

# Vieja es la tierra y nos da vida: Una experiencia de taller con personas mayores en un efector de zona sur de CABA

---

Paletta, Federico Ruben<sup>1</sup>

Menendez, Leylen<sup>2</sup>

Arrigone, Luisina<sup>3</sup>

*Fecha de recepción: 21/10/2025*

*Fecha de aprobación: 3/03/2026*

## Resumen

Tomando nuestra experiencia vivida como residentes de Trabajo Social en el equipo gerontológico de un efector de salud del sur de CABA, este trabajo busca reflexionar sobre los direccionamientos que adquieren las intervenciones realizadas por el mismo. Se recuperan las perspectivas de la población adulta mayor participante. La metodología utilizada fue de enfoque cualitativo. Se utilizaron fuentes primarias y secundarias.

**Palabras claves:** VEJECES - EQUIPO GERONTOLÓGICO - INTERDISCIPLINA - REDES - RECREACIÓN Y MOVIMIENTO.

## Abstract

Drawing on our experience as social work residents within the gerontology team of a healthcare provider in southern Buenos Aires, this study aims to reflect on the orientation and outcomes of the interventions implemented by that institution. The analysis incorporates the perspectives of the participating older adults. A qualitative methodological approach was adopted, using both primary and secondary sources.

**Keywords:** EXPERIENCES OF OLD AGE - GERONTOLOGICAL TEAM - INTERDISCIPLINARY WORK - NETWORKS - RECREATION AND MOVEMENT.

---

<sup>1</sup> Licenciado en Trabajo Social. Residente de Trabajo social. Hospital General de Agudos José María Penna. Mail: [frpaletta18@gmail.com](mailto:frpaletta18@gmail.com)

<sup>2</sup> Licenciada en Trabajo Social. Residente de Trabajo social. Hospital General de Agudos José María Penna. Mail: [leylen.menendez@hotmail.com.ar](mailto:leylen.menendez@hotmail.com.ar)

<sup>3</sup> Licenciada en Trabajo social. Mail: [luisina26arrigone@gmail.com](mailto:luisina26arrigone@gmail.com)

## Introducción

El presente trabajo se gesta en el marco de la residencia de Trabajo Social, realizada en un Hospital de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El propósito del mismo es plasmar la experiencia vivida en un equipo gerontológico que funciona en un centro de salud ubicado en el barrio de Barracas. La motivación para escribir respecto a ello surge a partir de la participación de quienes escribimos, en calidad de rotantes, en aquel equipo entre septiembre del 2023 y mediados del 2025.

Este escrito tiene por objetivo reflexionar en torno a los direccionamientos que adquieren las intervenciones propuestas desde este equipo, recuperando las perspectivas de la población adulta mayor que allí participa.

Nos encuadramos en el marco normativo vigente sobre los derechos de las personas mayores, la Ley N° 5420 de CABA y la Ley Nacional N° 27.360. Esta última ratifica y aprueba a la Convención Interamericana sobre los derechos humanos de las personas mayores, que tiene como objetivo tal

promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (Artículo 1 de la Convención Interamericana sobre los derechos humanos de las personas mayores, 2015).

Nos resulta relevante contribuir a la generación de conocimiento sobre esta temática, en primer lugar y enmarcandonos en un contexto más macro, porque nos encontramos atravesando un creciente y sostenido proceso de envejecimiento en toda la región latinoamericana. En lo que refiere a nuestro país y más específicamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) el último CENSO (2022) señala que CABA cuenta con el índice más alto de envejecimiento poblacional, superando ampliamente al promedio nacional, tal como se observa en la Tabla 1.

**Tabla 1.**  
**Indicadores de envejecimiento poblacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Argentina**

<b>Territorio</b>	<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Población de 65 años y más	17%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Población de 60 años y más	23%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Población de 60 años y más	16,2%

**Nota.** Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022), la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires y el Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires (2022).

En segundo lugar, y centrándonos más específicamente en el área de trabajo del equipo gerontológico (parte de la comuna 1 con el barrio de Constitución y parte de la 4, con los barrios Parque Patricios y Barracas), nos resulta de interés reflexionar sobre las intervenciones concretas que se llevan a cabo con la población específica que acude a los talleres y sus particularidades. En este sentido, el Observatorio Porteño sobre la Situación Social (OPSS, 2015) menciona que la población de 65 años y más con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en la CABA es del 2,1%, pero que este número se duplica para la comuna 4, representando el 4,4%. Esta proporción podría acrecentarse aún más si se incluyera a las personas desde los 60 años. Asimismo, los datos oficiales muestran claramente cómo las personas que viven y habitan en el sur de la ciudad no sólo son más pobres, sino que cuentan con mayores barreras y dificultades en el acceso a bienes, sean estos materiales y/o simbólicos, produciéndose así una profunda desigualdad manifiesta que se traduce en índices mayores de desempleo y menores recursos e infraestructura sanitaria y educativa. (Zangrossi, 2021).

