

RELATOS DE EXPERIENCIA

El ritual de los martes: estrategias de grupo, como puntos de apoyo, para crear comunidad

María Fernanda Ferrando, Ministerio de Salud de Entre Ríos, Argentina

ferrandomariaf@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.33255/2591/2461>

Fecha de recepción: 27/10/2025

Fecha de aceptación: 30/11/2025

Resumen

El artículo aborda una experiencia de salud mental comunitaria, con personas en proceso de envejecimiento, del barrio «Bajada Grande» (Paraná, Entre Ríos). Plantea al territorio como un entramado vivo de relaciones y tensiones, desde donde surge la creación de un dispositivo grupal sostenido durante décadas. El grupo funciona como un ritual, que ofrece un espacio simbólico de pausa, encuentro y construcción colectiva de sentido, especialmente valioso para una población que atraviesa transformaciones vitales.

Se propone una desnortematización de las vejeces, cuestionando imaginarios viejistas y términos que infantilizan o patologizan. Desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria y la Salud Colectiva Latinoamericanas, el envejecimiento se entiende como un proceso heterogéneo, multideterminado y situado, donde la prevención, la promoción y la participación social se vuelven centrales. El dispositivo busca promover prácticas no asistencialistas, fortalecer redes comunitarias y promover autonomía, deseo y participación democrática de las viejas.

El grupo se convierte como un espacio de cuidado colectivo que combate la soledad, acompaña duelos, habilita el juego y la risa como herramientas terapéuticas y crea micro-redes de apoyo. Todo ello se orienta a transformar representaciones sociales y prácticas institucionales, apostando a una vejez saludable y con ciudadanía.

Palabras clave: vejeces, cuidados, comunidad, grupo, salud

Como citar

Ferrando, M. F. (2025). El ritual de los martes: Estrategias de grupo, como puntos de apoyo, para crear comunidad. *Educación y Vínculos. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Educación*, (16), 142-153.
<https://doi.org/10.33255/2591/2461>



The Tuesday ritual: group strategies as support points for building community

Abstract

This article addresses a community mental health experience with older adults in the "Bajada Grande" neighborhood (Paraná, Entre Ríos). It presents the territory as a living network of relationships and tensions, from which a group dynamic has emerged and been sustained for decades. The group functions as a ritual, offering a symbolic space for pause, encounter, and collective meaning making, especially valuable for a population undergoing significant life transformations.

The article proposes a de-normalization of old age, questioning ageist stereotypes and terms that infantilize or pathologize older adults. From the perspective of Latin American Community Mental Health and Collective Health, aging is understood as a heterogeneous, multi-determined, and situated process, where prevention, promotion, and social participation become central. The program seeks to promote non-welfare-based practices, strengthen community networks, and foster autonomy, desire, and democratic participation among older adults.

The group becomes a space for collective care that combats loneliness, accompanies bereavement, enables play and laughter as therapeutic tools, and creates micro-networks of support. All of this is aimed at transforming social representations and institutional practices, promoting healthy old age and citizenship.

Keywords: aging, care, community, group, health

Prerrequisito: una posición de disponibilidad para la escucha

En el campo de lo social hablamos¹ de *territorio* como una categoría que nos permite abrir más que cercar; la dislocamos del ámbito de la geografía y la difuminamos en la porosidad de aquello que se hace cuerpo y puede leerse en clave de acontecimientos comunitarios. En palabras de Lenta, *et al.* (2020:16), los territorios son espacios dinámicos que se construyen y se transforman a través de las tensiones de los colectivos sociales que los habitan y las dinámicas de poder que los envuelven.

En la diversidad de voces que construyen los espacios sociales, en 1994, quienes transitaban el histórico barrio «Bajada Grande», de la ciudad de Paraná (Entre Ríos, Argentina), en sus funciones de profesionales de salud —mental—, pudieron escuchar aquellas tensiones que emergían de sus cortadas, de sus humedales, de sus bordes costeros, en clave de demanda y fundar un dispositivo grupal para personas en situación de envejecimiento. Un movimiento decisional que luego, tal vez, puede nombrarse como efecto del atravesamiento de la comunidad en la institución de salud. De esta manera, el dispositivo grupal, desde su inauguración, no solo abordó una necesidad específica de un sector de la población de referencia, sino que también se constituyó en un ejemplo de cómo las instituciones de salud pueden disponerse, ir más allá de los moldes tradicionales y entrar en diálogo en las comunidades de las que son parte.

