



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**Subjetividad en la vejez: El deseo de reconocimiento y la dimensión afectiva  
del adulto mayor en contextos institucionales.**

**AUTORAS:**

**Alvarado Erazo, Melany Nicole  
Pincay Lapo, Angie Estefanía**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTORA:**

**Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**23 de agosto del 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Alvarado Erazo, Melany Nicole, Pincay Lapo, Angie Estefanía** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

**TUTORA:**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana, Mgs.**

**Guayaquil, a los 23 del mes de agosto del año 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Alvarado Erazo, Melany Nicole**

**Pincay Lapo, Angie Estefanía**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Subjetividad en la vejez: El deseo de reconocimiento y la dimensión afectiva del adulto mayor en contextos institucionales** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 23 del mes de agosto del año 2026**

**LAS AUTORAS:**

Melany Alvarado

f. \_\_\_\_\_

**Alvarado Erazo, Melany Nicole**

Angie Pincay L.

f. \_\_\_\_\_

**Pincay Lapo, Angie Estefanía**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Alvarado Erazo, Melany Nicole**  
**Pincay Lapo, Angie Estefanía**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Subjetividad en la vejez: El deseo de reconocimiento y la dimensión afectiva del adulto mayor en contextos institucionales**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 23 días del mes de agosto del año 2026**

### **LAS AUTORAS:**

Melany Alvarado

f. \_\_\_\_\_

**Alvarado Erazo, Melany Nicole**

Angie Pincay L.

f. \_\_\_\_\_

**Pincay Lapo, Angie Estefanía**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO**



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Trabajo de titulación Alvarado - Pincay

ID : 3261a1deb6437ce8396df1e4481ef8d106b572d7



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Trabajo de titulación Alvarado - Pincay.txt  
Tamaño del archivo original : 224,04 kB  
Número de palabras : 29.696

Depositante : Angie Pincay Lapo  
Autor : Angie Pincay Lapo  
Fecha de depósito : 19 de agosto de 2026  
Tipo de carga : url\_submission  
fecha de fin de análisis : 20 de agosto de 2026

**TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:**

“Subjetividad en la vejez: El deseo de reconocimiento y la dimensión afectiva del adulto mayor en contextos institucionales”.

**AUTORAS:**

Alvarado Erazo, Melany Nicole

Pincay Lapo, Angie Estefanía

**INFORME ELABORADO POR:**

**TUTORA:**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.**

**Guayaquil, a los 23 días del mes de agosto del año 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AGRADECIMIENTO**

Infinitamente agradecida con Dios por guiarme y sostenerme en todo momento, y por darme las fortalezas para cumplir este sueño tan importante para mí. Le agradezco de todo corazón a mi tía Cecilia Erazo por haber creído en mí, por apoyarme siempre y por ser una pieza clave en mi carrera, sin su apoyo hoy no estaría aquí. A mi abuela y tíos, gracias por sus sabios consejos y su apoyo incondicional. Mi gratitud también para mi tutora de tesis, Marcia Colmont, por su paciencia y por el tiempo que nos brindó. A mi compañera Angie Pincay, gracias por recorrer conmigo este último escalón, por poner tanto esfuerzo y todo lo que aprendimos juntas. A mis compañeras Fiama, Karla, Adriana, Gisell y Angyer, por acompañarme y hacer de esta etapa un recuerdo tan especial. Finalmente, gracias a todas las personas que de una u otra manera me brindaron su apoyo y estuvieron presentes durante estos años. Este logro también es de quienes creyeron en mí. A todos ustedes, gracias por ser parte de mi historia.

**Alvarado Erazo, Melany Nicole**

Agradezco, en primer lugar, a Dios por acompañarme en cada paso de este camino, por brindarme sabiduría, salud, fortaleza y por sostenerme en los momentos difíciles. A mi familia, gracias infinitas por su apoyo incondicional, su esfuerzo constante, por inculcarme desde siempre el valor de la perseverancia y por creer en mí aun cuando yo misma dudé. A mis tutores de destino del Hospital de Ceibos, quienes fueron pilares fundamentales a lo largo de mis prácticas preprofesionales, gracias por brindarme sus conocimientos con paciencia y generosidad. Finalmente, agradezco a todos aquellos que de alguna manera formaron parte de este camino, quienes con sus palabras, enseñanzas y apoyo hicieron posible que este sueño se haga realidad.

**Pincay Lapo, Angie Estefanía**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DEDICATORIA**

Dedico este logro, con todo mi amor, a mi mamá que hoy está en el cielo. A ella porque fue quien inspiró mi elección de esta carrera y a quien le hice la promesa de cumplir mis sueños. Mamá, este logro es para ti, por todo lo que significaste y sigues significando en mi vida. Espero que, donde quiera que estés, puedas sentirte orgullosa de mí y saber que cumplí aquella promesa que un día te hice. A mi tía Cecilia Erazo que ha sido mi sostén, hizo realidad mi educación y nunca dudo en mí.

**Alvarado Erazo, Melany Nicole**

Dedico este logro a Dios, por guiar mis pasos y permitirme cumplir uno de los sueños más importantes de mi vida. A la maravillosa familia que tengo, que nunca dejó de creer en mí, con sus consejos lograron borrar muchos de mis miedos, devolverme la confianza cuando sentía que mis fuerzas se acababan y aplaudir tan fuerte cada triunfo a lo largo de mi vida. Los amo infinitamente, nunca me falten.

A la pequeña Angie, no sabes cuánto has crecido, has aprendido y nunca te has rendido. Solo puedo decirte que esa mente soñadora te está llevando a lugares increíbles con personas maravillosas. ¡Lo lograste pequeña, siéntete orgullosa!

A mi ángel del cielo, aunque ya no estés físicamente, jamás soltaste mi mano ni mucho menos me dejaste caer a lo largo de este camino. Te hice una promesa y hoy la estoy cumpliendo, espero que estés orgulloso de mí. Siempre te llevo presente en mi corazón.

Por siempre, tu niña consentida “Angieruca”

**Pincay Lapo, Angie Estefanía**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Arbaiza Velázquez, Ileana De Fatima**  
DECANA DE LA FACULTAD

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Andina Zoller, María José, Mgs.**  
DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Navas García, Javier Emilio, Mgs**  
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

## **CALIFICACIÓN**

**NOTA:** \_\_\_\_\_

**NOTA:** \_\_\_\_\_

# ÍNDICE

|                                                                                      |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
| RESUMEN.....                                                                         | XII  |
| ABSTRACT .....                                                                       | XIII |
| INTRODUCCIÓN .....                                                                   | 2    |
| Formulación del problema .....                                                       | 4    |
| Planteamiento del problema .....                                                     | 5    |
| Preguntas de investigación .....                                                     | 6    |
| Pregunta general .....                                                               | 6    |
| Preguntas específicas .....                                                          | 6    |
| Objetivos .....                                                                      | 7    |
| Objetivo general .....                                                               | 7    |
| Objetivos específicos .....                                                          | 7    |
| Justificación .....                                                                  | 8    |
| ANTECEDENTES .....                                                                   | 10   |
| ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....                                                    | 10   |
| ANTECEDENTES NACIONALES .....                                                        | 11   |
| ANTECEDENTES LOCALES.....                                                            | 13   |
| CAPÍTULO 1.....                                                                      | 15   |
| LA CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD EN LA VEJEZ .....                                 | 15   |
| Subjetividad y autonomía en la etapa de la vejez .....                               | 15   |
| Prejuicio social y estereotipos hacia la vejez .....                                 | 22   |
| La construcción social de la vejez.....                                              | 28   |
| CAPÍTULO 2.....                                                                      | 33   |
| DETERIORO DE LA AUTOESTIMA Y LA CRISIS DEL YO.....                                   | 33   |
| EN EL ADULTO MAYOR .....                                                             | 33   |
| Crisis de identidad en adultos mayores.....                                          | 33   |
| Duelo por pérdida de roles vitales .....                                             | 37   |
| Consecuencias emocionales del silenciamiento.....                                    | 43   |
| CAPÍTULO 3.....                                                                      | 47   |
| DEL OBJETO DE CUIDADO AL SUJETO DE DESEO: .....                                      | 47   |
| DEMANDAS DE ESCUCHA.....                                                             | 47   |
| Fortalecimiento de la autonomía en adultos mayores .....                             | 47   |
| Restitución de la palabra: La escucha analítica en el contexto institucional.....    | 52   |
| Hacia un modelo de acompañamiento centrado en la subjetividad del adulto mayor ..... | 57   |

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>CAPÍTULO 4.....</b>                                                         | <b>64</b> |
| <b>METODOLOGÍA .....</b>                                                       | <b>64</b> |
| <b>Enfoque .....</b>                                                           | <b>64</b> |
| <b>Paradigma.....</b>                                                          | <b>64</b> |
| <b>Método .....</b>                                                            | <b>64</b> |
| <b>Técnicas.....</b>                                                           | <b>65</b> |
| <b>Instrumentos.....</b>                                                       | <b>65</b> |
| <b>Población.....</b>                                                          | <b>65</b> |
| <b>CAPÍTULO 5.....</b>                                                         | <b>66</b> |
| <b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>                             | <b>66</b> |
| <b>Exclusión en la toma de decisiones y participación institucional .....</b>  | <b>66</b> |
| <b>Rutina institucional y pérdida de autonomía .....</b>                       | <b>67</b> |
| <b>Falta de escucha, pérdidas y dimensión afectiva.....</b>                    | <b>68</b> |
| <b>Demandas de reconocimiento, autonomía y deseo .....</b>                     | <b>69</b> |
| <b>La muerte de Morena: límite biológico y continuidad institucional .....</b> | <b>70</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>                                                       | <b>72</b> |
| <b>LISTA DE REFERENCIAS .....</b>                                              | <b>74</b> |

## RESUMEN

La presente investigación abordó la subjetividad en la vejez y el deseo de reconocimiento del adulto mayor en contextos institucionales, esto es muy importante porque muchos modelos de atención se enfocan solo en las necesidades biológicas y anulan la dimensión psíquica del sujeto. El objetivo principal fue analizar la subjetividad del adulto mayor institucionalizado para comprender sus necesidades de reconocimiento, de escucha y de expresión afectiva. Esto permitió reflexionar sobre un modelo de atención que, en muchos casos, se enfoca principalmente en cubrir las necesidades biológicas y deja de lado otros aspectos importantes de su bienestar. Para esto, se utilizó un enfoque cualitativo, con alcance descriptivo, basado en el paradigma interpretativo donde se realizó un análisis del documental “La última estación”. Los resultados mostraron que la falta de participación de los adultos mayores en las decisiones de la vida cotidiana puede llevar a infantilizar y al mismo tiempo limitar su autonomía. Al no contar con espacios para expresar sus vivencias, se dificulta la elaboración de los duelos por las pérdidas que sufren en esta etapa. Esto afecta por lo que es necesario pasar de un modelo simplemente institucional a un acompañamiento clínico que devuelva la palabra y reconozca al adulto mayor como sujeto deseante hasta el final de su vida.

**Palabras claves:** Subjetividad; Vejez institucionalizada; Escucha analítica; Autonomía; Deseo de reconocimiento; Psicoanálisis.

## **ABSTRACT**

This research addressed subjectivity in old age and the desire for recognition among older adults in institutional settings. This is crucial because many care models focus solely on biological needs, neglecting the psychological dimension of the individual. The main objective was to analyze the subjectivity of institutionalized older adults to understand their needs for recognition, to be heard, and for emotional expression. This allowed for reflection on a care model that, in many cases, focuses primarily on meeting biological needs and overlooks other important aspects of their well-being. A qualitative approach with a descriptive scope, based on the interpretive paradigm, was used, employing an analysis of the documentary "The Last Station." The results showed that the lack of participation of older adults in everyday life decisions can lead to infantilization and, at the same time, limit their autonomy. Without spaces to express their experiences, processing grief for the losses they suffer at this stage of life becomes more difficult. This is why it is necessary to move from a purely institutional model to a clinical support that gives back the voice and recognizes the older adult as a desiring subject until the end of their life.

**Keywords:** Subjectivity; Institutionalized Old Age; Analytical Listening; Autonomy; Desire For Recognition; Psychoanalysis.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la complejidad de la vejez desde una perspectiva clínica y psicosocial, enfocándose en cómo el proceso de envejecimiento y la inserción del adulto mayor en contextos institucionales impactan de manera directa en su identidad y subjetividad, puesto que dichos contextos pueden influir significativamente en la percepción de sí mismo, en el ejercicio de su autonomía y en el reconocimiento de su lugar como sujeto deseante, generando en algunos casos sentimientos de dependencia o la suspensión de su capacidad de elección sobre su propia vida. En las sociedades contemporáneas, el envejecimiento suele ser observado bajo una “mirada deficitaria” que reduce a la persona a su deterioro físico, ignorando su dimensión subjetiva. Esta concepción biomédica desplaza a un segundo plano la dimensión afectiva del sujeto, transformando el acompañamiento institucional en una simple gestión asistencialista de sus necesidades biológicas, anulando la persistencia de su posición como sujeto deseante.

El presente trabajo guarda una correspondencia con el Dominio Institucional 5 de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG): Educación, comunicación, arte y subjetividad; específicamente, en la línea de investigación enfocada en la salud mental y bienestar social, ya que busca identificar y proponer prácticas de acompañamiento respetuosas que protejan la dignidad de los adultos mayores en contextos institucionales a través de la restitución de su palabra y el reconocimiento de su singularidad.

Este estudio está directamente relacionado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030; especialmente con la meta 3.4 del ODS 3, que pretende disminuir las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles y fomentar la salud mental y el bienestar. Se aborda a continuación el impacto psicosocial en los adultos mayores como la pérdida de subjetividad, dependencia, aislamiento social y dificultades con la investidura libidinal, con un enfoque en el cuidado de la salud mental. Además, se vincula con la meta 10.2 del ODS 10, que impulsa la inclusión social, política y económica de todos los individuos, sin distinción de edad, género, discapacidad, raza, etnia, origen, religión, situación económica u otras condiciones; de esta forma, al proponer modelos de cuidado y acompañamiento que reconozcan a los adultos mayores como sujetos activos y valiosos en la sociedad.

El eje del Plan de Creación de Oportunidades de la Secretaría Nacional de Planificación que guarda mayor correspondencia con la investigación es el Eje Social, el cual enfatiza la promoción de la inclusión social y garantiza el acceso al “derecho a la salud integral, gratuita y de calidad” (párr. 2). Este eje social, al priorizar la salud integral y la inclusión de grupos prioritarios, permite que la presente investigación concientice acerca de la realidad del adulto mayor institucionalizado. Muchas veces, la dimensión afectiva y la salud mental de esta población son invisibilizadas por modelos de cuidado asistencialistas, lo cual genera que se les reste importancia a las situaciones de aislamiento social, pérdida de autonomía y falta de reconocimiento como sujetos de deseo que las personas mayores viven a diario en los dispositivos residenciales.

Actualmente la sociedad debería cambiar urgentemente la idea de que la vejez es sinónimo de discapacidad, que es un prejuicio que lleva a la soledad y el aislamiento. Y cuando los adultos mayores pierden los roles que tienen en la vida, se infantiliza su trato, llegando ese trato a influir en sus decisiones y a reducir la autonomía de ellos. Es así como se enmarca la presente investigación que intentará dar mayor claridad en cómo el silenciamiento sistemático y la falta de espacios de escucha analítica en las instituciones genera crisis de identidad y debilita el Yo en la vejez. Finalmente, para los profesionales en salud y cuidado, el estudio ofrece recursos que ayudan a resolver los conflictos en la gestión del acompañamiento, promoviendo modelos centrados en el sujeto que impiden la crisis de identidad y garantizan una convivencia basada en el respeto mutuo.

## **Formulación del problema**

La presente investigación se centra en la poca importancia que se le da a la subjetividad del adulto mayor, más aún cuando este se encuentra institucionalizado, fenómeno que se traduce en el silenciamiento de su deseo y de su demanda de reconocimiento. Este procedimiento es operado por un dispositivo asilar que da prioridad a las necesidades biológicas y reduce al sujeto a un cuerpo orgánico desprovisto de su dimensión psíquica. Esta práctica responde a un imaginario social que vincula la vejez con la vulnerabilidad y la incapacidad, dejando de lado tanto las producciones singulares como las demandas afectivas del sujeto. Con este sesgo, el Otro institucional ejerce un control absoluto y unilateral, despojando al adulto mayor de su capacidad de elección y lo aliena ante las demandas de un modelo asistencialista. La ausencia de espacios de escucha impide que la palabra surja para tramitar el saber inconsciente. De este modo, la institución deja en el desamparo subjetivo los duelos por la pérdida de roles vitales, imposibilitando la reconfiguración de su economía psíquica frente a las castraciones de esta etapa vital.

La estructura psíquica y relacional del sujeto se ve afectada directamente por las repercusiones de esta lógica institucional. Como primer efecto clínico, la falta de un espejo institucional que le devuelva un lugar valioso y deseante conduce a una fragmentación del Yo; la integridad yoica se desmorona ante la ausencia de investidura libidinal. Cuando se silencia a un adulto mayor, este tiende a sentir discriminación y soledad, y no es más que un espejo de ruptura con un mundo que ya no le podía ofrecer un lazo social significativo. En estos contextos, limitar su autonomía es profundizar en la dependencia y colocarlos a la espera pasiva de los caprichos del Otro institucional. Como consecuencia, ven afectada su autoestima y dignidad, porque dejan de verse como sujetos y comienzan a sentirse como un desecho para la sociedad. Finalmente, el modelo asistencial termina por deshumanizar el cuidado; una práctica que, al ignorar la persistencia del sujeto de deseo y su relación ineludible con el inconsciente, degrada la clínica del acompañamiento a una simple gestión de las necesidades biológicas, consumando así la anulación de la trayectoria del sujeto en el ocaso de su ciclo vital.

## **Planteamiento del problema**

El problema central que enfrentan los adultos mayores en contextos institucionales se basa en la progresiva pérdida o debilitamiento de su subjetividad y autonomía por parte del entorno que les rodea. El paso hacia la vejez, como etapa vital, impone al sujeto la convivencia con representaciones tanto propias como ajenas acerca del envejecimiento. En este sentido, Álvarez (2011) sostiene que “muchas veces se cristaliza la mirada en un prejuicio que considera la vejez como pérdida de autonomía y deterioro irrefrenable” (p.182).

Esta percepción limitante se manifiesta en la falta de espacios para la escucha activa dentro de las instituciones; esto hace que las personas mayores no puedan expresar libremente sus necesidades, opiniones y emociones. Al silenciar su voz, se les quita el derecho fundamental de ser protagonistas de su propia vida y de su vejez; esto los pone en una posición en la que solo reciben cuidados, sin poder decidir.

La restricción de la autonomía y la invalidación de la palabra del adulto mayor son factores que mantienen un ciclo negativo; esta anulación de la subjetividad no solo representa una falta en la atención personal, sino también un problema estructural con serias consecuencias psicosociales. A nivel emocional, se manifiesta en el deterioro de la autoestima y la dignidad; que afecta la integridad del Yo; es decir, cuando el sujeto, no encuentra un espejo institucional que le devuelva la imagen de persona íntegra y valiosa, sufre una herida narcisista que termina fragmentando su identidad.

A nivel social, la pérdida de roles importantes y la falta de reconocimiento generan duelos no elaborados, esto suele derivar en aislamiento y soledad, funcionando como un mecanismo de defensa frente a la pérdida de un lazo social significativo. Por lo tanto, estas prácticas de cuidado hacen que el sujeto dependa del Otro y fomentan una deshumanización extrema; el cuidado se convierte solo en atender las necesidades biológicas, en lugar de ayudar a vivir plenamente. Lo expuesto evidencia la urgente necesidad de transformar este modelo asistencialista por otro que respete los derechos, deseos y capacidad de elección de las personas mayores; así, su última etapa de vida no se verá diluida.

## **Preguntas de investigación**

### **Pregunta general**

¿Cómo experimentan y vivencian los adultos mayores institucionalizados su deseo de reconocimiento frente a las dinámicas institucionales en las cuales se priorizan las necesidades biológicas de estos?

### **Preguntas específicas**

1. ¿Cómo perciben los adultos mayores institucionalizados la exclusión en la toma de decisiones y de qué manera esto influye en su participación dentro de los contextos institucionales?
2. ¿Cuál es la incidencia de la falta de espacios de escucha, expresión y elaboración de pérdidas en la construcción de la autoestima, la subjetividad y la identidad de los adultos mayores institucionalizados?
3. ¿Qué demandas, expectativas y necesidades de reconocimiento expresan los adultos mayores en cuanto a los espacios de escucha y acompañamiento dentro de las instituciones y cómo se relacionan con la preservación de la autonomía, dignidad y subjetividad?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar la subjetividad del adulto mayor institucionalizado para comprender sus necesidades de reconocimiento, de escucha y de expresión afectiva frente a un modelo asistencial centrado únicamente en los cuidados de las necesidades biológicas.