En cuanto a la metodología utilizada para este trabajo la misma fue de corte cualitativa, y los insumos fueron recogidos de cuadernos y notas de campo donde se recuperan testimonios del espacio de gerontología del efector de salud mencionado. Además, se realizó observación participante en los talleres durante el período detallado anteriormente. Para resguardar su identidad, los nombres que se usarán serán ficticios. El análisis posterior se complementará con fuentes bibliográficas acordes a la temática. Por último, utilizamos lenguaje inclusivo, no binario, a través del reemplazo de la letra que signa el género por la letra “x” cuando se trata de plurales o género inespecificado. Esta decisión responde a no reproducir el sexismo en el lenguaje y en la construcción de conocimiento científico.

### **¿De qué hablamos cuando hablamos de vejez?**

Al momento de referirnos a las personas mayores, se torna necesario enfatizar la heterogeneidad de situaciones que atraviesa dicha población. Para ello, retomamos los aportes de Maffeo:

Se propone evitar hablar de vejez en singular, ya que esta categoría encubre las múltiples, heterogéneas y desiguales formas de envejecer. En cambio, referirse a las vejez en plural y desde un análisis situado, permite dar cuenta de la desigualdad y la complejidad que alcanzan los problemas sociales que sufren las personas mayores (Maffeo, 2023: 30)

Retomar este concepto permite concebir a las personas mayores no sólo mediante los cambios psico-físicos, que ocurren de forma inevitable en los procesos de envejecimiento, sino también desde las consideraciones socioculturales, esto es, cómo se envejece en un lugar y un momento determinado (con condiciones de reproducción de la vida cotidiana disímiles), cuál es el rol/función que se le atribuye a los adultos mayores desde la sociedad, cuáles son las conductas que se espera por parte de la sociedad sobre esta población y, a su vez, las conductas sociales que se despliegan hacia ellos. (Dabove, 2017).

En este sentido, la población mayor se encuentra atravesada por preconceptos, prejuicios y estereotipos. Los mismos, productos de construcciones sociales, impactan sobre su subjetividad. En referencia a esto, el trabajo de Cortes Peralta y Lulle Rivera (2024)

realiza una sistematización de investigaciones alrededor de los estereotipos que se construyen socialmente en torno a ese grupo etario. Respecto a características negativas asociadas a las vejezes, los autorxs mencionan los siguientes: vulnerabilidad, dificultades cognitivas, dependencia, su carácter de “carga”, soledad, tristeza, agresividad. Sumado a eso, la etapa de la vida de esta población suele ser asociada a enfermedades, lo que enfatiza el etiquetamiento sobre las personas mayores como enfermas (Ministerio de Desarrollo Social, 2021). Los aportes de estos trabajos permiten dar cuenta de los discursos que emergen sobre esta población.

En contraposición a esas construcciones, la noción de “envejecimiento saludable”, entendiéndose esta como “*el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*” (Zarebski, 2021: 2) nos permite ponderar el proceso singular de cada persona mayor en lo que refiere a su bienestar y a su *capacidad funcional*, a la vez que rompe con las concepciones homogeneizantes que giran en torno a las vejezes respecto a sus capacidades. De esta manera, las diferentes formas de envejecer se encuentran atravesadas por múltiples y variadas dimensiones (tipos de redes vinculares, situación socioeconómica, situación habitacional, accesibilidad al sistema de salud, entre otras).

### **Breve caracterización del contexto actual y el anclaje geográfico.**

Nos resulta sumamente relevante realizar una breve contextualización de lo que sucede desde el marco institucional y político en torno a la población adulta mayor de nuestro país.

El traspaso de gestiones de gobierno en diciembre del 2023 implicó un cambio de paradigma en cuanto a la concepción de las políticas públicas y las incumbencias que asume el Estado, acompañado de un proceso de recrudescimiento y exacerbación de discursos que enaltecen concepciones individualistas. De esa manera, las políticas relacionadas a las vejezes se han visto particularmente afectadas: la ley que planteaba la reforma de la fórmula jubilatoria fue vetada por el presidente, y este veto no fue revertido en la cámara de diputados. El mismo destino tuvo la ley que buscaba prolongar el acceso a la moratoria previsional, fue vetada y hasta la fecha, no se trató aún en el congreso.