El encuadre ubicó coordenadas de encuentro semanal, que se sostienen desde aquellos años a la actualidad y la propuesta sigue siendo abierta aunque no libre: tiene un encuadre y una instancia interdisciplinaria de admisión, en la que se entrevista para el convite a personas mayores de 60 años, preferentemente —aunque no de manera excluyente—, del área de referencia del centro de salud, con condiciones que no solo tienen que ver con acordar tiempo y espacio sino, principalmente, una posición de respeto hacia los compañeros.

Byung-Chul Han en el libro «la desaparición de los rituales», construye sentido sobre ellos. Los nombra como acciones simbólicas que crean comunidad, dan estabilidad a la vida y convierten el mundo en un *lugar fiable*: «transforman el “estar en el mundo” en un “estar en casa”» (2020:12). Denuncia, sin nostalgia, la desaparición de los rituales en una sociedad impregnada por el régimen neoliberal, hipercomunicada, bajo presión de producir, lo cual acarrea, paulatinamente, pérdida de lazos sociales, de redes comunitarias y de la capacidad de encontrar estabilidad en la existencia. El autor concluye que lo que enfrenta actualmente la comunidad es una *crisis de resonancia*.

Es en este sentido, y bajo esta lupa, que empiezo² a nombrar aquello que acontece en esa continuidad de encuentros como «El ritual de los martes», considerándolo un entramado simbólico que crea un lugar a salvo de la exigencia de rendimiento y producción, en términos de mercado. Un lugar a resguardo, justamente para una población en proceso de envejecimiento, que ha atravesado el umbral del ser trabajador —incluyendo los trabajos

de cuidado no remunerados—, para entrar en un periodo donde es necesario — y tenemos que hacer posible—, pensar en otros modos de producción, de otros objetos, que no cotizan en bolsa de comercio, pero que sí funcionen como «polos estáticos estabilizadores de la vida» (Han, 2020: 14).

De esta manera pensamos que el encuentro hace habitable el tiempo porque abre una pausa para demorarse, para conversar, para jugar, utilizando el amor y el humor como herramientas de cuidado y acompañamiento, en un tejido privilegiado por el vínculo entre pares. Pero, ¿qué cuidados acompañamos?

Desnормatización de las vejedes

El activismo cotidiano en nuestras prácticas respecto a la desestigmatización de la locura (Galende, 1994; Stolkiner y Ardila, 2012; Basaglia, 2008; Centro de Estudios Legales y Sociales, 2008); bien puede extenderse al campo de las vejedes, pues encontramos que lo que atraviesa ambas situaciones es la concepción de un otro desvalido, improductivo en términos mercantiles, vulnerable, que nos demanda —como individuos, como instituciones, como Estado—; un otro fantaseado que, defensivamente, ubicamos muy lejos nuestro.

Elegimos referirnos a las personas mayores de 60 años como *viejas, viejos y viejas*; así evitar los términos de *anciano* o *abuelo*, ubicando aquí un posicionamiento político y epistemológico. Y lo decimos en plural, como todo, porque partimos de la diversidad en convivencia. Leopoldo Salvarezza (2013) invita a nombrar a las cosas por su nombre, y por ello cuestiona el uso de expresiones como *tercera edad* o *adultos mayores*, argumentando que, si la niñez produce niños, la adolescencia, adolescentes y la adultez, adultos, ¿por qué evitar la palabra *vieja, viejo y vieje*? Es una pregunta que también retorna sobre lo que aquello nos produce a cada uno.

En primera instancia, podríamos decir que refleja una connotación negativa atribuida al término, no sólo por parte de las viejas, sino también por quienes lo pronuncian. Este trabajo (el de escritura, pero también el clínico), se presenta como una responsabilidad asumida respecto a despojar a la palabra *viejo* de su lastre negativo, reflexionar sobre nuestros propios prejuicios y permitirnos desafiar las resistencias al envejecimiento. Al hacerlo, buscamos contribuir a considerar la pluralidad de vejedes, las particularidades de los duelos que se atraviesan y la diversidad de condiciones materiales y emocionales que las caracterizan.

