



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Universidad de la República, Facultad de Psicología.

Trabajo final de grado. (Ensayo)

De objeto de cuidado a sujeto de deseo: los lugares de la vejez.

Florencia Charlo Martínez. C.I.: 4.706.177-2

Montevideo, Uruguay.

Febrero, 2026.

Tutora: Florencia Liz Martínez Lupi.

Revisor: Emiliano Escudero.

Palabras clave: vejez y envejecimiento, clínica psicoanalítica, micropolítica.

Agradecimientos.

A mis padres y hermanos, por su amor y apoyo sin fronteras.

A mis amigas, bastión del amor y de la vida en común.

A Analaura y su familia, por ser hogar en la capital.

A mis abuelos, Luis y Marita.

A mi compañero Gustavo, por estar desde el comienzo de este proceso.

A mis grupos de estudio, a mis pares y amigos, y a quienes estuvieron dispuestos a pensar conmigo.

A la Universidad de la República por acercar la academia al pueblo y la oportunidad de formar un espíritu crítico.

A mi tutora, Florencia, por acompañar este proceso del que nace una tesista.

Porque estoy convencida de que nadie escribe solo, todas nuestras charlas y debates también forman parte de este trabajo.

Gracias.

Índice

Agradecimientos	1
Introducción:	3
1. Contexto demográfico	5
2. Vejez como destino social	6
2.1 Vejez como responsabilidad individual.....	7
2.1.1 Biopolítica del envejecimiento.....	10
3. La producción de saberes sobre la vejez: críticas a una ciencia viejista	12
3.1 Del reduccionismo a la complejidad.....	14
3.1.2 Momento de transición.....	15
3.2. La gerontología en el contexto nacional.....	17
4. Vejez y Psicoanálisis	18
4.1 El campo de las vejeces desde el psicoanálisis.....	19
4.1.1 La vejez como significante: el lugar otorgado por el Otro.....	20
4.1.2 El cuerpo como escenario: encuentro con lo real.....	22
4.2 El análisis como micropolítica: deseo, agencia y vejez.....	23
4.2.1 Hacia una clínica no viejista.....	24
5. Conclusiones finales	25
Referencias	27

Introducción:

¿Cuándo se considera vieja¹ a una persona? No existe un parámetro biológico, psicológico o social unívoco que lo determine, por lo que la mayoría de los estudios y leyes que refieren a los viejos han tomado un parámetro puramente cronológico –los sesenta y cinco años–, que igualmente resulta problemático² dado que agrupa trayectorias altamente heterogéneas. El envejecimiento constituye un fenómeno multidimensional de factores orgánicos, psicológicos, subjetivos, demográficos, sanitarios, políticos, económicos, comunitarios, familiares y culturales, entre otros; en definitiva, es un fenómeno complejo.

Pensar la vejez y el envejecimiento como una construcción histórica, social y cultural atravesada por discursos, disciplinas y políticas que la producen y regulan da cuenta de que las formas en que percibimos y habitamos la vejez no son ‘neutras’ o universales. Aunque distintas disciplinas y teorías han intentado definirla y delimitarla, buscando una esencia última de la cuestión, lo cierto es que la dificultad –o riqueza– reside en la complejidad que acusa esta construcción y sus efectos subjetivantes.

En este sentido, la vejez también es un campo en disputa. La psicología, la sociología y sobre todo la medicina han intentado capturar el tema: definiendo, desde sus marcos teóricos y prácticos, qué es envejecer y qué se espera de un sujeto viejo, teniendo incidencia directa en los modos de percibir y habitar la vejez. Dos grandes teorías sobre el envejecimiento han marcado el modo clásico de pensarla: la “disengagement theory” o teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad. La primera sostiene que la persona a medida que envejece va perdiendo interés por las cosas que le rodean, se vuelve sobre sí misma y se aparta paulatinamente de la sociedad como preparación para su muerte. Se fundamenta en procesos bio-fisiológicos y sobre todo, plantea la desvinculación como inherente al envejecimiento, sin incidencia de lo sociocultural. La segunda entiende la vejez como un cúmulo de pérdidas y duelos (jubilación, roles sociales, status, seres queridos, etc) por lo que se deben realizar actividades sustitutas para evitar caer en estados depresivos.

Aunque parecen contrapuestas, parten de una misma concepción prejuiciosa de la vejez, “en ambas el viejo es despojado de su condición de sujeto deseante y de deseo” (Pérez, 2011, p. 283). Parten de un modelo de declive, universal y unidireccional involutivo (Pérez, 2011). Estas teorías aún tienen incidencia en el lugar y el trato que se le da a las vejeces a la vez que coexisten con novedosas miradas; recientemente se ha precipitado una posición crítica con gran desarrollo en la región, una tendencia a una perspectiva crítica que implica

¹En este trabajo utilizaré los términos vieja/viejo/viejos para referirme a sujetos envejecidos, como operación de reapropiación que busca desarmar su connotación negativa. Alternaré con vejez/envejecimiento/vejeces para subrayar su heterogeneidad.

² Para una crítica a las prácticas etarias desde la etnografía educativa ver: Chiara Cerri y Tomás Sánchez Criado (Coords.), (2014). Contextos múltiples de socialización y aprendizaje. Un análisis desde la etnografía de la educación. Edades, transiciones e instituciones.

(exige) un cambio de paradigma sobre las vejeces y el envejecimiento y desde la cual propongo pensar nuestro trabajo clínico. Por supuesto, estos paradigmas no se superan uno al otro sino que conviven en la actualidad, generando ciertas ambivalencias y formas híbridas de pensar las vejeces y trabajar con los sujetos envejecidos.

Propongo primeramente exponer dichos paradigmas con el fin de visibilizar sus limitaciones y efectos subjetivantes. ¿Cómo modelan las representaciones colectivas de la vejez? ¿Cómo modelan las experiencias singulares y la manera en que proyectamos nuestro envejecer? ¿Qué deseo se habilita bajo éstas lógicas? Me remitiré al término de Salvarezza (1988) “viejismos” para pensar estas interrogantes.

En el marco de una modernidad que prioriza la productividad y la individualidad, las vejeces son muchas veces relegadas a ocupar el lugar de objeto de cuidado, silenciados, medicalizados y desubjetivados. ‘Objeto de cuidado’ como una posición social y subjetiva que las vejeces ocupan como frágiles, vulnerables y/o dependientes y a quienes en nombre de ello, se las desoye y desconoce su dimensión de sujeto, objetivándolas, afectando su autonomía y capacidad de agencia. Esto exige en nuestros desarrollos académicos y de nuestro trabajo con-el-otro, una especial vigilancia epistemológica y ética, un verdadero trabajo crítico para no seguir reproduciendo estas lógicas reduccionistas.

Propongo explorar las condiciones de posibilidad para que el sujeto viejo ocupe una posición social y subjetiva que lo reconozca como sujeto de deseo, con capacidad de agencia, entendiendo la vulnerabilidad y la dependencia como una condición de la existencia. Señalando este movimiento como un corrimiento hacia el reconocimiento de la dignidad, de la autonomía y de la soberanía de los viejos. En particular abordaré el análisis como micropolítica, espacio inédito y propicio para que emerja el sujeto de deseo e incentive la capacidad de agencia en la vejez.

Este trabajo final de grado parte de la convicción de que la vejez no es una mera etapa biológica, sino un territorio simbólico en disputa. Propongo abrir un espacio para pensar las vejeces más allá de los estereotipos de declive, resistiendo a la normatividad médica y productivista, denunciando los peligros de la homogeneización de las vejeces presente en los paradigmas clásicos, proponiendo una mirada crítica sobre nuestra praxis profesional. Se trata en última instancia de habilitar otras formas de existencia, deseo y agencia.

El objetivo es analizar los procesos de objetivación de las vejeces y explorar, desde una perspectiva de la complejidad y apoyándome en los postulados de la gerontología crítica, las condiciones que posibilitan la emergencia del deseo y la agencia en esta etapa de la vida, mediante una lectura sociohistórica y psicoanalítica.

1. Contexto demográfico.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno universal y contemporáneo que refleja una fase avanzada de la transición demográfica e indica mayor desarrollo social, mejores condiciones y una mayor expectativa de vida a la vez que plantea nuevos desafíos económicos, políticos y sociales.

Tanto a nivel global como en América Latina se observa un aumento sostenido de la población de sesenta años y más, esto se explica por los cambios observados en los componentes como el incremento de la longevidad y la baja tasa de natalidad; esta transformación marca un giro estructural en la configuración de nuestras sociedades. Las personas mayores representan una proporción cada vez mayor de la población: seremos más viejos y por más tiempo. En este contexto se vuelve imprescindible detenernos a pensar críticamente qué lugar ocupa la vejez.

La proporción y el número absoluto de personas de sesenta años y más se incrementará sostenidamente en todos los países de América Latina y el Caribe en las próximas décadas según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2023). Se estima que para el año 2050, cerca del 18,9 % de la población regional serán personas mayores de sesenta y cinco años, duplicando la proporción observada en 2024 (9,9 %). Esta transformación demográfica tendrá repercusiones significativas en diversos planos: relaciones intergeneracionales, de organización de los hogares, derechos humanos, previsión social y el rol del Estado. (CEPAL, 2024).