Otro ejemplo concreto en relación a esto es la merma en la cobertura del 100% de medicamentos por parte del PAMI, lo que ha creado una barrera de acceso para los afiliados, incluso en psicofármacos esenciales. De este modo, estas medicaciones, que hasta no hace tanto, contaban con cobertura total, pasaron a tener una cobertura parcial que oscila entre el 40% y el 80%. En esta misma línea, los recortes ligados al Programa Remediar inciden negativamente en el acceso a fármacos, en especial en lo que refiere al botiquín provisto por dicho programa. **(ver Tabla 2.)**

Asimismo, según los datos arrojados por el informe del CELS (2025) “La cocina de los cuidados”, se produjo una disminución de la cantidad de titulares de Pensión Universal para el Adulto Mayor: pasaron de 272 mil en 2023 a 187 mil en 2025. Todo esto transcurre en un contexto en el que, para noviembre de 2024, las jubilaciones han sufrido una pérdida de su poder adquisitivo **(ver Tabla 2.)**

### **Tabla 2.**

*Variaciones recientes en indicadores vinculados a ingresos y acceso a medicamentos en personas mayores en Argentina*

Indicador	Periodo	Variación (%)
Poder adquisitivo de las jubilaciones	2023-2024	-17,5
Botiquines del Programa Remediar	2023-2025	-66,7

**Nota.** Elaboración propia a partir de datos de la Administración Nacional de la Seguridad Social citados por la Fundación Soberanía Sanitaria (2025) y del informe *La cocina de los cuidados* del Centro de Estudios Legales y Sociales (2025).

De esta manera es posible evidenciar un proceso de desfinanciamiento sostenido de políticas públicas que conllevan a la precarización de las condiciones materiales de vida de las personas mayores, quienes se han visto profundamente perjudicadas. Rodríguez de la Fuente y Sosa refieren

el análisis de la capacidad de compra de los ingresos de los hogares, de los salarios de los trabajadores formales y de los jubilados, evidencia una pérdida sostenida del poder adquisitivo a lo largo del período 2016-2024, (...) especialmente durante el último año (...) En este contexto, grupos de la población que hasta hace poco tiempo gozaban de cierto tipo de protección frente a la pobreza, como los asalariados formales y los jubilados, ahora están viendo empeorar sus condiciones de vida y se ven alcanzados por la pobreza y por la disminución de su capacidad de compra. (Rodríguez de la Fuente y Sosa, 2025: 10)

A su vez, a este proceso de pauperización hay que sumarle los condicionantes sociodemográficos estructurales de la zona donde se inserta el centro de salud.

El área de responsabilidad del efector de salud, donde se enmarca el accionar del equipo gerontológico, abarca los barrios de Nueva Pompeya, Parque Patricios, Barracas (Comuna 4<sup>4</sup>) y parte de Constitución (Comuna 1<sup>5</sup>). Las comunas del sur presentan, desde hace años y en forma sostenida, un mayor porcentaje de desocupación, pobreza y hacinamiento que el resto de la ciudad, lo que se traduce en una mayor precariedad en términos socio-económicos. De acuerdo al Instituto de Estadística y Censo de CABA (2024), el 56% de la población de la comuna 4 contaba con ingresos inferiores a la canasta básica total de CABA, siendo superado este porcentaje únicamente por el de la comuna 8<sup>6</sup>. Respecto al barrio de Constitución, el mismo cuenta con una presencia notoria de hoteles pensión, casas ocupadas, población migrante (nacional y extranjera) y de bajos ingresos. (Chávez Molina, 2021).

Estos datos, dan cuenta de cómo el área de referencia del centro de salud alberga uno de los índices socioeconómicos más desfavorecidos de CABA, evidenciando las condiciones

<sup>4</sup> La comuna 4 está integrada por los barrios de La Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya.

<sup>5</sup> La comuna 1 está integrada por los barrios de Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución.

<sup>6</sup> La comuna 8 está integrada por los barrios de Villa Soldati, Villa Riachuelo, Villa Lugano.

de vida -empobrecidas y desiguales- en las que las personas envejecen en estos barrios. En relación a esto, Ludi menciona que *“los procesos de envejecimiento en situación de pobreza, sin acceso a determinados recursos y servicios, se vuelven altamente problemáticos para los viejos y sus familias”* (Ludi, 2012: 51).