### **Objetivos específicos**

1. Explorar las percepciones que los adultos mayores les dan a la exclusión en la toma de decisiones, las cuales limitan su participación dentro de los contextos institucionales mediante el análisis del cortometraje “La última estación”.
2. Indagar cómo la falta de espacios de escucha, expresión y elaboración de duelo tiene repercusión en la construcción de la autoestima, la subjetividad y la identidad de los adultos mayores institucionalizados, a través del cortometraje “La última estación”.
3. Profundizar en cómo las demandas, expectativas y necesidades de reconocimiento manifestadas por los adultos mayores en cuanto a los espacios de escucha y acompañamiento dentro de las instituciones están relacionadas con el mantenimiento de su autonomía, dignidad y subjetividad, mediante el análisis del cortometraje “La última estación”.

## **Justificación**

La pérdida o el debilitamiento de la subjetividad en los adultos mayores dentro de contextos institucionales es una urgencia social que requiere acción inmediata; esto se debe a que la forma en que la sociedad los percibe puede causar daño psíquico; además, tiende a pensar que la vejez es sinónimo de incapacidad, fragilidad y deterioro. Estas dinámicas no solo muestran una falta de reconocimiento, sino que también pueden tener consecuencias clínicas severas; esto incluye la crisis de identidad del Yo, el desmoronamiento de la investidura narcisista y la instauración de una dependencia alienante respecto al Otro institucional. Esto le quita el derecho a la autodeterminación y a ser parte activa de su propio proceso de envejecimiento.

Por eso, es fundamental analizar estas dinámicas a partir de la propia experiencia y palabra del adulto mayor que se encuentra en contextos institucionales. Con esto se intenta llenar el vacío de conocimientos sobre cómo revertir la tendencia hacia la deshumanización del cuidado, en la que el acompañamiento se reduce a una “gestión de la necesidad física”, en lugar de convertirse en una “facilitación de la vida plena”. Bajo esta premisa, la investigación aportará la base conceptual cualitativa necesaria para construir modelos de acompañamiento enfocados en el sujeto y que prevengan el desmoronamiento psíquico en la vejez. Así, podemos contribuir a crear una sociedad más respetuosa e inclusiva con todas las etapas de la vida; logrando el objetivo de acompañar sin borrar al sujeto y respetando en su totalidad sus experiencias subjetivas e identitarias.

La investigación se llevó a cabo a partir de un enfoque cualitativo, presentado en el paradigma interpretativo y utilizando un método documental e interpretativo. El objetivo era acercarse a las representaciones y significados de la vejez construidos en la vida cotidiana de las instituciones en la que los adultos mayores tienen una estadía larga. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de análisis documental, aplicada sobre el largometraje chileno “La última estación” (2012-2013), empleando como instrumento una matriz de registro y categorización. Se justificó la elección de esta, ya que el material audiovisual permitía una exploración analítica reconociendo al adulto mayor no como un objeto pasivo de asistencia médica, sino como un sujeto con vivencias y capacidad de reflexión.

Entre las limitaciones encontradas en el desarrollo de la investigación es que, al basar el análisis en una fuente audiovisual, no se contó con la posibilidad de

interactuar directamente con los adultos mayores para profundizar mediante entrevistas en tiempo real, sobre ciertas reacciones, emociones o necesidades de reconocimiento específicas. Sin embargo, este aspecto se logró resolver gracias a la neutralidad de la cámara y el respeto por los tiempos, lo cual facilitó una interpretación de las dinámicas, los silencios y las rutinas institucionales que quedaron registradas.

En el primer capítulo se aborda la conceptualización teórica de la subjetividad y la autonomía frente al declive biológico y las exigencias del lazo social contemporáneo. Asimismo, se analizan los prejuicios sociales, el impacto del edadismo y los estereotipos que configuran la vejez desde una mirada deficitaria e institucional. Por otro lado, en el segundo capítulo se examina el impacto psíquico de la institucionalización y la pérdida de roles vitales. Profundiza en las consecuencias clínicas del silenciamiento, los duelos no elaborados y las repercusiones emocionales como la depresión, la soledad y el quiebre de la investidura narcisista del Yo.

En el tercer capítulo, se habla sobre la necesidad de cambiar hacia una ética del deseo, también se resalta la importancia de fortalecer la autonomía, se enfoca en la escucha analítica y en la transferencia dentro de los dispositivos residenciales, con el objetivo de devolver la palabra y la dignidad a los adultos mayores.

En el Capítulo IV, denominado “Marco Metodológico”, se describe detalladamente la estructura investigativa que sostiene el estudio. Este apartado expone el enfoque cualitativo, el paradigma interpretativo y el método documental e interpretativo utilizados, así como la técnica de análisis audiovisual del largometraje “La última estación”. Este capítulo es de suma importancia, ya que proporciona el rigor científico, la transparencia y la ruta procedimental exacta que permite abordar un fenómeno complejo como lo es la subjetividad humana, garantizando que la interpretación clínica de las vivencias y silencios del adulto mayor cuente con una base metodológica sólida y estructurada.

Por su parte, en el quinto capítulo se realiza un análisis documental y una interpretación clínica desde la perspectiva del psicoanálisis, se analizan las dinámicas institucionales y la forma en que se expresa el deseo de reconocimiento en la población estudiada.

## **ANTECEDENTES**

El estudio de la vejez ha ido evolucionando a lo largo del tiempo; antes se enfocaba en lo gerontológico-biomédico, pero ahora es desde un enfoque clínico y subjetivo que interroga el lugar del adulto mayor dentro del lazo social y las estructuras institucionales. Al momento en que un sujeto ingresa a un dispositivo residencial, su economía psíquica y su posición enunciativa cambian de manera significativa. Por lo tanto, es esencial analizar a nivel internacional de qué manera el contexto institucional y las percepciones sociales influyen en la autopercepción y el bienestar afectivo del sujeto.

### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

A nivel internacional, es fundamental explorar cómo el entorno institucional afecta la economía psíquica y la autopercepción del adulto mayor. Guevara-Peña (2016), en su artículo titulado “*Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales*”, examinó los efectos subjetivos del ingreso a residencias en una población de adultos mayores de un Centro de Protección Social en Bogotá, Colombia. El estudio se realizó utilizando un enfoque cualitativo que incluyó entrevistas en profundidad y grupos focales, donde la autora evidenció que los residentes no perciben su ingreso y permanencia en la institución como una alternativa de cuidado, sino como “un sentimiento de derrota con la vida” y una notable “pérdida de autonomía, de libertad y de decisión frente a la propia existencia”. Se concluyó de manera firme que el encierro prolongado y el alejamiento de las relaciones habituales sofocan la singularidad del sujeto. Este análisis ofrece a la presente investigación una base empírica al mostrar que un entorno segregativo puede anular la capacidad de elección del sujeto, esto resalta la urgente necesidad ética de desarrollar iniciativas que prioricen la voz de las personas en lugar de limitarse a una gestión asistencial.

Por consiguiente, esta marcada tendencia de los entornos institucionales a silenciar e inhibir la capacidad de elección del adulto mayor a través de prácticas de trato paternalista encuentra una crítica importante en los aportes de Lacub y Arias (2010), en su estudio titulado “*El empoderamiento en la vejez*”. Los autores indagaron los diferentes factores que impulsan el empoderamiento y la falta de empoderamiento a medida que las personas envejecen. Mediante una revisión analítica, demostraron cómo las percepciones sociales negativas de la vejez junto con las representaciones de

identidad inadecuadas que la sociedad construye en torno a ella influyen directamente en cómo los adultos mayores se ven a sí mismos, lo que conlleva a una pérdida gradual de su autonomía. Este hallazgo es fundamental para la investigación, ya que nos ayuda a reconocer cómo las prácticas en asilos empujan sistemáticamente a los adultos mayores a la infantilización. Cuando alguien es ubicado en una posición discursiva de minoría de edad psíquica, se asume que ya ha perdido su capacidad de elección. Como consecuencia, el Yo del sujeto queda alienado a las exigencias del Otro institucional, lo que se traduce en la pérdida de control sobre su propio curso vital.

Para revelar los sesgos que configuran el lazo social con la senescencia, Clemente et al. (2009), en su investigación titulada “*Estrés psicosocial y estilos de afrontamiento del adulto mayor en distintos contextos habitacionales*”, desarrollaron una investigación de alcance descriptivo-comparativo y de corte transversal con el objetivo de evaluar el impacto del espacio residencial en la economía psíquica del sujeto, analizando una muestra de 200 adultos mayores en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, distribuida de manera igualitaria entre un dispositivo residencial de larga estadía (institucionalizados) y aquellos que permanecían en sus propios hogares familiares. Los resultados del estudio fueron muy claros: vivir en un asilo puede separar a las personas de su entorno y hacer que se sientan solas. Las personas que vivían en asilos tenían mucho estrés y no sabían cómo manejar los problemas tan bien como las personas que seguían viviendo en sus hogares. Este estudio es importante porque nos muestra cómo vivir en un lugar institucional puede afectar a las personas debido a que puede perder su independencia y el apoyo de sus seres queridos, esto puede hacer que se sientan abandonadas y solas, lo que puede empeorar su salud mental.

## **ANTECEDENTES NACIONALES**

En Ecuador, la familia tradicional ha ubicado históricamente a los adultos mayores en un lugar de respeto y autoridad, donde se espera que transmitan sabiduría y valores. Por ello, la inserción institucional suele vivenciarse con un fuerte tinte de desamparo y ruptura drástica del lazo social. Sin embargo, esta situación se complica al ver que la mayoría de este grupo poblacional se queda sin recursos económicos para su sustento, esto se vuelve aún más difícil cuando la familia tampoco tiene los medios para ofrecerles una atención adecuada. Como resultado, se intensifica un sentimiento

de abandono, impotencia y tristeza, que devalúa la investidura narcisista y merma la integridad del Yo en esta etapa final de la vida.

Para entender mejor estas dinámicas, Flores-Tomalá y Yagual-Rivera (2023), en su investigación titulada “*Abandono familiar y estado emocional de los adultos mayores del barrio Paraíso del cantón Salinas*”, analizaron el abandono familiar y su relación con el estado emocional de los adultos mayores. Las investigadoras usaron un enfoque cuantitativo y un método correlacional, en el cual evaluaron una muestra local mediante la Escala de Likert y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados mostraron una relación entre el abandono familiar y los síntomas de depresión, estos pueden causar trastornos emocionales en los adultos mayores. Las autoras dicen que el “abandono moral” afecta la comunicación y rompe los lazos afectivos. Este fenómeno lleva a los sujetos al aislamiento y hace que los sujetos no se vean como personas activas, sino como objetos sin valor en la sociedad. El estudio muestra cómo la ruptura de los lazos familiares se vuelve un factor estresante crónico, desde un enfoque clínico, estos resultados indican que la pérdida de los espacios de comunicación afectiva no solo afecta el estado de ánimo, llevando a la persona al aislamiento, sino que también provoca una herida narcisista que fragmenta la integridad del Yo.

Por otro lado, Chuga Quemac et al. (2024), en su artículo titulado “*Abandono de adultos mayores en comunidades rurales*”, abordan la preocupante situación de desamparo familiar y social que enfrentan los adultos mayores en Ecuador. Los autores dicen que es importante mejorar las leyes y la ayuda para los adultos mayores. Este estudio se enfoca en el abandono de los adultos mayores en Tulcán y sugiere sanciones para los herederos que no cumplen con sus responsabilidades según la ley ecuatoriana. La mayoría de las personas que participaron en la encuesta, el 85%, creen que el abandono es un problema real en sus comunidades, especialmente en las zonas rurales, en estas zonas hay poca ayuda y la familia es la única que puede darles apoyo. Las autoras creen que el abandono familiar no solo es ilegal, sino que también muestra que no hay solidaridad y deja a las personas sin protección. Esta investigación es muy importante para el presente proyecto porque nos ayuda a entender cómo funciona el abandono en el país, y cómo afecta la dignidad de las personas antes de que las instituciones intervengan. Al analizar los datos desde una lectura clínica, se ve que cuando no se ayuda a las comunidades, se crea una profunda sensación de desamparo.

Los adultos mayores que no tienen familia pierden su voz y su lugar afectivo en el mundo, y esa pérdida es lo que los lleva a sentirse solos y aislados dentro del sistema de cuidados.

Para entender las complicaciones biopsicosociales que afronta una persona al ser ingresada en un entorno residencial en Ecuador, es fundamental tomar en cuenta el estudio realizado por Pacurucu et al. (2024), titulado “*Evaluación geriátrica integral en adultos mayores institucionalizados en la Ciudad de Cuenca*”, este estudio observacional, retrospectivo y descriptivo se realizó con 44 personas de edad avanzada que residen en la Casa Hogar Miguel de León. Los resultados que mostraron los investigadores son alarmantes y apoyan la necesidad de una lectura clínica sobre la subjetividad: el 43.2% de los residentes mostró un grado de dependencia grave para realizar las actividades básicas de la vida diaria; el 59.1% reveló un riesgo latente de desnutrición; el 65.9% demostró un alto riesgo de caídas físicas y según el MMSE, el 56.9% fue clasificado con una condición cognitiva gravemente alterada. Además, la Escala Social de Gijón reveló que el 81.8% de los adultos mayores institucionalizados sufren problemas sociales graves relacionados directamente con el divorcio o la falta de compañía familiar. Los resultados de este estudio resultan fundamentales porque funcionan como un dispositivo asilar que reduce al sujeto a un organismo biológico que necesita asistencia básica. Estos indicadores evidencian que, en Ecuador, el entorno institucional, al enfocarse en atender las urgencias físicas y biológicas, descuida la dimensión afectiva y el saber inconsciente de los adultos mayores, esto provoca que estos queden expuestos relacionamente y con un sentimiento de desamparo subjetivo, lo cual acelera la fragmentación de la integridad del Yo al final de su ciclo vital.

## **ANTECEDENTES LOCALES**

El Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de la ciudad de Guayaquil, a través del Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil (CCPIDG), implementó una ordenanza para la protección de las personas adultas mayores de Guayaquil, con el objetivo de consolidar el respeto e inclusión de los adultos mayores, dicha normativa manifiesta que la atención a este grupo poblacional debe ser prioritaria en todos sus ámbitos sin discriminación; procurar la difusión sobre el ejercicio de sus derechos; fomentar su participación e integración social en todos los sectores de la sociedad; y prevenir su abuso, abandono, maltrato y violencia (M. I.

Concejo Municipal de Guayaquil, 2019). Este aporte es importante en nuestra investigación, ya que nos permite explorar cómo, a pesar de contar con un marco legal que promueve la participación y dignidad de los adultos mayores, las dinámicas dentro de las instituciones a menudo dificultan el surgimiento del sujeto deseante, esto los deja en un estado de desamparo subjetivo que la normativa vigente no logra abordar.

Esta tendencia a la homogeneización de los cuidados también se refleja en las demandas de la ciudadanía que han sido recogidas por la prensa local. Según Romero (2023), en un informe para el portal periodístico GK, las personas mayores de 65 años piden a la Alcaldía de Guayaquil que les den acceso a servicios de salud, transporte accesible y atención a urgencias físicas. Esto muestra que, en la ciudad de Guayaquil, las personas mayores de 65 años están abandonadas en cuanto a su salud y seguridad física. Al centrar la atención pública únicamente en estas necesidades básicas, se desestiman las demandas afectivas, lo que evidencia un sesgo asistencial que limita al adulto mayor de su rol como sujeto de deseo y voz dentro de la comunidad local.

En el ámbito local, el *Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)* ha estado siguiendo la compleja situación que enfrentan los adultos mayores sin hogar en Guayaquil. Se han implementado acciones de traslado voluntario desde zonas como el Terminal Terrestre hasta centros de acogida diurna y residencial, tal como la unidad “La Victoria”. El ministerio informa que con estas medidas se busca proporcionar a estas personas procesos preventivos integrales en salud, alimentación, vivienda y manejo de pensiones asistenciales, con el fin de que puedan mantenerse. Sin embargo, en el psicoanálisis, tal asistencia puede transformarse en un Otro institucional que, en vez de asistir, conduce a la segregación. Esto deshumaniza a los sujetos como objetos de cuidado y silencia su dimensión de sujetos deseantes. Cuando entran a estos entornos institucionales, las historias personales, las huellas inconscientes y la autonomía de los adultos mayores pasan a formar parte de una rutina que busca normalizar. Por ello, es importante investigar los efectos psíquicos de este cambio, ya que el malestar emocional o apatía que se constata en los sujetos institucionalizados no solo se explica con el transcurso de los años sino también con la complejidad de subjetividad de aquellos que no tienen voz ni posibilidad de hablar sobre sus propios deseos.

## CAPÍTULO 1

### LA CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD EN LA VEJEZ

#### Subjetividad y autonomía en la etapa de la vejez

Para abordar la complejidad de la vejez de forma rigurosa, resulta esencial delimitar la definición de subjetividad. Esta delimitación es necesaria, porque permite entender que el adulto mayor no es solo “un cuerpo que envejece”, sino un sujeto con deseo, emociones, proyectos y una historia personal que sigue en construcción. Desde la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud (1915) en su obra *Lo inconsciente* y posteriormente Jacques Lacan (1953) en su texto fundamental *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*, plantean de forma categórica que la subjetividad no es solo la mente consciente, sino que constituye la posición particular, singular e inconsciente que ocupa un sujeto frente a su propia historia y deseo. Desde este punto de vista, la subjetividad en la vejez no debe concebirse como un estado estático o cerrado por el declive biológico del organismo, sino como un proceso permanente y una estructura en constante reorganización psíquica. A medida que el sujeto avanza en su ciclo vital, se ve convocado a una reconfiguración de sus posiciones psíquicas, de sus investiduras libidinales y de las formas singulares de tramitar su existencia frente a las nuevas coordenadas que le impone el paso del tiempo.

Esta mutación de la economía psíquica exige fundar una verdadera metapsicología del envejecimiento que interroge el destino de la pulsión cuando el soporte somático desfallece. La metapsicología entendida en la estricta tradición freudiana no es una simple abstracción especulativa sino una exigencia metodológica que convoca tres coordenadas indisolubles para explicar cualquier proceso anímico de la senectud: en primer lugar está el punto de vista dinámico que concibe los fenómenos psíquicos como el resultado del conflicto y la oposición de fuerzas pulsionales en pugna como la dialéctica entre la conservación de la vida y el empuje de la pulsión de muerte; por otro lado se encuentra el punto de vista económico que evalúa el destino, la distribución, la acumulación y la circulación de la energía psíquica en el aparato y por último el punto de vista tópico o estructural que sitúa la acción de las agencias psíquicas divididas bajo la primera tópica de Freud que son inconsciente, preconsciente y consciente o la segunda tópica Yo, Ello y Superyó. En el advenimiento

de la senectud, el Yo padece un severo resquebrajamiento ante las demandas pulsionales del Ello y las recriminaciones de un superyó que con frecuencia sanciona la pérdida de rendimiento y utilidad social con el reproche y la culpabilidad.

Al examinar este escenario, se revela la vigencia de la tensión dialéctica entre la libido narcisista y la libido objetal, teorizada por Freud (1914) en *Introducción del narcisismo*. El envejecimiento impone al aparato psíquico el penoso y sufriente trabajo de retirar la energía pulsional (catexis) de los objetos del mundo externo como los vínculos, los roles productivos y los ideales de la juventud para replegarla masivamente sobre el propio Yo y el organismo biológico.

En este último escenario, el cuerpo ya no funciona como una fuente de placer o ligadura erótica, sino como un objeto doliente que captura de forma sufriente y obsesiva toda la atención psíquica del sujeto, reduciendo su existencia a la rumiación de la pérdida.

En estrecha articulación con esta dimensión singular, se erige la subjetividad social, la cual se define como aquella matriz discursiva y simbólica en la que está organizada la sociedad en su conjunto, manifestándose en cada uno de los espacios institucionales en los que el sujeto se desarrolla; es decir, da cuenta de cómo opera un proceso de subjetivación singularizado en cada espacio social determinado. Dicho de otra forma, es un proceso denso, cargado de sentidos colectivos y producciones simbólicas de las cuales se despliega un conjunto de figuras sociales que residen y preexisten en dichos espacios: discursos hegemónicos, normas jurídicas, códigos de convivencia y representaciones imaginarias que configuran un orden social determinado. En las sociedades actuales, las concepciones sobre el envejecimiento suelen construirse y reproducirse desde posturas de poder que promueven activamente prácticas viejitas, reduciendo la vejez a una representación degradada de cuerpos desgastados, pasivos y vacíos de poder que solo requieren asistencia humanitaria. Esto demuestra clínicamente cómo la subjetividad social internaliza lógicas segregadoras y de desecho mucho antes de que el sujeto llegue a habitarlas de manera activa.

Por su parte, la subjetividad individual se constituye como una de las condiciones estructurales que conforman la esencia social del sujeto y su capacidad reactiva consciente; es decir, se entiende como una parte de un amplio sistema que integra lo social y lo personal. De este modo, la subjetividad individual se halla en una constante tensión dialéctica con la sociedad, pues el lazo social interviene activamente

en la modelación de distintos contextos y, al mismo tiempo, la estructura del psiquismo está profundamente marcada por los contextos históricos, sociales y culturales que le sirven de coordenadas de lenguaje.