En el contexto latinoamericano, Uruguay se destaca como el país más envejecido de la región, la población de sesenta y cinco años o más pasó de representar el 13 % de la población total al 16 % según medidas intercensales 1996 y 2023 (Censo Nacional, 2023). Las proyecciones demográficas indican que para 2050 el 22 % de los uruguayos será mayor de los sesenta y cinco años y en 2100 llegará al 30 % según el informe “Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI” (2016). Además el grupo etario que presenta un crecimiento más acelerado es el de las personas que superan los ochenta años, la proporción de estas personas en el total de la población adulta mayor muestra una clara tendencia al aumento (Paredes, 2017, 2020) prediciendo un futuro en el que mayor porcentaje de personas alcancen estas edades.

Esta situación demográfica sin precedentes también genera una serie de interrogantes en torno a la sostenibilidad de los sistemas de previsión social, los costos en salud, las políticas públicas focalizadas y las relaciones de cuidado.

Hasta aquí intenté plasmar la vejez y el envejecimiento como una realidad demográfica que exige de la sociedad y el Estado especial atención, pero no se agota en ese plano. La

intención no es reducir la vejez y el envejecimiento a datos demográficos y con ello contribuir a una “demografía alarmista” (Katz, 1996 citado por Cerri, 2014, p. 7) o a un “imperio del dato” (Berriel, 2021, p.27), donde el exceso de indicadores construye una totalidad discursiva y una lógica cuantificadora imponiendo una forma de verdad que acentúa las consecuencias negativas del envejecimiento poblacional a la vez que excluye y silencia la complejidad de los procesos humanos y la singularidad. Especialmente en la vejez y el envejecimiento, esta mirada reduce la experiencia a un cúmulo de indicadores demográficos y estadísticos. La crítica a esta tendencia fue una de las motivaciones para el surgimiento de la Gerontología Crítica (Berriel, 2021, p. 26).

A continuación abordaré la vejez y el envejecimiento como una construcción histórica y social apoyándome en los desarrollos del socioconstruccionismo y haciendo especial hincapié en cómo también la academia, no solo describe estos fenómenos, sino que contribuye activamente a su producción.

2. Vejez como destino social.

El construccionismo social nos ofrece un marco conceptual clave: aquello que tomamos por natural y evidente es en realidad, el resultado de procesos históricos de objetivación, institucionalización y legitimación de saberes y prácticas que llevan a que determinada comunidad tenga una forma singular de interpretar la realidad, Castoriadis (1987) llama a esto imaginario social. El imaginario social “produce efectos concretos en las personas y su identidad, asignando significados y sentidos” (Perez, 2011, p.2). La vejez no puede entonces entenderse como una categoría natural ni únicamente como una etapa biológica, sino que, la forma en que una sociedad representa la vejez y el envejecimiento varía según el contexto histórico, cultural y social. En este sentido entendemos la vejez como un constructo social. Así, podemos decir que no existe ‘la vejez’ por sí misma sino múltiples vejezes contingentes que las diferentes sociedades y culturas han construido colectivamente, determinando modos de envejecer y ser viejo.

Simone De Beauvoir (1970) en su libro *La vejez*, mostró de manera contundente que la condición de viejo no puede pensarse al margen de la sociedad en la que se inscribe. El inevitable desgaste del cuerpo biológico no ocurre en el vacío sino en un entramado económico, político e ideológico que define los significados y lugares posibles de la vejez.

Ya en esta época reconoce que:

La involución señil de un hombre se produce siempre en el seno de una sociedad; depende estrechamente de la naturaleza de ésta y del lugar que en ella ocupa el

individuo en cuestión. El factor económico mismo no se puede aislar de las superestructuras sociales, políticas, ideológicas que lo cubren... Para comprender la realidad y la significación de la vejez es, pues, indispensable examinar qué lugar se le asigna a los viejos, qué representación se tiene de ellos (p. 106).

Las sociedades occidentales históricamente han aspirado a postergar o evitar el envejecimiento y la muerte. Desde el primer texto occidental conocido sobre vejez encontrado en Egipto del filósofo y poeta Ptha-Hotep (2500 a.C citado por De Beauvoir, 1970) en el que abarca la vejez como un cuadro sombrío, hasta expresiones contemporáneas como la búsqueda tecnocientífica de Bryan Johnson (empresario multimillonario que emprendió un proyecto radical de control biomédico sobre su cuerpo con el objetivo de no-morir)³, e incluso los recientes dichos de la escritora Mariana Enriquez sobre que “la imagen del terror actual es una mujer vieja”⁴, ponen de manifiesto una actitud común: el envejecimiento como algo no deseado, incluso algo terrorífico que hay que evitar y una mirada biologicista que pone el foco en el declive orgánico. El lugar en que ponemos a los viejos en nuestra sociedad regida por la economía de mercado, el individualismo y la competencia, es de exclusión (Rovira, 2024).

2.1 Vejez como responsabilidad individual

Norbert Elías (1987) analizó cómo las sociedades modernas, a diferencia de las preindustriales, tienden a segregar a los viejos y a los moribundos, desplazándolos de la vida social visible. En la Modernidad occidental, marcada por la lógica de la productividad y la exaltación del valor de la juventud, la vejez se convierte en un recordatorio incómodo de la finitud. De allí que las sociedades modernas tienden a ocultar la vejez y la muerte, apartándolas del espacio público y confinándolas al ámbito privado e institucional. Esto lo vincula a múltiples cuestiones pero me resulta necesario subrayar dos en especial. La primera es la represión social e individual de la muerte: un esfuerzo por ocultar, evitar o minimizar el impacto emocional y social del hecho de morir; la segunda y en relación a esto, la creciente individualización como signo de la época.

³ Espinosa Wang, F (02/10/2025) Multimillonario promete crear la primera generación inmortal. DW. En:

<https://www.dw.com/es/bryan-johnson-y-la-promesa-imposible-crear-la-primera-generaci%C3%B3n-que-vencer%C3%A1-a-la-muerte/a-74218427>

⁴ Pérez de las Heras, N (28/10/2025) Dice Mariana Enriquez: “La imagen actual del terror es una mujer vieja”. En las películas La sustancia, Weapons, Maxxxine y Longlegs los personajes que dan miedo son viejas. “No son las villanas, son las imágenes del miedo. Ahora el horror es una mujer a la que no le funcionó el tratamiento.” En:

<https://elpais.com/smoda/2025-10-26/mariana-enriquez-la-imagen-actual-del-terror-es-una-mujer-vieja.html>

Estas represiones se deben, según Elias, a la prolongación de la vida que hace que veamos la muerte –y la vejez como antesala de– como algo lejano, el apartamiento de los moribundos de la vida social, como algo normal y explica el tabú sobre la temática. A nivel individual ubica la represión (en un sentido más psicoanalítico) como una defensa contra la fantasía de la propia muerte; a nivel social plantea que con el empuje civilizador, la muerte como proceso y pensamiento se va invisibilizando cada vez más, teniendo todo esto efectos subjetivantes sobre los sujetos: quienes aún no son viejos tienen dificultades para identificarse con ese proceso de la vida y conectar emocionalmente con quienes ya se encuentran en edades más avanzadas, estos últimos a su vez sufren del aislamiento y la invisibilización. Por otro lado, pero en relación a esto, plantea que la creciente individualización de la época ha transformado la experiencia de la muerte (y del envejecer), volviéndola más solitaria e individual.

Sobre el final de su libro se encarga específicamente del envejecimiento. Resalta –y adhiero– que a pesar de un mayor desarrollo teórico y científico sobre el cuerpo biológico, encontramos poco desarrollo sobre la experiencia misma de envejecer que acarrea muy posiblemente un cambio fundamental: la posición que esa persona ocupa en la estructura relacional a la que pertenece; su status y poder, y el aislamiento afectivo. Hoy sabemos que estos aspectos interpersonales tienen especial importancia en el envejecimiento (Cerri, 2011; Elias, 1987; Villar y Serrat, 2014).

La vejez puede comprenderse entonces menos como un desenlace biológico y más como un destino social. El proceso de envejecimiento lejos de desarrollarse de manera uniforme, responde a trayectorias vitales diversas. Sin embargo, las exigencias sociales operan imponiendo expectativas normativas acerca de cómo ‘debe’ ser y comportarse quien envejece. De este modo, muchas de las conductas atribuidas a la vejez no son inherentes al proceso de envejecimiento sino respuestas adaptativas frente a tales mandatos (Strejilevich, 1990, p. 201), y muchas veces toman la forma de una ‘profecía autocumplida’. O sea, los sujetos envejecientes actúan en consonancia con los estereotipos que pesan sobre ellos, reforzando y legitimando esas representaciones. Por ejemplo, la autosegregación no deriva de necesidades propias del envejecimiento, como planteaban antiguas teorías, sino de marcos sociales que la prescriben y naturalizan (Strejilevich, 1990, p. 210).