El dispositivo grupal se sostiene contemplando así al envejecimiento, no como etapa definida sino como un *continuum*, incluyendo en esta perspectiva la multideterminación sociohistórica, económica, política, enlazada a las complejidades de los trayectos singulares. Si partimos de reflexionar que cada sociedad crea a sus viejas, y que cada una envejece como ha vivido, la atención primaria de la salud se torna fundamental.

De este modo, la propuesta está direccionada a habilitar un hacer en salud pública que no corra tras la enfermedad sino que los esfuer-

zos de trabajo se concentren y sostengan en tres ejes fundamentales: *prevención, promoción y participación ciudadana*; partiendo del reconocimiento de que es posible el transcurso del envejecimiento de manera saludable, valorando a las personas en su rol activo como protagonistas, cooperando en la deconstrucción de representaciones sociales arraigadas, que incluyen mitos y prejuicios, acerca de la vejez como enfermedad, pasividad, decrepitud.

Estas particularidades sobre cómo pensar las vejeces se asientan en un modelo de salud —mental— comunitaria más amplio, que se inscribe en las corrientes de la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericanas (Galende, 1994; Stolkiner, 2021; Wilner, 2023), que conciben al territorio en la singularidad de sus determinantes. Es, en este marco, que priorizamos la necesidad de dispositivos flexibles, posibilitadores de intervenciones que se desarrollen dentro de la red comunitaria existente y a partir de estos enlaces. Cuando hablamos de comunidad nos acercamos a una materia viva, de la que somos parte, con sus propios recursos y saberes, por lo que es en ese entramado que se abre un campo de oportunidades para la acción en salud pública.

Partiendo de estos marcos teóricos, comprendemos que la forma en que organizamos las respuestas del sistema de salud debe integrarse de modo intrínseco al propio proceso de *salud, enfermedad, atención y continuidad* del cuidado, en lugar de considerarse como algo externo o desconectado. Esta visión compleja nos lleva a valorar también los cuidados no institucionalizados, los informales y cotidianos, aquellos que se brindan entre pares y resultan esenciales para el buen convivir.

Para que este posicionamiento articule prácticas en un paradigma de garantía de derechos, nos amparamos en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26657 y asumimos el compromiso de desandar enfoques *hospitalocéntricos*, centrados exclusivamente en la asistencia y en el sector salud; concebimos la prevención como el desanudamiento de problemáticas complejas y entendemos la promoción de la salud mental como el fortalecimiento de los lazos sociales solidarios y la transformación de las situaciones que generan malestar (Stolkiner, 1987; Bang, 2010).

En la tarea diaria, buscamos sostener lecturas en clave de salud —mental— que no patologicen ni individualicen, reconociendo los determinantes sociales del sufrimiento, concibiendo a la participación comunitaria como un indicador clave de la salud mental de una comunidad. Entonces, lo que cuidamos y acompañamos tiene que ver con estos marcadores, con poder colectivizar no sólo las preguntas sino, sobre todo, los intentos de respuestas.

En la habitualidad, forman parte del dispositivo más de 20 personas, mayores de 60 años, congregadas en virtud de una consigna que combina instancias de juego y de reflexión, utilizando el humor como aliado y la diversión como estrategia. La diversidad de ejes de trabajo que se despliega no es azarosa, aunque las propuestas buscan tener la porosidad suficiente

para alojar la contingencia de lo cotidiano. La multideterminación de lo social —barrial, local—, le otorga a la planificación un carácter situado y los temas que se abordan incluyen vida cotidiana, amor, vínculos, (auto)cuidados miedos, estigmas, soledad, pérdidas, entre otras.

Conversamos en ronda para compartir y para propiciar instancias de promoción de la salud integral y de prevención de situaciones de padecimiento. Y es en ese trayecto que se va construyendo una identidad grupal: una red de referencia que las personas participantes van tejiendo colectivamente. De esta manera, el espacio se convierte en un refugio simbólico que acompaña y sostiene en el transcurso de la vida: alcanza la potencia del ritual, se expande para hacer hogar, calor, cercanía.