Así, la trayectoria de vida y el contexto socio-histórico van a ser factores determinantes no sólo en cómo la persona arriba a la vejez, sino también en el acceso y la forma de transitar los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. A su vez, las vulnerabilidades socioeconómicas en la vejez se complejizan y se entrelazan con desigualdades devenidas de las construcciones negativas hacia ese grupo etario (descritas en el apartado anterior). Como plantea Dabove (2017) *“la vejez está asociada a una idea de decadencia, de ocaso”* (Dabove, 2017:3) en tanto queda alejado del ideal de sujeto productivo capitalista.

### **Viejo es el amor y nos alienta: intervención del equipo gerontológico y percepciones de lxs usuarixs.**

El equipo de gerontología del efector de salud, a partir del cual realizamos este trabajo, se constituyó en el año 2014 como un dispositivo destinado a personas mayores. El mismo propone abordajes que contemplen y problematicen las desigualdades existentes sufridas por las vejezes, concibiendo a las personas mayores como sujetos de derecho. Está conformado por profesionales de trabajo social, kinesiología, psicopedagogía, medicina general y por promotores de salud. Asimismo es un espacio de rotación frecuente para residentes y estudiantes de diversas especialidades. El trabajo interdisciplinario que se desarrolla habilita la confluencia de distintos saberes y profesiones, posibilitando así abordar las situaciones de salud de las personas mayores considerando sus diferentes dimensiones. Cazzaniga refiere respecto a esto que *“lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco”* (Cazzaniga, 2002: 4). De esta manera, el enfoque desde donde trabajan,

intenta abordar a las personas mayores desde una perspectiva multidimensional e integral para comprender sus cambios y necesidades en los aspectos biológico, psicológico y social (enfoque bio- psico- social); pues estos influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento. (Cobos, 2019: 76).

A su vez, se sostienen comunicaciones y líneas de acción en común con diversos actores. Por un lado, mantiene vínculos frecuentes con la residencia de permanente estadía para personas mayores y el Centro de Día ubicados en el mismo predio. Además, integran el Programa Gerontológico de Salud (ProGeSa) del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esta es una red amplia que agrupa a los distintos equipos gerontológicos de los efectores del primer y segundo nivel de atención, con el objetivo de

promover un envejecimiento saludable, desde una mirada no solamente interdisciplinaria sino también intersectorial.

En relación al dispositivo analizado, el objetivo principal de este es promover hábitos saludables a través del intercambio de saberes entre los trabajadores de la salud y las personas que participan. Las intervenciones llevadas a cabo se circunscriben a la realización de talleres grupales y acompañamientos individuales. Mientras que en los primeros se priorizan los ejes de promoción y prevención de la salud, los segundos se centran en abordajes de tipo asistencial.

En cuanto a los talleres, los mismos se dividen en tres actividades: “Caminatas saludables”, “Recreación y movimiento”, y el “Taller de la memoria”. Los primeros dos apuntan a la realización de actividades físicas mediante dinámicas que varían semana a semana. *El informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* refiere al respecto

La actividad física tiene muchos otros beneficios en la vejez. Entre otros, mejora la capacidad física y mental (por ejemplo, al preservar la fuerza muscular y la función cognitiva, reducir la ansiedad y la depresión y mejorar la autoestima); previene y reduce los riesgos de enfermedades (por ejemplo, el riesgo de cardiopatía coronaria, diabetes y accidente cerebrovascular); y mejora la respuesta social (por ejemplo, al facilitar una mayor participación en la comunidad y el mantenimiento de redes sociales y vínculos intergeneracionales). (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015: 75)

El último se centra en la ejercitación cognitiva a partir de juegos. No solo se direccionan a promover el acceso a la atención en salud; también se constituyen como ámbitos en donde se fomenta la generación de lazos entre las personas usuarias, y con el equipo de salud, entendiendo que las relaciones sociales son un componente central del Envejecimiento Saludable, ya que si estas relaciones son positivas, pueden favorecer a la confianza y el apoyo social (OMS, 2015). Manna y Mandaradoni mencionan que la estimulación a través de la recreación

es el motor de un buen envejecer, ¿por qué? porque la recreación es una disciplina que combina el uso del tiempo libre (elemento que en la vejez toma especial relevancia) con el juego, actividad opuesta al sedentarismo, la depresión, el aburrimiento (factores de riesgo en la vejez)”. (Manna y Mandaradoni, 2017: 26).