La jubilación constituye un ejemplo paradigmático. Surgida como conquista histórica de los trabajadores, se la ha descrito como una forma de ‘muerte social’. La jubilación en sí no

enferma a los viejos, lo hacen las características de ésta: es impuesta, unilateral, brusca⁵ y no tiene en cuenta la capacidad y el deseo del sujeto. Define qué es lo habilitado y lo legítimo en esta etapa de la vida e incluso la mayoría de las veces sirve como regulación y recambio de las fuentes de trabajo, o sea a favor de las necesidades del sistema, invisibilizando la dimensión humana. Sobre todo afecta la capacidad adquisitiva a la vez que produce cambios en el rol social y familiar. Una situación habitual es que, ahora, el individuo que fue económicamente independiente toda su vida e incluso sostén de una familia, pase a ser dependiente de sus hijos e incluso a ser impotente en términos económicos. (Escudero y Lladó, 2020; Strejilevich, 1990). Nos dedicamos mucho a pensar la salud mental pero poco problematizamos sobre cómo la pobreza estructural causa trastornos emocionales. En contraste con la infancia (una categoría también socialmente surgida en la modernidad), los viejos no cuentan con “un mundo propio”, pensado para ellos y deben seguir existiendo en un mundo hecho por y para gente joven, pudiendo presentar dificultades de adecuación. Después de la Segunda Guerra Mundial y con la incorporación de los ingresos previsionales, emergió un mercado destinado a las personas mayores. Dicho mercado en un inicio se orientó de manera predominante a garantizar la vida, en particular mediante la oferta de medicamentos y dispositivos médicos (Strejilevich, 1990, p. 214), actualmente es un mercado inmenso y heterogéneo. La pregunta se impone: ¿qué ocurre con aquellos viejos que ni siquiera acceden a este mercado mínimo? Se “sostiene el proyecto de la existencia sobre la base de una pedagogía de la promesa de buena vida, pero que no será para todos, sino para las vidas rentables que logran sortearlos escollos de la desigualdad en base al empeño personal y una eficiente autogestión.” (Rovira, 2024, p.29). La exclusión se multiplica: de la producción, del consumo y del reconocimiento social.

Como quedó expuesto hasta ahora en los recursos que hemos citado, hace más de medio siglo venimos señalando el lugar problemático de exclusión que se le da a la vejez y los discursos viejistas que los ponen en lugar de pasividad, representaciones que persisten y se renuevan. Pero, reconocer un problema no implica que las condiciones sociales que lo generan desaparezcan. Los discursos críticos también se integran a las redes de poder: es un discurso que se instituye y normaliza (Foucault, 1976/2011) ¿Por qué permanecen? No lo atribuiría a la mera inercia cultural sino más bien a su funcionalidad en el orden capitalista contemporáneo, es una cuestión estructural en donde la jerarquía etaria y la valoración de ‘lo joven’ en términos de rendimiento y rentabilidad, constituye a la vejez como figura

⁵ Desde la Universidad de la República, se implementa desde el 2017 un programa de talleres de preparación para la jubilación que buscan fomentar la autonomía y una reflexión crítica sobre el fin de la dependencia laboral. Escudero, E y Lladó, M (2020) Experiencias de formulación de la jubilación como objeto problema. En Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez. Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento.

deficitaria y dependiente habilitando a la vez políticas de control poblacional y la expansión de mercados específicos –industria farmacéutica, cosmética, de envejecimiento activo y servicios de cuidado–. Es el capitalismo haciendo lo que mejor sabe hacer: producir subjetividades, homogeneizarlas y crear una necesidad a la vez que un mercado que responda a ella.⁶ Es el caso también de la sobremedicación de esta población como herramienta para silenciar la angustia, tapar el síntoma y borrar la subjetividad. Una farmaceutización⁷ de los problemas sociales, donde las dificultades de la realidad socioeconómica terminan siendo gestionadas mediante la prescripción inespecífica de psicofármacos (Bielli et al., 2019).

2.1.1 Biopolítica del envejecimiento

Podemos pensar un arista más en relación al envejecimiento y la vejez si incorporamos la noción foucaultiana de biopolítica, entendida como un conjunto de tecnologías mediante las cuales el poder busca gobernar la vida (Foucault, 1976/2000). Foucault afirma que la medicina forma parte de un sistema histórico relacionado con un sistema económico y de poder, mientras que la primacía de la patología se convierte en una forma de regulación de la sociedad (Foucault, 1969/2003).

En este marco, Rodríguez Zoya (2016, 2020) propone analizar la ‘gubernamentalización del envejecimiento’ como un proceso histórico mediante el cual los saberes biomédicos, psicológicos y económicos producen modos de subjetivación acordes al paradigma neoliberal. Rovira (2024) se referirá a ello como ‘gubernamentalidad neoliberal’ como un sistema que administra la vida produciendo sujetos que deben ser autónomos y autosuficientes. La biopolítica no sólo regula la vida biológica, sino que normativiza los modos ‘deseables’ de envejecer. La medicalización del envejecimiento y el discurso del envejecimiento activo⁸ funcionan entonces como tecnología del gobierno: prescriben estilos de vida, administran los cuerpos y responsabilizan al individuo por su salud y envejecimiento. En este modelo, el individuo es un "emprendedor de sí mismo" que debe autogestionar sus recursos vitales. El envejecimiento se interpreta entonces como el resultado de una ‘buena’ o ‘mala’ administración personal de la vida (Rovira, 2024, p. 29) desplazando el foco desde las condiciones estructurales hacia la gestión individual de sí. Así la vejez se transforma en un objeto privilegiado de intervención biopolítica, donde los

⁶ Es interesante el planteo de Rodríguez Zoya sobre el proceso de patologización mediante la invención u objetivación de nuevas enfermedades y la vinculación entre la lógica económica y el ethos social, en: Biopolítica y subjetivación de los cuerpos medicalizados (2021).

⁷ Procesos de farmaceutización como los procesos de transformación de los problemas, capacidades y habilidades humanas en oportunidades de intervención farmacéutica (Williams, Martin, & Gabe, 2011. citando por A. Bielli, 2019).

⁸ Sin ánimos de desconocer los muchos efectos positivos en la concepción y tratamiento de la vejez que produce el paradigma de la actividad, intentando responder al paradigma de la desvinculación.

cuerpos son simultáneamente cuidados y controlados; o quizás, controlados bajo la premisa del cuidado.

En esta línea, podemos referirnos al paradigma del envejecimiento activo que busca potenciar el envejecimiento saludable y la participación en sociedad, con el fin de prevenir el deterioro biopsicosocial. Paradójicamente, aunque intenta ampliar el discurso sobre la vejez a un modelo más social, sigue imperando la medicalización del cuerpo, siendo la salud del cuerpo orgánico y su mantenimiento el punto central de este discurso. Aún cuando sabemos que, muchas veces, las causas de exclusión y vulnerabilidad de los viejos están más en los aspectos emotivos que en los aspectos físicos y/o participativos. Cabe preguntarnos ¿qué modelo de vejez propone? Más una cuestión de “hacer” que de “ser” y que coloca en los propios viejos la responsabilidad individual de gestionar su proceso de envejecimiento y lograrlo activo, positivo y “exitoso” (Cerri, 2011, 2015; Rodríguez Zoya, 2016).

Afirmar una autonomía individual implica negar las condiciones sociales del cuerpo (Butler 1970, citado por Cerri, 2015, p. 130). Si por el contrario pensamos la vulnerabilidad –y por tanto, dependencia– como elementos constitutivos de la existencia y experiencia humana, esta noción se convierte en una herramienta conceptual para cuestionar el actual modelo neoliberal de autosuficiencia, autonomía individual e independencia. Así, interdependencia y vulnerabilidad no son accidentes sino condición de todos los cuerpos: todas y todos somos seres inter-dependientes. La dependencia pierde así su connotación negativa y se presenta como constitutiva de la naturaleza humana. Esto no implica rechazar la noción de autonomía, sino reconocer que sin los demás no llegaremos a ser autónomos: se trata de una autonomía relacional. Deja al descubierto una “necesidad universal” de cuidado en un contexto de autonomía relacional e interdependencia, el reconocimiento de esto es necesario para que haya un encuentro ético, que lleve al cuidado mutuo. (Cerri, 2015, p.134).

Tomando como marco teórico la concepción de generatividad propuesta por Erik Erikson en 1950, como un impulso para guiar a la siguiente generación y dejar un legado, ubicada generalmente en la mediana edad (entre los treinta y los sesenta y cinco años, aproximadamente); Villar y Serrat (2014) proponen que la generatividad no desaparece con la edad sino que se transforma y además produce una doble ganancia. El viejo mejora su bienestar y salud mental mientras la comunidad se beneficia de su experiencia. Esta propuesta desafía la idea de pasividad y de individualidad promovidas y propone al viejo como un sujeto comprometido cívica y socialmente. Es una lógica que va en la línea de la autonomía relacional y es contrapuesta a la gestión individual de la vejez y como responsabilidad individual del sujeto.

