

En Uruguay el aumento de la población envejecida tiene la característica de ser un desarrollo sostenido con el paso de los años. Distintos autores, como Lladó, Carbajal, Ciarniello y Paredes (2013) mencionan que los causantes de este fenómeno poblacional son el descenso en la fecundidad, el aumento de la esperanza de vida y los distintos movimientos migratorios, implicando no solo transformaciones a nivel cuantitativo en la cantidad de población sino transformaciones culturales e institucionales. En este sentido, la autora se remonta al Plan de Acción Internacional de Viena (1982) y del Plan de Acción de Madrid (2002), que destacaron la urgencia de superar los estereotipos imaginarios sobre la vejez, promoviendo mayor integración y participación para los adultos mayores.

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada por la Asamblea General de la OEA (Organización de Estados Americanos) en 2015, se instala de forma explícita a la vejez como una “construcción social”. Berriel, Pica y Zunino (2017) señalan la importancia de tomar conciencia sobre que el envejecimiento no es solamente una condición biológica o cronológica de los sujetos, sino que además está conformada por las distintas configuraciones sociales que comprenden y organizan esta etapa.

Desde esta perspectiva, si nos paramos frente a la vejez como una construcción social hay que reconocer que existen distintas representaciones vigentes que no son neutrales, sino que funcionan determinando la implementación de políticas, en las estructuras de las instituciones y en las intervenciones de estas. Estas representaciones pueden fortalecer imágenes que se centran en la dependencia y la pasividad, o por el contrario promover la

diversidad de trayectorias y las capacidades de agencia en las personas durante el envejecimiento.

En el campo de la salud las cuestiones de la vejez no deben centrarse únicamente en posturas biomédicas ni en las cuestiones individuales. En la Carta de Ottawa desarrollada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1986 para la Promoción de la Salud, se registra que una postura que promueva la salud de la población implica la capacitación de los sujetos para una progresión del control y el cuidado de su vida. De esta forma, se traslada el foco en la enfermedad, hacia una perspectiva biopsicosocial, capaz de reconocer los fenómenos sociales, económicos y comunitarios como factores que generan repercusiones en la salud de las personas (Health Promotion Challenges and Opportunities in the Western Balkans, 2020).

En este sentido, el modelo desarrollado por Dahlgren y Whitehead en 1991 (Healthy Ageing. A challenge for europe, 2007) sobre los determinantes sociales de la salud se centra en entenderla como el resultado de configuraciones interdependientes. Este modelo propone en el centro los factores individuales (como la edad y otros factores biológicos de cada persona), luego vienen los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, además de vivienda, educación y servicios como asuntos estructurales. Según se desarrolla en Healthy Ageing: A Challenge for Europe (2007) este sistema no funciona de forma aislada, sino que está íntimamente relacionada con los contextos, limitando o permitiendo el bienestar personal. De esta forma, tanto los vínculos sociales como el apoyo interpersonal son elementos de una estructura vincular entre lo subjetivo y lo estructural.

Desde esta perspectiva, está el estudio de Lahuerta y colaboradores (2003) sobre el cual relaciona la “Encuesta de Salud de Barcelona” de 1992, donde indica que un bajo apoyo social está asociado con una peor salud percibida por los sujetos y mayor mortalidad en la población mayor. De igual forma está Bowling y Farquhar (1991) realizaron estudios en Reino Unido, observando que la satisfacción es el producto en la persona de la percepción que tienen sobre el apoyo social recibido, cuanto mayor es la percepción de apoyo se identifica una mejor salud mental de las personas. Estos estudios sirven para ejemplificar que no solamente sirve la presencia de los vínculos, sino que lo más importante es la calidad percibida que las personas tienen de estos, influyendo en un mayor bienestar en la vejez.

En el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) se reconocen los vínculos como centrales en el envejecimiento, ya que estos se relacionan con las capacidades de afrontamiento, en las

estrategias de cuidado y en la calidad de vida de los adultos mayores. El apoyo social es determinante para la salud de las personas mayores.

El tabaquismo es un problema de salud a nivel mundial, tanto por su impacto en los fallecimientos como en las consecuencias sociales y económicas que produce en los individuos (Ribeiro, 2022; Vidal, 2020). A nivel internacional se ha dejado claro que el consumo de tabaco no es meramente una conducta individual, sino que es parte de un entramado de prácticas sociales, culturales e institucionales que repercuten en la iniciación, el mantenimiento y el abandono del consumo (Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation, 2016).

En este sentido, se logró un programa de la OMS para el control del tabaco, en este se promueven distintas prácticas que conforman parámetros para la regulación, prevención y cesación del consumo de tabaco (Smoking Cessation Treatments: Psychological and Pharmacological Options, 2019). Siguiendo esta línea, existe otro programa que es HHS Framework to Support and Accelerate Smoking Cessation (2024) donde trabajan la asociación de las políticas hacia el control del tabaco con el acompañamiento de dispositivos que trabajen en los procesos de cesación, desde donde se destaca la asistencia a espacios que apoyen el descenso gradual, como aspecto central para lograr un impacto en la regulación del consumo.

El tabaquismo es considerado un trastorno crónico que presentan los fumadores, asociado con la dependencia hacia la nicotina (Smoking Cessation Treatments: Psychological and Pharmacological Options, 2019). Esta sustancia produce cambios a nivel neurobiológicos, que trabajan sobre la regulación afectiva de las personas, esto explica las dificultades que presentan los fumadores para cesar el consumo. Los marcos internacionales de promoción de salud indican que aquellas intervenciones para dejar de fumar que se centran únicamente en la conducta individual terminan siendo limitantes en sí mismas, ya que no consideran los factores sociales y ambientales que acompañan la salud general de las personas (Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation, 2016).

Según Ribeiro (2022) las personas mayores estarían más expuestas a contraer enfermedades asociadas al tabaco debido a la mayor exposición a este a lo largo de su vida. Además, Vidal (2020) trabaja la asociación entre el consumo de tabaco en la vejez y la progresión de enfermedades asociadas, generando repercusiones negativamente en la calidad de vida para los adultos mayores.

En Healthy Ageing: A Challenge for Europe (2007) se indica que las personas mayores que son fumadores intentan dejar de fumar con menor frecuencia que los fumadores más jóvenes, pero cuando los fumadores mayores se lo proponen resultan tener mayor tasa de éxito que los jóvenes. Este dato nos permite problematizar la asociación de rigidez conductual o la incapacidad de modificar hábitos con la que se relaciona a la vejez.