En esta misma línea, y ponderando el juego en personas mayores como dinámica interactiva que favorece el autodesarrollo, Rangel refiere que

la importancia de lo lúdico radica en la capacidad de generar condiciones gratificantes que enriquezcan el ser y estar de los sujetos mayores que están atravesando y son atravesados por los avatares del tiempo, haciendo uso del acervo cultural e histórico que ellos poseen (...) mejorando la socialización y evitando el ostracismo

interpersonal haciendo que broten el entusiasmo y el saber experiencial; brindando apoyo psicoafectivo, lenidando las posibles fricciones grupales, reforzando conductas positivas y modelando aquellas que superen los mitos y estereotipos sociales. (Rangel, 2016: 174).

Cada uno de los talleres tienen una frecuencia semanal y sistemática, sosteniéndose durante todo el año, lo que permite que las personas se sumen en cualquier momento. La participación a los mismos es abierta y no está sujeta a cupos ni requieren de inscripción previa. Asimismo se cuenta con instancias de planificación y evaluación semanal a cargo de los profesionales.

En estos espacios se busca favorecer la utilización saludable del tiempo libre en personas mayores, la estimulación cognitiva, la movilidad corporal, retrasar la merma de las capacidades funcionales y mejorar la respuesta social facilitando una mayor participación en la comunidad.

La población que acude a las actividades se caracteriza por su heterogeneidad. Actualmente concurren asiduamente entre 15 y 25 personas. La presencia y el tipo de redes vinculares que sostienen varían de acuerdo a cada participante: hay desde situaciones en las que las familias acompañan activamente a la persona mayor hasta aquellas en las que el participante no cuenta con referentes afectivos presentes en su cotidianidad. Por otro lado, las trayectorias laborales de estas personas tienen recorridos diversos, incluyendo participantes que desempeñaron empleos formales en el sector público o privado, o bien quienes sostuvieron trabajos informales remunerados. Las mismas parecieran vincularse con la desigual situación socioeconómica actual de lxs usuarixs y al tipo de ingresos que sostienen para su reproducción cotidiana.

Respecto a la situación habitacional, está también resulta dispar. Así, lxs participantes pueden vivir en hogares para personas mayores, en hoteles (como inquilinos), alquilando, o bien en viviendas propias o de familiares. Proviene de barrios aledaños al efector de salud y de localidades del sur del conurbano bonaerense (Avellaneda, Lomas de Zamora, Lanús). De lxs participantes que asisten, un gran número son oriundos de países como Perú, Paraguay, Chile, Uruguay, Venezuela, República Dominicana, Ecuador, Bolivia, España, entre otros. En este sentido, nos parece importante recuperar lo mencionado por Magnífico quien refiere que la interculturalidad en el ámbito de la salud será entendida como

un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural. (Magnífico, 2012: 49)

Teniendo en cuenta esto, resulta significativo que durante los transcurso de las actividades se recuperen los saberes y las palabras de lxs participantes, pudiendo con ello a su vez reconocer y recuperar sus trayectorias e historias.

Desde el equipo se toman acciones tendientes no solo a la visibilización y convocatoria del dispositivo, sino también aquellas que buscan construir referencia. Dentro de las primeras, resulta significativo mencionar los avisos realizados todos los días en sala de espera. Con ello se busca invitar a personas que se encuentre transitando en el efector de salud a las mencionadas actividades, como también así difundir el dispositivo. En esa línea, el taller de “caminata saludable” transcurre en una plaza ubicada frente al efector de salud. Su desarrollo en el ámbito público genera visibilidad e incentiva la posibilidad de que nuevas personas se incorporen a la actividad.

Por otro lado, las intervenciones del equipo procuran el fortalecimiento de lazos entre quienes participan, y los trabajadores de los talleres gerontológicos. En esa dirección, se realizan actividades que contribuyen a la construcción de referencia con el espacio: festejos de cumpleaños, conmemoración de fechas significativas (como el 15 de junio “Día Internacional de Toma de Conciencia sobre el Abuso y Maltrato en la Vejez” y el 1° de octubre “Día Internacional de las Personas Mayores”), creación de un grupo de *whatsapp* que incluyen a quienes participan, entre otras. Respecto a la importancia de favorecer y fomentar la red vincular entre los participantes, la Organización Mundial de Salud (OMS) señala que *“la generación de oportunidades para la interacción social mediante la creación de servicios especializados, eventos especiales, clases y sitios de reunión también puede mejorar los vínculos sociales”* (2015:203).

Asimismo, la conformación de redes de referencia de las personas mayores emerge como posibilidad para afrontar situaciones adversas desde otra posición. Si *“en las comunidades con acceso limitado a protección social y asistencia sanitaria, las redes sociales quizás tengan un papel comparativamente más importante en proporcionar acceso a recursos y servicios esenciales”* (OMS, 2015: 201), la generación de estos soportes colectivos, y su inclusión en los mismos, pueden tornarse en una estrategia dirigida a mejorar la calidad de vida.