Comprendemos entonces que, dado que la subjetividad se juega en esta permanente tensión dialéctica entre la estructura singular del sujeto deseante y las exigencias del orden social contemporáneo, se vuelve un imperativo clínico analizar cómo el sujeto ejerce su voluntad dentro de dicha encrucijada. La palabra “autonomía” proviene del griego *auto*, que significa “uno mismo” y *nomos*, que significa “ley” o “norma”. Por ende, “autónomos” se traduce como “regirse a uno mismo” o “tener su propia ley”. Desde la perspectiva filosófica de Immanuel Kant (1785) en su libro *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, la autonomía es definida como la capacidad de autolegislarse. Al trasladar esto al campo de la psicología clínica, la autonomía no se reduce a una simple independencia funcional o motriz como el vestirse o alimentarse por sí mismo; sino que se entendería como la capacidad de la persona para tomar, sostener y responsabilizarse de sus propias decisiones vitales, aun cuando su organismo biológico sufra severas limitaciones o enfermedades crónicas.

Sin embargo, para la clínica analítica, esta noción de autolegislación kantiana debe ser fuertemente tensionada con el concepto de la división subjetiva (S). Desde el descubrimiento freudiano, el sujeto no es soberano de su propia conciencia ni puede regirse bajo una autonomía absoluta, puesto que se encuentra radicalmente sujeto a las determinaciones de su inconsciente y a las vicisitudes de su deseo pulsional. En la vejez, la ilusión de control ya no se confronta directamente con la irrupción de lo Real del cuerpo que se degrada. El declive orgánico y la emergencia de la enfermedad somática no deben leerse como simples deficiencias de la maquinaria biomédica, sino como marcas clínicas de la castración anatómica que empujan al sujeto hacia los límites de su finitud.

La encrucijada del adulto mayor radica en transitar de la castración anatómica que es el choque traumático e inevitable con el deterioro funcional hacia la castración simbólica. Esta última implica la inscripción psíquica de la falta, es decir, asumir que tanto la pérdida corporal como el paso del tiempo son leyes constitutivas de la existencia humana. Solo cuando el sujeto logra simbolizar esta falta, puede abandonar la resistencia neurótica o el repliegue melancólico, reinventando una legalidad propia y un margen de decisión ética dentro de los límites reales de su cuerpo envejecido.

Según Erikson (1982), en su libro “El ciclo vital completado”, muchos sujetos en la última etapa de la vida sufren una disminución de su autonomía por factores intrínsecos tales como discapacidades o enfermedades somáticas, lo que les obliga a depender de los demás para el cuidado diario. Erikson advierte que es importante que estas personas acepten sus limitaciones para evitar caer en un estado de desesperación. Aquellos sujetos que logran integrar esta pérdida como parte natural de la vida tienen más probabilidades de alcanzar un sentido de integridad, que es descrito por Erikson como la sensación de haber vivido una vida plena, integrada y significativa.

Por lo tanto, la vejez no se reduce en absoluto a un simple declive biológico, sino que representa una conmoción profunda en la posición subjetiva del sujeto ante lo Real de su cuerpo envejecido y ante el paso del tiempo. Simone de Beauvoir (1970), en su libro *La vejez*, la define como una etapa inevitablemente biológica que transforma de forma radical e irreversible la relación de la persona con su entorno, con la sociedad y consigo misma. Sin embargo, Beauvoir señala que el sufrimiento psíquico del adulto mayor no proviene únicamente del deterioro físico, sino fundamentalmente de un entorno social que despoja al adulto mayor de su condición de sujeto con derechos.

Esta exclusión se torna inteligible al interrogar las coordenadas macrosociales a través de la teoría de los cuatro discursos de Jacques Lacan en su *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*. El lazo social actual está dominado por el discurso capitalista, una forma de comunicación que se distingue por la urgencia del consumo, la rapidez y la producción constante. Dentro de este marco, el Gran Otro de la sociedad actual establece una rígida ecuación simbólica en la que el valor del sujeto se mide únicamente por su utilidad económica y su habilidad para mantener una imagen fálica, juvenil, independiente y de conexión constante. El adulto mayor sufre una destitución civil y subjetiva radical al quedar despojado de su valor productivo por fenómenos como la jubilación obligatoria. El discurso capitalista rechaza la castración estructural y aborrece la vulnerabilidad, expulsando y segregando de la vista colectiva todo aquello que recuerde la finitud o el límite biológico. Así, el adulto mayor es colocado por el lazo social en la posición del objeto de desecho (*objeto a*), un residuo del sistema de producción que rompe la ilusión de completud mercantil de la época.

Ahora bien, para profundizar en esta encrucijada teórica, se vuelve fundamental cuestionar las nociones de autonomía y dependencia, no solo como categorías

biomédicas, sino desde la perspectiva del sujeto del inconsciente. Desde un enfoque funcional, la dependencia es la necesidad de que la persona reciba ayuda externa para hacer las actividades cotidianas debido a una disminución en su capacidad funcional. Sin embargo, el psicoanálisis nos invita a reflexionar sobre lo que sucede con la posición subjetiva cuando el cuerpo biológico comienza a declinar. Como señala Ramírez (2003) en su artículo *Dependencia Versus Autonomía en la Vejez*, la autonomía está profundamente relacionada con la voluntad y el goce de una volición independiente del Otro. En esta misma línea, Lolas (1992) describe la autonomía como una habilidad comunicativa; aunque esta pueda verse fragmentada, obstaculizada o ejercida de manera parcial debido a limitaciones emocionales, mentales o pulsiones inconscientes, eso bajo ninguna circunstancia justifica que el entorno familiar o institucional ignore su existencia o pase por encima de ella. Reducir la existencia del adulto mayor a su estado de desvalimiento funcional equivale a expropiar de forma violenta su condición de sujeto hablante.

Desde la clínica analítica, la dependencia en la vejez no puede ser leída jamás como un sinónimo automático de la disolución de la persona. El verdadero riesgo de la rutina estandarizada y del asistencialismo biomédico en entornos institucionales es que la dependencia funcional suele malinterpretarse como una heteronomía subjetiva; es decir, el entorno asume de manera absoluta que el deterioro físico o la fragilidad anulan la capacidad del sujeto para decidir, desear y hacerse responsable de su propia historia singular.

La articulación de la perspectiva psicoanalítica con aportes de diversas disciplinas nos ayuda a entender que, aunque el sujeto enfrenta lo Real de un organismo que envejece y las exigencias externas como la jubilación obligatoria, las lógicas de productividad del mercado capitalista y las estrictas rutinas impuestas por el control institucional, el malestar no se limita en lo absoluto a la dimensión somática, entendida esta como el deterioro biológico, la pérdida de capacidades funcionales y las afecciones crónicas del organismo. Esta mirada clínica e integral permite identificar las dinámicas específicas de alienación que se dan en los espacios residenciales, mostrando cómo en muchas ocasiones, la lógica institucional le quita al adulto mayor la oportunidad de cumplir sus deseos más profundos y de ejercer su derecho fundamental a tomar las riendas de su propia vida.

Para precisar conceptualmente este período vital, Rodríguez (2018) en su artículo *Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad*, manifiesta que desde la sociología gerontológica se proponen tres tipos distintos de definición: la vejez cronológica, en donde la edad medida por el calendario es el factor relevante para comprender dicho proceso; la vejez funcional, que se enfoca en cómo y cuándo aparecen las limitaciones y discapacidades motrices; y por último, la vejez entendida como parte del proceso del ciclo vital de las personas que presenta características singulares.

Desde una perspectiva analítica, estas tres distinciones en gerontología cobran un sentido clínico único ya que impactan en la economía psíquica del sujeto. La vejez cronológica introduce de forma disruptiva la dimensión del tiempo del Otro, el calendario social, civil y burocrático que pretende legislar la existencia del sujeto; sin embargo, confronta radicalmente al sujeto con la atemporalidad del inconsciente, produciendo un quiebre identitario donde el sujeto no se vivencia internamente con la edad que el espejo o el documento civil le imponen de forma externa. Por su parte, la vejez funcional denota la irrupción de lo Real de la castración en el organismo; las limitaciones motrices o biológicas no son simples déficits clínicos, sino recordatorios de la finitud que obligan al psiquismo a realizar un penoso y a veces sufriente trabajo de desinvertimiento libidinal de aquellas funciones motrices que sostenían la omnipotencia fálica del Yo. Finalmente, la vejez vista como una etapa única en el ciclo vital, exige una reorganización profunda del aparato psíquico, puesto que no se trata de un simple peldaño evolutivo lineal ni de un estado de pasividad contemplativa, sino de un reposicionamiento subjetivo ante la inminencia del límite biológico y el reordenamiento de los deseos remanentes.

Incorporar este enfoque sociológico es clave, ya que las personas siempre construyen su identidad en relación con los discursos y representaciones sociales que las rodean, lo que en psicoanálisis se conoce como la influencia o el peso decisivo del “Otro”. Un análisis cultural nos permite cuestionar de dónde provienen las significaciones negativas que a menudo se asocian con el envejecimiento, las cuales muchas veces suelen ser introyectadas y asumidas por los propios sujetos. Al entrar en una institución residencial, estas percepciones negativas se expresan mediante etiquetas administrativas y segregativas, lo que puede ocasionar en los adultos mayores serias crisis de autovaloración al encontrarse con la desaparición de su rol social anterior.

En la actualidad, que se define por una visión en gran parte centrada en la asistencia y la medicina de la vejez, es fundamental entender claramente estos tres términos. La modernidad suele marginar a los adultos mayores al eliminar su participación activa, asociando el proceso de envejecimiento con la falta de actividad o con el desecho. Estas significaciones colectivas muchas veces se pierden y se automatizan en la rutina institucional, reduciendo al adulto mayor únicamente a sus capacidades físicas. Al observar la realidad de los asilos o residencias, se hace evidente una gran contradicción y es que, por lo general la vejez se aborda desde una perspectiva totalmente asistencialista que resulta insuficiente para atender la complejidad del ser humano.

El psicoanálisis sostiene que el sujeto es un ser deseante y dicho deseo no desaparece al entrar a la vejez. En este punto es importante entender las verdaderas dimensiones del síntoma en esta etapa de la vida; el malestar no es solo una enfermedad que debe ser medicada, sino que es una manifestación profunda de lo que está sucediendo internamente en el adulto mayor. Esto significa que el síntoma aloja una verdad subjetiva densa de sentido y una modalidad de goce singular que resiste a la declinación biológica. Desde el marco conceptual de Lacan, es esencial hacer una distinción clara entre el goce y el simple placer; mientras que el placer se basa en un principio homeostático que busca mantener la presión del aparato psíquico lo más bajo posible al evitar el dolor y procurar el bienestar fisiológico, el goce va mucho más allá del principio del placer. El goce se manifiesta como una satisfacción pulsional desmedida que el Yo a menudo percibe como sufrimiento, queja o fijación sintomática.

Cuando las instituciones se enfocan en mantener al adulto mayor tranquilo y que no cause problemas, basándose únicamente en el principio del placer como la homeostasis fisiológica y la comodidad, pasan por alto su conexión inevitable con su saber inconsciente y la forma en la que el sujeto goce particularmente con lo que ha construido a lo largo de su vida. Al no haber un espacio donde el adulto mayor pueda expresarse y ser escuchado, se termina desconectando de sus propios deseos y adaptándose a la rutina de la institución.

Esta desconexión es una transgresión violenta a la misma estructura del psiquismo, teniendo en cuenta que el sujeto se constituye en un mundo compartido, donde la búsqueda de autonomía sería una característica del Yo, en tanto ser deseante; la búsqueda del reconocimiento de la diferencia, la singularidad de un nuevo ser,

exigiendo que se le garantice el derecho a ocupar un lugar independiente del exclusivo veredicto parental.

De acuerdo con Nagusi Center (2024) en su informe institucional *La salud mental en las personas mayores*, advierte que la pérdida de autonomía y el deterioro de la calidad de vida de quienes son institucionalizados exacerban las dificultades emocionales, aumentando la vulnerabilidad a problemas de salud mental con graves consecuencias que van desde los cuadros de depresión hasta la ansiedad generalizada. En aquellos escenarios donde la atención se torna precaria en su dimensión psicoterapéutica u orientada únicamente al cuidado biológico, la dimensión afectiva del ser humano queda olvidada por completo provocando así que el adulto mayor se derrumbe emocionalmente dejando sus decisiones subordinadas a las reglas de la institución.

Así, se comprende que la autonomía y la subjetividad en la vejez están totalmente ligadas al derecho del adulto mayor de seguir deseando y decidiendo. Cuando se reduce al adulto mayor a un cuerpo que únicamente necesita cuidados médicos, ignorando sus vivencias y emociones particulares, destruye su identidad. De esta manera es urgente pasar de un modelo de simple asistencia a uno que brinde espacios de escucha donde se valide la historia de cada uno de los adultos mayores devolviendo de este modo la palabra a cada persona dándoles el derecho de ser protagonistas de su propia vida.

### **Prejuicio social y estereotipos hacia la vejez**

La construcción social de las categorías de edad depende en gran medida de las representaciones de la imagen corporal, atribuyendo un significado profundamente desfavorable al proceso de envejecimiento mediante estereotipos negativos fuertemente arraigados en la vida cotidiana actual. Estos estereotipos reducen a lo sencillo un proceso eminentemente complejo y subjetivo, proponiendo ideas fijas y prejuiciosas sin correspondencia empírica que asignan conceptos falsos o sobredimensionados a las personas mayores. Para comprender a fondo estas dinámicas restrictivas que asfixian la subjetividad del adulto mayor dentro de los contextos institucionales, es indispensable delimitar el fenómeno a través del concepto de prejuicio social. Gordon Allport (1954), en su libro *La naturaleza del prejuicio*, lo describe como “una antipatía que se apoya sobre una generalización imperfecta e inflexible” (p. 9). Aplicando esta noción al contexto de la vejez, este prejuicio se

manifiesta en una postura hostil, segregante o cautelosa que reduce esta etapa de la vida a un estado monótono de debilidad y pasividad. Las interacciones sociales operan bajo el supuesto de que el sujeto, solo por pertenecer cronológicamente a este grupo, exhibe atributos biológicos, cognitivos o relacionales considerados inferiores, como la incompetencia, falta de flexibilidad o el aislamiento, lo que elimina de forma uniforme su singularidad y su historia deseante.

En este engranaje discursivo, el estereotipo actúa entonces como un momento previo a la estigmatización simbólica, mientras que el viejismo o edadismo se consolida formalmente como la práctica concreta, operativa e institucional de dicha segregación. Este concepto fue introducido originalmente por Robert Butler (1969) en su artículo *Age-ism: Another form of bigotry*, donde define el viejismo como “un proceso de creación sistemática de estereotipos y de discriminación contra las personas por el simple hecho de ser viejas” (p. 243). Así, se revela la estructura que respalda y justifica el rechazo hacia la vejez, mostrando que las dinámicas de exclusión y devaluación de los adultos mayores no son un fenómeno aislado, sino una forma de violencia y discriminación sistemática fuertemente arraigada en nuestra sociedad, que necesita ser visibilizada y analizada a profundidad.

A nivel global, este problema ha dejado de ser un tema aislado y ha evolucionado hasta convertirse en un fenómeno de gran escala. La Organización Mundial de la Salud (2021), en su *Informe Envejecimiento: edadismo*, señala que una de cada dos personas en el mundo sostiene actitudes edadistas, esto pone de manifiesto que estamos ante un problema profundamente arraigado en nuestra cultura. La persistencia y reproducción de este fenómeno se debe a una compleja interacción de factores sociales, culturales y psicológicos que impactan el desarrollo humano, lo que hace que el estudio del envejecimiento deba ser una labor interdisciplinaria. Como señala Carbajo (2009), los temas relacionados con la vejez y el envejecimiento están profundamente marcados por una densa red de mitos y estereotipos que están arraigados en el imaginario colectivo, y estos prejuicios perpetúan la discriminación por edad, presentándola como si fuera algo natural.

Esta red ideológica se sostiene, en gran parte, de la influencia de los medios de comunicación; el cine, la televisión y las plataformas digitales actúan tanto de forma directa como indirecta, como eco de ideologías predominantes, creando y difundiendo imágenes donde las personas mayores son representadas casi exclusivamente a través

de la enfermedad, la pasividad, la inactividad y la dependencia total. Desde el enfoque psicoanalítico, estas imágenes que vemos en los medios de comunicación y en la sociedad juegan un papel clave en la formación del discurso del Gran Otro (A). Este se erige como el lugar del lenguaje, la cultura y las instituciones que preexisten al sujeto, dictándole sus coordenadas de valor. En la actualidad, el Otro de la civilización occidental sostiene una ecuación simbólica fija en la que convergen la belleza, la utilidad productiva, la bondad y la juventud idealizada.

Esta lógica de mercado impone un desprecio por todo aquello que caiga por fuera del circuito del consumo y de la producción. El declive biológico es leído entonces como una falta intolerable para el lazo social. La sociedad, en un intento por rechazar la castración estructural, la vulnerabilidad y la finitud de la vida, mantiene al viejo a distancia.

Para interrogar la raíz íntima de este rechazo en la sociedad, es indispensable elucidar los mecanismos psíquicos singulares que comandan las posiciones subjetivas de las generaciones jóvenes frente al espejo de la senectud. El lazo social no rechaza al adulto mayor por una simple contingencia cultural o un déficit empático, sino debido a una operación defensiva del Yo frente a la angustia intolerable que suscita el advenimiento de su propio e inevitable destino somático. Aquí operan de manera conjunta los mecanismos de la renegación (*Verleugnung*) y la proyección. La renegación no es una negación simple ni una represión inconsciente; se trata de un mecanismo de defensa estructural en el que el sujeto percibe y reconoce una realidad fáctica intolerable en este caso la inevitabilidad de la vejez, el deterioro corporal y la muerte, pero al mismo tiempo rechaza admitir sus consecuencias psíquicas, operando en la práctica como si dicha realidad no existiera.

Un joven se enfrenta a la idea de que su cuerpo puede debilitarse y que un día morirá, pero no puede aceptar esto dentro de sí. Entonces, pone en el cuerpo de los adultos mayores todo lo que no quiere ver en sí mismo: el cuerpo que envejece, la pérdida de fuerza y la proximidad a la muerte. Al tratar a los adultos mayores como si fueran niños, el joven se dice a sí mismo que no es mortal. De esta manera, el joven cree que solo los demás envejecen y mueren, no él. Esta forma de pensar es como un escudo que esconde la verdad de que todos somos vulnerables. Esto hace que la sociedad y cada persona individualmente no vean lo que realmente es ser humano, y

que el prejuicio contra los adultos mayores sea como una armadura que intenta ocultar lo que sucede con el paso del tiempo.

Este utilitarismo económico del Otro se traduce en exclusiones materiales severas. En el ámbito laboral, aquellos que pasan de los 40 o 45 años se enfrentan a un mercado que impone límites de edad restrictivos en sus ofertas de empleo. El lazo social contemporáneo expulsa al sujeto del circuito del trabajo bajo el prejuicio considerado “improductivo” o “un desecho” del sistema, obligando trágicamente a un porcentaje significativo de la población de 65 años en adelante a mantenerse en una búsqueda precarizada de sustento debido al desamparo institucional.

Es fundamental señalar que la forma específica en que las personas envejecen y significan su propio cuerpo depende estrechamente de su situación social y de múltiples variables transversales, existe una marcada interseccionalidad donde el edadismo no opera de forma aislada, sino que se entrecruza, potencia y complejiza al articularse con otras formas de opresión y discriminación vigentes en la estructura social, tales como el sexismo, el racismo, las brechas económicas y la discapacidad tanto física como cognitiva, intensificando el desamparo subjetivo.

En la vida cotidiana, estos estereotipos se manifiestan en interacciones que, aunque a menudo parecen inofensivas o incluso amables, pueden causar un daño psicológico considerable. La Organización Panamericana de la Salud en su *Informe mundial sobre el edadismo* (2021) advierte que, en las instituciones de cuidado y salud, “el lenguaje transmite significados y puede fomentar ideas erróneas que pueden conducir al edadismo” (p. 24). Esta violencia discursiva se refuerza a través de prácticas comunes que parecen inofensivas, como el uso de diminutivos al dirigirse a ellos, un tono de voz condescendiente y la toma de decisiones unilaterales sobre sus rutinas sin consultarles. Estas actitudes alimentan la idea equivocada de que los adultos mayores ya no pueden pensar por cuenta propia y eso limita sus derechos básicos, autonomía y dignidad.