Desde esta perspectiva, entonces, los discursos no se limitan a describir la vejez: la producen activamente y tienen efectos subjetivantes. El discurso médico hegemónico, al patologizar el envejecimiento y al definirla como etapa de declive modela prácticas de control y medicalización. El discurso económico, al etiquetar a los viejos como “pasivos” los fija en un lugar subordinado del orden productivo. Las imágenes populares del ‘viejo sabio’, el ‘viejo frágil’, incluso expresiones aparentemente inofensivas –como por ejemplo, llamar ‘abuelos’ a todos los viejos– refuerzan estereotipos y homogenizan experiencias heterogéneas. Aquí podemos ubicar lo que Butler en 1969 conceptualizó como “ageism” y Salvarezza tradujo como “viejismo”: un conjunto de prejuicios, estereotipos y prácticas discriminatorias que producen efectos subjetivantes sobre las personas mayores; que atraviesan los ideales sociales sobre los viejos (Salvarezza, 1988). A continuación veremos cómo se expresa en la producción científica y la praxis profesional.

3. La producción de saberes sobre la vejez: críticas a una ciencia viejista.

La gran mayoría de los profesionales de la salud participan, consciente o inconscientemente, de la conducta social viejista tan extendida y suelen estar desinformados con respecto a las necesidades, los deseos, las angustias y las expectativas de los viejos. Esta desinformación los lleva a confundir permanentemente enfermedad con vejez con los graves prejuicios que eso conlleva para sus pacientes. Al referirse a este tema, Butler (1978) cuenta un chiste muy ilustrativo. Dice: “Un hombre de 101 años consulta a su médico quejándose de un dolor en su pierna derecha. El doctor le dice que eso no es nada raro debido a su edad. El paciente le replica diciéndole que la pierna izquierda tiene la misma edad y no le duele”. (Salvarezza, 1998b, p.27).

La ciencia como otro tipo de construcción social ha tenido mucho que ver con la construcción de este modelo estereotipado y deficitario de la vejez y por consiguiente el lugar que los especialistas le han dado. La historia del vínculo ciencia-vejez configura una forma clara de poner de manifiesto cómo se construye y sobre todo, para problematizar los esencialismos en los que caen las teorías basadas en epistemologías positivistas y/o causales.

El discurso médico hegemónico ha monopolizado históricamente el campo del envejecimiento, consolidando un imaginario que reduce la vejez a deficiencia y declive, centrando su atención en los aspectos patológicos aún antes que sobre los procesos evolutivos. Desde el construccionismo social, no puede leerse como una simple descripción de la realidad sino como un dispositivo de producción de verdad: las categorías científicas,

al igual que los discursos culturales, instituyen maneras de envejecer y ser viejo. Desde una perspectiva foucaultiana, el saber como otro aspecto del gobierno de la vida (Foucault, 1976, 1978),

Hasta fines del siglo XV los textos sobre vejez constan en su totalidad de tratados de higiene y es recién a principios del siglo XIX que surgen estudios precisos y sistemáticos. A fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX se multiplican las investigaciones al respecto, nace la geriatría de la mano de I. Nascher en 1909 que abre un nuevo campo de la medicina, con una mirada biologicista y patologizante de la vejez. Posteriormente, el nacimiento de la gerontología en 1929, término introducido por N.A Rybnikov, como una mirada sobre el proceso mismo del envejecimiento desarrollándose en tres planos: biológico, psicológico y social. Aún con prejuicios positivistas, procura describir las manifestaciones de la vejez, como una especialidad dentro de las ciencias del comportamiento. Con el auge de la psicometría, los estudios psicométricos del siglo XX realizados en poblaciones institucionalizadas concluyeron que la vejez implicaba ineludiblemente la disminución generalizada de facultades, sin reconocer los sesgos que supone basarse en esa población. Esta línea reforzó la homogeneización de la vejez como un momento de declive y disminución y produjo una relación directa de la vejez como sinónimo de enfermedad, uno de los viejismos más comúnmente extendidos. (Salvarezza, 1988, p. 30).

Hacia la mitad del siglo XX se da una explosión de las investigaciones en envejecimiento. Es así que en 1950 se funda la Asociación Internacional de Gerontología. Hasta 1960 la mayoría de los trabajos se centran en los cambios en el rendimiento y de las funciones superiores, a partir de 1960 se produce un cambio de enfoque temático y avanzan cada vez más los estudios sobre psicología de la personalidad, psicología social (norteamericana) y de la investigación sociológica, aun desde una perspectiva positivista de síntesis reduccionista.

Como se ha planteado, las formas en que la academia aborda estas cuestiones produce modos de envejecer a la vez que cristaliza paradigmas: modos de ver, clasificar y actuar sobre la vejez que, como dicho anteriormente, no son neutros y transforman la vejez en un campo en disputa. De ahí que es necesario revisar las principales teorías del envejecimiento: decremental, de actividad y crítico; y analizar qué efectos materiales tiene sobre los lugares de la vejez. A continuación me abocaré a ello.

3.1 Del reduccionismo a la complejidad.

La vejez capturada en un único paradigma comienza a ser estudiada desde sus aspectos patológicos, aun antes de conceptualizarse sobre sus aspectos evolutivos. Tomando como método de estudio la comparación entre sujetos de diferentes edades, todo lo que se alejaba de los parámetros de salud definidos desde el ideal de juventud, fue considerado patológico. Esta concepción de salud en conjunción con un pensamiento social prejuicioso que potenciaba una mirada negativa sobre la vejez, asoció cada vez más la vejez a una enfermedad y no a una etapa vital.

La Teoría de la Desvinculación es hija de la Modernidad y del positivismo, cristaliza en 1961 con el libro de E. Cummings y W.E. Henry "Growing old: the process of disengagement theory" donde plantean la "disengagement theory" o teoría de la desvinculación o el desapego. Sostiene que la persona a medida que envejece va perdiendo el interés por las cosas que lo rodean, volviéndose sobre sí, apartándose paulatinamente de la vida social y cotidiana como forma de preparación para la muerte. Fundada en procesos bio-fisiológicos, plantea la desvinculación como inherente al envejecimiento, esto significa, sin incidencia de lo sociocultural. Aquí el papel del profesional de la salud y de la familia sería "acompañar" e incluso alentar esta desvinculación "natural". Esta teoría ha sido ampliamente criticada, a pesar de ello, aún tiene efectos sobre el imaginario de las vejeces y su tratamiento, con presuntos efectos iatrogénicos.

En simultáneo y a veces como respuesta a la anterior, varios autores desarrollaron la "teoría de la actividad", de los cuales se señala como principal representante a Maddox (1973). Esta teoría presenta a la vejez como una acumulación de pérdidas (jubilación, roles sociales, estatus, seres queridos, autonomía) por lo que los viejos deberían realizar actividades sustitutas para evitar caer en estados depresivos. Propone la actividad como un quehacer irreflexivo, solo por hacer, lo que genera un sinsentido, –enloquecedor a mi parecer– y que, de nuevo, desubjetiva al sujeto viejo. Sobre estas dos, Robert Perez (2004) dice:

En ambas, los procesos subjetivos del viejo son un "impensado", pues se basan en una epistemología positivista y causal. Ambas propuestas le escamotean al viejo la posibilidad de generar sus propios proyectos vitales autónomos, a partir de una concepción de vejez pasiva... Sin embargo, cuando analizamos los resultados de los estudios longitudinales y secuenciales de cohorte, vemos como ambas teorías demuestran su inconsistencia, pues el envejecimiento se presenta como un proceso complejo, donde intervienen diversos factores, no existiendo un modo único de envejecer, sino que "se envejece como se ha vivido". (s/p)

Aunque parecen contrapuestas, parten de una misma concepción prejuiciosa de la vejez, “en ambas el viejo es despojado de su condición de sujeto deseante y de deseo” (Pérez, 2011, p. 283). Parten de un modelo de declive, universal y unidireccional involutivo (Pérez, 2011). Interesa señalar el carácter *normativo* que presenta a las vejeces como homogéneas y plantean formas *óptimas* de envejecer y un plan determinado de desarrollo que por todos lados acusa esencialismo ignorando la individualidad, son reduccionistas (Salvarezza, 1998).

Estas son consideradas teorías de “primera generación” según Bennyston, Burgues y Parrot, (1997, citado por Berriel, 2021) La segunda generación de teorías sobre envejecimiento contempla la teoría de la continuidad de Atchhelly (1993), teoría del desajuste/competencia de Kuyper y Bengston (1973), teoría del intercambio de Down (1975), teoría del curso de vida de Denneffer (1984) y la teoría de la estratificación etaria de Riley, Jhonson y Forer (1972); que buscan complejizar u oponerse a las teorías de la primera generación. Asistimos, desde fines del siglo XX a la tercera generación de teorías sobre envejecimiento donde van teniendo lugar abordajes más complejos, toman en cuenta la incidencia del contexto social e histórico en los procesos biológicos, individuales y psicológicos, institucionales, de género y generaciones, a la vez que reservan un lugar para la capacidad de acción de la sociedad y las personas: la vejez será entendida como un proceso multidimensional resultado de la interacción de todos los elementos en términos de variables. (Berriel, 2021; Martínez Lupi, 2023).