De acuerdo a lo referido por personas mayores que acuden a las actividades, su participación en las mismas favorece su bienestar, constituyéndose como un lugar o un punto de encuentro con otrxs.

Los testimonios de algunxs participantes recuperados de notas de campo elaboradas durante los talleres gerontológicos dan cuenta de la importancia de estos espacios en su vida cotidiana y en su salud integral: *“(el taller) muy bien, nos levanta el ánimo, estamos felices, pasamos momentos muy lindos, nos divertimos, reímos”* (Ana, comunicación personal registrada en notas de campo, marzo 2025). Por parte, Juana expresó que *“estos momentos nos hacen muy bien, yo no trabajo y estoy buscando algo y esto me ayuda mucho”* (Juana, comunicación personal registrada en notas de campo, septiembre 2024). Otrx de lxs participantes dijo *“No veo la hora de que llegue el viernes para venir acá. Me dijeron que estoy muy joven y yo les dije que es porque vengo acá”*. (Dana, comunicación personal registrada en notas de campo, julio 2025). A su vez, Sandra comentaba:

comparto con todos por igual, no me molesta absolutamente nada,  
me siento contenida por ustedes, por todo el grupo, estoy muy

236

agradecida y me gusta venir. A veces no tengo ganas de salir pero igual vengo por que me gusta el espacio” (Sandra, comunicación personal registrada en notas de campo, febrero 2025)

Lo expresado por las personas mayores da cuenta que su inclusión en el dispositivo trae consigo momentos de recreación y socialización que tienen un impacto positivo en su salud mental. El trato respetuoso, la escucha y la recuperación de las palabras de quienes participan promueve no sólo la apropiación de estas sobre el espacio, sino también el sostenimiento del cuidado y la contención. A su vez, la dimensión afectiva emerge como otro elemento a tener en cuenta en la dinámica mencionada. De nuestra experiencia participante se recuperan ejemplos en donde la participación de usuarixs se circunscribía a compartir una merienda, a festejar un cumpleaños o simplemente a visitar el lugar donde se desarrollan las actividades. En los mismos se evidencia que la ligazón con el grupo y el equipo de salud se fundamentaba en un componente afectivo.

En cuanto al abordaje asistencial, se realizan seguimientos en consultorio de las situaciones de las personas mayores y se atienden demandas vinculadas a gestiones, trámites, acompañamientos, ingresos a hogares, u otras cuestiones. A su vez, se mantienen entrevistas a las personas que participan con el fin de conocer aspectos de su vida cotidiana.

A partir de lo desarrollado, se puede afirmar que las direcciones que adquieren las intervenciones del equipo gerontológico apuntan a concebir a las personas mayores como sujetxs de derecho. La recuperación de sus palabras y saberes, la consideración respecto a sus aportes en los talleres, el acompañamiento y escucha en lo que expresan necesario, son cuestiones que dan cuenta de ello. Sumado a esto, el foco en la singularidad, en la historia y en la trayectoria de cada persona pone en cuestión discursos y estereotipos que homogeneizan y le asignan a este grupo etario características uniformes. Se concibe al proceso de envejecimiento de manera singular en línea con la noción de envejecimiento saludable (desarrollado en apartados anteriores). Además, se rompe con las ideas estereotipadas de que las personas mayores son incapaces, solitarias, con deterioro cognitivo y agresivos. En contraposición, se las conciben a partir de su potencialidad y capacidad.

En relación a ello, el papel del trabajo social resulta fundamental. Desde nuestra disciplina se contribuye a la problematización de las construcciones sociales a partir de las cuales los estigmas y estereotipos hacia esa población se constituyen. Su mirada permite desnaturalizar discursos y prácticas violentas que repercuten sobre el bienestar de las personas mayores. La perspectiva de derechos, presente durante el proceso de formación profesional, permite concebir a las personas mayores como sujetos de derechos, y no como población fragilizada.

Por otro lado, el trabajo social posibilita pensar las problemáticas superando enfoques inmediatistas y ahistóricos centradas únicamente en la situación individual. En ese sentido, al concebirlas como manifestación de la cuestión social, permite situarlas en relación a los aspectos macrosociales que condicionan los procesos de reproducción de vida de las personas. De ahí, la recuperación del direccionamiento de las políticas sociales y públicas, y su incidencia sobre la situación de la población referida, resulta un elemento a tener en cuenta al momento de pensar estas problemáticas.