Jacques Lacan (1969-1970), en su *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*, explica cómo el discurso del Otro opera imponiendo al sujeto un significante amo ( $S_1$ ), definiéndolo como aquel elemento que “asegura la unidad, la unificación del sujeto” (p.108), bajo el cual este queda representado frente al resto de la cadena de significantes ( $S_2$ ). El  $S_1$  opera como una marca fija, una etiqueta alienante o un sello discursivo. Cuando la institución y los cuidadores asumen y repiten que el adulto

mayor es indefectiblemente un ser “frágil”, “enfermo”, “aislado” o “confundido con facilidad”, están arrojando sobre el cuerpo del adulto mayor un  $S_I$  segregativo.

Resulta imperativo articular esta producción estigmatizante con los conceptos estructurales de alienación y separación legados por Jacques Lacan. La subjetividad humana se constituye constitutivamente en el campo del Otro a través de la vía de la *identificación alienante al rasgo unario* ( $S_I$ ). El rasgo unario es la marca identificatoria más elemental y primaria que el sujeto toma para poder introducirse en el desfiladero del lenguaje y contarse como “uno” en el lazo social. Representa un trazo puro, desprovisto de significado previo, a partir del cual el Yo erige su andamiaje identitario y su Ideal del Yo.

El verdadero peligro clínico en el escenario gerontológico es que el adulto mayor, al ingresar al dispositivo institucional o al verse cercado por el lazo social actual, padece una fijación radical a estos significantes de la devaluación. En el asilo, el rasgo unario que se le ofrece como único espejo identificatorio ya no es el de su historia singular, sus saberes o su dignidad, sino la marca uniforme de decrepitud y la incapacidad “el viejo” o “el residente”.

Lacan sugiere que la formación del sujeto requiere un segundo momento dialéctico: la separación. La alienación es el período en el cual el sujeto se siente confinado y determinado por la opinión del Otro que puede expresarse con frases como “eres un inútil” o “eres frágil”, convirtiendo al adulto mayor en un residuo biológico. Por otro lado, la separación ofrece la oportunidad de interrogar el deseo del Otro, utilizando el espacio que deja la cadena de significantes; esto permite que el sujeto empiece a encontrar su propia verdad deseante, más allá de las etiquetas que le han sido impuestas.

Cuando el espacio institucional y familiar taponan por completo la palabra del residente, el adulto mayor no encuentra una vía transitable de separación respecto a este código amo segregativo. Al quedar cancelada la posibilidad de interrogar la demanda institucional y al no haber una mediación simbólica que aloje su biografía singular, el sujeto queda capturado y aplastado en una condición de alienación pura a la marca unaria del desecho. El fracaso de la operación de separación despoja al sujeto de los recursos identificatorios necesarios para subvertir el estigma, dejándolo desarmado y sumido en lo que la clínica analítica constata como una neurosis de desamparo (*Hilflosigkeit*). En este estado de desvalimiento psíquico, el adulto mayor

abandona la búsqueda del reconocimiento de su diferencia y renuncia a su estatuto de ser deseante, incluyendo sus elecciones a las coordenadas del control administrativo.

Este aplastamiento subjetivo cobra un aspecto aún más descarnado cuando situamos la posición del adulto mayor dentro del discurso del capitalismo contemporáneo. Las coordenadas del mercado global tienden a reducir los cuerpos a su valor de cambio y productividad. Al perder su función utilitaria dentro del circuito del consumo, el adulto mayor es arrojado por el lazo social segregativo a la posición del *objeto a* en su vertiente más sombría: el objeto de desecho.

En la topología lacaniana, el *objeto a* no representa un objeto empírico y asimilable del mundo, sino que es el residuo insimbolizable, la falta real y el objeto causa del deseo que cae del proceso de constitución subjetiva. El capitalismo contemporáneo, sin embargo, opera bajo el imperativo de taponar la falta y reniega del límite de la muerte y del envejecimiento así el adulto mayor cuyo cuerpo declinante encarna de manera ineludible la castración y el desfallecimiento orgánico, es segregado y tratado literalmente como la escoria o el desperdicio del sistema de producción. Al ser ubicado en el lugar del desecho (*objeto a*), se le priva de su condición de sujeto decente y se le reduce a un remanente corporal inerte que la institución se encarga de administrar de manera higiénica y silenciosa.

Es aquí donde cobra un valor clínico fundamental la advertencia de la Organización Panamericana de la Salud (2021) respecto a que el edadismo puede llegar a operar de manera “autoinfligida”. En términos psicoanalíticos, el edadismo autoinfligido es la prueba más radical de la alienación. Al recibir del entorno solo miradas de lástima, el sujeto se expone al riesgo de identificarse por completo con aquel significante amo negativo  $S_I$  que proviene del Otro, aceptándolo como su única verdad subjetiva.

Una imagen segregativa de la vejez, transmitida por el Otro y normalizada por la institución, no solo provoca el rechazo del entorno hacia el adulto mayor, sino el rechazo del sujeto hacia su propia vejez. Esto demuestra de forma irrefutable que la autopercepción de la última etapa de la vida está inevitablemente atravesada por los discursos de la época y las coordenadas fálicas del Otro que comandan el malestar contemporáneo.

Finalmente, al interrogar este andamiaje se vuelve ineludible situar el concepto de la segregación como el reverso estructural de la fraternidad, tesis desarrollada

formalmente por Jacques Lacan en su *Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela*. Lacan profetizaba con rigor clínico que el advenimiento y la universalización de los discursos científicos y de los mercados comunes, lejos de unificar armónicamente el tejido comunitario, recrudecerían las dinámicas de segregación más implacables, organizadas en torno a la intolerancia frente a la modalidad de goce del Otro. En las coordenadas del lazo social globalizado y neoliberal, la fraternidad se sostiene de manera sintomática mediante la exclusión compartida de aquello que subvierte el imperativo de la homogeneidad, la productividad fálica y la juventud estética. El adulto mayor encarna por excelencia el desecho intrínseco de esta maquinaria; su cuerpo declinante es la mostración descarnada del límite.

Es por esto por lo que la proliferación y la imposición burocrática de neologismos y eufemismos políticamente correctos tales como “tercera edad”, “adulto mayor” o “juventud acumulada” adquieren una significación clínica precisa: operan nítidamente como formaciones reactivas del discurso colectivo. Estas mutaciones terminológicas no están destinadas a honrar las trayectorias de vida, sino a cubrir y proteger de forma defensiva el horror estructural que genera la irrupción de lo Real en el cuerpo que se deteriora en el espacio público. El lazo social actual es ajeno a la imagen de un cuerpo envejecido por cuanto esta va en contra de la ilusión fálica de plenitud, inmortalidad y coherencia imaginaria que le impone el mercado. La suavización del lenguaje introduce una especie de velo lingüístico que atenúa la angustia colectiva y reduce la culpa ante la devaluación y exclusión civil de la vejez. El eufemismo segrega bajo el semblante del respeto: aísla semánticamente al viejo para no contemplar en su rostro el espejo de la castración biológica, expulsándolo del plano de las interacciones válidas del deseo y confinándolo a una dócil invisibilidad institucionalizada.

## **La construcción social de la vejez**

Esta etapa de la vida se enlaza con los últimos años de la vida adulta y del ciclo vital, comenzando formalmente alrededor de los 65 años. Sin embargo, la vejez y el envejecimiento no pueden reducirse a simples deterioros biológicos o modificaciones estadísticas demográficas. Las representaciones de la edad cambian dependiendo de las coordenadas discursivas de cada época. El devenir cronológico es insuficiente; el tiempo se aprehende subjetivamente a partir de la relación establecida con el cuerpo,

el declive de las capacidades que la salud impone como fenómeno y la manera en que el cuerpo actúa como filtro de la experiencia.

En las sociedades preindustriales, el adulto mayor encarnaba el lugar del saber y del supuesto poder, sosteniendo una posición de investidura libidinal que era respetada por su rol dentro de la sociedad. No obstante, la llegada de la sociedad industrial y tecnológica generó un cambio radical en el discurso. El imperativo del mercado actual impone el culto a la juventud como el único semblante válido de completud, identificando el envejecimiento con la decadencia tanto física como psíquica. Al priorizar el circuito de producción capitalista, el lazo social moderno segrega todo lo que no se encuentra dentro de la utilidad laboral. Por lo tanto, las sociedades tecnológicas tienden a invalidar y desestimar la experiencia de los adultos mayores, despojándolos del estatuto de sujetos hablantes y deseantes.

Esta segregación discursiva se ve intensificada por profundas reconfiguraciones en las estructuras macrosociales y comunitarias de nuestra época, entre las cuales destacan la pérdida de la familia extendida y las transformaciones urbanas aceleradas. Esta doble desconexión tanto espacial como vincular despoja progresivamente al sujeto de su lugar dentro de la comunidad, empujándolo de forma casi inevitable hacia el aislamiento o la delegación de su cuidado a instituciones residenciales.

Como consecuencia directa, el envejecimiento en nuestra cultura actual impone una renuncia forzada. La jubilación obligatoria, entre otros fenómenos, no solo implica un cambio económico, sino también un corte abrupto en el lazo social que sostenía la identidad del sujeto. Al ser privado de sus rutinas diarias, que le proporcionaban un sentido de identidad, el sujeto enfrenta una desestructuración de sus horarios y rutinas vitales. Esto puede llevar a una fuerte frustración personal y a una crisis en su economía psíquica. Es necesario evaluar de manera crítica los procesos de alienación y separación que determinan la posición del adulto mayor en la sociedad, dado que el término vejez es impreciso, artificialmente definido por la edad de jubilación.

Para profundizar en esta encrucijada subjetiva, es fundamental comprender que la vejez es, ante todo, una construcción social operada por el discurso. Los sociólogos Peter Berger y Thomas Luckmann (1968) en su libro *La construcción social de la realidad*, afirman que la realidad “se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce” (p. 13). Es

decir, que las etapas de la vida adquieren su significado a través de la interacción constante de las personas. Por su parte, el filósofo Michel Foucault (1975) en su libro *Vigilar y castigar*, nos ayuda a entender cómo las instituciones imponen normas para tener el control explicando que la disciplina institucional “fabrica cuerpos sometidos y practicados, cuerpos “dóciles”” (p.141) silenciando así la individualidad del sujeto.

Desde una lectura psicoanalítica, la sociedad capitalista y sus instituciones segregan al adulto mayor al despojarlo de su valor productivo, relegando al adulto mayor al estatuto del objeto de desecho (objeto  $\alpha$ ) del sistema; además, nos ayuda a evidenciar cómo el aislamiento que experimentan estos sujetos no es una consecuencia natural de cumplir años, sino el resultado de un engranaje discursivo que los excluye del circuito del deseo. La tendencia generalizada en la cultura occidental contemporánea es percibir la vejez de forma restrictiva, como una etapa donde se pierden los atributos positivos de la vida. Esta significación dominante no es solo sostenida por las nuevas generaciones, sino que es introyectada por los propios adultos mayores, quienes definen su autopercepción desde el desamparo, la discapacidad y la pérdida de esperanzas e ilusiones. Este fenómeno cobra relevancia bajo el enunciado del teorema de Thomas & Thomas (1928): “Si las personas definen una situación como real, entonces esta es real en sus consecuencias” (p.89). Al investir la vejez como un espacio de degradación y desecho, los efectos psíquicos y relacionales se vuelven reales, conduciendo al sujeto a habitar efectivamente el lugar de la exclusión.

Inscribir la vejez en esta red simbólica de devaluación produce un estancamiento en la capacidad de invertir nuevos fines y metas. La sociedad actual no otorga tiempos ni rituales de paso protectores para que la persona elabore la pérdida de sus significantes de sostén, empujándola a una desafectación prematura. Así, la exclusión del circuito de producción de la civilización contemporánea funciona como una destitución civil que se anticipa a la propia muerte biológica.

En la actualidad, esta construcción social tiene consecuencias clínicas graves. El Observatorio del Envejecimiento UC (2025) en su informe *Soledad no deseada y aislamiento social en la vejez*, expone que gran parte del riesgo psicológico en la tercera edad proviene del entorno, afirmando que “la pérdida progresiva de roles sociales y productivos incrementa significativamente el riesgo de aislamiento y exclusión participativa” (p.22). Cuando el adulto mayor deja de ser considerado “útil”

para el sistema, las instituciones se convierten en lugares que no facilitan su integración, sino que profundizan esa separación del mundo.

Desde la perspectiva psicoanalítica esta exclusión social hace que la persona atraviese un proceso de duelo, el cual no ocurre solamente cuando alguien fallece, sino que se llama trabajo de duelo al esfuerzo mental y emocional que realiza la estructura psíquica para tramitar la pérdida de un objeto libidinalmente investido, como lo son la juventud, la salud física o el estatus relacional. Cuando la sociedad le arrebató al adulto mayor su rol productivo, este pierde su lugar en el “lazo social” que es lo que nos hace sentir que pertenecemos al mundo. Sin embargo, como la cultura actual regida por la inmediatez mercantil no le da tiempo al adulto mayor a expresar su tristeza o procesar esta pérdida, bloquea la vía de la sustitución sustitutiva y lo empuja a un silencio melancólico, fijándolo al objeto perdido y aislándolo en instituciones de rutinas rígidas. Aquí es donde operan las variables del habitus como género, hábitat y capital cultural, condicionando los recursos simbólicos con los que el sujeto cuenta para hacer frente a la conmoción de su estructura vital y relacional. El devenir de la vejez depara un complejo proceso de socialización y reposicionamiento subjetivo ante las siguientes marcas discursivas: La anticipación del ser viejo en el que el sujeto anticipa a lo largo de su vida la vejez a través de los atributos con los que invistió a sus propios mayores. Sin embargo, al alcanzar la senectud, descubre con frustración que las expectativas de respeto se ven truncadas por la contingencia actual, donde el entorno le impone de forma violenta la “dictadura de lo joven”.

El peso del “Nombre Social”, el término “viejo” resuena en nuestra cultura con un fuerte matiz negativo, operando como un significante amo ( $S_1$ ) segregativo que condensa las nociones de inutilidad, obsolescencia y desecho. La búsqueda de neologismos o eufemismos como “personas mayores”, “ancianos” o “tercera edad” devela el intento defensivo de la cultura por recubrir simbólicamente el estigma y aliviar la culpa colectiva ante la desvalorización de la ancianidad.

La disminución de capacidades y el “rol sin rol” hacen referencia a la confluencia de la edad avanzada, el aislamiento y el deterioro de la salud que exigen del sujeto la asunción de una posición existencial paradójica y sumamente sufriente. El sujeto es empujado a ocupar el lugar del estigmatizado dentro del tejido social. Se le asigna socialmente un “rol sin rol”; una posición donde la única expectativa que el

Otro tiene sobre él es que acepte de manera pasiva su propio retiro, su invisibilización y su salida del plano de las decisiones trascendentales.

De este modo, devenir efectivamente adulto mayor implica experimentar una profunda mutación subjetiva. Al sujeto le son despojados y arrancados de forma sistemática los roles, las funciones y las investiduras que daban consistencia y estabilidad a su identidad dentro del lazo social, forzándolo a habitar un rol estigmatizado. Este lugar le es asignado automáticamente por el Otro, ignorando su voluntad y sus capacidades psíquicas remanentes, y convirtiéndose en un lazo alienante. Es un lugar signado por el rechazo del discurso actual hacia todo aquello que se sitúe por fuera de la productividad, donde la palabra “viejo” queda fijada a lo inútil y a lo que pierde valor.

En conclusión, la construcción social actual invisibiliza la subjetividad de los adultos mayores al quitarles sus roles y obturar la tramitación del duelo por sus pérdidas. Para subvertir esta realidad, resulta urgente desarmar la lógica de que el adulto mayor es un “cuerpo dócil” que solo necesita ser administrado mecánicamente en su declive orgánico. Es imperativo ético y clínico promover discursos e instituciones que restituyan el lugar del adulto mayor en el lazo social a través de la escucha empática y la validación de su singularidad histórica. Solo habilitando la dimensión de la palabra y el reconocimiento de su biografía se permitirá que el deseo, como motor del sujeto hablante, resista y continúe operando más allá de las pérdidas biológicas y de las demandas de producción del mercado.

## **CAPÍTULO 2**

### **DETERIORO DE LA AUTOESTIMA Y LA CRISIS DEL YO EN EL ADULTO MAYOR**

#### **Crisis de identidad en adultos mayores**

El advenimiento de la vejez sitúa al aparato psíquico ante una profunda crisis del Yo, caracterizada por la urgencia de reconfigurar la posición subjetiva y el sostenimiento del deseo ante las pérdidas estructurales de la senectud. Este escenario de vulnerabilidad, donde los pilares de la autoestima y el autoconcepto se ven directamente confrontados, encuentra un punto de máxima tensión en el fenómeno de la institucionalización. Cuando el adulto mayor es insertado en lo que Erving Goffman (2001) define como institución total a “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p.13). La dinámica burocrática y estandarizada atenta de manera directa contra la singularidad del sujeto.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, más que un simple cambio de residencia, el entorno institucionalizado despoja al sujeto de su valor como sujeto único a través de una lógica de masificación. Al perder el control de su propio día a día y ver restringida su autonomía, el Yo atraviesa un proceso de despersonalización y quiebre narcisista, donde el espacio que habita deja de corresponder a sus elecciones, afectando los fundamentos de su dignidad y obligándolo a buscar desesperadamente un reconocimiento en un entorno que tiende a borrar su identidad. La rigidez de la institución afecta la dimensión afectiva y pone al adulto mayor en una necesidad de buscar nuevas formas de sostener su deseo frente a un sistema de cuidado que prioriza las necesidades biológicas y reduce al sujeto a un cuerpo orgánico sin la dimensión psíquica.

Esta reconfiguración de la identidad se complica porque la sociedad actual adopta un discurso capitalista que solo se centra en la producción, donde el adulto mayor es percibido como un objeto de desecho o como una carga que no produce, despojándolo de los roles funcionales que antes desempeñaba en la familia y en su profesión. Cuando la transición hacia la vejez se ve obstaculizada por un entorno con estas características segregativas, se altera profundamente su historia de vida. Esto, en

ocasiones, desencadena intensos sentimientos de soledad, tristeza y un persistente vacío existencial que debilita las bases de su autoestima: su memoria, su orgullo y su dignidad. Sin embargo, el aparato psíquico evidencia que el adulto mayor no debería ser limitado a la categoría del “fui”, sino desde un “soy diferente”. El sujeto en la vejez es completamente capaz de redistribuir su libido, reescribir su historia personal y modificar su autoconcepto en respuesta a la pérdida de estatus social y la falta de proyectos.

Con relación a esto, Zapata (2001) define este proceso como un “fenómeno relacionado con la difusión de la identidad asociado a la pérdida del rol social de este grupo” (p.189). Esto se refiere a que, mientras la identidad personal permanezca conservada en el psiquismo del adulto mayor, su identidad social sufre una fractura drástica al verse despojado de sus roles tradicionales de producción y centralidad familiar. Al no existir en la cultura contemporánea un rol sustitutivo que valide y reconozca al sujeto tras su retiro o institucionalización, el adulto mayor experimenta una alarmante falta de reconocimiento por parte del entorno. En el interior del dispositivo residencial, este quiebre de la identidad social se profundiza debido a que dinámicas como la infantilización del adulto mayor; una práctica asistencial que anula la capacidad de elección y el discernimiento del sujeto, lo tratan de forma homóloga a un infante desprovisto de autonomía.

En este punto, resulta imperativo recurrir al análisis de Péruchon y Thomé-Renault (1995), quienes en *Vejez y pulsión de muerte* advierten que las instituciones asilares pueden acelerar un estado de desamparo psíquico primitivo. Este desamparo que experimenta el adulto mayor institucionalizado no debe reducirse a una simple vulnerabilidad social; exige ser elevado a su categoría metapsicológica fundamental: la *Hilflosigkeit* freudiana.

Al ingresar a una institución residencial el adulto mayor sufre la pérdida masiva de sus puntos de referencia afectivos, espaciales y de su capacidad de decisión, lo que desencadena una regresión estructural a la *Hilflosigkeit* primaria. Al verse privado de autonomía para regular sus actividades más básicas como, por ejemplo; cuándo comer, cuándo higienizarse, cuándo dormir, el residente queda ubicado nuevamente en una posición de desvalimiento total frente a un Otro institucional omnipotente. Sin embargo, a diferencia de la infancia esta regresión asilar carece del soporte libidinal y

protector del entorno familiar lo que sumerge al sujeto en una angustia traumática que paraliza sus recursos psíquicos.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, las prácticas de infantilización tratan de tapar la castración del sujeto al pretender anticipar y satisfacer administrativamente todas sus necesidades por preverlas. Puede observarse que, en el momento en que se suprime la falta que mueve al deseo, la subjetividad del adulto mayor queda suspendida. Esto hace que el sujeto tenga que alienarse a las exigencias burocráticas del Otro institucional; esto es, se pliega pasivamente a las ya establecidas demandas de la institución con lo que su gravedad es mermada y su autonomía debilitada.