Siguiendo esta línea, está demostrado que los beneficios de la cesación del consumo se producen en los individuos sin importar la edad al momento que se realice (Vidal, 2020). Esta evidencia nos demuestra que la edad no es una barrera para modificar hábitos, que la cuestión de abandonar el consumo de tabaco a pesar de la edad es necesaria para lograr una mejor calidad de vida. El concebir a las personas mayores como capaces de generar cambios en favor de controlar su propia salud es una forma de estar alineados con posturas promotoras de salud (Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation, 2016). Es en este sentido que la capacidad que las personas tienen de lograr descender y cesar el consumo de tabaco es ejemplo de un ejercicio de agencia.

La principal causa prevenible de muerte a nivel mundial es el tabaquismo, y es claro que a medida que el consumo se prolonga durante el tiempo mayores son las chances de generar enfermedades asociadas al consumo de tabaco (Healthy Ageing: A Challenge for Europe, 2007). Sin embargo, se indica que la forma más eficiente de detener el aumento del riesgo es la cesación tabáquica, sin importar la edad cronológica que tenga la persona (Healthy Ageing: A Challenge for Europe, 2007). La conducta de cesación tabáquica en las personas mayores es beneficiosa, aunque no debe imponerse como un modelo ideal de envejecimiento.

Sobre las formas de vivir y de envejecer, hay varias concepciones sobre cómo se deberían o de qué forma debe actuar la sociedad con las personas que están cursando esta etapa de su vida. En este sentido, Moya (2013) propone reflexionar en base a la forma en que el envejecimiento se ha conceptualizado dentro del campo gerontológico. Este señala que existe un paradigma del envejecimiento activo, productivo o exitoso, sobre los cuales reconoce la contribución positiva, pero también problematiza la forma en que estos operan dentro de los marcos normativos, ya que funcionan como productores de expectativas y formas hegemónicas de cómo hay que envejecer.

Desde esta perspectiva son varias las políticas y programas que basan sus ideologías en ciertas formas de lo que sería un “buen envejecer” de las personas. En este sentido, el autor Berriel (2021) explica que los conceptos de “envejecimiento exitoso” o “envejecimiento activo” se han ido instaurando en las políticas públicas. Este autor retoma el trabajo de

Stenner, McFarquhar y Bowling (2011), en este se parte de los desarrollos que fundamentaron esta clase de perspectivas, demostrando que utilizaron oposiciones binarias como activo/pasivo, éxito/fracaso o positivo/negativo para organizar la forma de comprender al envejecimiento. Esta forma de clasificar los procesos simplifica la forma en que las personas envejecemos, introduciendo valoraciones implícitas de lo que sería un envejecimiento “deseable”.

En Uruguay, está el caso del Programa Nacional del Adulto Mayor (Ministerio de Salud Pública, 2005), este tenía como objetivo la promoción de un envejecimiento activo y saludable, donde los caminos para lograrlo eran la permanencia en comunidad y las redes de apoyo de las personas mayores.

En el Programa Nacional del Adulto Mayor se promueve una clase de envejecimiento activo, donde las personas deben ser saludables y participativas (Programa del Adulto Mayor, 2005). Si bien este enfoque busca fortalecer la autonomía y las redes sociales de los adultos mayores, por otro lado el programa se inscribe dentro de ciertos marcos que se encargan de clasificar la forma de cómo deben envejecer “correctamente” las personas.

De igual forma se puede analizar la Ley 18.617 de Uruguay, el objetivo de este artículo es la creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES). En este documento, según Berriel, Pica y Zunino (2017) se demuestra que la idea que se tiene sobre “participación activa” de las personas mayores, estaría relacionada a promover actividades recreativas y estilos de vida saludables. Esta forma de definir la participación que las personas mayores deberían llevar en su vida, es en parte simplificar el concepto de actividad para estos, entendiendo como su única participación “activa” en actividades recreativas.

Siguiendo esta línea, esta ley tiene como parte de sus objetivos: “estimular la participación activa del adulto mayor en actividades de recreación, promoviendo la accesibilidad en el transporte, en la eliminación de barreras arquitectónicas y en el desplazamiento” (Ley 18.617, citada en Berriel, Pica & Zunino, 2017). Los autores entienden que este documento intenta mejorar el estilo de vida de las personas mayores, pero desde un punto de vista médico, centrado únicamente en la promoción de un estilo de vida saludable.

Desde este enfoque crítico, el “envejecimiento activo” viene siendo idea central dentro de las políticas relacionadas con la vejez, siendo estas promovidas por organismos internacionales y sistemas de salud (Berriel, 2021). Sin embargo, distintos autores se han encargado de problematizar estos enfoques y resaltar la simplificación con la que tratan al

envejecimiento, invisibilizando la complejidad de este proceso y las desigualdades sociales que existen en las diversas trayectorias (Moya, 2013).

En este sentido, es necesario entender que las diversas experiencias de los envejecimientos no deben categorizarse en base a un modelo único de vida activa o saludable, ya que este no depende de la participación en actividades recreativas o en los hábitos saludables que las personas puedan llevar a cabo, sino que depende de las diversas trayectorias de vida que cada persona tiene configurada por sus condiciones sociales, económicas y culturales.

De esta forma, las decisiones en cuanto al cuidar su propia salud, como la decisión de cesación de tabaquismo, deben enmarcarse como ejercicios de agencia, esto quiere decir acciones propias de los sujetos que tienen el fin, en este caso, de cuidarse de una sustancia nociva como es el tabaco y de modificar parte de su trayectoria de vida.

Objetivo general.

- Sistematizar la experiencia de un Programa de Cesación de Tabaquismo en el marco del convenio entre Facultad de Psicología y ASSE, con la práctica de graduación “Programa de Practicantes y Residentes”.

Objetivos específicos.

- Reflexionar acerca de la importancia del envejecimiento.
- Re-pensar el poder de generar agenciamiento y los vínculos en la vejez.
- Exponer la experiencia del Programa de Cesación de Tabaquismo y el impacto para los participantes.

Metodología.

Se eligió el formato de una sistematización de experiencia para rescatar la potencia teórica y práctica que tiene el dispositivo del PCT, en este caso enfocado a las personas mayores. Este estilo de trabajo permite evidenciar los procesos que estuvieron presentes durante un periodo de tiempo, lo que nos implica situarnos en la problemática del tabaquismo desde una visión que integre las representaciones sociales y la capacidad que las personas tienen de superarlas, logrando distintos procesos de cambio.