Sumado a ello, otro aporte del trabajo social refiere a la recuperación de la trayectoria de vida de la persona. Esta cuestión resulta necesaria para poder pensar abordajes que tengan en cuenta su singularidad. La historia de vida de la persona usuaria, la existencia de redes de referencia, la accesibilidad a instituciones que garanticen derechos, las estrategias de reproducción de la vida cotidiana que ha tenido, y los deseos y saberes que esa persona tenga son cuestiones a tener en cuenta al momento de poder abordar de manera integral las situaciones de la población referida. En definitiva, los aportes del trabajo social contribuyen a pensar tanto las situaciones que atraviesan las personas mayores como los abordajes sobre ellas desde una perspectiva integral.

La experiencia descrita evidencia la importancia y potencia de los abordajes del Trabajo Social y de las construcciones interdisciplinarias. Como se mencionó, la dirección que adquieran las intervenciones desde el equipo y desde el Trabajo Social tienden a cuestionar miradas que estigmatizan a la población referida. En ese sentido, el espacio gerontológico descrito se constituye en un ejemplo en el que a partir de intervenciones desde el plano micro social se contribuye a la problematización y desnaturalización de prejuicios hacia las vejez, presentes en el sentido común. Las mismas no solo se dirigen a promover el bienestar de las personas usuarias. También construyen y disputan el sentido asignado socialmente a dicha población. De esa manera, lo descrito en el presente trabajo pretende enfatizar no sólo el carácter político que adquiere el abordaje desde nuestra profesión, sino también la potencia existente en sus intervenciones.

### **Resultados y conclusiones**

Los talleres descritos impactan positivamente en el bienestar físico y cognitivo de quienes participan. La recreación y el movimiento aparecen como factores que inciden en la salud de las personas mayores, y en su proceso de envejecimiento. De la experiencia descrita se desprende que dichos espacios contribuyen a retrasar la disminución de las funciones/capacidades y a dar lugar a las potencialidades de cada persona. Cabe destacar que durante el desarrollo de las actividades se recuperan los saberes, las nociones y las palabras de las personas mayores, promoviendo una horizontalización de los saberes.

Otro aspecto relevante se vincula a que desde el dispositivo se promueve la generación de vínculos entre usuarixs, y con el equipo de salud. Se pone de relieve la importancia de los lazos sociales significativos que se fomentan, lo que enfatiza su valor en la calidad de vida de las personas mayores.

El espacio de gerontología del efector de salud analizado se constituye como un dispositivo dirigido a la asistencia, a la promoción y prevención de la salud de las personas mayores. En esa línea, las concepciones del equipo se direccionan a pensar los procesos de envejecimiento de manera singular, recuperando la historia y las trayectorias de la población referida. Se cuestionan y problematizan discursos discriminatorios surgidos a partir de construcciones sociales y estereotipos que asocian a la vejez con una etapa ligada a la dependencia, al deterioro, a la incapacidad, o a la improductividad, entre otras características consideradas negativas. Como se mencionó, el Trabajo Social contribuye a la desnaturalización y problematización de ese tipo de discursos. A la vez, coloca a sus situaciones de salud enmarcadas en el plano de lo colectivo y de lo social, superando miradas centradas únicamente en las personas.

En contraposición a los prejuicios mencionados, los abordajes interdisciplinarios del equipo buscan impulsar visiones que retomen las capacidades y la potencia de este grupo etario. En ese sentido, se concibe a las personas mayores como sujetos de derechos, promoviendo una visión positiva de la vejez y enfatizando la importancia del buen trato hacia esta población.

La experiencia desarrollada nos permite pensar respecto a la potencia de las intervenciones de quienes integran los equipos de salud. El contexto actual da cuenta de sucesivas vulneraciones que impactan sobre la calidad de vida de las personas mayores. En ese marco, construir puntos de encuentros con otrxs permiten generar estrategia en pos de reivindicar a una población que se encuentra atravesando un proceso de pauperización de sus condiciones de vida.

Nuestra rotación por el equipo gerontológico constituye un claro ejemplo en el que se evidencia como los abordajes en el plano microsocial contribuyen a disputar el sentido negativo asignado a las vejeces.