3.1.2 Momento de transición

Encuentro que estamos en un momento de transición de paradigmas –y por lo tanto, cambios en los modelos subjetivos del envejecimiento–, en el cual las miradas desde el paradigma deficitario tradicional de la vejez entran en tensión con este nuevo paradigma, el de la complejidad, que cuestiona los esencialismos reconociendo que no existe un modelo único de envejecer y conceptualiza al envejecimiento como un proceso complejo. Busca ubicar a los viejos como sujetos de derecho, deseo y agencia. Implica primeramente, como profesionales, escuchar qué necesitan sin operar desde un lugar de saber/poder que prescribe intervenciones, reproduciendo lógicas tutelares que reducen a objetos de cuidado afectando el deseo y la agencia del sujeto.

Esta tendencia hacia la complejidad podemos verla por ejemplo y de un tiempo a esta parte, en el esfuerzo de instituciones internacionales como el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por sostener e impulsar un discurso sobre la vejez y envejecimiento definidos como procesos bio-psico-sociales, en la necesidad de abandonar enfoques patologizantes.

Define al envejecimiento como “un proceso natural y gradual que implica cambios fisiológicos, psicológicos y sociales a lo largo del tiempo. No es una enfermedad sino una etapa de la vida que puede transcurrir con salud, autonomía y participación, dependiendo de múltiples factores individuales y contextuales” (OMS, 2015). Esta definición da nuevas coordenadas al envejecimiento que buscan generar condiciones para el ejercicio de derechos, participación y sostén de proyectos vitales.

A nivel nacional, este tránsito entre paradigmas se refleja por ejemplo, en las tensiones existentes en la definición de la población objetivo de la Ley 19.353 Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Se cuestiona la inclusión de personas viejas “dependientes”, sin atender a los distintos grados de dependencia y por tanto, las distintas necesidades. A pesar de los avances, se mantienen ideas de individualización de los problemas centradas en el carácter “activo” y “productivo”, lo cual homogeniza las formas de envejecer, limitando los modos posibles de vida (Mariño et al., 2023); y reduce el problema del envejecimiento a una cuestión sanitaria, priorizando la atención en salud (Paredes et al., 2017, p.82). Díaz (2017) señala que en el marco normativo del SNIC, autonomía e independencia aparecen en una relación poco clara, ya que la ley plantea prestaciones para personas que “carecen de autonomía” cuando en realidad pueden ser personas autónomas pero absolutamente dependientes dada una situación de discapacidad severa. La confusión conceptual en la ley afecta también la forma en que se concibe la dependencia en la vejez.

Cabe señalar que desde el propio SNIC e INMAYORES se reconoce la necesidad de desestimar la visibilización de las personas mayores como un colectivo homogéneo y pasivo en situación de vulnerabilidad física que solo debe recibir cuidados, lo cual implica, al menos, un reconocimiento institucional de estas críticas.⁹

En el mismo orden, también se ve reflejado en las políticas públicas, como demuestran Berriel et al. (2017) en su trabajo “Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas”. En este estudio comparativo también se analizan las formas de significar el envejecimiento y a las personas mayores, las acciones promovidas en consecuencia, las referencias a actores vinculados a dichas políticas y el grado de agencia que se les reconoce. A partir de ello, identificaron dos orientaciones dentro del proceso de transformación estudiado: por un lado una línea más rígida, basada en un enfoque biomédico y productivista; y por otro una perspectiva que incorpora un enfoque del

⁹ visitar:

<https://iberoamericamayores.org/2023/01/31/uruguay-el-cuidado-como-derecho-y-funcion-social-cuidados-en-condiciones-de-igualdad-y-calidad/>

curso vital, una perspectiva de género y una mayor autonomía de las personas mayores. Estas orientaciones no aparecen en forma pura, sino denotando tensiones y características transicionales.

Finalmente esta reconfiguración paradigmática se ve reflejada también en el modo de producir saberes en el campo de las vejeces. La crítica al “imperio del dato” y al tratamiento de la vejez exclusivamente desde indicadores biomédicos abrió paso a la incorporación de perspectivas más complejas. Salvarezza (1998b) señala la importancia de la teoría del ciclo de la vida como antecedente clave para la emergencia de miradas críticas y una vigilancia epistemológica más rigurosa. En este marco, la gerontología crítica –de basto desarrollo en la región– ofrece una lectura que cuestiona los discursos normalizadores y ubica la subjetividad en el centro de la escena.

3.2. La gerontología en el contexto nacional.

En Uruguay, el interés académico por las vejeces tuvo un desarrollo en sintonía con las tendencias globales. Inicialmente la medicina asumió el estudio de la vejez como campo específico: los primeros trabajos en geriatría y gerontología se remontan a la primera mitad del siglo XX en el ámbito hospitalario, desde una perspectiva médico geriátrica–gerontológica. Sin embargo, la formación sistemática de profesionales especializados comienza en 1978 con la creación del Departamento de Geriatría de la Facultad de Medicina en la órbita del Hospital de Clínicas y la Universidad de la República; hito histórico que delimitó el envejecimiento y la vejez como un nuevo campo de producción académica y profesional. Aún capturado el desarrollo gerontológico dentro de una concepción geriátrica orientada exclusivamente desde la medicina, las demás disciplinas oficiaban de colaboradoras y los diversos equipos interdisciplinarios de trabajo estaban orientados hacia un modelo y una jerarquización de la concepción biomédica. (Pérez, 2004).

Tras la vuelta a la democracia en 1985, el ámbito universitario experimenta una gran apertura a nuevas formas de construir conocimiento, en consonancia con un contexto político y social más fértil. En ese marco, la primera mitad de la década de 1990 significó un salto cualitativo en el tratamiento del envejecimiento con la creación de diversas unidades académicas que permiten un importante desarrollo: en 1992 el Programa APEX – Cerro y su Subprograma de Atención Integral al Adulto Mayor; en 1993 el Departamento de Salud del Adulto y Anciano en la órbita del Instituto Nacional de Enfermería; y en 1994 el Servicio de Psicología de la Vejez (SPV) de la Facultad de Psicología. Este último inauguró un abordaje sistemático del envejecimiento desde la psicología, configurando un nuevo campo de investigación e intervención psicogerontológica que introduce una lectura

psico-socio-biológica y tensiona la hegemonía del modelo biomédico. En el año 2002 y gracias al trabajo interdisciplinario que fomenta el SPV con equipos pertenecientes a otras facultades, se crea la Red temática sobre Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República (REV). En 2009 se crea el Núcleo Interdisciplinario de Envejecimiento y Vejez (NIEVE) que permitió ampliar el abordaje interdisciplinario y en 2015 el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEN) que agrega al enfoque interdisciplinario un enfoque de derechos humanos (CIEN, 2020).

Conceptualizaciones tales como deseo inconsciente irreductible, temporalidades y producción de sentido con su influencia en lo biológico, capacidad de simbolización y su relación con el derrumbe psicológico, elementos de trasmisión transgeneracional y su influencia en las situaciones actuales, proyecto de vida autónomo, etc., si bien van ganando cada vez más un lugar en la forma de pensar el envejecimiento interdisciplinariamente, tienen aún su resistencia. Es tarea de los Psicólogos que trabajamos en el campo gerontológico y psicogerontológico el poder desarrollar más estas categorías, a partir de mostrar su operatividad en la investigación e intervención. (Pérez, 2004, s/p).

Evidentemente, el estudio y trabajo con vejeces requieren de un abordaje interdisciplinario, en línea con la complejidad señalada. En el libro de Perez y Berriel (2007) "Alzheimer y Psicoterapia. Clínica e investigación" dedicado a pensar una perspectiva clínica integrativa en el tratamiento de personas con Alzheimer, desarrollan el "modelo multidimensional de las demencias tipo alzheimer". Los autores sostienen que la complejidad de las situaciones clínicas demanda articular saberes disciplinares distintos, considerando simultáneamente dimensiones somáticas, cognitivas, psicoafectivas, psicosociales y socioculturales y no solo biológicas. Desde este modelo podemos pensar el trabajo con viejos en general.

4. Vejez y Psicoanálisis

Si la gerontología crítica permitió desplazar la mirada desde la vejez como problema biológico hacia su dimensión histórica y social, el psicoanálisis introduce un giro adicional al situar la pregunta por la singularidad y el deseo. Este pasaje implica complejizar el campo al interrogar cómo esas condiciones socio-históricas se inscriben en el sujeto¹⁰.