Según Cano (2012) la modalidad de sistematización de experiencia, funciona como un proceso de reconstrucción, análisis y reflexión crítica en base a una práctica concreta, que tiene como objetivo el visualizar aprendizajes y generar conocimiento partiendo de la acción.

Berrutti, Cabo y Dabezies (2022) traen la importancia de este formato de trabajo para los estudiantes, ya que habilita el poder repensar el dispositivo recogiendo aprendizajes significativos para la producción de conocimiento social. Es pertinente esta forma de trabajo porque permite reconstruir el significado de lo acontecido, problematizando las prácticas desarrolladas para evidenciar tanto los alcances como los límites existentes.

Luis Giménez (2016) explica que las distintas formas en las cuales los psicólogos se insertan dentro de los prestadores de salud, están determinadas por objetivos como el fortalecimiento de la interdisciplina y los abordajes integrales. En el caso del PCT se trabajó dentro de estos lineamientos, ya que desde una postura interdisciplinaria se encontraba la medicina familiar comunitaria y la psicología, por otro lado se contaba con un abordaje integral activo de los participantes dentro de la metodología del espacio.

En la misma línea, resulta pertinente mencionar la noción de implicación que desarrolla Lourau (2021), haciendo referencia a esta como un “nudo de relaciones” que atraviesa a los profesionales en su forma de desempeñarse en la práctica. Desde esta concepción se comprende que la intervención psicológica no se produce meramente de forma neutral, sino que es parte de un entramado de vínculos, emociones y pertenencias institucionales que repercuten en la forma de que los psicólogos se desempeñan en las distintas prácticas. Esta noción es pertinente en una sistematización ya que se entiende que esta experiencia es significativa y permitió reflexionar sobre la función que se llevó a cabo en el PCT.

Es importante recalcar la dimensión de la participación en los procesos de sistematización, ya que esta forma de trabajo es tanto colectiva como individual (Berrutti, Cabo y Dabezies 2022). En el PCT la dimensión participativa es central, ya que los participantes no son meros receptores sino protagonistas de sus procesos de cambio, por lo que apropiarse del espacio y la participación de forma continua son aspectos claves para lograr cambios.

Desde una sistematización se logra identificar la importancia y el impacto que tuvo la experiencia, permitiendo de esta forma problematizar y seguir generando conocimiento en áreas como el envejecimiento, la capacidad de agencia, los estigmas y la participación de las personas mayores en dispositivos grupales dentro de los prestadores de salud en Uruguay.

Descripción de la experiencia.

La experiencia del programa de cesación de tabaquismo fue una práctica sostenida durante todo un año, desde febrero de 2025 hasta febrero 2026. Los encuentros fueron semanales, los días lunes, y tenían una carga horaria de tres horas y media, donde se trabajó las primeras dos horas con los participantes, y el horario restante se realizaron seguimientos telefónicos con aquellas personas que no pudieron asistir ese día.

En el caso particular de la PCT, la convocatoria era mediante distintos espacios de intervención, como una consulta con medicina familiar o con un psicólogo que identifica al consumo de tabaco como un aspecto a trabajar con un paciente. Además, se contaba con folletos presentes en la policlínica que se realizaba el grupo (Centro Auxiliar Dr. Mario Pareja) como en otras policlínicas cercanas (Policlínica Barrio Hipódromo de Las Piedras, Policlínica 18 de Mayo, Policlínica La Paz, Policlinica Barrio Herten y Policlínica Obelisco). De esta forma se contempla que los participantes puedan llegar por distintas formas de convocatoria, ya sea por que se lo sugirió un profesional de la salud, porque lo vieron en su policlínica barrial, porque otra persona lo vio y le comento, porque una persona que asiste le paso la información, entre otras formas en las cuales las personas llegaban a este espacio, ya que lo único que se les pedía era que fueran usuarios de ASSE, no había listas de espera ni límites de participantes.

Otro aspecto a considerar es la coordinación de la PCT, que estaba a cargo de la Dra. Isabel Malanga, quien se encargaba de realizar las distintas tareas de gestión con la Licenciada en Enfermería referente como “nurse” del Centro Auxiliar Dr. Mario Pareja.

En cuanto a los principios de trabajo que se manejaron en la PCT, tenía como objetivo arrancar por identificar el consumo no consciente del cigarrillo, y de esta forma entender asociaciones mentales y emocionales. Luego identificar en qué momento del día solía ser más propenso el consumo, para pasar a la acción con estrategias cuidadas para evitar que aparezcan fuertes síntomas de abstinencia. Desde el equipo nos apoyamos en el Esquema Básico de Cesación de Tabaquismo que proveía el Fondo Nacional de Recursos, donde se plantean técnicas cognitivo-conductuales, que luego en conjunto con los participantes las ajustamos a cada caso.

Otro principio de trabajo era el darle lugar a la interdisciplina, de una forma que para cada caso había una devolución tanto por parte de la Medicina Familiar, como de la Psicología, y esta se daba luego de escuchar como fue el tránsito semanal, permitiendo a los demás participantes escuchar y aportar sus puntos de vista desde la horizontalidad. Tambien,

estaba presente el principio de la autonomía y voluntariedad de asistir al espacio, ya que si bien desde el equipo hacíamos seguimientos individualizados, depende de la motivación de cada persona el acercamiento real y eficiente.

Este espacio no es exclusivo de las personas mayores, pero se comprobó que más de la mitad de los participantes que asistían al espacio de cesación tabáquica eran personas mayores de 60 años.

Este dato es relevante ya que demuestra la iniciativa que tienen las personas de modificar hábitos durante la vejez, en este caso varios de los participantes mayores que se acercaban al grupo eran fumadores desde su adolescencia, por lo que tenían más de 50 años de fumadores en algunos casos.

El acompañar el proceso en estos casos es fundamental, porque cuando los participantes llegan al dispositivo, están motivados por modificar el hábito de fumar y así mejorar la calidad de vida, están en un momento que se identifica como de apertura al cambio. La motivación es un elemento clave en estos procesos, ya que algo hizo que esa persona destine su tiempo a dialogar de su experiencia y escuchar a los demás participantes sobre sus trayectorias.

En el registro que se realizó en el transcurso de la experiencia se pudieron evidenciar distintos discursos en cuanto a las motivaciones de los participantes, destacando testimonios como “estoy acá por el dolor de mi hija y de mis tres nietos”, “estoy tratando de dejar para darle el ejemplo a mi hijo que está en drogas más fuertes”, “mi nieta me pregunto ¿Por qué fumas abuela? Y le respondí que fumaba porque era una burra”, “estoy acá porque no quiero más el cigarrillo en mi vida”, entre otros testimonios, que en algunos casos vienen acompañados de derivaciones o por diagnósticos médicos.