Esta desarticulación subjetiva encuentra su punto de mayor vulnerabilidad en la relación que el sujeto mantiene con su propia imagen biológica. Al respecto, Waterman (2025) señala, desde la orientación freudiana y lacaniana, que el Yo en su origen no es más que una proyección mental y una ilusión de unidad capturada en el estadio del espejo, instancia mediante la cual el sujeto “adora” su imagen para velar la fragmentación de su organismo. En el escenario de la vejez institucionalizada, este ordenamiento defensivo e imaginario se quiebra de manera violenta. El sujeto no solo se confronta diariamente con una “degradación incesante” del cuerpo y de sus capacidades funcionales (Waterman, 2025), sino también con una alteración del “ser en el mundo”, donde el contexto actual pierde significado. Por ende, al no encontrar un espejo institucional que lo devuelva como un ser humano íntegro y valioso, el sujeto puede experimentar lo que se denomina “derrumbe narcisista”.

Es aquí donde la referencia a Freud (1917) en *Duelo y melancolía* resulta esencial para comprender la economía de esta caída. En la institución, al no existir un espacio en donde ir procesando las pérdidas sucesivas mediante el duelo, la libido se repliega de manera masiva sobre el propio Yo del adulto mayor. Una crisis de identidad puede ocurrir cuando alguien no acepta su vida actual y empieza a pensar en el pasado de forma idealizada. Esto puede hacer que la persona se sienta desee volver a ser joven. La sensación de haber perdido algo puede afectar mucho su autonomía y generar confusión. La crisis de identidad puede ser muy difícil de manejar porque la persona se siente atacada por la forma en que los demás la ven.

A nivel clínico, el psiquismo del adulto mayor se encuentra atrapado en la tensión dialéctica que Erik Erikson describe entre la integridad del Yo y la desesperanza. La integridad del ser refleja la seguridad que se ha logrado en cuanto al

sentido de dignidad de su propio estilo de vida y la capacidad de integrar su historia de vida. Cuando el sujeto alcanza esta síntesis, deviene la sabiduría como aceptación del fin del ciclo vital sin terror de la muerte. Sin embargo, si la elaboración de los duelos por el joven que se fue resulta insatisfactoria, se produce un empobrecimiento de la personalidad que paraliza la capacidad de amar, comunicar y sostener la vitalidad del deseo, sumiendo al sujeto en un repliegue pulsional defensivo ante la pérdida de un lazo social significativo.

Al respecto, Krassoievitch (2001) sostiene que la estructura del Yo en la vejez se ve gravemente perjudicada por el déficit de sus mecanismos de defensa, esto se debe a una reducción en la reserva energética en el aparato psíquico y a la evidente discrepancia entre las demandas biológicas y los recursos disponibles para satisfacerlas, lo cual conduce a un estado de angustia generalizada. Frente a este escenario de vulnerabilidad y desamparo subjetivo, el psiquismo tiende a reactivar algunas defensas para tratar de estabilizar la personalidad del sujeto, tramitar el saber inconsciente y proteger su autoestima, que se encuentra debilitada.

Dentro de estos mecanismos de defensa, la negación destaca como un esfuerzo psíquico para rechazar la aceptación del envejecimiento propio, profundamente relacionada con la fantasía, donde la persona mayor recurre repetidamente a sus recuerdos. Es importante diferenciar entre la reminiscencia normal y la nostalgia patológica. La reminiscencia normal es algo saludable cuando una persona atraviesa un momento difícil, ayuda a comprender lo que ha vivido. En cambio, la nostalgia es distinta, se transforma en tristeza y dolor por lo que ya no existe. Cuando una persona siente nostalgia, piensa en lo que no logró y en lo que nunca podrá tener, lo que genera sentimientos de culpa y frustración.

Además, se observa una regresión hacia etapas pasadas en busca de protección del *self*, así como la proyección, que se utiliza para deshacerse de las propias deficiencias físicas o cognitivas, trasladándolas al entorno. El sujeto puede apelar también a la racionalización como una vía para intentar explicar el declive natural del proceso de envejecimiento, o bien sucumbir al renunciamento, donde el temor patológico a la desintegración de la vida psíquica genera un deseo de muerte que corre el riesgo de materializarse en el acto suicida. Ante el impacto abrumador de las pérdidas corporales, relacionales y objetales, el psiquismo del sujeto envejecido puede recurrir a una especie de renovación de la libido intrasomática. Esta fijación actúa

como una barrera de protección o coraza defensiva que busca gestionar primero los estímulos tanto externos como internos, antes de que se conviertan en algo demasiado dañino o traumático para un Yo que está en plena reestructuración.

Esta dinámica defensiva se complementa con la reorganización del superyó, cuyas exigencias durante la vejez suelen emular el enigma de la esfinge al terminar de forma homóloga a como empezaron en la infancia; si las identificaciones previas fueron exitosas, permitirán la ordenación de valores flexible y adaptada a la realidad. El superyó también tiene miedo de no dejar algo importante detrás de sí. Cuando el Yo está débil y pierde sus apoyos, el superyó puede volverse muy duro y perjudicial puede llevar a la persona sentir una gran necesidad de destruirse a sí misma. Si la persona no puede encontrar formas de expresar sus sentimientos de manera saludable, el superyó puede ser muy crítico y hacer que la persona se sienta muy mal consigo misma, esto puede empeorar la condición de tristeza y desánimo de la persona.

La crisis del Yo en los adultos mayores muchas veces gira en torno al tema de la preservación, eliminación o disminución de su legado generacional. Cuando los hijos o descendientes adoptan una postura de asunción del poder económico o institucional en el hogar, el adulto mayor siente una amenaza constante de ser relegado y olvidado. El apego obstinado al control del legado se convierte en un intento defensivo para evitar que el olvido los consuma y para restaurar la huella que dejan en el mundo antes de enfrentar la inevitable castración que trae el final de la vida. Por eso, el enfoque clínico e institucional no debe quedarse solo en los cuidados que anulan la autonomía del sujeto, al contrario, tiene que apostar por una ética del deseo, generando espacios terapéuticos donde el adulto mayor deje de ser un simple objeto de atención. La idea es reconocerlo verdaderamente como un sujeto con capacidad de expresarse, sostener su dignidad, de enfrentar sus pérdidas, de hacer oír su voz y de reinventar su identidad en esta última etapa de la vida.

### **Duelo por pérdida de roles vitales**

Para entender de qué manera el duelo influye en las personas mayores, es esencial primero definir qué son los roles vitales. Desde la perspectiva psicoanalítica, estos roles no se limitan a funciones o conductas simples; son en realidad posiciones discursivas y soportes identitarios significativos que cada sujeto utiliza en el lazo social. Estos roles determinan el lugar desde el cual una persona se muestra ante los demás, siendo representada por un significante que le proporciona reconocimiento,

valía y una utilidad simbólica que facilita la investidura libidinosa de su imagen y mantiene la frágil consistencia de su Yo.

Al hablar de la economía psíquica del sujeto, nos referimos precisamente a este modelo freudiano que examina el flujo, el balance y el destino de la energía pulsional. En este sentido, la economía psíquica no es estática; depende estrictamente de las catexis o inversiones libidinales que el sujeto deposita en los objetos del mundo externo y en los ideales que guían su existencia. Los roles vitales funcionan como los principales diques y canales de esta economía, facilitando que la libido fluya de manera ordenada a través del lazo social. Cuando estos roles se mantienen estables, el retorno de esa investidura en forma de reconocimiento simbólico fortalece el narcisismo y protege al Yo de la fragmentación. En la economía psíquica que configura nuestra realidad subjetiva, hay varios roles vitales que desempeñan un papel clave: Primero, se resalta el rol productivo y profesional que se sostiene mediante un trabajo activo, el ejercicio de un oficio o la trayectoria profesional. Esta función permite que el sujeto se convierta en un agente útil para la sociedad y al mismo tiempo, en alguien económicamente independiente. Por otro lado, también está el rol familiar que es dinámico y se manifiesta en las funciones de proveedor económico, jefe o jefa de familia, protector y cuidador del hogar. Dichas coordenadas constituyen posesiones que configuran la autoridad y el liderazgo dentro del núcleo familiar. A lo anterior se suma el rol de transmisor del saber histórico; aquel donde el adulto mayor se instituye como guardián de la memoria familiar o comunitaria. Bajo esta perspectiva, el sujeto se convierte en un puente entre generaciones, transmitiendo legados, valores y experiencias. Es fundamental también tener en cuenta el rol cívico y de integración social que conlleva la participación activa en redes comunitarias, espacios recreativos o políticos. Este aspecto resulta determinante, ya que sitúa al sujeto más allá del reducto del hogar.

Cuando se pierde esta función, el Yo experimenta una profunda desestabilización subjetiva, ya que cada rol que desempeñaba actuaba como un espejo que ayudaba al sujeto a regular su autoestima. Al perder estos apoyos de identidad, la libido se repliega dolorosamente sobre el Yo, lo que deja a los adultos mayores confundidos sobre su autoridad y utilidad social.

En cambio, la institucionalización interrumpe la trayectoria vital de una persona mayor, esto provoca una crisis de identidad. La exclusión forzosa de sus roles

sociales, familiares y laborales es lo que causa el problema. Por ejemplo, ya no pueden ser el proveedor, la cabeza de familia o el profesional activo, estos roles le daban a la persona una posición de reconocimiento y valor dentro de su entorno. Conforme a las precisiones clínicas de Kaplan (2021), transiciones críticas como la jubilación, la viudez, la desposesión del espacio habitacional propio y la consecuente pérdida de la autoridad familiar despojan al sujeto de los referentes identitarios que sostenían su cotidianidad.

En este contexto, se añade una exposición previa o simultánea a pérdidas constantes que afectan de manera significativa la estructura psicofísica del sujeto. Thumala (2014) categoriza estas transiciones en seis dimensiones clave. En primera instancia, la pérdida de habilidad y/o salud física se entiende como una disminución considerable en la capacidad física, sensorial y psicomotriz, así como la sensación de tener menos fuerza o energía muscular, esto puede deberse al desgaste biológico natural o a la aparición de alguna enfermedad, lo que lleva al psiquismo a enfrentar la difícil tarea de desprenderse de la imagen del cuerpo joven. Relacionado con este desasimiento corporal, está la pérdida en la calidad de las relaciones afectivas significativas que se refiere a la percepción de cambios negativos en los vínculos afectivos más importantes a medida que se envejece; en este escenario, las personas suelen sentir una profunda pérdida de los apoyos emocionales o de sus redes de apoyo, lo que deja al sujeto sin esos objetos significativos que sostenían su sentido de valía.

Por consiguiente, la pérdida de la integración social se relaciona de forma directa con sentimientos de no pertenencia a espacios sociales más allá de los límites familiares debido a los procesos propios del envejecimiento; esto incluye la pérdida de roles cívicos o sociales, la falta de oportunidades y, en escenarios vulnerables, la violación de sus derechos fundamentales a causa de la edad. Cuando se produce una desposesión violenta, el Yo queda privado de estos elementos que le daban estabilidad a su realidad mental.

Al mismo tiempo que el entorno se dismantela, la pérdida cognitiva hace referencia a la percepción de una disminución en la capacidad del sujeto para responder con éxito a retos cotidianos y a la pérdida de la memoria, un síntoma que el psicoanálisis lee como un resquebrajamiento en las funciones de historización y en las herramientas simbólicas necesarias para tramitar la realidad. Por último, la pérdida por la muerte de seres queridos se refiere al fallecimiento de personas que eran muy

significativas para el sujeto, una experiencia dolorosa que abarca la viudez, la muerte de amigos y el fallecimiento de otros miembros de la familia o del entorno cercano; un quiebre definitivo que confronta directamente al psiquismo con la cruda realidad de la ausencia y la necesidad urgente de elaborar el duelo.

Desde el enfoque psicoanalítico, la velocidad con la que ocurren estos eventos sobrecarga el aparato mental, transformando la vejez en lo que se conoce como la “edad de los duelos”, esto se debe a la constante necesidad de procesar la pérdida de funciones, capacidades y objetos relevantes. Esta sobrecarga no solo agudiza la conciencia de la propia mortalidad, sino que moviliza afectos complejos como el miedo, la resignación o la ansiedad frente a la muerte, todo esto pone a prueba la calidad de las relaciones previas y los recursos internos del sujeto para sostener el empuje del deseo de vivir.

La interrupción masiva de los vínculos con el exterior afecta de forma directa en la economía psíquica del sujeto, provocando que la energía quede atrapada en el cuerpo. Cuando esa energía se desconecta de manera abrupta de los seres queridos o del entorno social debido a una pérdida o un aislamiento, se queda sin una salida simbólica. Al no poder canalizarse hacia afuera, la libido se repliega con fuerza hacia el interior y termina dirigiéndose hacia los órganos del propio cuerpo. Esta avalancha de energía descontrolada intensifica la aparición de síntomas somáticos reales y activa defensas hipocondríacas muy potentes. En este contexto, la queja corporal constante y la fijación en el dolor físico funcionan clínicamente como un intento fallido y desesperado del psiquismo por crear un sustituto ante los lazos y objetos perdidos, tratando de procesar en la carne la falta que no puede ser elaborada de manera conceptual.

La transformación que trae consigo el envejecimiento se relaciona directamente con el proceso identificatorio. Para concebirse envejeciendo, el psiquismo se ve forzado a dar por finalizada la representación del “joven que se fue”, viéndose obligado a elaborar una nueva representación de sí mismo. En este punto, la autoestima juega un rol definitivo: el sujeto debe ligarse a los recursos y capacidades que aún conserva para evitar sentirse, como diría Simone de Beauvoir (1970), como una “ruina sin valor”.

Este dilema de identidad genera una tensión crucial en la estructura psíquica: el conflicto entre el ideal del Yo y el Yo ideal. En el envejecimiento normal, aceptar

la disminución exige una reconfiguración de los ideales; sin embargo, cuando este proceso se dificulta, el superyó del adulto mayor se vuelve inflexible. Esta instancia moral empieza a utilizar los ideales inalcanzables de la juventud propios del Yo ideal original, que se caracteriza por la omnipotencia, la fuerza física y la productividad constante para evaluar y juzgar severamente al Yo actual y debilitado. Al estar sometido a esta demanda exagerada del ideal del Yo juvenil, el sujeto se encuentra atrapado en una división insuperable entre lo que se le pide ser y su situación psicofísica actual. Esta opresión del superyó impide sus capacidades y ocasiona un profundo y debilitante sentimiento de inutilidad, donde el sujeto se menosprecia de manera crónica.

Cuando el entorno recupera la memoria histórica del sujeto, la aparición de recuerdos y reminiscencias se convierte en un signo de que el duelo se está procesando de manera normal. En este trabajo emocional de aceptar lo perdido y valorar lo conservado, se despliega la dinámica freudiana de *Recordar, Repetir y Reelaborar* (Freud, 1914). Sin embargo, este proceso no es lineal.

En los asilos, las rutinas estrictas y uniformes provocan un impacto clínico devastador: paralizan el deseo sexual. Al obligar al residente a la pasividad y le quita la capacidad de elegir, el sistema impide al residente realizar actividades activas de recuperación puesto que fija la economía psíquica en una pérdida que no se recupera. Cuando el proceso se detiene y la elaboración no avanza, aparece la nostalgia: una tristeza profunda en la que el sujeto se aferra de manera neurótica a lo que no logró alcanzar. El ideal del Yo se vuelve una meta que no se puede alcanzar y genera el sentimiento de culpa, frustración y un malestar crónico cuando aparecen las preguntas existenciales que desestabilizan: ¿Quién soy ahora? ¿Qué haré? ¿Cuánto valgo yo?

El fracaso en procesar el dolor de forma simbólica suele convertirse en lo que la psiquiatría contemporánea llama duelo complicado que afecta entre el 4.8% y el 7% de los adultos mayores, y se agudiza entre los 75 y los 85 años. El duelo complicado se muestra con un deseo de estar o ver al ser querido, pensamientos que giran en torno al fallecido, diferentes somatizaciones y una profunda sensación de desconexión con el entorno. Desde el psicoanálisis, estos síntomas indican que la pérdida ha alterado o fracturado el sistema de significados del sujeto, impidiendo que el dolor encuentre un lugar simbólico donde residir.

Ante el declive, el sujeto tiene que reconstruir sus significados. Es decir, reordenar las historias más pequeñas que los conforman para volver a aportar cierta continuidad a sus vidas. Además, herramientas internas como la acomodación, que no es resignación, sino la capacidad de reajustar los objetivos y las preferencias vitales con las nuevas circunstancias que los acosan, sustentadas por un apoyo espiritual o religioso, constituyen defensas simbólicas prácticas. Ayudan a crear sentido a partir del sufrimiento y a impedir que la pérdida termine por quebrar por completo al Yo.

Por consiguiente, la pérdida de roles vitales equivale a una destitución de la posición discursiva del sujeto. Al quedar privado de su función de proveedor, cuidador, protector o transmisor de un saber histórico, el entorno tiende a despojarlo de su estatuto de adultez. Este desamparo subjetivo responde directamente a la inexistencia de ritos de paso contemporáneos. La sociedad actual atravesada por una lógica hiperproductiva y mercantil, ha abolido progresivamente los rituales simbólicos colectivos que históricamente otorgaban una investidura dignificante y un valor de “saber” o “iniciación” a la vejez. Al carecer de un marco social que sancione simbólicamente la transición hacia la senectud como una posición de relevancia comunitaria, el desasimiento de las antiguas funciones se tramita en la absoluta soledad. La pérdida de los roles vitales queda reducida, entonces, a un hecho burocrático desprovisto, de cualquier significación mítica, dejando al adulto mayor sin un anclaje cultural que ordene colectivamente su nueva realidad psíquica.

Cuando este sujeto desprovisto ya de referentes sociales es ingresado a una institución asilar, el panorama clínico se complejiza de forma drástica. Si el sujeto no puede decidir sobre su espacio, sus objetos personales o su día a día, se le niega la oportunidad de reajustar sus metas y descubrir nuevas fuentes de sentido.

Aún más grave es la cancelación de la palabra. La elaboración normal del duelo exige que el dolor pase por el desfiladero del significante; es decir, requiere de un lazo social donde el sufrimiento pueda ser enunciado y escuchado. Al carecer de espacios de escucha institucionales que alojen el sufrimiento subjetivo, el dolor derivado de este desasimiento queda silenciado y segregado. La imposibilidad de historizar la pérdida a través de la reminiscencia compartida impide la metabolización de la falta. En consecuencia, el dispositivo institucional no solo no aloja el duelo, sino que rompe la red de interacciones y la posibilidad de expresarse, factores que la evidencia científica

correlaciona directamente con el aumento de la sintomatología depresiva y la evidencia de una soledad severa.

El duelo en la vejez, por tanto, no es solo por los objetos perdidos, sino por el lugar que se ocupaba en el lazo social. Se ha verificado clínicamente que las pérdidas en el ámbito social ejercen una influencia directa en la salud mental, existiendo una estrecha correlación entre el padecimiento de una soledad severa y la manifestación de síntomas depresivos en las personas mayores. Cuando la asimilación de estas pérdidas es deficitaria, sobreviene un empobrecimiento de la personalidad que atenta directamente contra las funciones del “buen envejecer” como la capacidad de amar, disfrutar, trabajar y comunicar. Ante las pérdidas biológicas y culturales, el psiquismo corre el riesgo de replegarse en un aumento del egocentrismo defensivo.

Desde el reverso clínico, la única impotencia real en esta etapa es la falta de deseo y la renuncia para contar con el Otro. Al quedar el sujeto despojado de su dimensión deseante y privado de una mediación simbólica institucional que aloje su verdad, el dolor se fija en lo más profundo del psiquismo, cronificándose bajo la forma insidiosa de duelos patológicos, melancolizados o no elaborados.

### **Consecuencias emocionales del silenciamiento**

El ingreso al dispositivo residencial y la llegada de la vejez exigen una serie de complejas transiciones al aparato psíquico, las cuales trastocan la estabilidad del Yo. Al respecto, Sánchez (2019) puntualiza en su artículo *“Depresión, socialización y autonomía en ancianos institucionalizados”* que la epidemiología de la depresión es significativamente mayor en adultos mayores institucionalizados que en los que viven fuera de estos centros. Esto se debe a la convergencia de ciertos factores relacionados como los acontecimientos vitales estresantes que operan bajo la modalidad de pérdidas sucesivas tales como la muerte de un ser querido, una enfermedad o incluso la inserción al centro residencial. Esta vulnerabilidad aumenta significativamente cuando el aislamiento o la institucionalización son producto de un fenómeno multifactorial complejo como el abandono familiar.

El abandono es considerado como una forma de maltrato por negligencia u omisión de los familiares hacia el adulto mayor que se queda desprotegido total o parcialmente, aunque no tenga la capacidad de sustentarse a sí mismo. Estadísticas internacionales muestran la gravedad de esta problemática; por ejemplo, en Estados Unidos el abandono y la negligencia hacia las personas mayores alcanzan un alarmante

48.7%, por su parte, en Latinoamérica los índices de desamparo y la sensación de vidas vacías en la tercera edad siguen aumentando exponencialmente, esta tendencia se evidencia con claridad en Ecuador, donde diversos estudios hospitalarios revelan que hasta un 70% de adultos mayores ingresados presentan cuadros de sintomatología depresiva y afectiva.