A lo largo de estas páginas se repite una noción: el lugar que le es dado a, y que es ocupado por los sujetos viejos, en distintos ámbitos. A continuación propongo pensar, desde

¹⁰ Me refiero a la noción de sujeto para el psicoanálisis lacaniano, es decir, aquel que es resultado de la intromisión del lenguaje en el cuerpo biológico. Noción que resiste a la unificación y a la objetivación y, por ende, a la cuantificación, homogeneización y normalización.

el marco psicoanalítico, la vejez como un significante e inmersa en una trama relacional. Además propongo el análisis como un espacio inédito en el que se habilita el despliegue de la singularidad y del deseo. La clínica, en este sentido, puede pensarse como micropolítica y “el encuentro como posibilidad de reanudamiento del lazo” social (A. Hounie y F. Chicchi, 2018, p. 191).

4.1 El campo de las vejeces desde el psicoanálisis

Si bien la categoría vejez estrictamente no pertenece al psicoanálisis, algunos analistas se han abocado a su estudio y trabajo. Sigmund Freud abordó escuetamente en su obra, la cuestión de la edad. En *El método psicoanalítico* dice:

se crean condiciones desfavorables para el psicoanálisis si la edad del paciente ronda el quinto decenio, pues en tal caso ya no es posible dominar la masa del material psíquico, el tiempo requerido para la curación se torna demasiado largo, y la capacidad de deshacer procesos psíquicos empieza a desfallecer. (1904/2006, p. 241).

Más adelante, en *Sobre psicoterapia* (1905) agrega que la edad influye en la elección del tratamiento psicoanalítico, ya que las personas mayores suelen carecer de plasticidad anímica necesaria para la terapia, dirá, “los ancianos ya no son educables” (Freud, 1905/2006, p. 253), y el trabajo de reelaboración implicaría un tratamiento demasiado prolongado en el tiempo.¹¹ Es importante contextualizar que esta conferencia fue dirigida a colegas médicos y dictada por un Freud con una impronta biologicista en un momento histórico donde la expectativa de vida era significativamente menor a la actual. En *Sobre la iniciación del tratamiento* (1913/2006), vuelve a mencionar que la avanzada edad puede dificultar el análisis, ya que los procesos psíquicos están fijados y es menos probable que ocurran cambios significativos en la estructura psíquica. Todo esto lo escribió entre sus cuarenta y siete y cincuenta y siete años y aún sosteniendo su propio análisis hasta sus últimos días. La práctica contemporánea, por otro lado, desmiente estas aseveraciones y es que la vejez no sería un obstáculo estructural para el trabajo analítico e incluso puede sostenerse en la última vejez y ser beneficioso para el sujeto. (Fernández, 2004, 2006).

Sin pretender constituir “criterios clínicos” universales, pensar las vejeces desde la clínica psicoanalítica lleva a considerar determinadas condiciones de experiencia que pueden desplegarse en la clínica. Seré categórica, cuando un sujeto ingresa al consultorio

¹¹ ¿Podemos pensar las posibles dimensiones existenciales menores como una de las especificidades del análisis con viejos? ¿O por el contrario, esa noción dificulta la “admisión” y/o sostén del análisis, por parte del analista? ¿Angustia al analista la confrontación con la finitud?

–independientemente de que encaje o no en la categoría de viejo– no se espera que éste despliegue necesariamente cuestiones vinculadas a dicha categoría. Tal como se ha desarrollado a lo largo de este trabajo, la vejez constituye una noción amplia y heterogénea, lo que dificulta delimitar qué podrían considerarse “cuestiones de viejo”.

No obstante, pienso que algunas de ellas pueden hacer mella en el discurso de un sujeto envejecido y no vamos a desconocerlas. Entre estas destaco las pérdidas físicas, cognitivas y sociales, que conducen a pensar el reconocimiento de la fragilidad como elemento constitutivo de la experiencia humana;¹² el cuerpo como escenario y como encuentro con lo real; así como la necesidad de un otro que habilite un lugar. Emerge la pregunta por cómo habilitar el deseo y la agencia en el espacio psicoanalítico, es decir, cómo convertirlo en una micropolítica.

4.1.1 La vejez como significante: el lugar otorgado por el Otro.

Que haya en el inconsciente cadenas significantes que subsisten como tales, y que desde allí estructuran, actúan sobre el organismo, influyen en lo que aparece desde afuera como síntoma, he aquí toda la base de la experiencia analítica (Lacan, 1964/1987, p. 28).

Siguiendo a Jaques Lacan (1957/2008), el significante constituye la unidad fundamental del lenguaje y del inconsciente. Carece de valor propio y lo cobra en esa articulación con otros significantes, formando una cadena significativa que produce efectos de sentido (significación) que estructuran la realidad del sujeto, las posiciones subjetivas posibles. Además el sujeto no es origen de dichos sentidos sino efecto de esa articulación significativa que además, lo antecede.

Es en el decir de alguien donde se alude a una posición subjetiva con sus diversos significados: un “viejo” estereotipado puede ser una posibilidad. Incluso alguien de cuarenta años puede situarse en un “modo viejo”. Se trata, en todo caso, de una identificación -imaginaria, pero también simbólica- de lo que es la vejez, atravesada por dimensiones sociales, políticas e institucionales, con discursos que le son propios y con las representaciones e identificaciones que el sujeto tenga. Es la forma en que un sujeto se implica frente a lo que le pasa, a su deseo y a los significantes que lo determinan. Dicho de otro modo, vejez, es un significante; y estar en “modo viejo” puede ser solo una manera de habitarlo. Vérselas como viejo, vérselas con ese significante, estar en función de eso. (Hirsberg, 2026, s/p)

¹² ver sección 2.1.1 de este trabajo.

Entonces, en tanto significativo, la vejez no designa una esencia ni un destino, sino un lugar en la cadena significativa que produce efectos sobre la posición subjetiva del sujeto en relación con el Otro. Preexiste al sujeto, donde éste se inscribe, encontrándose con sentidos ya disponibles, y se ve afectado por los efectos de significación de dicha cadena. También, estructura el deseo.

En la enseñanza de Lacan el deseo es un efecto estructural del lenguaje. La afirmación “el deseo es el deseo es del otro” (Lacan, 1958/2008, 1964/1987) admite, al menos, dos lecturas. Por un lado, el deseo se articula al anhelo inconsciente de ocupar la falta para el Otro, es decir, ser deseado. En este sentido, cuando el Otro excluye del campo de lo deseable al sujeto envejecido, no le otorga lugar de existencia. Evidentemente el Otro encarnado en otros semejantes que conforman la trama relacional hacen a esos lugares, o no-lugares, en las tramas relacionales. La segunda lectura es sobre el deseo como alienado al deseo del Otro, en tanto que el sujeto desea aquello que ya ha sido deseado. Si el deseo se estructura como pregunta sobre el deseo del Otro, cabe preguntarse qué ocurre cuando el deseo se orienta hacia ‘lo joven’. La vejez ¿puede quedar fijada en una no-deseabilidad? El empobrecimiento de estas coordenadas simbólicas ¿tendrá efectos de inhibición, disminución o directamente anulación del deseo del sujeto viejo? ¿Impide a quienes aún no se reconocen o no piensan en su vejez, hacerlo? Con Abel Fernández, pensamos en “una subjetividad en riesgo cuando los seres humanos quedan expulsados de sus marcos referenciales, o los mismos son tildados de caducos por los sectores dominantes de la sociedad. Los aspectos que conforman la identidad son cuestionados o desvalorizados y desechados” (2006, p.115).

Desde el marco teórico psicoanalítico podemos sostener la idea de que el deseo no envejece,¹³ en tanto es efecto de la falta estructural constitutiva del sujeto. (Lacan,1958/2008, 1964/1987) Pueden verse afectadas si, las formas en que este deseo encuentra vías de inscripción simbólica y de lazo con los otros.

El espacio del análisis puede ser, tanto como a cualquier edad, se dirá, un lugar en el que el deseo se relance al anudarse la experiencia a la palabra, a la expectativa de cambio y alivio del sufrimiento ante el paso y el peso de la vida en estas condiciones. (Fernández, 2006, p. 116)

El análisis se orientaría entonces a posibilitar una separación respecto de ese deseo supuesto del Otro, buscando un posicionamiento singular del sujeto frente a su deseo, así mismo, en la vejez cuando el Otro social no lo reconoce como deseable. Éste se vuelve un

¹³ En el sentido común de la palabra: debilitamiento, caducidad.

espacio privilegiado para interrogar esos significantes, desarticular identidades cristalizadas y abrir la posibilidad de problematizar las inscripciones subjetivas. No busca normalizar las vejeces o hacerlas encajar en modelos predeterminados, apunta a alojar la singularidad. De este modo, el lugar que se le es otorgado al sujeto viejo desde las configuraciones familiares, las instituciones, las políticas públicas o el discurso biomédico, puede ser cuestionado y eventualmente resignificado en el trabajo analítico, habilitando otras formas de posicionamiento subjetivo y quizás, cierto movimiento en la trama relacional que conforma y le genera angustia.