En lo que respecta a la motivación se ve claramente vinculada la dimensión social y afectiva que atraviesa a los pacientes del programa de cesación de tabaquismo, dando cuenta de que no es meramente una conducta individual sino que está inmersa en una trama vincular, donde en primera instancia la decisión de dejar de fumar está influenciada por familiares o personal de la salud con el fin de mejorar la calidad de vida de los sujetos.

El dispositivo tiene como primera instancia una entrevista grupal, donde se comenta la forma de trabajo y los insumos con los que cuenta el espacio. Se indaga con preguntas biográficas y sobre las expectativas que el usuario tiene al iniciar este proceso, luego se le hace entrega del esquema básico de cesación de tabaquismo en forma impresa, que son

estrategias que el Fondo Nacional de Recursos propone para que los participantes tengan en cuenta para lograr la disminución de su consumo.

Si bien estas estrategias son útiles para descender el consumo de tabaco, es necesario con el paso de las semanas indagar las asociaciones que las personas tienen atribuidas a éste, de forma que logren evidenciar el lugar que ocupa el tabaco en sus vidas.

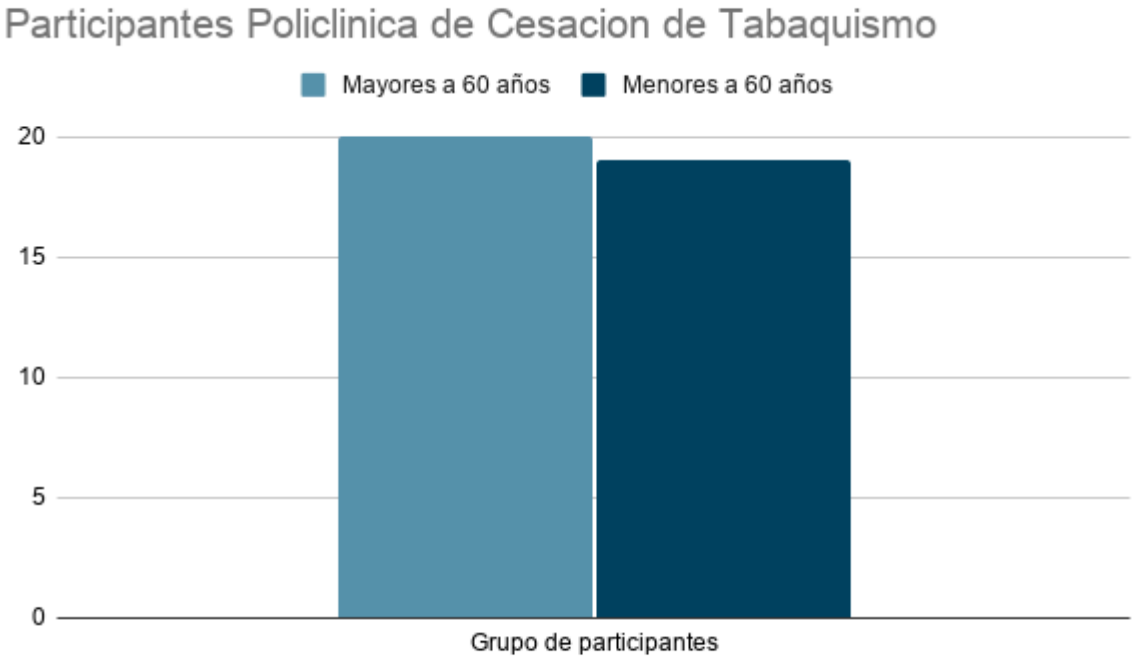
En este sentido se han registrado diversos testimonios asociados al rol que presenta el tabaco en el dia a dia de las personas, “es mi amigo”, “es quien me escucha”, “despues que fallecio mi esposo es quien esta conmigo”, “si no tengo cigarros me falta algo”, estos discursos son algunas muestras genuinas de lo que el cigarro presenta en la vida de los fumadores. La asociación más frecuente es la de “compañero”, entendiendo por ésta que el cigarro acompaña a las personas en todos los momentos de la vida, ya sea un logro, sea un mal momento, sea una espera, en una llamada telefónica, en una reunión familiar o viendo un partido de fútbol, estos ejemplos son muestra de algunas situaciones que están asociadas al acto de fumar.

Las asociaciones vienen acompañadas de la dependencia, ya que las personas que tienen asociado el tomar mate o café con el cigarro, no lo hacen si falta este último, o en algunos testimonios las personas se expresan como “he llegado a juntar cigarrillos del suelo porque no tenía”, “cuando veo que no me alcanza para el otro dia salgo a buscar”, “si me llego a quedar sin tabaco a las tres de la mañana, no importa lo lejos que esté el 24 horas que voy a comprar”, “hubo momentos que prefería no comer pero si tener cigarros”.

Es necesario generar un descenso gradual del consumo, ya que la abstinencia en algunos pacientes genera gran malestar debido a la dependencia de la nicotina en su cuerpo, produciendo ansiedad, insomnio, palpitaciones, sudoraciones, cambios de humor, aumento del apetito, dolores de cabeza, entre otros síntomas asociados a la abstinencia por dependencia a la nicotina.