A menudo los profesionales de la salud diagnostican mal la depresión en los adultos mayores o la interpretan de manera errónea, ya que suelen atribuir los síntomas a enfermedades físicas o al proceso natural de envejecimiento. Esto ocurre porque las señales de la depresión se confunden fácilmente con cambios propios de la edad, tales como la falta de energía, las alteraciones en el sueño, los cambios en el deseo sexual o la presencia de pensamientos sobre la muerte. Dado que la depresión puede presentarse junto a ciertas condiciones médicas, como la enfermedad de Parkinson, un derrame cerebral, trastornos de la tiroides y algunas deficiencias vitamínicas, reconocer estos síntomas puede ser un verdadero desafío (Papalia, 2009).

En el contexto institucional, al reducir, desoír o desacreditar la queja del sujeto con respecto a su sufrimiento y la pérdida de su autonomía, se provoca la anulación de la dimensión subjetiva del malestar, dando lugar al fenómeno del silenciamiento debido a que el saber médico hegemoniza el cuerpo del sujeto y medica el síntoma, obturando la posibilidad de que el adulto mayor historicice su dolor, hable de sus pérdidas y posicione su deseo frente a la proximidad de la muerte. Desde el enfoque psicoanalítico, es preciso señalar que el síntoma no se reduce a una simple disfunción biológica o a un criterio diagnóstico segregativo; por el contrario, el síntoma opera como una metáfora y una genuina formación del inconsciente que viene a decir, de manera cifrada y enigmática, aquello que no puede ser articulado en palabras directas. Cuando el adulto mayor es sistemáticamente silenciado por su entorno institucional y familiar, y sus opiniones al igual que sus demandas son minimizadas, ese deseo reprimido o no reconocido no desaparece, sino que retorna de forma sintomática. En la vejez institucionalizada, este retorno adquiere un carácter eminentemente corporal, conductual y clínico que responde a la desligadura pulsional.

La apatía extrema, la abulia y el aislamiento característicos del adulto mayor institucionalizado suelen ser catalogados erróneamente como síntomas inevitables de una demencia senil o una depresión de base orgánica. Metapsicológicamente, estos fenómenos responden a la dinámica pulsional descrita por Freud (1920) en *Más allá*

*del principio del placer*, donde se postula el conflicto permanente entre: Eros que es la pulsión de vida encargada de conservar la cohesión y enlazar la libido a los objetos exteriores y Thánatos que es la pulsión de muerte, tendencia regresiva a la descarga absoluta y al retorno a lo inanimado.

En condiciones de estabilidad psíquica ambas pulsiones operan intrincadas: la fuerza de Eros mantiene ligada la energía destructiva de Thánatos mediante el lazo social, la palabra y los proyectos afectivos. No obstante, el abandono familiar, la falta de interlocutores y la hostilidad del anonimato institucional provocan una desaturación o desligadura pulsional. Al retirarse de manera masiva la investidura libidinal sobre el mundo exterior en este caso desinvestidura de objeto, el excedente de energía no ligada retorna destructivamente sobre el Yo del sujeto, dando paso libre a la acción silenciosa de la pulsión de muerte. Clínicamente, esta desligadura se manifiesta en el mutismo, el rechazo sistemático a alimentarse y la inercia psíquica generalizada. La posición subjetiva de “dejarse morir” no es entonces un simple fallo biológico sino la última y desesperada manifestación defensiva del sujeto para sustraerse de la invasión del Otro.

Las causas de este desplazamiento y desinterés por parte del núcleo familiar suelen justificarse por la culminación de la vida laboral del adulto mayor, quien pasa a ser percibido erróneamente como una “carga” económica o menos productiva, la falta de tiempo por responsabilidades cotidianas, los conflictos intergeneracionales, la escasa empatía o la nula comprensión de los cambios y patologías asociados a la senectud.

Las consecuencias emocionales de este silenciamiento no se limitan a la instauración de un cuadro depresivo; impactan de manera directa en la percepción que el sujeto tiene de sus relaciones y de su propia existencia. Desde una perspectiva psicológica, la soledad no se define por la cantidad de relaciones sociales o el número de familia del sujeto; si este percibe que sus vínculos carecen de calidad o no se siente acompañado, se experimentará a sí mismo como solo, independientemente de la presencia física de otros (Yanguas et al., 2018). Este estado de desamparo psíquico genera efectos psicossomáticos y conductuales profundos que se despliegan en cadena: Por un lado, se instaura una ansiedad en múltiples niveles, manifestada desde un estado de alerta leve hasta crisis graves y angustia generalizada ante la pérdida de salud, insuficiencia económica o la inminencia de la muerte, provocando que el malestar silencioso y el retorno de lo reprimido cobren un valor de síntoma directo en el cuerpo

mediante somatizaciones, dolores difusos, quejas hipocondríacas, taquicardia, dolor torácico, aislamiento social y dispersión cognitiva que dificulta el aprendizaje.

El estrés prolongado y el agotamiento mental hacen que aparezca la irritabilidad y la inestabilidad emocional, estas respuestas hacen que cambie el estado de ánimo y que aumente la sensibilidad a situaciones del día a día. El proceso genera la desconexión emocional y el aislamiento que se expresan con el sentimiento de vacío y con la sensación de exclusión o de ser tratado como un objeto de decoración, esto culmina con la pérdida de la autoestima, la resiliencia y el sentido de autonomía.

Ante esta pérdida de soportes discursivos y el consecuente repliegue de la palabra, cobran sentido clínico conductas extremas como la apatía, el mutismo o el rechazo a la comida. Estas respuestas reactivas, junto a la dependencia afectiva, constituyen intentos desesperados del sujeto por retener un lazo con el Otro ante la inminencia del olvido; un grito en el cuerpo que surge ahí donde la llamada de la palabra ha sido cancelada.

La soledad, por lo tanto, se define como la ausencia de interacción con los demás y se comprende como un sentimiento o estado subjetivo que se manifiesta de diversas formas dependiendo de la perspectiva de cada sujeto. Para Rubio Herrera (2007), la soledad en adultos mayores se debe evaluar a partir de cuatro dimensiones esenciales: la soledad familiar, que refiere a la conexión, desapego o distanciamiento explícito del sujeto con su familia; la soledad conyugal, que evalúa el quiebre o ausencia del vínculo afectivo e íntimo con una pareja sentimental; la soledad social, enfocada en la pérdida de inserción comunitaria, redes de apoyo informal, patrones de amistad y el cese de interacciones tras la jubilación; y la soledad existencial, vinculada directamente a la agitación psicológica, la resignificación negativa del propio envejecimiento y la desesperanza frente al desamparo final; estas cuatro dimensiones se agudizan y reconfiguran de manera drástica bajo el aislamiento del régimen institucional, donde la subjetividad es confrontada al silencio y el Yo debilitado debe batallar, en el límite de sus fuerzas psíquicas, por no sucumbir a la desconexión total.

### **CAPÍTULO 3**

#### **DEL OBJETO DE CUIDADO AL SUJETO DE DESEO: DEMANDAS DE ESCUCHA**

##### **Fortalecimiento de la autonomía en adultos mayores**

Como se ha evidenciado en los capítulos anteriores, el ingreso a un dispositivo residencial suele reducir al adulto mayor a un cuerpo orgánico, despojándolo de su dimensión psíquica, de su singularidad y de su autonomía. Para revertir esta dinámica de alienación, es fundamental plantear un viraje paradigmático: transitar de la simple asistencia que impone cuidados de manera unidireccional y estandarizada al acompañamiento clínico y subjetivo, el cual reconoce, aloja y respeta la voluntad y el deseo del sujeto. En este proceso de rectificación subjetiva, el concepto clínico de la transferencia resulta vital. Sigmund Freud (1912), en su texto *Sobre la dinámica de la transferencia*, concibe este término indicando que “la investidura libidinal afrontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico”, precisando que “esa investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertará al médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento” (p. 98).

Velázquez (2017), señala que el asilo tradicional tiende a ubicar al adulto mayor en una posición asimétrica de objeto de cuidado, lo que reduce la vejez a un cuerpo en declinación y anula al sujeto de la vía de sus propios deseos. Cuando la institución ignora este vínculo transferencial y se limita a una simple administración automatizada de medicamentos y alimentos, el adulto mayor es empujado a asumir una posición de absoluta desvalidez y dependencia. Esta desarticulación del lazo social y la consecuente pérdida de la autonomía e identidad hunden al sujeto en el aislamiento defensivo. Desde la perspectiva psicoanalítica, la desconexión con el entorno y el encerramiento psíquico operan en ocasiones como mecanismos de defensa frente a la castración y el desamparo provocados por la percepción del declive de las propias capacidades.

Sin embargo, si el cuidador aloja esta transferencia afectiva que viene de parte del adulto mayor, puede utilizar ese vínculo de confianza para devolverle la responsabilidad al sujeto, fomentando que aloje su deseo en pequeñas pero

significativas elecciones sobre su cotidianidad. Este esfuerzo clínico de religar la libido cobra un sentido fundamental en la obra de Freud (1920) *Más allá del principio del placer*, donde la transferencia opera como una fuerza libidinal (Eros) que sale al encuentro de la pulsión de muerte, aquella inercia psíquica que empuja al sujeto al repliegue absoluto, la fijeza sintomática y la entrega pasiva ante el fin de la vida.

Este giro paradigmático exige interrogar éticamente los fundamentos que sostienen las prácticas residenciales cotidianas. Siguiendo a Jacques Lacan (1988) en *El seminario, Libro 7: La ética del psicoanálisis*, es posible identificar cómo los dispositivos tradicionales operan comúnmente desde la ética del bienestar del Otro, una vertiente marcadamente paternalista donde la institución dictamina de manera homogénea “lo que le conviene” al residente, anulando su singularidad bajo el pretexto de cuidado y la protección.

Frente a este avasallamiento institucional, la psicología en el campo gerontológico no debe reducirse a una labor puramente “recreativa”, de entretenimiento o de control conductual; por el contrario, debe orientarse por la ética del deseo. En este punto resulta imperativo confrontar no solo el modelo médico tradicional, sino también las corrientes contemporáneas de la salud mental que pretenden responder al malestar mediante discursos presuntamente desmedicalizadores o despsicologizadores. Como advierte Vucinovich (2014), muchas de estas estrategias se limitan a una educación o reconducción de la demanda, instruyendo normativamente al sujeto para que asuma su sufrimiento como una reacción esperable que debe tolerar con sus propios recursos. En el contexto asilar, esta búsqueda de “normalización” que a menudo se basa en enfoques cognitivo-conductuales, impone una lógica de “para todos lo mismo” que elimina de manera drástica la singularidad del caso. De este modo, el deseo institucional por evitar la saturación de los recursos y restaurar la homeostasis burocrática termina por disfrazar, bajo el pretexto de la resiliencia lo que en realidad es un ahogamiento del sujeto y una anulación total de su capacidad de elección autónoma.

Asumir el control total de sus rutinas bajo un sesgo totalmente asistencialista elimina cualquier esfuerzo de investidura personal, apagando su motivación y dejándolo a merced de una posición melancólica. Esta parálisis subjetiva ha sido erróneamente conceptualizada por enfoques como la Teoría del Desapego, la cual asume que el progresivo desinterés por el mundo exterior es una evolución natural y

esperable de la vejez para abrir el paso a las nuevas generaciones. Desde el psicoanálisis, esta supuesta “retirada natural” es leída más bien como un desarmado de la subjetividad provocado por el horror social frente al envejecimiento y la castración, empujando al residente a un confinamiento pasivo en el asilo.

Asimismo, es crucial discernir que el envejecimiento saludable conlleva un incremento de la interioridad (Salvarezza, 1988). Este proceso normal caracterizado por una mayor introspección y evaluación vital no equivale a aislamiento patológico, egoísmo o depresión, sino que representa un soporte psíquico para la rememoración y la asimilación del sí-mismo frente a los cambios de la edad. El aislamiento social y el abandono familiar o comunitario, en cambio, actúan como desencadenantes de sintomatologías depresivas graves y una drástica disminución de la autoestima. Esta caída del amor propio responde a un repliegue de la libido sobre el propio Yo ante la falta de objetos externos que sostengan el reconocimiento del sujeto.

Frente a esta encrucijada temporal y corporal, la autonomía del residente no debe medirse bajo la ilusión de un fin cronológico ideal, sino desde una dimensión espacial que apunte a la “producción de salidas”. Como propone Murillo (2016), el análisis en la institución es viable cuando produce movimientos subjetivos mediante los cuales el sujeto logra salirse de ciertas estructuras de encierro psíquico o conductual e ingresar a otras, localizando un margen de elección subjetiva allí donde el lazo social pretendía fijarlo a la invalidez.

Para comprender a fondo la pérdida de autonomía, es necesario analizar cómo la institución se establece frecuentemente como una autoridad absoluta frente al individuo. Al ingresar a un lugar residencial, el adulto mayor puede quedar sometido a un entorno que impone una identidad uniforme, quitándole los rasgos particulares que construyeron su historia personal. Esta pérdida de individualidad puede provocar que la persona abandone sus intereses propios para identificarse como un “paciente” o una persona asistida asumiendo así las etiquetas médicas como su realidad. Fortalecer la autonomía implica poder romper con ese discurso autoritario permitiendo que salgan a la luz características que devuelven a cada residente su valor como ser humano irreplicable.

Asimismo, esta autonomía se encuentra ligada a la forma en que se concibe y se trata el cuerpo físico durante la vejez. El deterioro de la salud puede llevar a las instituciones a atender el cuerpo desde una mirada médica olvidando que el ser humano

también está marcado por las emociones, experiencias pasadas y la forma en la que este se relaciona con el mundo. Cuando la asistencia se reduce a la higiene y medicación, se ignora la historia personal del residente. Restituir la autonomía requiere que los cuidados físicos se realicen con empatía, protegiendo siempre el pudor, la intimidad y el afecto que el adulto mayor mantiene hacia su propia imagen.

Esta recuperación de la autonomía no es fácil de alcanzar si no se brinda un espacio adecuado para procesar el duelo. La etapa del envejecimiento trae consigo múltiples pérdidas como el fallecimiento de la pareja, disminución de la fuerza física y la pérdida de roles. Las rutinas de las instituciones en su posible intento de mantener un ambiente tranquilo pueden terminar silenciando la tristeza esperando a que el adulto mayor acepte su situación de forma rápida y sin quejas. Sin embargo, para estructurar teóricamente este padecimiento, se vuelve fundamental delimitar clínicamente la diferencia entre el duelo y la melancolía, siguiendo los postulados de Freud (1917) en *Duelo y Melancolía*. Mientras que en el duelo el sujeto realiza un trabajo penoso pero saludable del desasimiento de la libido frente a un objeto o rol que ha perdido en la realidad lo cual empobrece transitoriamente al mundo externo, en la melancolía lo que se empobrece y desvaloriza de manera radical es el propio Yo del sujeto. En la reclusión asilar, la falta de soportes discursivos y la pérdida de la historicidad provocan que la libido no encuentre nuevos objetos donde invertirse; el residuo del objeto perdido se introyecta narcisistamente en el psiquismo, haciendo que “la sombra del objeto caiga sobre el yo”. De este modo, la parálisis subjetiva, la caída drástica del amor propio y los autorreproches constantes del residente no configuran simplemente una “evolución natural” del desapego, sino la fijación a una posición melancólica donde el Yo es juzgado por una instancia psíquica implacable. El bienestar emocional solo se recupera cuando el dispositivo institucional permite vivir, historizar y expresar ese dolor, logrando que su energía afectiva no se quede atrapada en el repliegue melancólico, sino que pueda dirigirse a formar nuevos vínculos en su entorno actual.

En este proceso de adaptación emocional, el entorno institucional se convierte en un escenario donde se reviven antiguos conflictos personales a través de lo que la psicología clínica conoce como transferencia. Freud (1914) en su texto Recordar, repetir y reelaborar, define esta dinámica explicando que el individuo “sustituye su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia de la cual puede ser curado mediante el trabajo terapéutico” (p.156). En la convivencia diaria dentro de la

residencia, el adulto mayor puede reflejar esta situación repitiendo en su trato con los cuidadores o médicos, las mismas actitudes de dependencia, exigencia o rebeldía que aprendió a lo largo de su vida. Identificar y comprender estas repeticiones es fundamental para ayudar al residente a que logre decidir de forma más libre cómo relacionarse en su presente.

Fortalecer la autonomía no significa dejar que el residente se valga por sí solo físicamente cuando sus capacidades motoras o sensoriales están legítimamente disminuidas; significa ofrecerle un soporte flexible y significativo. Es decir, brindarle la ayuda física requerida, pero respetando siempre que la decisión final como qué ropa usar, a qué hora leer o qué actividades preferir recaiga sobre su propio decir, impidiendo que el sujeto quede sepultado bajo el rótulo de la discapacidad o la invalidez. El rol del cuidador o el acompañante en estos dispositivos debe transformarse profundamente. En lugar de posicionarse como una figura de autoridad absoluta que ordena y vigila reproduciendo un goce institucional segregativo, debe convertirse en un facilitador del discurso.

Para delimitar rigurosamente este punto es preciso aclarar que el término goce en la teoría lacaniana no equivale a la homeostasis del placer, sino a una satisfacción paradójica ligada a la pulsión de muerte y al sufrimiento. Devolverle el poder de elección le restituye la dignidad y ayuda a frenar el deterioro acelerado de sus funciones cognitivas y emocionales, manteniéndola activa en la realidad y conectada a través de la palabra.

Este fortalecimiento de la autonomía implica también la resignificación del lazo social. Como advierte el informe del Nagusi Intelligence Center (2024) sobre la salud mental en la vejez, “la salud mental de las personas mayores se ve considerablemente afectada por factores sociales, destacando la soledad y el aislamiento social como elementos predominantes” (p. 10). La intervención comunitaria demuestra que cuando el adulto mayor se involucra en dinámicas lúdicas, espacios expresivos y agrupaciones colectivas, desarrolla potencialidades latentes que actúan como un soporte emocional indispensable frente a las crisis vitales. Se trata de recordarle a la institución que, aunque el cuerpo biológico del residente requiera asistencia, su mente, su memoria histórica y su posición como ciudadano siguen vigentes y exigen ser integradas en la dinámica del centro, ya que, de lo contrario, “la falta de apoyo psicológico especializado puede contribuir a un aumento de los

problemas de salud mental, una disminución del bienestar emocional y una calidad de vida más baja en una población ya vulnerable” (p. 32).

La vulnerabilidad socioeconómica y la discriminación cultural operan frecuentemente como catalizadores de una neurosis de abandono, donde el sujeto se anticipa al rechazo reclusándose voluntariamente. Frente a esto, la implementación de estrategias psicoeducativas, talleres grupales y espacios de comunicación asertiva permite desmontar los estereotipos culturales que asocian la vejez de forma exclusiva con la pérdida o la castración. Al proporcionar herramientas para que los adultos mayores tramiten el enojo, enfrenten las críticas institucionales y sostengan sus negativas, se promueve una autorregulación consciente y un reajuste de su autoconcepto alejado del de la autocompasión o la pasividad.

### **Restitución de la palabra: La escucha analítica en el contexto institucional**

Para profundizar en este eje de la investigación, es necesario definir la función de la palabra. Desde la perspectiva psicoanalítica, Jacques Lacan (1953), en *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*, argumenta que el tratamiento clínico depende de un solo recurso, al señalar que “el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente” (p. 240). Esto significa que la palabra no opera como un medio de comunicación para transmitir información básica, sino como la vía a través de la cual el sujeto construye su identidad, redefine su sufrimiento y expresa su deseo inconsciente. Por otro lado, la escucha analítica, fundamentada en los postulados técnicos de Sigmund Freud (1912) en su texto *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, se define a través de la regla de la atención flotante, donde el profesional debe “no fijarse en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma atención flotante” (p. 111). En la praxis, esto configura un espacio exento de prejuicios morales o médicos; es decir, un encuadre que no juzga ni infantiliza al paciente, sino que aloja su malestar para que sea el propio sujeto quien descubra la verdad de su padecimiento.

En los asilos, la palabra del adulto mayor suele ser invalidada o ignorada debido a que las instituciones priorizan el modelo médico hegemónico, por lo tanto, si el residente se queja o se muestra apático, la respuesta inmediata de los dispositivos tradicionales suele ser silenciar ese síntoma. Desde la perspectiva de Vucinovich (2014), el engranaje institucional responde de manera automatizada a la queja

mediante la producción de un “objeto tapón de la demanda”, el cual se materializa bajo la tríada de la educación conductual, el consejo directivo o el fármaco. Esta operación clínica y política reduce la manifestación subjetiva a su primera presentación superficial, obturando la posibilidad, la queja somática o la insistencia conductual del adulto mayor no deben ser leídas en su literalidad; por el hecho de estar articulada en el lenguaje, la demanda se encuentra estructuralmente atravesada por una falla, es decir, un canal desbordado donde el sentido siempre aloja un “más allá” del querer decir que está animado por el deseo inconsciente.