Junto a esto, los marcos de trabajo se amplían con movimientos hacia afuera, en lo interinstitucional formal —con el municipio, las universidades, comisiones vecinales, otros profesionales— e informal, con espacios que se van enlazando, produciendo nuevas instancias, que orbitan *el grupo*: salidas recreativas, viajes, eventos externos, bailes, actividades deportivas, de estimulación cognitiva, yoga, encuentros con otras viejas e intergeneracionales.

Si bien no se ha construido información epidemiológica al respecto, las coordinadoras que han acompañado el dispositivo grupal durante años perciben que, desde el inicio y con su continuidad, disminuyó notablemente el número de consultas a los servicios de salud por parte de las personas participantes. Asimismo, observaron que se han fortalecido las redes de apoyo —tanto formales como informales— y que se consolidó un trabajo conjunto impulsado por la participación real de las personas en la construcción y sostenimiento del espacio.

Entonces, lo que cuidamos y acompañamos también tiene que ver con ser sustento y hogar, frente a la soledad y al aislamiento que pueden afectar a las personas viejas. Con este horizonte, propiciar modos de elaborar las pérdidas, ofreciendo un espacio de reconocimiento mutuo; reposicionar a las viejas como sujetos de deseo y de palabra, tomar en testimonios sus relatos y promover el sostenimiento de un proyecto vital, aun en esta etapa. De este modo, a las vejeces ya no las percibimos como ocaso sino como posibilidad de elaboración y disfrute.

Ejercicio de descentramiento para enfocar

Desde una perspectiva sanitaria (Gerlero *et al.*, 2011), quienes integramos el equipo coordinador insistimos, día a día, en impulsar servicios socio-sanitarios integrados, que posibiliten accesibilidad, brinden atención oportuna y de calidad, y cuiden a las poblaciones desde un enfoque contextualizado. Nos orientamos a escuchar aquello que acontece desde una perspectiva interseccional y situada; apuesta que nos exige interrogarnos constantemente sobre el qué, el cómo y con quiénes trabajamos. Es precisamente ese hacer con otros el que nos permite, a nosotras, una revisión continua y una vigilancia ética sobre nuestras prácticas. Sin estos recau-

dos, entendemos que corremos el riesgo de reproducir prácticas cronificadas e institucionalizadas, verdades supuestas por saberes académicos, enfoques *hospitalocéntricos*, y un enceguecimiento frente a las diferencias.

Compartimos que el ejercicio de estar enfocadas con este horizonte hace propicia también la revisión de mitos, prejuicios y representaciones propias, lo que, de otro modo, puede acarrear procesos discriminatorios y de maltrato en las vejeces. En la Línea de prácticas arcaicas, la idea de sujeto viejo, enfermo y dependiente es sobre la cual, muchas veces, se diseñan políticas, planes y programas, incluso, con las intenciones opuestas.

La reducción de las barreras para la consideración de los viejos es otra de las grandes consignas que movilizan nuestras prácticas. Este objetivo se concreta no solo en el ámbito institucional de salud, sino también en nuestra vinculación con organizaciones sociales. Sustentadas en los aportes de Leopoldo Salvarezza (2013), según los cuales cada grupo cultural produce su propio tipo de envejecimiento, sus viejas y viejos, y que las cualidades asignadas a ese producto deben interpretarse en el marco del momento socio histórico político de su producción, dirigimos nuestras intervenciones no solo al interior del espacio grupal, sino también a la comunidad sanitaria y al entorno barrial.

Recordamos la noción de *viejismo*, elegida para traducir al español la palabra *ageism*, que nombra el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se ejercen sobre las personas únicamente por su edad. Robert N. Butler, médico y gerontólogo estadounidense, introdujo esta noción en 1969, describiéndola como un tipo de discriminación que solemos ignorar —aunque condiciona nuestras prácticas—, equiparada al racismo o al sexism. A través de este prejuicio, las personas son etiquetadas y encasilladas de acuerdo a estereotipos negativos y/o limitantes, que involucran al grupo etario con los que se las identifica, lo cual a su vez reniega de los procesos psicosociales que conllevan los envejecimientos, promoviendo una concepción lineal, categórica y descontextualizada del paso del tiempo.