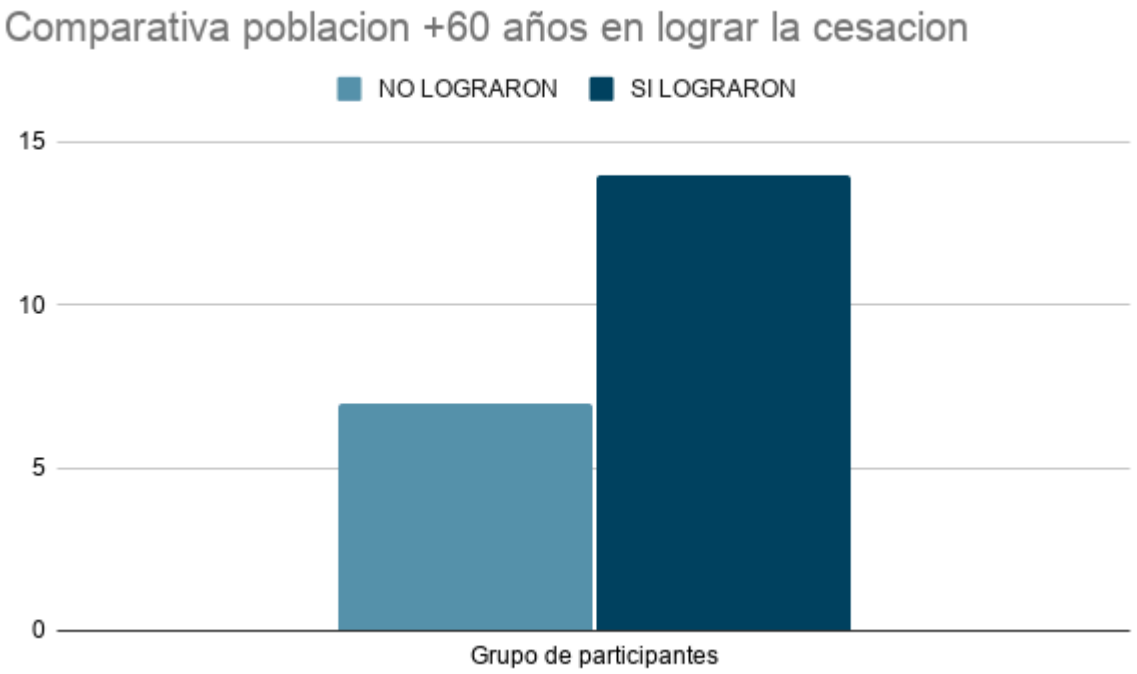
Una de las primeras estrategias que se plantea es identificar con qué situaciones está asociado el cigarro, para lograr implementar otra acción que sustituya el fumar en esa instancia. Para lograr esta identificación una de las estrategias que propone el Fondo Nacional de Recursos es llevar a cabo un registro personal de cada paciente, en el cual debe completar todos los días con la cantidad de cigarrillos y en qué momento fumo cada uno, para así lograr identificar en qué momento del día es que tiene mayor consumo. De esta forma se visualiza cada caso y se piensan herramientas para implementar de manera personal. En este espacio se llevó a cabo un registro de la cantidad de personas que

asistieron durante febrero del 2025 hasta febrero del 2026, identificando que la participación fue de 39 personas en el correr del año. Se identificó que de estos 39 participantes, 20 eran personas mayores de 60 años de edad, lo que significa que más de la mitad de los participantes eran personas mayores (ver Tabla 1).



(Tabla 1. Elaboración propia a partir de datos del registro durante la participación en el Programa)

Este dato representa el interés que tienen las personas mayores en dejar de fumar y modificar un hábito que en la mayoría de los casos es sostenido desde su adolescencia. De esta cantidad de 20 personas que eran mayores de 60 años, durante ese año lograron cesar el consumo 13, mientras que 7 no lograron dejar de fumar por completo, pero sí lograron descender el consumo con el cual llegaron al Programa de Cesación de Tabaquismo (ver Tabla 2).



(Tabla 2. Elaboración propia a partir de datos del registro durante la participación en el Programa)

Estos datos demuestran que la presencia sostenida en la PCT por parte de las personas mayores logró ser un espacio de pertenencia, escucha, reconocimiento y acción. Desde la cual se manifestó la implicación en forma de habitar el dispositivo, tomando la palabra en el grupo, escuchando distintas opiniones, comunicando sus dificultades, y logrando percibirse como parte de un colectivo.

En este sentido se logra evidenciar que el prejuicio instaurado sobre la vejez asociado a la rigidez conductual y a la falta de iniciativa no es generalizable a todas las personas que están cursando esta etapa. Mora Tapia (2021) observa que si las personas mayores parten del encuentro entre ellos, van a lograr comprender a quien si deben aceptar como iguales, y de quien aprender mejores formas de enfrentar la etapa de la vejez. En el Programa de Cesación de Tabaquismo se puede evidenciar estos planteos, ya que a partir de la experiencia se toma a los participantes quienes ya han logrado cesar y mantener en cero el consumo como referentes internos del grupo, y es de estos que se aprende estrategias útiles para disminuir el consumo de tabaco.

Un comentario frecuente dentro del grupo era la potencia que tenía asistir de forma presencial los lunes, ya que si bien desde el equipo coordinador nos encargabamos de hacer los seguimientos personalizados de forma telefónica todos los lunes, al comunicarnos

con ellos nos comentaban que lamentaban no haber podido asistir presencialmente y que el próximo encuentro concurrirán de forma presencial.

Uno de los motivos que repetía la ausencia de los participantes era que no tenían con quien dejar a los niños de la familia, en la mayoría de los casos afectaba a los “abuelos” teniendo que quedarse con los “nietos” cuando se sienten mal, cuando tienen vacaciones o cuando estaba lloviendo y los tenían que cuidar porque no iban a ir a la escuela, “Buen dia yo estoy complicada con los nietos…”, “… hasta marzo no voy a poder concurrir por mis nietos”. Las autoras Nuria Badenes y María Teresa López (2011) explican que si bien los abuelos y abuelas se sienten bien ayudando a sus hijos con el cuidado de sus nietos, en algunos casos este cuidado puede ocasionar situaciones de estrés y efectos negativos para su salud, ya que estarían asumiendo una responsabilidad y un papel que es ajeno.

Las autoras Cristina Noriega y Cristina Velasco (2013) trabajan sobre la figura de los abuelos y la forma en que ellos son modelos de envejecimiento frente a sus nietos, enseñándoles de qué forma se debe actuar, pensar y cómo hay que relacionarse con las demás personas. En este sentido las personas mayores que son abuelos y asisten a este tipo de espacios están demostrando posibilidades de generar cambios y modificar hábitos sin importar la edad, logrando así nuevas formas de concebir al envejecimiento.

Cristina Noriega y Cristina Velasco (2013) explican que la relación entre abuelos y nietos se ha modificado con el paso del tiempo, y hoy en día está relación es más simétrica y con una mayor comunicación afectuosa. Es por esto que en muchos casos los nietos son motivadores de cambios en los abuelos, en el Programa de Cesación de Tabaquismo se ven como los comentarios que los niños realizan sobre sus adultos mayores cercanos provocan efectos que pueden resultar positivos para su salud.

Dentro de esta dimensión de cuidados se identificó que generalmente eran las adultas mayores quienes debían faltar con mayor frecuencia a este espacio. Es inevitable pensar en la cuestión del género y cómo sigue siendo este factor de desigualdades.

En el texto de Ximena Romero y Elisa Dulcey-Ruiz (2012) se trabaja que estas dimensiones de “cuidado” no corresponden formalmente a las mujeres, y que debe ser un tema en el que ambos géneros deban estar implicados. De esta forma se lograría generar mayor igualdad en las posibilidades de participación en este estilo de dispositivos, dentro de los cuales la presencia tanto de hombres como mujeres es clave para la modificación de conductas.