4.1.2 El cuerpo como escenario: encuentro con lo real.

El cuerpo del psicoanálisis es una construcción que se organiza en los registros imaginario, simbólico y real. El Yo se constituye a partir de una identificación con una imagen unificada del cuerpo que anticipa una coherencia que el sujeto aún no posee, instaurando una matriz imaginaria que sostendrá el narcisismo y la relación con la propia imagen a lo largo de la vida (Lacan, 1949/2008), constituyendo entonces un Yo Ideal esencialmente imaginario. Esta identificación inaugura el narcisismo y fija al Yo en una relación alienada con su propia imagen, sostenida por el reconocimiento del Otro. El Ideal del Yo introduce la dimensión simbólica de la mirada del Otro, organizando ideales que orientan la vida psíquica. Esta construcción no logra cubrir completamente al cuerpo, quedando un resto que no se deja simbolizar ni imaginar: lo real. (Lacan, 1949/2008,1964/1987).

En la vejez, el cuerpo toma un papel protagónico (Fernández, 2004; Iacub, 2007). Los sujetos de pronto se descubren viejos cuando ya no pueden hacer cosas con su cuerpo que antes sí, puede pensarse como una fisura en la consistencia imaginaria del cuerpo. Pérdidas funcionales, enfermedades, dolores, cansancio o transformaciones visibles hacen del cuerpo un escenario donde irrumpe lo real. Un real que no siempre puede ser simbolizado fácilmente y que, en muchos casos, se presenta como límite, como caída de certezas o como confrontación con la finitud.

El sujeto se enfrenta a una transformación corporal que puede poner en crisis la identificación imaginaria, se produce una discordancia entre esa imagen narcisista que sostiene al Yo y la experiencia corporal volviéndose extraño, ominoso, incluso vivido como ajeno, lo que puede producir angustia. “Aquellas partes viejas” resultan inasimilables a la idea del sí mismo” (Iacub, 2007, p.1). Las pérdidas de capacidades y por lo tanto de autonomía en esas áreas son un golpe duro para el narcisismo del sujeto.

El cuerpo se impone. La imagen trastabilla, tropieza o se puede mostrar incompleta. Se produce un desfase entre la imagen del propio cuerpo y lo que ese cuerpo, por

otro lado, muestra y hace notar a cada momento. El narcisismo no envejece. Aparece entonces una extrañeza con el propio cuerpo. (Hirsberg, 2026)

El cuerpo envejecido entonces no es solo un cuerpo que falla sino también un cuerpo que insiste, que desea, que goza y que sufre. Escuchar al sujeto en relación con su cuerpo implica no quedar capturado por una lectura exclusivamente médica o funcional, implica sostener la pregunta por el sentido singular que le otorga a estas transformaciones. El análisis puede funcionar en este sentido, como un lugar donde el cuerpo deja de ser únicamente objeto de intervención o de cuidado y se restituye como dimensión subjetiva. El análisis permitiría, si apareciese, poner en palabras aquello que irrumpe en el cuerpo, habilitando un trabajo de simbolización que no niega la pérdida, pero tampoco la reduce a un mero déficit o diagnóstico¹⁴.

4.2 El análisis como micropolítica: deseo, agencia y vejez.

¿Por qué como micropolítica? Planteamos que en las sociedades contemporáneas los viejos suelen ser ubicados en el lugar de objetos de cuidado, destinatarios pasivos de decisiones ajenas, más que como sujeto de deseo y de agencia. El análisis debería orientarse a producir desplazamientos respecto de esas relaciones de poder, discursos normativos y prácticas de control. Al alojar la palabra del sujeto, restituye su condición de sujeto deseante, aún –y especialmente– en contextos donde esa posibilidad ha sido obturada. Abre un espacio donde el deseo puede desplegarse de formas inéditas sin imponer un ideal de autonomía ni exigir productividad. Si la micropolítica se trata de la toma del poder “de abajo hacia arriba” en el plano de las prácticas y los modos de subjetivación y viene de la “Revolución Molecular” de Deleuze y Guattari, el análisis ¿es revolucionario? ¿y el análisis con vejez? ¿Hacemos micropolítica? El planteo es que sí, en la forma de escuchar, sin anticipar, sin decidir por el otro ni llenar de sentido lo que dice, en nombre de la edad. Busca que el sujeto actúe conforme a su deseo, y en el mejor de los casos, propiciar una mayor capacidad de agencia. La agencia como la capacidad de actuar intencionalmente, tomar decisiones propias y ejercer control sobre la propia vida, está muy ligado a la autonomía¹⁵ y esto a su vez, posibilitará sostener un proyecto de vida.

¹⁴ Es interesante leer a Chiara Cerri en “Cuando la enfermedad anula la identidad: análisis de un caso de alzhéimer y su cuidado” donde reflexiona sobre los cambios que tienen lugar en la representación de la persona anciana y en las relaciones de cuidado cuando una persona es reducida a su diagnóstico de Alzheimer; donde su comportamiento es interpretado únicamente como consecuencia de la enfermedad y lleva a una estrategia de cuidado normalizadora que responde más a las necesidades de los “cuidadores” que a las de la persona “cuidada”.

¹⁵ Autonomía en el sentido en que se trabaja en la sección 2.1.1 de este trabajo.

Es posible hablar de la vejez como una etapa de la vida todavía activa, beneficiosa para la sociedad y para las personas, y no solamente como un problema: el problema de un cuerpo viejo y, por ende, necesitado de una ayuda... Es necesario, por una parte, dejar de hablar de la vejez refiriéndose exclusivamente a un grupo homogéneo de individuos mayores de 65 años. Por otra, hay que desproblematizar la vejez y dejar de considerarla principalmente un problema médico. Solamente de esta manera devolveremos a las personas mayores su rol de sujetos activos y agentes en la sociedad, más allá de su estado de salud (Cerri, 2011, p. 14).

Así, el análisis se constituye como un espacio de resistencia frente a las lógicas normalizadoras que homogenizan las vejeces y la capturan en categorías cerradas y reduccionistas. Abogamos, en este sentido, por una clínica no viejista.

4.2.1 Hacia una clínica no viejista

Existe una demanda creciente hacia nuestra institución, respecto a la atención psicológica de personas mayores. Reconociendo ésta y las necesidades formativas, el NIEVE lleva adelante actualmente una propuesta de práctica pre profesional en nuestra casa de estudios. Lleva el nombre de "Clínicas no viejistas", y busca formar a los futuros profesionales en esta perspectiva.

La clínica con vejeces interpela de manera directa la posición del analista. Atender a no replicar viejismos es una consideración ética del trabajo analítico. Implica no suponer de antemano ni el sentido del sufrimiento, ni los límites del deseo, ni los alcances posibles del análisis en función de la edad. Dar lugar a la angustia, sin apresurarse a taponearla con explicaciones adaptativas o tranquilizadoras resulta central. La vejez confronta con pérdidas reales y simbólicas y el análisis no tiene como objetivo eliminarlas, sino permitir que el sujeto pueda decir algo propio. Escuchar la singularidad implica reconocer que cada vejez es inédita. Exige estar abierto a la inmensa novedad (Bion, 1962/1991, p. 28) de lo que puede emerger en el espacio analítico. Refiere a que el análisis puede contener una experiencia emocional no previamente simbolizada, que si el analista no satura con teorías o significados, puede emerger algo genuinamente nuevo para el aparato psíquico y esta novedad es a su vez es condición para que haya pensamiento. (Bion, 1962/1991)

Lejos de ser un tiempo de cierre, la vejez puede devenir un momento de elaboración, de resignificación, de invención subjetiva.

En este sentido, la clínica con vejeces puede pensarse a la luz de la dirección de la cura tal como la formula Lacan, donde el analista no dirige al sujeto, sino que sostiene las

condiciones para que advenga algo del orden de lo nuevo. (Lacan, 1958/2008) La posición analítica implica una ética de la no anticipación y de la apertura a lo contingente, reconociendo que en la vejez el inconsciente no está clausurado, el deseo es inextinguible y que el análisis puede habilitar movimientos subjetivos inéditos.

5. Conclusiones finales

Entonces ¿qué es ser viejo? Es la pregunta que inaugura este trabajo y que permitió dar cuenta de cómo la vejez configura una categoría discursiva producida por la cultura y la ciencia. Categoría que no sólo describe sino que produce efectos de significación. En la actualidad, estas significaciones están marcadas por los signos de la época –productivismo, consumo, individualización y una oda a la juventud–. Configurando las vejeces como una población homogénea, improductiva y en declive, afectando tanto su percepción social como en la autopercepción de los sujetos. Entre ellos, uno de los viejismos más extendidos: la igualación de vejez y enfermedad.

El recorrido teórico realizado permitió situar la vejez más allá de lo orgánico, como una construcción histórica, social y discursiva atravesada por saberes y prácticas, en un entramado de relaciones de poder, estableciendo regímenes de verdad que producen los modos posibles de habitarla. Un modo de regulación de la vida que jerarquiza los cuerpos y respalda las perspectivas viejistas, una gubernamentalización del envejecimiento y gestión de sí.