### **Bibliografía:**

- CAZZANIGA, SUSANA, (2002). *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*. Reconquista. Recuperado de: [https://www.edumargen.org/docs/curso6/unid04/apunte04\\_04](https://www.edumargen.org/docs/curso6/unid04/apunte04_04).
- CHÁVEZ MOLINA, MARTÍN, et al. (2021). *Universidad y entorno barrial: las características sociodemográficas de Constitución, zona norte (1a ed.)*. Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani - UBA.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES, (2025). *La cocina de los cuidados : informe #6*. Recuperado de : <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2025/09/LDC-informe-6-Final-final.pdf>
- CESBA, (2025) *Buenos Aires Enfrenta un Desafío Demográfico: El Envejecimiento Poblacional y sus Implicaciones*.
- COBOS, LEIDY YANETH, (2019). Los modelos de intervención de Trabajo Social en el campo gerontológico. En: *La intervención de Trabajo Social con personas mayores / Jorge Pedro Paola ; Bettina Marcela Saa ; compilado por Jorge Pedro Paola ; ilustrado por Nicolas Chapu Nuñez. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Disponible en: <https://www.trabajo-social.org.ar>*
- CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES. Artículo 1º. (2015). Recuperado de [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)
- CORTES PERALTA, PALOMA Y LLULLE RIVERA, ANTONIE, (2024). Estereotipos positivos y negativos hacia la vejez: Una revisión bibliográfica necesaria. *Revista Central de Sociología, Vol. 18, N°18, 79-90, Julio 2024*. Recuperado de: <https://centralsociologia.cl/index.php/rcs/issue/view/19/7>
- DABOVE, MARÍA ISOLINA, (2017). *Persona mayor*. OMS

- INDEC, (2022) Porcentaje de población de 65 años y más, por jurisdicción. Censos 1970-2022 Recuperado de [Total del país - Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas](#)
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA Y CENSO DE BUENOS AIRES, (2024). *Anuario estadístico 2024*. Disponible en [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2025/06/anuario\\_estadistico\\_2024.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2025/06/anuario_estadistico_2024.pdf)
- FUNDACIÓN SOBERANÍA SANITARIA, (2025). *Crisis de salud mental en Argentina: Retrocesos, desafíos y urgencias*. Soberanía Sanitaria. <https://soberaniasanitaria.org.ar/crisis-de-salud-mental-en-argentina-retrocesos-desafios-y-urgencias/>
- LUDI, MARÍA DEL CARMEN, (2012). Claves, problemáticas y desafíos para Trabajo Social en el campo de la Vejez. En: Reflexiones en torno al trabajo social en el campo gerontológico: tránsitos, miradas e interrogantes. Compilado por Jorge Pedro Paola ; Paula Mara Danel ; Romina Manes. - 1a ed. - Buenos Aires :Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/27629/Libro%20Reflexiones%20en%20torno%20al%20TS%20en%20el%20campo%20gerontol%F3gico%20FINAL.pdf?sequence=1>
- MAFFEO, MELINA DANIELA, (2023). *Desafiando el rito de la soledad. una experiencia en un taller recreativo dirigido a adultos mayores*. Hologramática, 1(39), V 3 25–46. Recuperado a partir de <http://revistas.unlz.edu.ar/ojs/index.php/rholo/article/view/85>
- MAGNIFICO, DANIEL, (2012). Interculturalidad y salud. En *Educación permanente en servicio para primer nivel de atención*. Ministerio de Salud de la República Argentina. <https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento179.pdf>
- MANNA, AGUSTINA; MANDARADONI, MARIA GUADALUPE, (2017). *JugadaMente-Juegos y dinámicas para la estimulación cognitiva de adultos mayores*. Ed: Bonum.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, SECRETARÍA DE ABORDAJE INTEGRAL, (2021). *La vejez no es una enfermedad*. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/26\\_07\\_21\\_la\\_vejez\\_no\\_es\\_una\\_enfermedad.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/26_07_21_la_vejez_no_es_una_enfermedad.pdf)
- Observatorio Porteño sobre la Situación Social (OPSIS, Abril 2015). Recuperado de: [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir\\_2015\\_852.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2015_852.pdf)
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Recuperado de [OAS.org](https://www.oas.org).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49cb8c52-7daa-4cc2-8fb9-f5220d5e4f39/content>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (s.f.). *Envejecimiento saludable*. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- RANGEL, CLARA LIG LONG, (2016). Valor de lo lúdico en los programas educativos con adultos mayores de la isla de la juventud. *Olhar de Professor*, 19(2), 170-181.

- RODRÍGUEZ DE LA FUENTE, JOSE; SOSA, MARIANA, (2025). *Desigualdad y pobreza en tiempos de Milei*. Revista Sociedad, 1-19.
- ZANGROSSI, GUILLERMO, (2021). *Pobreza y desigualdad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Una ciudad dividida*. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- ZAREBSKI, GRACIELA, (2021). La Organización Mundial de la Salud (OMS): *Del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la Gerontología*. Revista IGERMED, 1(2).