En los discursos las dimensiones de género también se identificaban, en algunos de los relatos varoniles se identificaba el “cuando quise dejar, lo dejé”, “es cuestión de fuerza de

voluntad", "cuando esté preparado para bajar, lo voy hacer" mientras que en los relatos femeninos se expresan como "es un día a día", "me avergüenza si mi familia me ve fumar", "no todos tenemos la misma fuerza", "intento bajar pero no he podido aún".

Berriel (2003) explica que el mito del heroe para los hombres esta referido a una concpecion de cuerpo activo, partiendo de que son el "sexo fuerte", percibiendo a este por cuestiones culturales de trabajo y de progreso. En este caso, este "mito" podría influenciar los discursos de estos hombres que consideran que le es más fácil dejar de fumar por ser hombres y porque es cuestión de trabajo y fuerza de progresar.

De esta forma se logra identificar que las desigualdades vienen desde antes de tomar la decisión de dejar de fumar, Ximena Romero y Elisa Dulcey-Ruiz (2012) trabajan la doble relación entre el proceso del envejecimiento y el llegar a ser una persona vieja, que dependiendo del género de la persona se van a identificar distintas desventajas, tanto sociales, culturales o políticas que normalmente repercute hacia las mujeres de peor forma. Es por esto que desde los servicios de salud debemos ser conscientes de las desigualdades existentes a la hora de llevar adelante un dispositivo grupal en el que participan personas mayores.

En cuanto a mi experiencia personal me urge hacer mención al convenio entre ASSE y la Facultad de Psicología (UdelaR) del cual fui partícipe. Este convenio tiene como objetivo la formación de recursos humanos en salud, con ciertos niveles de calidad y actualización requeridos para la sociedad uruguaya, alineados con el Sistema Nacional Integrado de Salud (ASSE & Udelar, 2009). Por esto, el Practicantado no solo constituye una instancia de formación, sino también una estrategia institucional, que busca la inserción de la psicología en la salud pública de nuestro país.

Además estar presente en esta línea de acción me hizo darme cuenta de que la función del psicólogo no se limita únicamente al consultorio, y que la acción comunitaria es realmente un factor de inserción de los psicólogos en un Primer Nivel de Atención en Salud.

El compromiso con la comunidad es un factor clave, tanto por parte del equipo que coordina como por parte de los usuarios, desempeñando acciones como fue decorar las distintas policlinicas para el Día Mundial sin Tabaco (31 de Mayo) aportando visibilidad y presencia de esta problemática para la salud, buscando generar conciencia y acercamiento al espacio. Además, solicitamos a los participantes distintos testimonios para colocar en la policlínica, y así reflejar el trabajo que cada uno estaba llevando a cabo, lo valioso que era sumarse al

grupo y que realmente sí se puede dejar el consumo de tabaco sin importar la edad ni los años de consumo.

La participación psicológica por fuera del consultorio es clave para entender a los pacientes en otros ámbitos, en el caso de el PCT se logró observar la interacción social, el compromiso con las asistencias, la adherencia al tratamiento, la apertura al diálogo y las capacidades de lograr cambios en las conductas.

Según Bianchi y colaboradores, el proceso de formación de psicólogos en los servicios de salud busca generar procesos que se alineen con la reforma del sistema sanitario, produciendo profesionales que sean capaces de desempeñarse en contextos de atención (Bianchi et al., 2010).

Es fundamental y destacable la labor en equipo con la Dra. Isabel Malanga, allí pude identificar la importancia de la interdisciplina, el complemento entre las distintas disciplinas en un fin común para la población. Este enfoque permitió un trabajo caracterizado por un enfoque integral y centrado en los usuarios que asisten al espacio grupal.

Otro aspecto clave en la descripción de esta experiencia es la noción de implicación, desde la cual como practicante de psicología fui parte de este dispositivo. Desde lo personal tengo una relación con las personas mayores, ya que en mi infancia estuve a cargo de mis abuelos, que eran mis “cuidadores”. De esta forma logre un vínculo cercano hacia ellos y sus pares generacionales, escuchando e intentando ayudar.

Esta experiencia me permitió conectar desde este lugar, brindando mi escucha a los participantes y ofreciendo tanto mi ayuda como los conocimientos que la Facultad de Psicología me otorgó. En este sentido, me parece pertinente hacer alusión a que la indagación de nuestras implicaciones se vuelve central para el ejercicio del rol profesional. Cómo señalan Fernández y colaboradores, este proceso no se limita a solo al hacer visibles elementos que están ocultos, sino consta de crear condiciones para que lo que está implícito en la intervención, llegue a desplegarse y sea registrable (Fernández et al., 2014).

El acompañar los procesos de cesación de las personas mayores me conecto con mis experiencias en la infancia, donde compartía con mis abuelos, las tardes jugando a las cartas, que me esperen con la merienda, acostarme con ellos a dormir la siesta, pedirles que me cocinen un postre, o salir a pasear en el auto, son momentos que recordaba durante la PCT. Las prácticas de cuidado que mis abuelos tuvieron conmigo las comparó con el cuidado que debía tener como practicante hacia ellos.

En varios momentos me cruzaba con las personas mayores que asisten al PCT, y andaban en la policlínica porque iban a levantar medicamentos, estaban en la sala de espera, o entraban a usar el baño, y al saludarlos sentía que ellos se detenían para hablarme y que yo los escuchara, aceptaban los consejos que les decía y contestaban que los iban a llevar a cabo.

Durante dos meses (desde Septiembre hasta Noviembre) estuve a cargo del espacio, ya que la Dra. Isabel debió irse de viaje por estudio a otro país. Llegado este momento ella me pregunta si decidimos suspender hasta que vuelva y yo me desempeñe en otras actividades del centro, dando por cerrado el PCT durante esos dos meses, o si me sentía listo como para asumir esta tarea de llevarla adelante durante ese periodo de tiempo. A lo que le respondí que no se podía suspender este espacio, que eran muchos los procesos que veníamos sosteniendo, y que más allá de que estuviera “solo” dirigiendo el grupo, sabía que los tenía a los participantes que iban a seguir asistiendo.

La forma en la que coordine el espacio fue con el seguimiento de las estrategias cognitivo-conductuales, apoyadas en el Esquema Básico de Cesación de Tabaquismo, además de contar con planillas de seguimiento individual, insumos para el trabajo en grupo, el apoyo tanto de la Dra. a la distancia, como de cada participante que asistía y me daba la confianza en el trabajo que se desarrolló. Si bien estuve “solo” coordinando el espacio, sentí que estaba acompañado cada lunes, y que tenía el respaldo individual de Isabel, como colectivo por parte del grupo.