De esta manera, nombrar al *viejismo* nos permite identificar y, de algún modo, desarticular, estas estructuras de prejuicio, promoviendo una mirada más amplia, diversa y respetuosa de la pluralidad de envejecimientos, de experiencias vitales que atraviesan, a contrapelo de la exaltación de la juventud como única vivencia deseable. Estas representaciones prejuiciosas generan pérdidas de roles sociales, al limitar la funcionalidad de la persona y su participación, incapacitándolas bajo pretexto de cuidarlas. Una práctica cotidiana que lleva a la estereotipia y repetición acrítica: que algunas personas viejas hayan perdido parte de su autonomía es tomado como un atributo general del *volverse viejo*. Pese a que la mayoría de las personas viejas son autónomas, la dependencia se convierte en un rasgo identitario que define a la persona envejeciente. De allí que desnaturalizar los criterios que sostiene el sentido común, es una tarea ardua y permanente, y nos involucra como agentes sociales.

En la práctica, vamos en busca de las historias de vida de los envejecientes, entramadas en las relaciones que arman(mos) con los otros, intentando acompañar las vicisitudes que acontecen: los procesos psíquicos para elaborar las pérdidas y la celebración de las alegrías. En este contexto, pensamos lo grupal como aquello que puede lograr fisionar un dispositivo de cuidado para el atravesamiento de los procesos de envejecimiento, donde los pares tienen una función fundamental de *acompañantes, semejantes, testigos*³.

Bajo estas coordenadas se sostiene *el grupo*, como espacio de cuidado colectivo, admitiendo que nos enfermamos y cuidamos en comunidad. Y dentro de la caja de herramientas, que ofrecemos quienes coordinamos, pero también que demandan las viejas, recuperamos el juego como intervención y la risa como productora de salud, generadora de placer.

El *ritual de los martes* nos congrega en torno a una escucha que no es cualquier oír, sino que trabajamos para que sea atenta y desprejuiciada, también apelando a lo intergeneracional, en un clima de amabilidad y cariño, ensayando un antídoto posible a la soledad y al aislamiento. Estas estrategias tienen que ver también con mociones asamblearias, decisiones discutidas y compartidas, construcciones de a varies.

En esta instancia entre pares, es el mensaje el que circula y que retorna, a partir de los otros, de manera distinta, que nos encuentra para poder abrir a preguntas y construir espacios posibles de elaboración de la angustia, para la gestión de los procesos de envejecimiento, de las pérdidas y frustraciones. Pasar de «¿cómo quiero morir?» a «¿cómo quiero envejecer?», que no es otra cosa que la cuestión acerca de cómo quiero vivir.

Si nos preguntamos por la característica que define al grupo: ¿terapéutico?, ¿recreativo?, ¿reflexivo?, podemos arriesgar que ninguna de estas estrategias excluye a la otra; que la grupalidad es efecto de lo que acontece en el encuentro, de los vínculos construidos y de la resonancia que esto tiene en la subjetividad de quienes lo habitan. El grupo se convierte en red y, los participantes asiduos, en soportes, en referentes afectivos, ya que van desplegándose funciones de apoyo y compañía. Micro redes que se autonomizan del espacio grupal de los martes y se despliegan a los fines que las personas requieren en las singularidades de sus vidas.

Dentro de la dinámica de lo grupal, tendemos líneas para identificar y trabajar junto a las viejas *mitos y tabúes*: el viejismo, instalado socialmente, también encarnado en las mismas personas viejas, funciona como obstáculo en la posibilidad de lograr una participación social real; la salud mental; el deterioro. Respecto a estas dos últimas apreciaciones, la propuesta es poder llevar adelante movimientos de desmanicomialización y desestigmatización, que nos permitan reconocer estos espacios de promoción de la salud mental como tales. Del mismo modo, se evidencian dificultades para contemplar el deterioro, para soportar las discapacidades del otro: muchas veces se genera como primera respuesta

la exclusión y resistencia a hablar de ello, lo que refuerza lo insoportable de pensar la finitud.