Este trabajo se centró particularmente en los procesos de objetivación –o desubjetivación– que ubican a las vejeces en el lugar de objeto de cuidado. Siendo el cuidado muchas veces desubjetivantes, cuando en su nombre, se desoye al sujeto y su deseo, cuando no se permite su participación en las decisiones que le competen, afectando directamente su agencia y soberanía. Como contrapunto, propongo pensar las condiciones para la emergencia del sujeto de deseo en la vejez, proponiendo al análisis como terreno propicio para que esto ocurra.

Desde una perspectiva crítica psicoanalítica, reconocemos que no existe una experiencia de la vejez por fuera del lenguaje y de los discursos que la nombran y le otorgan un lugar. Las transformaciones del cuerpo envejecido pueden poner en crisis la identificación especular y el Ideal del Yo. Este desajuste entre el cuerpo que envejece y el narcisismo que insiste produce angustia. Ubiqué el encuentro con lo real en el cuerpo envejecido que irrumpe y fractura lo imaginario, teniendo efectos sobre el Yo del sujeto y sus procesos de simbolización. Lejos de clausurar la subjetividad, este encuentro con lo real abre la

posibilidad de interrogar los modos en que el deseo se sostiene más allá de los ideales contemporáneos.

Finalmente, la clínica psicoanalítica fue pensada como una micropolítica capaz de alojar la singularidad y operar como espacio de resistencia frente a las lógicas normalizadoras y viejistas, restituyendo la dimensión deseante allí donde tiende a ser obturada. Trabajar con vejeces desde el psicoanálisis implica también una práctica ética: sostener la escucha, no anticipar sentidos, no reducir al sujeto a su declive y revisar críticamente nuestros propios vejestros, una vigilancia epistémica que debe hacerse concienzudamente. Me pregunto, por ejemplo, cuántos analistas no habrán indicado diván a sus pacientes añosos por el miedo de que no pudieran volver a levantarse, sin percatar que el recaudo es de uno y que si se quiere, los viejos se han levantado toda una vida.

El interés por el cruce entre vejez y clínica surgió del encuentro con discursos en los que la posición subjetiva “de viejo” producía sufrimiento y estancamiento, mostrando la potencia performativa de los discursos viejistas. A su vez, los desplazamientos en esas posiciones evidenciaban transformaciones en lo que los sujetos se permitían ser y hacer, orientando la pregunta que sostuvo este trabajo. Esta producción se planteó como una articulación teórica que no pretende agotar el campo, sino contribuir a seguir pensándolo y visibilizar la riqueza de las producciones regionales sobre la vejez.

Reconocer al sujeto envejecido no solo como objeto de cuidado, sino también como sujeto deseante, implica un desplazamiento ético-clínico fundamental. Permite cuestionar las representaciones hegemónicas y abre el camino para pensar posicionamientos analíticos que no reduzcan al sujeto a su deterioro, habiliten nuevas formas de inscripción simbólica y de lazo social. En un contexto en el que seremos más viejos y por más tiempo, la pregunta por el lugar que queremos producir para las vejeces –para nosotros mismos en el futuro– se vuelve ineludible. Tener en cuenta que las vejeces serán la nueva fuerza cívica de nuestras sociedades es clave.

Lejos de clausurar la discusión, este trabajo busca abrir interrogantes y contribuir a dejar de considerar la vejez y el envejecimiento poblacional como un problema, sino como una realidad compleja y rica que debemos afrontar, apostando a la construcción de prácticas y discursos que sostengan la singularidad, el deseo y la dignidad en el envejecer.

Referencias.

Berriel, F., Pica, C., & Zunino, N. (2017). *Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas*. *Psicoperspectivas*, 16(1), 7–18. <https://doi.org/10.5927/Psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-904>

Berriel, M. (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].

Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., Calisto, N., y Navarro, S. (2019). *Ansiedad y vida cotidiana como blancos farmacológicos en Uruguay 2013-2015*. *Psicología & Sociedade*, 31, e176766. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31176766>

Bion, W.R. (1991) *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1962).

Castoriadis, C. (1987). *La institución imaginaria de la sociedad*. Edición digital: C. Carretero.

Cerri, C. (2011). *El cuerpo en la vejez: discursos y representaciones en el cuidado de las personas mayores en una zona rural de Extremadura*.

C. Cerri y T. Sánchez Criado (Coords.) (2014). *Edades, transiciones e instituciones*.

Cerri, C (2015). *Dependencia y autonomía: Una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2024). *Observatorio Demográfico: América Latina y el Caribe, 2024*. Santiago: Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2023). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Banco Mundial (2016) *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*.

De Beauvoir, S (1970). *La vejez*.

Díaz Fernández, S (2017) *Discapacidad, autonomía y reconocimiento intersubjetivo en el Sistema Nacional Integral de Cuidados*. Revista Katálisis, vol. 20, núm. 3, septiembre-diciembre, 2017, (pp. 409 - 419) Universidade Federal de Santa Catarina.

Elias, N (1989). *La soledad de los moribundos*.

Escudero, E y Lladó, M (2020) *Experiencias de formulación de la jubilación como objeto problema*. En *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez*. Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. (Capítulo IX pp. 213 - 230).

Fernández, A. (2006). *Subjetividad, relato y vejez*. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis (103; pp. 111 - 124).

Fernández, A. (2004). *Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración*. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis (99; pp. 169 - 182).

Freud, S. (2006). *El método psicoanalítico de Freud*. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas (Vol. VII, pp. 233-242). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1904).

Freud, S. (2006). *Sobre psicoterapia*. En Obras completas (Vol. VII, pp. 243 - 258). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).

Freud, S. (2006). *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I)*. En J. Strachey (Ed. y Trad.), Obras completas (Vol. XII pp. 121 - 144). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913).

Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (2.^a ed.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1969).

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Curso en el Collège de France (1977 - 1978). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1977).

Foucault, M. (2000). *Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978 - 1979)* Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1978).

Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1987).

Hirsberg, H. (2026). *¿Habitar la vejez? Una práctica institucional para personas mayores*. Revista virtual Ñacate. <https://www.revistanacate.com/articulos/habitar-la-vejez/>

Hounie, A y Chicchi, F (2018). *Entre lo político y lo clínico: ¿cómo renovar el lazo?*. Soft Power, 5(1), 7790. <https://editorial.ucatolica.edu.co/index.php/SoftP/article/view/2629/2438>

Iacub, R (2007) *El cuerpo externalizado o la violencia hacia la vejez*. En revista Kairós, São Paulo, 10(1) (pp. 97 - 108).

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2024). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2023: Resultados preliminares*.

L. Salvarezza (Comp). (1988b) *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Paidós.

Lacan, J. (2008). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. En Escritos (Vol. 1 pp. 86 - 93). Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1949).

Lacan, J. (2008). *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*. En Escritos (Vol. 1 pp. 473 - 509). Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1957).

Lacan, J. (2008). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En Escritos (Vol. 2). Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1958).

Lacan, J. (1987). *El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1964).

Ley N° 19353 (2015). *Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)*. IMPO: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Londoño-Moreno, A. M., Lladó-Olivera, M. S., Díaz-Bambula, F., Rentería-Pérez, E., & Wittke-Tallar, T. (2023). *Políticas públicas sobre envejecimiento y vejez: los casos de Uruguay y Colombia*. Revista CES Derecho, 14(2), (pp. 23 - 41). <https://doi.org/10.21615/cesder.7305>

Martínez Lupi, F (2023) *Mujeres que cuidan a un familiar con diagnóstico de Parkinson: significaciones y vivencias en torno al cuidado*. [Tesis de maestría, Universidad de la República]

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *World Report on Ageing and Health*.

Paredes (2017) *El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos*.

Paredes (2020) *Envejecer en Uruguay: una actualización de los datos disponibles*. En *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez*. Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. (Capítulo II pp. 63 - 84)

Paredes, M, Berriel, F, Lladó, M, Carbajal, M, Nathan, M, González, D, Ciarniello, M y Pérez, R. (2013.). *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Ediciones Universitarias.

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

Pérez, R (2004). *El campo de la Psicogerontología en Uruguay*. Jornadas Gerontológicas 2004, Universidad Maimónides.

Rodríguez Zoya, P. (2020). *Gobierno de la salud y envejecimiento activo: la vejez saludable como estrategia biopolítica de cuidado personal*. En S. Sustas, S. Tapia y MP. Venturiello (Comps.), *Investigación e intervención en salud. Demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes*.

Rodríguez Zoya, P. (2016) *El dispositivo biopolítico de revitalización en la gubernamentalización del envejecimiento: problematización, eventualización y analítica de tecnologías de rejuvenecimiento, prolongevidad y vejez saludable para el gobierno del envejecimiento*. [Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires]

Rovira, A. (2024) *Un cuento neoliberal: La racionalidad gubernamental de la vejez*. [Tesis de doctorado, Universidad de la República]

Villar, F., y Serrat, R. (2014). *La participación cívica de las personas mayores como expresión de la generatividad en la vejez. Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento*, 19(2), (pp. 345 - 358). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.44952>

Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*. Paidós.

Strejilevich, M. (1990) *Temas de Psicogeriatría*. Ediciones 1919.