Y así fue como llevé adelante el espacio durante los dos meses, pensando ideas para implementar en los encuentros, pensando estrategias para descender los consumos y estudiando sobre como seguir manteniendo en cero aquellos que ya lo habían logrado. Fue un gran trabajo que logré realizarlo por la confianza que tenía con el grupo, sabía que la asistencia iba a seguir siendo la misma a pesar que no estuviera la Dra.

Al momento de despedirme del grupo realizamos una merienda compartida, donde asistieron la mayoría de las personas mayores, y hasta regalos trajeron. También decidieron compartir mensajes en el grupo de Whatsapp que teníamos. Algunos de estos mensajes fueron; “Te agradezco tu empatía y buena disposición para acompañarnos en este proceso.”, “Gracias por tus palabras en cada momento!!”, “... saludos a todos especialmente a Joaquin ya que fue muy importante en mi proceso brindando acompañamiento y siendo un profesional con mucha empatía.”, “Gracias Joaquin no hubiera sido posible sin el apoyo.”, “Hola a todos especialmente hoy a Joaquin quien fue parte muy importante de mi proceso.”, “... muchas gracias por todos los buenos consejos dados en el camino para

abandonar la adicción al tabaco feliz y bendecido vida!! nuevamente gracias por todo", "Gracias por ser tan atento, te va a ir bien en lo que hagas porque sos buena gente".

El desarrollarme en este espacio me demostró que mis experiencias personales, las emociones o las dudas forman parte de nuestra forma de intervenir y de posicionarnos como profesionales de la Psicología. Es necesario identificar qué nos está generando en nosotros aquellas acciones que estamos realizando, entender de qué forma nos está implicando la función que estamos desempeñando es esencial para cuestionar y lograr un mejor desempeño en nuestro trabajo.

En los mensajes enviados por el grupo se destaca el acompañamiento recibido, buena disposición, empatía y atención como formas de demostrar agradecimiento con un rol que se retira del espacio. Esto demuestra la valoración y aprobación de estos valores a la hora de trabajar en grupo.

Las muestras de cariño son sinónimo de un proceso donde me tocó acompañar a cada participante en lograr cambios para su salud. Es reconfortante entender que los desafíos que me generaba este espacio, como la nostalgia de tener a mis abuelos, la experiencia del practicantado y las exigencias del servicio, desembocaron en buenas acciones y que generaron un impacto real en las personas.

Es por esto que como ex-practicantes la función es divulgar estas experiencias, para así llegar a más estudiantes y que estos dispositivos grupales sigan generando cambios en las personas. En esta sistematización queda explicada la importancia de estos espacios para las personas mayores.

Conclusión.

A menudo los usuarios de los distintos prestadores de salud suelen quejarse por la demora en la agenda para atenderse con los profesionales que allí trabajan. En algunos casos estas personas están esperando la atención hace años, en listas de espera eternas para que en menos de treinta minutos se le informe sobre un "diagnóstico" que los acompañara por el resto de su vida o lo deriven con otro especialista que los atenderá dentro de bastante tiempo.

En salud mental pude evidenciar como los seguimientos por psicólogos, que generalmente se suelen recomendar semanal o cada quince días, se llegaban a prolongar en lapsos de tres meses entre una consulta y la siguiente. Esto produce frustración y desgaste en la

persona que necesita la atención, y en quien tiene la voluntad de brindarla como son los psicólogos.

Luis Gimenez (2016) indica que los servicios de salud están saturados por la cantidad de demandas existentes, nos comenta sobre los obstáculos que estos prestadores tienen para que se logre ejercer el derecho a la atención en salud mental, acompañados de una mala distribución dentro del territorio. Esto debe cambiar, ya que la sociedad merece una atención en salud de calidad, que contemple tiempos de espera acorde y profesionales que busquen contribuir con su formación a una mejor salud en el Uruguay.

La existencia de dispositivos grupales que trabajen interdisciplinariamente, permite una atención cercana y participativa con las personas, ya que se caracterizan por no contar con listas de espera y que la asistencia sea por propia voluntad del paciente.

Esta línea de acción que fue el Programa de Cesación de Tabaquismo, me permitió ver la potencia de la grupalidad en la comunidad, en este caso por la necesidad principal de dejar el consumo de tabaco. Más allá de lograr la cesación tabáquica los usuarios asistían a este espacio con distintos emergentes que les iban surgiendo durante las semanas.

El caso particular de este dispositivo, se realiza con un enfoque que busca la cesación del consumo de tabaco en la sociedad uruguaya, por lo que las personas que participen deben alinearse con esta causa. Pero si existieran más dispositivos participativos como este seguramente las listas de espera y las grandes demandas se reducirían, ya que se podría atender y dar orientación a las primeras necesidades desde un equipo interdisciplinario especializado.

Desde este espacio se trabajó en base a las distintas ansiedades, el romper con los estigmas y con la visión negativa frente al cambio, además de atender desde la parte médica a los síntomas que aparecen a medida que el consumo iba disminuyendo, como fueron las taquicardias, palpitaciones, insomnio, aumento del apetito entre otras. Las personas que acudían al espacio de Cesación de Tabaquismo expresaban la tranquilidad de contar con un lugar de atención semanal que trabaja en base a la promoción de generar cambios a favor de su salud sin importar la edad de las personas ni sus trayectorias de vida.

Uno de los hallazgos de esta experiencia es como trabajar los obstáculos que presenta el “viejismo” y darnos cuenta que los estereotipos no son estrictos limitantes para lograr cambios positivos en la vejez. En este caso se logró mostrar cómo el hábito de fumar es una conducta que se puede cesar sin importar la edad de la persona que quiera dejarla a un lado en su vida. En el Programa de Cesación de Tabaquismo fueron más las personas

mayores que se acercaron a este espacio y que lograron dejar de fumar durante el periodo en el que estuve presente, esto es una muestra clara que los prejuicios quedan a un lado cuando se actúa de forma intencionada y se toman decisiones que influyen en la propia vida de las personas.

Además se identificó la dimensión de género que atravesó a los participantes en todo momento, desde las formas de los relatos cotidianos en el espacio hasta las inasistencias por motivos de cuidados. En este sentido esta clase de dispositivos permite visualizar cómo estas acciones parten de una desigualdad en los roles de género, que generalmente se naturaliza de forma incorrecta.