Asimismo, es indispensable una lectura con perspectiva de género, y preguntarnos por qué son las mujeres —las viejas— quienes están principalmente más dispuestas al cuidado de sí y de las otras personas, a hablar sobre aquello que las conmueve, a compartir su fragilidad, así como a habitar el abanico de malestares, conversar sobre ello y salir del punto de angustia para entrar en una dinámica de juego, por ejemplo. Es decir, se evidencia que las mujeres pueden moverse más holgadamente, sin quedar impedidas ni imposibilitadas frente a la angustia. También, en cuanto a números, son el cupo mayoritario en estos escenarios de cuidados.

Otro elemento que funda diferencias en las trayectorias de vida, que aún no se ha mencionado, es la pobreza. Las condiciones de pobreza material producen desigualdades al momento de caracterizar los procesos de envejecimiento. Frente a esto, el grupo no borra las diferencias; el desafío, en todo caso, es ubicar aquellos elementos que les identifican como colectivo. A su vez, en intervenciones hacia afuera del grupo, se acompaña a gestionar soportes como recursos materiales, convocatoria a otros actores, apertura de instancias individuales, por nombrar algunas.

De lo que se trata no es de renegar de la pobreza sino de abrir canales de reflexión aún en la pobreza, considerando las condiciones estructurales y contextuales. Sostener que somos seres independientes es pura fantasía porque nos determinamos en contexto. Es más, la mayor libertad nos la da el *estar en vinculación a otros* y esto se percibe en el grupo.

Reflexiones finales: algún que otro punto de capitón

Lacan, como nos recuerda Jorge Alemán (2015), toma el concepto de *punto de capitón* de la tapicería, aludiendo a esos botones que, generalmente, a intervalos regulares, fijan los almohadones y los tapizados, de modo que el relleno no pueda deslizarse y se conserve la forma. En el discurso, el *punto de capitón* es aquel en que un significante queda abrochado a un significado y se constituye una significación; a partir de allí, ya no todo puede querer decir cualquier cosa. Entonces, el *punto de basta*, como también lo denomina Lacan (2009), es aquel por el cual el significante detiene el deslizamiento, indefinido si no, de la significación.

Recuperando este concepto tan elocuente de Lacan es que pretendo cerrar el relato, porque parte del empuje a la escritura, y a la transmisión, fue la puesta en valor de estas experiencias: su significación. El objetivo radicó en la producción de un sentido unido a un hacer, porque podemos modificar nuestros modos de decir, pero lo que hace notoria la transformación estructural son los cambios sobre las prácticas. En esta oportunidad de trabajo interdisciplinario, en equipo, desde la atención primaria de la salud, la intención fue compartir las formas como nos proponemos desplegar las intervenciones del Estado, sosteniendo el eje en la preventión y promoción.

Nos empeñamos en correr a la salud mental de las filas tradicionales de atención individual, de consultorio, desenfocarla de la enfermedad: intentos de desmedicalizar, despsicologizar, desasistencializar, despatologizar, para acompañar procesos vitales, que pueden estar marcados por momentos de pena y/o tristeza pero que, no por ello, es indispensable pensarlos en clave de diagnósticos. Nos enfilamos en los horizontes de la *salud mental comunitaria* porque nos permite pensar estas intervenciones por fuera de —y en resistencia a— las estructuras rígidas, a salvo de los intentos de encierro, en la comunidad, respetando las diversidades y con disfrute.

Remarcamos que la vejez es un constructo social; es decir, una concepción vinculada a la cultura y la diversidad, que no fue siempre la misma y que dependen de estas dinámicas también los efectos singulares sobre los cuerpos. Estar advertidos de la materialidad conceptual de las vejeces como fenómeno social, nos posibilita abrir campos de juego. Si cada sociedad crea *sus vejeces*, la noción de vieje y de territorio van unidas. Podemos decir que cada una envejece según cómo ha vivido, donde y con quienes. De esta manera, vamos saliendo del terreno de lo biológico, de lo estrictamente etario⁴, para definir las vejeces en el campo de la multiculturalidad.