Introducir la escucha analítica en estos entornos subvierte dicha lógica adaptativa al posibilitar el advenimiento del momento lógico que Lacan aísla como la rectificación subjetiva. En la cotidianidad del asilo, el adulto mayor suele ingresar articulando una queja masiva dirigida al entorno, al personal de cuidado o a sus propios familiares, ubicándose como una víctima pasiva de las contingencias del mundo. La rectificación de las relaciones del sujeto con lo real implica propiciar un movimiento clínico donde el residente sea conducido a descubrir su propia implicación y responsabilidad en la escena de la que se queja. Vucinovich (2014) resalta que este giro clínico genera dos efectos fundamentales en la praxis institucional; en primer lugar, cierta pacificación subjetiva respecto al conflicto con el semejante y el entorno; y, en segundo lugar, la emergencia del síntoma analítico en el lugar donde antes solo habitaba el reclamo estéril. Al responsabilizarse de su decir y suspender la exigencia de un auxilio puramente asistencialista, la demanda inicial de curación o reconocimiento de la invalidez se quiebra, perdiendo su fuerza coercitiva para devenir en una genuina demanda de saber.

Esta tensión ética y técnica entre la lógica burocrática y el quehacer clínico encuentra un correlato empírico fundamental en las investigaciones sobre la inserción del psicólogo en dispositivos residenciales de larga estancia. El estudio de Mielgo Casado et al. (2001) pone de manifiesto una brecha conflictiva persistente entre lo que conceptualizan como el rol percibido por el profesional centrado en la evaluación integral y el diseño de intervenciones subjetivas y el rol ejecutado, el cual termina respondiendo a las demandas de inmediatez y control conductual impuestas por las administraciones institucionales.

Para comprender a fondo este silenciamiento subjetivo en el entorno institucional y subvertir la lógica segregativa de la institución, resulta imperativo

estructurar clínicamente la distinción que Jacques Lacan (1958) formula en *La dirección de la cura y los principios de su poder* entre la Necesidad, la Demanda y el Deseo: La necesidad inscribe el orden de lo estrictamente biológico y fisiológico como el alimento, la higiene, el resguardo físico, etc., que puede ser enteramente satisfecho mediante un objeto real y específico; la demanda surge en tanto el ser humano nace en un estado de desvalimiento absoluto y requiere de un Otro para sobrevivir. Al dirigir su llamado a este Otro primordial, la necesidad se aliena en el lenguaje y se transforma en demanda. La demanda es por estructura una petición de amor, presencia y reconocimiento que va más allá del objeto material solicitado. El deseo se genera en el intervalo insalvable que separa a las dos dimensiones anteriores. Además, representa el resto irreducible que queda una vez que la necesidad ha sido satisfecha; un excedente que el lenguaje no logra capturar ni nombrar por completo.

El dispositivo asilar tradicional funciona con una lógica industrial que se centra únicamente en satisfacer las necesidades físicas, como la alimentación programada, la supervisión de medicamentos y rutinas de higiene rígidas. Al taponar la existencia del residente con objetos concretos, la institución elimina la demanda de reconocimiento y como resultado, apaga la posibilidad de que surja el deseo. Así, el adulto mayor deja de ser visto como sujeto que desea y pasa a ser un simple objeto de atención asistencial.

Cuando un adulto mayor en una institución se queja constantemente de dolores, pide atención médica sin parar o muestra conductas hipocondríacas, lo habitual es que la institución se limite a atender sus necesidades biológicas. Sin embargo, desde el psicoanálisis se entiende que detrás de esa insistencia con el cuerpo hay, en realidad, una profunda necesidad de amor, de presencia y de sentirse reconocido por ese Otro institucional que lo acoja. Desde esta perspectiva, la insistencia sintomática del cuerpo o la queja continua también revelan un modo de goce que surge del sufrimiento que reemplaza la incapacidad de articular palabras; ante un Otro institucional que ignora el deseo, el sujeto goza de su propio malestar como único recurso para dar sentido a su existencia menospreciada.

Las demandas del residente suelen ser, al principio alienantes y están destinadas a consolidar su total dependencia del Otro que lo administra. La pertenencia de la escucha radica en no responder de inmediato con el objeto tapón, sino en sostener una pausa; es en la vacilación de esa respuesta inmediata donde la demanda de

alienación del sujeto puede abrirse paso a la pregunta por su propio deseo: ¿Qué quiere hacer él con el tiempo y el cuerpo que le restan?

Bajo las coordenadas freudianas de *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), se entiende que aquello que el sujeto no puede tramitar por la vía de la simbolización e historización de sus pérdidas está estructuralmente condenado a repetirse en el acto, en este caso, mediante el malestar somático y el sufrimiento del cuerpo orgánico. La escucha analítica sirve precisamente como el recurso técnico para interrumpir esta inercia de la repetición ciega para abrir paso a la elaboración del sujeto.

Es necesario diferenciar la escucha clínica de la simple actitud amistosa o de la compasión que suele enseñarse en el trato social común. Mientras que la simpatía usual busca consolar al adulto mayor identificándose con su sufrimiento, la escucha desde la psicología clínica funciona de manera neutra y atenta. Freud (1912) estableció esta postura indicando que el profesional “no debe ser transparente para el analizado, sino, como una luna de un espejo, mostrar solo lo que le es mostrado” (p. 117). Esta posición no busca ofrecer consuelos rápidos, sino prestar una atención profunda a los temas que la persona repite constantemente al hablar, yendo mucho más allá de la simple queja visible.

En este sentido, el uso del silencio por parte del profesional se vuelve una herramienta de valor. Frente a la exigencia de soluciones inmediatas que caracteriza al entorno institucional, el silencio del analista no significa ignorar a la persona, sino que funciona como un impulso para que reflexione y al no saturar la angustia del residente con frases hechas o instrucciones médicas, se crea un espacio de pausa que motiva a la persona a seguir hablando y a encontrar sus propias respuestas. Este silencio activo permite que la palabra del adulto mayor pase de ser un reclamo superficial a una verdadera expresión de su identidad.

Dentro de este marco de atención, el psicólogo suele ser visto por el residente como una figura de autoridad. Al ingresar a la institución, el adulto mayor tiende a creer que los profesionales, por llevar uniforme o un título, tienen la solución mágica para mejorar su vida. Esta dinámica se relaciona con lo que Lacan (1964) denominó el Sujeto Supuesto Saber, explicando que “desde el momento en que el sujeto saque se supone saber existe (...) hay transferencia” (p. 240). La escucha profesional no se aprovecha de este vínculo para dar órdenes, sino que la utiliza para devolverle poco a

poco el poder de decisión al residente, ayudándolo a descubrir que las respuestas más verdaderas se encuentran dentro de él mismo.

A través de esta escucha, los problemas diarios que el residente menciona toman un nuevo sentido. Por ejemplo, una queja recurrente sobre la calidad de la comida o el horario estricto de las visitas deja de ser un simple problema de organización para mostrarse como la señal de una angustia. El psicólogo clínico logra ver en esos detalles la verdadera necesidad de la persona, entendiendo que el adulto mayor está pidiendo afecto y exigiendo recuperar el respeto y el lugar de importancia que puede que la rutina del centro le haya quitado.

Al respecto, Rodado et al. (2006) advierten que las coordenadas del espacio institucional alteran sustancialmente el estatuto de la demanda del sujeto. A esto se suma lo que Aveggio (2013) denomina la “inversión de la demanda”, donde el aparato institucional exige normativamente al sujeto que “pida ayuda” o asista a controles, transformando la sesión en una respuesta alineada al Otro ideológico, desprovista de motivación o división subjetiva genuina. Por ello, introducir la escucha analítica en estos entornos no implica replicar una técnica privada, sino sostener un riguroso “cambio de posicionamiento” clínico; una perspectiva que decide alojarse en la “espera” de una subjetividad oculta bajo el manto de la masificación institucional. Al habilitar la escucha, se abre una vía para que el deseo inconsciente del sujeto comience a circular en lugar de quedar fijado al dolor orgánico.

Este cambio de posicionamiento clínico obliga a interrogar, consecuentemente, el estatuto del cuerpo en la vejez, diferenciando el organismo biológico del cuerpo psíquico estructurado por lo Imaginario y lo Simbólico. El envejecimiento cronológico y el declive motriz resquebrajan la consistencia de la imagen especular; el sujeto se confronta con una suerte de “espejo al revés” donde el reflejo ya no coincide con el Yo ideal que sostuvo su identidad durante la madurez. Teóricamente este fenómeno interrumpe la estructura que Jacques Lacan (1949) formula en *El estadio del espejo como formador de la función del yo*. Si el Yo se constituye originalmente en el psiquismo a partir del júbilo de una identificación con una imagen unificada y completa en el espejo, el declive biológico de la vejez opera una conmoción imaginaria inversa: el espejo devuelve una imagen fragmentada, ajena o en deterioro que ya no sostiene los ideales narcisistas previos. Ante esta caída de la consistencia de la imagen, actitudes como negarse a participar en actividades, la apatía profunda o el rechazo a la

alimentación son interpretadas comúnmente por el personal como un simple declive biológico o un cuadro psiquiátrico que debe ser suprimido con fármacos.

Desde la perspectiva clínica analítica, estas conductas se interpretan como un síntoma, es decir, una demanda de afecto y reconocimiento que el sujeto expresa a través del cuerpo ante la falta de palabras o espacios para manifestarlo. A través de la escucha analítica, el profesional busca transformar ese síntoma destructivo en una demanda verbal, esto permite que el sujeto exprese su angustia por la pérdida de su rol familiar o social, evitando que el silencio impuesto lleve a la fragmentación de su identidad. Negarle al adulto mayor un espacio genuino para hablar de sus pérdidas y temores equivale a condenarlo a una muerte subjetiva que se anticipa a la física.

Por lo tanto, la escucha analítica se convierte en una intervención ética y clínica fundamental para devolverle la voz al sujeto; es un acto que transforma la queja pasiva en un deseo activo, y le devuelve la capacidad de vivir y de decidir sobre su propia historia. Este reposicionamiento subjetivo se logra cuando dicha escucha no busca que la persona se adapte pasivamente al sistema institucional, sino que pone en marcha la función de la enunciación. Cuando el adulto mayor narra su sufrimiento, deja de ser un objeto de la asistencia burocrática o del deterioro biológico; a través de las palabras puede volver a definir los sucesos de su historia y encontrar un lugar donde el lazo social trataba de obligar a la invalidez. Por lo tanto, decidir sobre su propia historia significa que el sujeto, a pesar de las limitaciones del entorno institucional y de su cuerpo envejecido, tiene la capacidad de asumir una actitud ética y un conocimiento acerca de cómo afrontar sus propios deseos.

### **Hacia un modelo de acompañamiento centrado en la subjetividad del adulto mayor**

Para consolidar este último punto de la investigación, es fundamental definir la diferencia entre la simple gestión asistencial y un verdadero modelo de acompañamiento. Desde la clínica psicoanalítica, el pediatra y psicoanalista Donald Winnicott (1965) en su libro *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, define las bases del acompañamiento a través de su concepto de *sostén* (holding), indicando textualmente que “empleamos el término ‘sostén’ para denotar no solo el sostén físico, sino también toda la provisión ambiental” (p. 56). Es decir, acompañar significa brindar un entorno seguro y constante que le permite a la persona mantener su identidad sin sentirse amenazada por el exterior. Por otro lado, la gestión asistencial

es un conjunto de prácticas institucionales que se enfocan solo en mantener el cuerpo vivo, dando medicinas y alimentos, pero olvidando por completo las emociones, la capacidad de decidir y la historia de vida de la persona que recibe los cuidados.

Es muy importante integrar este enfoque clínico en la realidad de las casas hogar o centros de acogida de larga estancia, donde el modelo dominante deshumaniza el trato al ver al adulto mayor como un objeto pasivo que debe ser bañado y medicado, lo que bloquea su participación activa en su propio cuidado. Retomando el informe del Nagusi Intelligence Center (2024), señala que “la pérdida de seres queridos, capacidades físicas e independencia puede desencadenar o agravar la depresión y la ansiedad” (p. 10). Al cambiar el enfoque de las residencias, pasando de administrar un “cuerpo que se deteriora” hacia proteger un entorno que fomente el bienestar emocional, se mitiga el riesgo de aislamiento social.

Para que la provisión ambiental que plantea el holding adquiera operatividad, el psicólogo debe fundar una hendidura en la temporalidad institucional. Las rutinas asilares se gobiernan por un tiempo cronometrado y masificante fijado estrictamente por los horarios técnicos. En contraste con esta lógica de la urgencia, la intervención terapéutica trae consigo el aspecto del tiempo subjetivo: un marco adaptable en el que lo importante es el momento de reflexión que brinda al sujeto la oportunidad de expresarse. Este recurso se aplica desde las entrevistas individuales preliminares a lo largo del proceso de admisión hasta en espacios grupales, corta la secuencia temporal habitual de la institución, creando un espacio y tiempo donde la aceleración se detiene ante la llegada del sujeto.

Metodológicamente, la articulación de este espacio y tiempo exige leer la práctica desde la complejidad de un “encuadre-tercerizado” o triple encuadre. Osorio (2021) delimita formalmente tres intersecciones en el dispositivo institucional: La relación institución-profesional, regida por un contrato laboral y requerimientos administrativos obligatorios tales como la cumplimentación inmediata de la historia clínica en el sistema; la relación consultante-institución, donde el residente se reviste de su condición de sujeto social de derecho para exigir una “cuota de beneficios” en salud; y la relación profesional-consultante. Operar desde la orientación analítica dentro de este triple encuadre implica producir una ruptura parcial con las exigencias normativas y de control conductual de las primeras dos dimensiones, subvirtiendo el rol burocrático del psicólogo para habilitar en la tercera dimensión un lazo de

transferencia singularizable, donde la palabra escape a la lógica mercantil del estándar institucional. En la práctica, esto se evidencia cuando el psicólogo, presionado por la institución para entregar un reporte conductual estandarizado de manera inmediata decide sostener un tiempo de pausa para escuchar el dolor del residente frente a una pérdida reciente priorizando el advenimiento del sujeto por encima del trámite burocrático.

Para que este modelo de acompañamiento sea efectivo, el concepto de sostén propuesto por Donald Winnicott (1965) no debe limitarse a la relación directa entre el psicólogo y el residente, sino extenderse a todo el equipo de trabajo. El autor señala que el sostén incluye “el manejo de las experiencias que son inherentes a la existencia física” (p. 58). Por ende, la institución en su conjunto debe funcionar como un ambiente amable que sea capaz de comprender el enojo y los momentos de confusión del adulto mayor, sin castigarlo o darle medicamentos en exceso. Cuando el personal médico comprende que el mal carácter del residente es una forma de expresar tristeza y un ataque personal, puede que se construya un lugar que protege a la persona en sus momentos más vulnerables.

El éxito de este modelo depende de la actitud que toma el psicólogo en su trabajo diario. Su intención no debe ser obligar a la persona a adaptarse sin quejarse a las reglas del lugar, ni tampoco tratar de enseñarle cómo debe comportarse durante la vejez. Por el contrario, la ética del profesional consiste en defender la manera única de ser de cada persona. Es una postura que busca evitar que el adulto mayor sea anulado por las rutinas del centro, garantizando que sus opiniones y desacuerdos siempre sean escuchados con respeto.

Al mantener esta forma de trabajo, el psicólogo genera un cambio en la rutina de la propia institución. Al no ceder ante la presión de entregar informes rápidos o de cambiar a toda costa a los residentes más difíciles, el profesional cuestiona las posibles reglas rígidas del centro. Su labor invita constantemente a todo el equipo médico y administrativo a reflexionar asegurando que nadie olvide que detrás de un diagnóstico o una historia clínica hay un ser humano.

Este cambio hacia un trato más humano se apoya en un principio fundamental: la mente profunda y las emociones no envejecen. Freud (1915) en su texto *Lo inconsciente* estableció esta atemporalidad afirmando textualmente: “Los procesos del sistema lcc son atemporales; es decir, no están ordenados con arreglo al tiempo, no se

alteran por el transcurso de este” (p. 184). Aunque el cuerpo físico sufra los desgastes naturales, el mundo interno de la persona sigue tan vivo como siempre. Hay que reconocer que los sentimientos no tienen edad confirma que, hasta el último de sus días, el adulto mayor sigue siendo capaz de desear y de ser el protagonista de su propia historia.

Este acto de alojar el discurso cobra un valor terapéutico radical al considerar los destinos de la energía psíquica. Como sostiene Fernández (2007), la reminiscencia y la construcción del relato biográfico operan como destinos cruciales para la libido en el envejecimiento. Permitir que el adulto mayor organice su historia y narre su propia biografía propicia que la libido, atrapada en el repliegue melancólico ante las pérdidas cotidianas vuelva a circular investida en la palabra y el lazo social, constituyendo un auténtico dique clínico frente a la desestructuración del Yo. En aquellos casos donde el declive cognitivo o los vacíos de memoria dificultan la asociación libre del residente, el clínico puede orientarse por la propuesta de Freud (1937) en *Construcciones en análisis*. Aquí, la tarea ya no es solo rescatar recuerdos reprimidos de manera libre, sino ayudar a construir activamente los fragmentos perdidos de su relato vital mediante hipótesis interpretativas, sirviendo como un andamiaje clínico indispensable que sostiene la consistencia de su Yo y su dignidad histórica.

Dar el paso hacia un modelo centrado en la subjetividad significa cambiar radicalmente la postura de quien atiende. Para lograr esto, es indispensable aplicar la escucha analítica, un dispositivo clínico que Jacques Lacan (1964) en *El Seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, eleva a una posición fundamental recordando textualmente la fórmula: “el arte de escuchar casi equivale al del bien decir” (p. 129). Esta escucha no es un simple oír pasivo, sino una intervención activa, libre de prejuicios, que valida la voz del sujeto y le permite descubrir la verdad detrás de su dolor.

Para que este dispositivo sea posible, Jacques Lacan (1964), en la misma obra, propone que en el espacio clínico la dinámica se rige por la transferencia, afirmando textualmente que “la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente” (p. 152). En palabras sencillas, esto significa que el psicólogo o el cuidador institucional no debe imponerse como una autoridad que lo sabe todo y dicta las reglas, sino que debe permitir que el adulto mayor exprese la realidad de sus emociones y deseos. Además, Lacan añade que, en esta relación, “la propia presencia del analista

es una manifestación del inconsciente” (p. 131), lo que resalta que la disposición de quien escucha es vital para que la persona se sienta validada. En lugar de imponer rutinas estrictas, la institución debe abrir espacios de escucha analítica donde el adulto mayor recupere la confianza de que es él mismo quien posee el verdadero saber sobre su historia y su bienestar.

Este giro hacia un modelo enfocado en la subjetividad nos lleva a cuestionar de manera rigurosa el papel del psicólogo de orientación analítica dentro del dispositivo institucional, situando una frontera impostergable entre el análisis, la psicoterapia y la sugestión. La labor institucional se divide en tres niveles: el trámite institucional, se enfoca en tareas administrativas como la emisión de certificados y las evaluaciones breves; el tratamiento institucional, incluye intervenciones como la psicoterapia, la atención, el seguimiento y la desmedicalización; por último, el análisis propiamente dicho, que tiene lugar en la transferencia inconsciente.

La incorporación del psicoanálisis en la institución cuestiona la necesidad de adaptación. Mantener una escucha analítica en este contexto implica que el profesional debe dejar atrás el saber predecir y la tentación de controlar la conducta del sujeto. Al rechazar ser un modelo de normalización, el analista se coloca en el lado opuesto a la lógica institucional, esta lógica excluye lo que el discurso amo del asilo consideró como desecho: el sinsentido de la queja, el dolor físico persistente y las heridas subjetivas provocadas por las pérdidas.

Sin embargo, para mantener esta posición, el clínico debe dejar de lado cualquier fantasía de omnipotencia y evitar la ilusión de que hay un “psicoanálisis para todos y para todo”. El analista que trabaja en una institución gerontológica tiene que aceptar que el cuerpo biológico enfrenta un deterioro real y legítimo. Esto hace que la colaboración con médicos, psiquiatras o personal de cuidado sea esencial en muchos momentos del tratamiento institucional. La ética del analista está fundada en la habilidad de adaptar su enfoque clínico: actuar como psicólogo o facilitador asistencial cuando la urgencia del cuerpo lo requiera, permitiendo así un espacio donde el sujeto en análisis pueda expresar sus deseos reprimidos inconscientes.

De este modo, lejos de presentarse como un agente de sugestión que impone sentidos prefabricados, el profesional se ofrece como el soporte transferencial necesario para que el adulto mayor pase de la sumisión adaptativa a la enunciación singular de su historia, habilitando un espacio ético donde el saber hacer con el propio

sufrimiento no depende de la mirada ordenadora del Otro, sino de la emergencia de su propio deseo.