Esta clase de lugares ponen en juego las distintas trayectorias de vida de los participantes, como son los desgastes por estar en listas de espera, la atención espaciada, los estigmas y las desigualdades de género, entre otras demandas que traen las personas y es nuestro trabajo escucharlas para tomar acción al respecto.

La intención de este trabajo es buscar potenciar esta clase de espacios que trabajan en base a las necesidades de la población uruguaya, en este caso enfatizando el sentido al trabajo de las personas mayores a generar agencia y demostrar que fumar es una conducta nociva que se puede dejar sin que la edad sea un factor que lo impida.

Referencias bibliográficas.

Administración de los Servicios de Salud del Estado & Universidad de la República, Facultad de Psicología. (2009). Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y la Universidad de la República – Facultad de Psicología.

Badenes Plá, N., & López López, M. T. (2011). *Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España*. ZERBITZUAN, (49), 107–118.

Benia, W., Macri, M., & Berthier, R. (2008). Atención primaria en salud: vigencia y renovación.

Berriel Taño, F. (2021). *Envejecimiento y políticas públicas en el Uruguay del ciclo progresista: Análisis de la formación de un objeto múltiple* (Tesis de doctorado, Universidad de la República, Facultad de Psicología).

Berriel, F., Pica, C., & Zunino, N. (2017). Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas. Psicoperspectivas, 16(1), nn-nn. DOI 10.5927/Psicoperspectivas vol16-issue1-fulltext-904.

Berriel Taño, F. (2003). *Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificatorios en los adultos mayores* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Mar del Plata.

Berrutti, L., Cabo, M., & Dabezies, M. J. (s. f.). *Sistematización de experiencias de extensión* (Cuadernos de Extensión Nº 3). Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio, Universidad de la República.

Bianchi, D., De la Cuesta, P., Gandolfi, A., & Muniz, A. (2010). Formación de psicólogos para el sistema de salud. In *Programa de Practicantados y Residencias. Trabajo presentado en el Primer Congreso Latinoamericano de salud: determinantes sociales y participación ciudadana*.

Bowling A, Farquhar M. Associations with social networks, social support, health status and psychatric morbidity in three samples of elderly people. Soc Psychatry Psychiatr Epide miol 1991;26:115-26.

Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular.

Castoriadis, C. (1997). El avance de la insignificancia. Buenos Aires: Eudeba.

Fernández, A. M., López, M., Borakievich, S., Ojam, E., & Cabrera, C. (2014). La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad. *Revista Sujeto, subjetividad y cultura*, *7*, 5-21.

Fernández Garrido, J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos diferentes, España y Cuba. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia, España].

Gabrani J, Rommel A, Anton A, Cilović-Lagarija Š, Grujić-Vujmilović D, Petrovski M, Rosic N, Terzic N, Skočibušić S and Šantrić-Milićević M (2026) Health promotion challenges and opportunities in the Western Balkans: a review of contemporary policies and actions. Front. Public Health 13:1666353. doi: 10.3389/fpubh.2025.1666353.

García-Gómez, L., Hernández-Pérez, A., Noé-Díaz, V., Riesco-Miranda, J. A., & Jiménez-Ruiz, C. (2019). *Smoking cessation treatments: Current psychological and pharmacological options*. Revista de Investigación Clínica, 71, 7–16.

Giménez, L. E. (2016). *Psicólogos en Uruguay: una aproximación*. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 6(1), 29–62.

Golechha M. Health promotion methods for smoking prevention and cessation: A comprehensive review of effectiveness and the way forward. Int J Prev Med 2016;7:7.

Lahuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K., & Nebot, M. (2004). *La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana*. Gaceta Sanitaria, 18(2), 83–91.

Lladó, M., Carbajal, M., Ciarniello, M., Paredes, M. (2013). Las organizaciones de adultos mayores en Uruguay: paradigmas de envejecimiento e integración social. En: La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población. Biblioteca plural. UDELAR. Montevideo.

Lourau, R. (1991). Implicación y sobreimplicación. Conferencia dictada en “El Espacio Institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales”, Buenos Aires, 21–24 de noviembre de 1991. Traducido por María José Acevedo.

Ministerio de Salud Pública. (2005–2011). *Programa Nacional del Adulto Mayor*. Uruguay.

Mora Tapia, N. (2021). Erving Goffman, como marco conceptual para analizar el estigma de la vejez. Dossier. Aportes de las ciencias sociales y los feminismos al envejecimiento y las intervenciones. Fronteras, 17 (2), 79-87.

Moya, Ociel Mario (2013). Sobre envejecimiento, vejez y biopolítica: Algunos elementos para la discusión. Revista Contenido: Arte, Cultura y Ciencias Sociales, 3, 68-85.

Noriega García, C., & Velasco Vega, C. (2013). *Relaciones abuelos-nietos: Una aproximación al rol del abuelo*. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, (41), 464–482.

Rebellato, J. L., & Giménez, L. (1997). *Ética de la autonomía: Desde la práctica de la psicología con las comunidades*. Roca Viva.

Ribeiro, T. C. S., Barros, M. B. A., & Lima, M. G. (2022). *Smoking and loneliness in older adults: A population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil*. Cadernos de Saúde Pública, 38(3), e00093621.

Romero Fuentes, X., & Dulcey-Ruiz, E. (2012). *Reflexiones sobre envejecimiento, vejez y género*. Red Latinoamericana de Gerontología.

Paredes, M., Berriel, F., Lladó, M., Carbajal, M., Nathan, M., González Arias, D., Ciarniello, M., & Pérez Fernández, R. (2013). *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Universidad de la República.

Pérez Fernández, R (2011) La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En: Quintanar, F (Cood.) Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento (1ra. Edición) (Cap. 13, pp. 279 – 299). México DF: Pax.

Pichon-Rivière, E. (2008). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social (I)* (1.ª ed., 3.ª reimp.). Ediciones Nueva Visión.

Salvarezza, L. (1993). Psicogeriatría, teoría y clínica. Bs. As. Paidós.

Sautu, R. (2014). Agencia y estructura en la reproducción y cambio de las clases sociales. *Theomai, 29*, 100–120.

Swedish National Institute of Public Health. (2007). *Healthy ageing: A challenge for Europe*.

U.S. Department of Health and Human Services. (2024). *HHS framework to support and accelerate smoking cessation*.

Vidal, C., Padilla, O., & Bambs, C. (2020). *Tabaquismo en el adulto mayor: Un freno al envejecimiento saludable en la población chilena*. Revista Médica de Chile, 148, 939–946.