En la experiencia relatada, entendemos que el espacio grupal ofrece *hendijas*—pequeñas aberturas— para reflexionar sobre el propio proceso de envejecimiento; nos permite revelar que ese trayecto puede ser productivo, activo y saludable, más allá de las concepciones convencionales. En todo caso, conversar sobre las significaciones que estas categorías tienen para cada quién. En el mismo sentido, debatir y resignificar imaginarios teñidos de viejismo, que posibiliten salir del terreno de la cosificación y sobreprotección, para poder armar una red de cuidados en comunidad. Además, en este posicionamiento activo, aspiramos a generar espacios democráticos para las viejas: dinámicas organizacionales en las que tengan voz y voto sobre sus deseos, decisiones y elecciones. Que puedan protagonizar su propio proceso, construyendo colectivamente una vejez con sentido, autonomía y pertenencia.

Trabajar para construir representaciones sobre una vieje diferente, en participación, distanciada de la imagen negativa, de carga social, de residuo, y operar como agentes de salud desde allí, abre horizontes de resignificación sobre el vieje contemporáneo que, tarde o temprano, nos implica a todos.

Notas

¹ En el uso del plural incluyo, también, un agradecimiento a mis compañeras de equipo: Carina Messina y Anahí Salva, por el aprendizaje permanente y por hacer de la tarea compartida, un acto de salud para nosotras mismas. Sin el aporte de ellas, ni el trabajo ni este escrito, hubiera sido posible.

² En esta oportunidad, faltó a la convención de escribir en primera persona del plural porque asumo la responsabilidad de nombrar de ese modo aquello que acontece en el dispositivo de salud al que estoy haciendo referencia.

³ Los pares previenen el sentimiento de soledad, incluso, muchas veces son un factor de mayor bienestar que los familiares, al promover procesos de socialización activa y un alto nivel de intimidad (Concha, Olivares y Sapúlveda, 2002).

⁴ Edadismo / viejismo.

Referencias bibliográficas

ALEMÁN, J. (18 de junio de 2015). Capitalismo sin padre. *Página 12*. [https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-275130-2015-06-18.html#:~:text=\(N.%20de%20la%20R.y%20se%20conserve%20la%20forma](https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-275130-2015-06-18.html#:~:text=(N.%20de%20la%20R.y%20se%20conserve%20la%20forma)

BANG, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, 242-245. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA. <https://www.aacademica.org/000-031/258.pdf>

BASAGLIA, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio* Segunda Edición.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (2008). *Derechos humanos en Argentina: informe 2008*. Siglo XXI Editores Argentina.

CONCHA, A. OLIVARES, L. Y SEPÚLVEDA, M. (2002). *Redes sociales en la tercera edad*. www.redadultosmayores.com.ar/buscadorm/files/DESAR017.pdf

GALENDE, E. (1994). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

GERLERO, S., AUGSBURGER, A., DUARTE, M., GÓMEZ, R. y YANCO, D. (2011). Salud Mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9), 24-29.

HAN, B-C. (2020). *La desaparición de los rituales*. Herder.

LACAN, J. (2009). *Escritos 2*. Siglo XXI.

LENTA, M., LONGO, R., ZALDÚA, G. (2020). De la precarización al cuidado. Sobre territorios, políticas y desafíos; en Zaldúa, G., Lenta, M. y Longo, R., *Territorios de precarización, feminismos y políticas de cuidado*. Buenos Aires: Teseo.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL 26.657 de 2010. Derecho a la protección de la salud mental. 3 de diciembre de 2010. B.O. N° 32041.

SALVAREZZA, L. (2013). *La vejez: una mirada gerontológica actual*. 1° edición. Buenos Aires: Paidós.

STOLKINER, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En Nora Elichiry (comp.). *El Niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.

————— (2021). *Prácticas en salud mental*. Noveduc.

STOLKINER, A., ARDILA GÓMEZ, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex – Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 57-67.

WILNER, A. (2023). *Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado*. 1° ed. Universidad Nacional de Lanús. <https://es.scribd.com/document/747037157/Wilner-A-y-Torricelli-F-2023-Praxis-en-Salud-Mental-Abordajes-y-Procesos-de-Cuidado>