El rol del psicólogo dentro de la institución geriátrica se encuentra por consiguiente en una tensión ética insalvable. Por un lado, el dispositivo asilar responde constitutivamente a las lógicas que Lacan denominó el Discurso de la Universidad donde el saber técnico gestiona y homogeneiza a las poblaciones y el Discurso del Amo que está orientado constitutivamente a la disciplina y el control de los cuerpos. Bajo estas coordenadas normativas la institución le demanda al clínico un rol asistencial e instrumental como la aplicación sistemática de pruebas psicométricas estandarizadas, la realización del tamizaje cognitivo y el diseño pragmático de estrategias conductuales destinadas a apaciguar o adaptar al residente para asegurar el orden burocrático y administrativo.

Frente a este mandato regulador y homogeneizante, la práctica orientada por el psicoanálisis propone la asunción ética del Discurso del Analista. El objetivo fundamental del clínico bajo esta perspectiva ética no es de ninguna manera reeducar, normalizar, ni forzar bajo coacción la adaptación del adulto mayor al régimen asilar. Por el contrario, su función consiste en sostener con rigurosidad una escucha analítica mediada por la transferencia que sea capaz de alojar la radical singularidad de la queja, el malestar y el saber inconsciente del sujeto.

Sostener la escucha clínica en la institución gerontológica implica en última instancia, resistir éticamente a la tentación de ocupar el lugar del experto que responde de manera inmediata desde el saber predictivo o el estándar adaptativo. Al rehusar la entrega del “objeto tapón” que satura la falta, la apuesta del analista se sostiene sobre la base de preservar el síntoma del adulto mayor en su estatuto de enigma absoluto. Este cambio de rumbo desplaza radicalmente las coordenadas del saber y el trabajo clínico, haciéndolos caer del lado del propio sujeto y no del saber científico de la institución. Bajo esta orientación el éxito de un modelo centrado en la subjetividad se constata en el estatuto con el que el adulto mayor transita o egresa del dispositivo: un sujeto que abandona la sumisión dócil y la pasividad del desecho residencial para constituirse como un sujeto dividido que, habitando su propio decir, ha logrado hacer viral su desamparo cronológico hacia un deseo de saber sobre su propia historia.

Finalmente, se puede decir que el cuidado en la etapa de la vejez no puede limitarse a mantener el organismo con vida si no se garantiza el bienestar emocional

del ser humano. Transitar de una simple gestión de rutinas a un modelo que priorice el acompañamiento y la escucha activa es el único camino adecuado y ético para asegurar que cada adulto mayor sea tratado hasta el final de sus días como una persona con derechos, con voz propia y con la inquebrantable capacidad de continuar deseando.

## **CAPÍTULO 4**

### **METODOLOGÍA**

#### **Enfoque**

La investigación se realizó con un enfoque cualitativo, debido a la necesidad de explorar la complejidad de la experiencia humana, la subjetividad y el silenciamiento del deseo de reconocimiento en los adultos mayores que residen en entornos institucionales. Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2014), el enfoque cualitativo busca comprender los fenómenos sociales a partir de los significados y las interpretaciones en contextos específicos. El estudio se centró en la pérdida de autonomía y en la infantilización de estas personas. Gracias a este enfoque, fue posible realizar un análisis profundo de la dimensión simbólica y relacional del material audiovisual, lo que permitió reconocer al adulto mayor no como un simple objeto de asistencia médica, sino como un sujeto con vivencias y capacidad de reflexión.

#### **Paradigma**

La investigación se desarrolló dentro del paradigma interpretativo o hermenéutico. Este paradigma fue muy útil para el análisis clínico e institucional en relación con la vejez, se buscó entender cómo se construyen los significados de aislamiento, pérdida de roles y deseos en la vida cotidiana dentro de las instituciones. Según Berger y Luckmann (1968), la realidad cotidiana se muestra como un mundo intersubjetivo que se organiza mediante las interacciones y los discursos. A través de este paradigma, los autores interpretaron las percepciones de la vejez no solo como un fenómeno biológico, sino como una construcción social moldeada por los discursos culturales y las relaciones de poder que afectan la posición subjetiva del adulto mayor.

#### **Método**

Para esta investigación se utilizó un método interpretativo en un cortometraje. Al respecto, Garza (1988) señala que la investigación documental “se caracteriza por el empleo predominante de registros gráficos y sonoros como fuentes de información... registros en forma de manuscritos e impresos” (p.8). Este nivel permitió caracterizar, categorizar y examinar a fondo las experiencias de los adultos mayores dentro de la institución. A través de este análisis, pudimos comprender qué es la infantilización y cómo la falta de espacios para una escucha adecuada afecta la

vida diaria de las personas. Estos aspectos relacionales tienen un impacto directo en su autoestima y en su dignidad. En lugar de buscar una medición numérica, el principal objetivo es dar una descripción cualitativa de cómo las personas ven la vejez, se busca identificar claramente los elementos en las relaciones con los demás que influyen en su bienestar y en su valor personal.

## **Técnicas**

La técnica utilizada fue el análisis de un cortometraje, mediante el cual se realizó un examen sistemático de fuentes audiovisuales y registros fílmicos para extraer categorías de análisis sobre la vida cotidiana en las instituciones de larga estancia. En este estudio, esta técnica se aplicó sobre el material cinematográfico y discursivo del documental “La última estación”, entendiendo que el análisis documental, a partir de un procedimiento sistemático de revisión de documentos, busca generar nueva información o encontrar la respuesta a una interrogante de forma coherente y argumentada (Marcelino Aranda et al., 2024).

## **Instrumentos**

Como instrumento principal se utilizó la matriz de registro y categorización documental. De acuerdo con Marcelino Aranda et al. (2024), el análisis documental funciona como un proceso en el cual “el investigador comprende y analiza las definiciones y conceptos alrededor de un tema de investigación” (p.1). A partir de esto, la matriz fue diseñada para sistematizar las secuencias, discursos, interacciones y manifestaciones clínicas observadas en la obra audiovisual en función de las variables teóricas de la investigación.

## **Población**

La población y unidad de estudio estuvo constituida por los adultos mayores institucionalizados del cortometraje chileno “La última estación” (2012-2013), dirigido y escrito por Cristián Soto y Catalina Vergara, el cual retrata de forma íntegra la cotidianidad, dinámicas institucionales y vivencias subjetivas de los adultos mayores residentes en diversos asilos y hogares de larga estadía.

## **CAPÍTULO 5**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En este capítulo se presentan y analizan los resultados obtenidos al analizar el cortometraje “La última estación”, dirigido por Cristián Soto y Catalina Vergara. El análisis se organizó según los tres objetivos específicos de la investigación y ayudó a identificar situaciones, interacciones, discursos y dinámicas institucionales sobre la autonomía, la subjetividad, la elaboración de pérdidas y las demandas de reconocimiento de los adultos mayores.

Debido a que la unidad de estudio corresponde a un material audiovisual, los resultados se limitan a las situaciones que se ven en el cortometraje y no buscan generalizar a todas las situaciones que cuidan a personas mayores. En este sentido, la interpretación se hizo a partir de lo que la obra muestra y de cómo se conecta con las categorías del marco teórico. Para organizar los resultados se consideraron tres ejes basados en los objetivos específicos: la participación y autonomía en las decisiones cotidianas; la expresión afectiva, las pérdidas y la construcción de la subjetividad; y las demandas de reconocimiento, dignidad y escucha. Esta manera de organizar los resultados permite un diálogo entre el material audiovisual y las ideas teóricas que se analizaron durante la investigación.

#### **Exclusión en la toma de decisiones y participación institucional**

Una de las primeras situaciones que se puede analizar en esta categoría es la llegada de Morena a la residencia. La secuencia muestra su ingreso acompañada por su hija, y luego el proceso de adaptación al nuevo entorno. A partir de ese momento, se observa cómo algunos de sus objetos personales son separados y ella comienza a integrarse a una rutina ya establecida por la institución. Luego, varias escenas muestran que actividades como comer, descansar, tomar medicinas y moverse por ciertos lugares están reguladas por la institución.

Estas situaciones se repiten con frecuencia, lo que indica que las decisiones sobre cómo se organiza la vida diaria no siempre son tomadas por los residentes, sino que forman parte de una estructura ya definida. Sin embargo, como el análisis se basa en un cortometraje, es importante entender que estas observaciones reflejan solo las situaciones seleccionadas y construidas por los directores del cortometraje.

Esta dinámica se puede relacionar con el concepto de “institución total”, desarrollado por Goffman (2001), que describe espacios donde diferentes aspectos de la vida cotidiana están concentrados bajo una misma estructura organizativa. Desde esta perspectiva, las escenas observadas permiten interpretar que la regulación de los tiempos, espacios y actividades puede llevar a una reducción de los márgenes de autonomía diaria.

La conexión con el marco teórico es muy importante porque la investigación no ve la autonomía solo como una capacidad funcional. Como se explicó en el primer capítulo, la autonomía también incluye la posibilidad de participar en decisiones que afectan la propia vida. Por eso, cuando las decisiones diarias están determinadas por la institución, puede surgir una tensión entre la dependencia funcional y la autonomía subjetiva. Requerir ayuda para ciertas actividades no significa necesariamente que el sujeto haya perdido su capacidad de decidir. Desde la perspectiva psicoanalítica que se utiliza en la investigación, esta tensión permite cuestionar la posición que ocupa el adulto mayor frente al Otro institucional. La institución puede ofrecer cuidados necesarios para la vida diaria, pero al mismo tiempo puede imponer formas de organización que limitan los espacios donde el sujeto puede expresar sus preferencias. Por lo tanto, el problema clínico no está en la existencia del cuidado institucional en sí, sino en el riesgo de que el cuidado termine por sustituir la posibilidad de elección.

En este sentido, lo observado en “La última estación” puede interpretarse en relación con el planteamiento de la investigación sobre la diferencia entre ser cuidado y ser reducido a objeto de cuidado. La primera opción permite mantener la dimensión subjetiva del adulto mayor; la segunda corre el riesgo de ubicarlo únicamente desde sus necesidades biológicas.

### **Rutina institucional y pérdida de autonomía**

Otro elemento identificado en el cortometraje es la forma en que el tiempo cotidiano se organiza. La cámara presenta largos períodos en los que los residentes permanecen sentados en espacios comunes o en sus habitaciones, mientras que determinadas actividades como la alimentación, la medicación y el descanso aparecen vinculadas a horarios institucionalmente establecidos. También se muestran acciones repetitivas y momentos extensos de espera.

La representación del tiempo cotidiano adquiere relevancia para el análisis porque permite observar una reducción de actividades diferenciadas y de espacios

destinados a la iniciativa individual. No obstante, esta interpretación corresponde a las situaciones seleccionadas por el cortometraje y no permite establecer que todos los residentes experimenten la institución de la misma manera.

Esta característica puede articularse nuevamente con Goffman (2001), particularmente con su descripción de las instituciones en las que diferentes ámbitos de la vida se desarrollan dentro de un mismo espacio y bajo una organización formal. La coincidencia entre residencia, cuidado, alimentación, descanso y atención forma una estructura. En esa estructura, el tiempo personal está muy conectado con el tiempo de la institución.

Dentro del marco de la investigación, esta organización se vuelve importante. La autonomía no solo significa poder hacer algo, sino también tener la oportunidad de participar en las decisiones que definen la vida diaria. Por eso, las escenas analizadas muestran una tensión. Esa tensión ocurre entre la necesidad real de organizar el cuidado y la posibilidad de mantener espacios donde se puedan tomar decisiones personales.

### **Falta de escucha, pérdidas y dimensión afectiva**

Con respecto al segundo objetivo específico, el cortometraje muestra varias situaciones relacionadas con menos contacto con el mundo exterior y con la forma en que se expresan experiencias vinculadas a pérdidas. Las visitas familiares son momentos cortos y, en algunas escenas, los adultos mayores pasan mucho tiempo sin hablar con otras personas. También hay residentes que hablan de recuerdos relacionados con familiares que ya no están y con etapas anteriores de sus vidas.

Estas manifestaciones son importantes para el análisis porque muestran que hay experiencias de pérdida que siguen formando parte de la vida psíquica de los sujetos. En estos recuerdos aparecen referencias a familiares, a su hogar, a los roles que tuvieron antes y a etapas de la vida que ya no existen.

Esta observación puede relacionarse directamente con los planteamientos teóricos en torno al duelo y la pérdida. Como señala Freud (1917) en su obra *Duelo y Melancolía*, el duelo implica un riguroso proceso psíquico frente a la pérdida de un objeto significativo o de una persona amada, tales como los ideales, la libertad, los roles o las capacidades vitales. Tal como se desarrolló en el segundo capítulo, este trabajo anímico exige un examen de realidad exhaustivo que permita el repliegue paulatino de las investiduras libidinales. En la vejez, este proceso puede volverse muy

difícil porque ocurren pérdidas al mismo tiempo y una tras otra. Estas pérdidas afectan muchas partes de la vida: desde las relaciones importantes y los roles que antes tenía, hasta la salud física, los lugares donde se sentía en casa y el lugar que ocupaba en la sociedad. Si la persona no tiene alguien que la escuche ni apoyos que le ayuden a entender estas pérdidas, su mente puede sufrir una gran desorganización. La incapacidad de liberar los objetos perdidos puede desordenar su economía interna y causar daños en su sentido del Yo.

Por eso, los silencios y las expresiones cortas que se ven en el cortometraje no deben tomarse de inmediato como señal de depresión ni de una estructura clínica específica. Más bien, pueden ser considerados manifestaciones que abren preguntas sobre la manera singular en que cada sujeto tramita sus pérdidas, especialmente cuando el contexto institucional ofrece pocos espacios de expresión.

### **Demandas de reconocimiento, autonomía y deseo**

El tercer objetivo específico permitió analizar las formas en que la necesidad de reconocimiento aparece vinculada con la autonomía, la dignidad y la posibilidad de conservar una posición subjetiva dentro de la institución. En el cortometraje, esta dimensión no se muestra solo con demandas claras y organizadas de los residentes. También se revela a través de gestos, silencios, recuerdos, interacciones y formas de relacionarse con el entorno.

En este sentido, el deseo de reconocimiento no se puede reducir a una petición concreta de atención. Desde el enfoque psicoanalítico que se utiliza en esta investigación, se puede entender como una dimensión ligada a la necesidad del sujeto de mantener un lugar en el campo del Otro. También se trata de poder mantener una posición singular frente a los demás.

Esta lectura se articula con los planteamientos teóricos en torno a los efectos de los dispositivos asilares y la segregación. Como señala Lacan (1969-1970) en su *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*, los dispositivos institucionales y el lazo social contemporáneo operan mediante la imposición de un significante amo ( $S_1$ ) segregativo como las etiquetas de “incapaz”, “frágil” o “inútil” que aliena al sujeto e intercepta la operación de separación, impidiendo que el adulto mayor interpele la demanda del Otro institucional y ejerza su autonomía subjetiva. El envejecimiento no hace que el deseo desaparezca, aunque el cuerpo cambie, se pierdan roles y las relaciones sociales se transformen. Por eso, es fundamental que las instituciones traten

al adulto mayor como un sujeto con voz y no solo como un cuerpo que necesita cuidados.

En el cortometraje “La última estación”, se observa una tensión importante: la institución puede cuidar el cuerpo, pero no siempre deja espacio para que la persona exprese su palabra y su forma única. Esta tensión se relaciona con el problema de investigación, que se enfoca en cómo se priorizan las necesidades físicas frente a las demandas de reconocimiento, escucha y expresión afectiva. La investigación busca entender estas necesidades frente a un modelo centrado solo en el cuidado físico.

### **La muerte de Morena: límite biológico y continuidad institucional**

Uno de los momentos más importantes del cortometraje es el deterioro físico y la muerte de Morena. La escena muestra la muerte en el espacio institucional, después, el cuerpo se retira y la habitación se reorganiza para un nuevo ocupante. El cortometraje cambia esta secuencia con imágenes de las estaciones. Así se construye una representación donde la muerte de la residente ocurre mientras la dinámica diaria de la institución continúa.

Desde una perspectiva descriptiva, esta secuencia muestra la coexistencia de dos temporalidades: una es la trayectoria singular de la residente y la otra es la continuidad de la organización institucional. Mientras para ella, la muerte marca el final de su vida, para la institución, las actividades diarias siguen y el espacio se reutiliza.

Esta diferencia puede relacionarse con el concepto de sujeto singular que se desarrolla en la investigación. Cambiar una cama o seguir con la rutina no implica necesariamente que la institución ignore al sujeto, pero el cortometraje plantea una pregunta: ¿qué lugar ocupa la pérdida de un sujeto dentro de una estructura basada en rutinas y necesidades colectivas?

Desde el psicoanálisis, la muerte confronta al sujeto con un límite que no puede superar la asistencia institucional. Por eso, la muerte de Morena ayuda a recordar la diferencia entre el cuidado del cuerpo y el acompañamiento de la dimensión subjetiva. La asistencia puede ocuparse de las necesidades físicas hasta el final de la vida, pero también implica reconocer la historia, la palabra y la singularidad de quien vive esa situación.

El análisis del cortometraje reveló tres aspectos importantes relacionados con los objetivos. En primer lugar, las escenas que muestran cómo se organizan los

espacios, horarios y actividades diarias muestran una tensión entre las necesidades de cuidado y la participación del adulto mayor en las decisiones que definen su vida. La teoría de Goffman ayudó a entender estas situaciones desde la lógica de la institución total, mientras que el enfoque psicoanalítico permitió analizarlas desde la diferencia entre dependencia funcional y autonomía subjetiva.

En segundo lugar, las escenas con silencios, visitas familiares, recuerdos y pérdidas ayudaron a entender la importancia de los espacios de expresión afectiva. Al conectar estos momentos con las ideas de Freud sobre el duelo, se entendió que las pérdidas vinculadas a la vejez no se limitan al deterioro físico, sino que también incluyen vínculos, roles, espacios y posiciones que el sujeto tenía antes.

En tercer lugar, el análisis mostró la importancia del reconocimiento, la dignidad y la palabra en la experiencia de la vejez en instituciones. Las prácticas de infantilización y la forma en que se reduce al sujeto a sus necesidades de cuidado permiten cuestionar, desde el psicoanálisis, qué condiciones son necesarias para que el adulto mayor conserve su posición subjetiva y siga siendo reconocido como alguien con deseos.

En conjunto, los resultados no indican que toda institucionalización lleve necesariamente a la pérdida de subjetividad o autonomía. Más bien, muestran que ciertas dinámicas representadas en “La última estación” pueden crear tensiones entre la lógica asistencial y la dimensión subjetiva del adulto mayor. Por eso, el aporte del análisis es señalar la importancia de incluir espacios de escucha, participación y reconocimiento, para que el cuidado institucional no se limite solo a atender necesidades biológicas.

## CONCLUSIONES

La presente investigación permite explorar la complejidad de la vejez dentro de los dispositivos residenciales, evidenciando que el envejecimiento trasciende el simple declive biológico para constituirse como un proceso donde la subjetividad y el deseo se encuentran en constante reconfiguración. A lo largo del estudio, se hace notorio que la institucionalización, tal como se concibe en la actualidad, impone al adulto mayor un escenario de vulnerabilidad, donde la transición de ser un sujeto activo para convertirse en un objeto pasivo de cuidado demanda una revisión ética y clínica para evitar el desmoronamiento de su aparato psíquico.

El análisis de la subjetividad del adulto mayor institucionalizado determina que el modelo que se utiliza el cual es asistencia, centrado en la administración de cuidados físicos y biológicos, anula las necesidades que los adultos mayores tienen de reconocimiento, escucha y expresión afectiva. La institución al operar mediante un “objeto tapón” reduciendo al individuo como un organismo que solo necesita alimento, higiene y medicina, silencia la dimensión psíquica del residente. La supervivencia física garantizada por el asilo es insuficiente si no va acompañada de un sostén emocional que valide su dolor y escuche sus demandas, ya que al privar al adulto mayor de este reconocimiento es el equivalente a empujarlo a una muerte subjetiva anticipada.

Al explorar las percepciones de los adultos mayores sobre su exclusión en la toma de decisiones, se demuestra que la imposición de rutinas rígidas y el trato infantilizado eliminan su autonomía y participación. Tal como se evidenció en el documental “La última estación”, ya que, desde el momento del ingreso, el residente es separado de sus pertenencias y puesto frente un control que anula su privacidad y también su libre albedrío. Al ser despojados de la capacidad para decidir sobre aspectos elementales de su cotidianidad como sus horarios, vestimenta o actividades, los residentes experimentan esto no como un cuidado, sino como una forma en la que se los destituye de su condición de adultos. Esta alienación frente a las normas de un Otro institucional omnipotente provoca que asuman un rol de desecho y se replieguen en una pasividad defensiva que acelera su deterioro físico y cognitivo.

La investigación también demuestra que la falta de espacios de escucha y de elaboración de duelos tiene una repercusión en la construcción de la autoestima, la subjetividad y la identidad del Yo. El análisis del documental corroboró esta realidad,

la cual es que ante la ausencia de alguien que aloje su historia, el dolor del adulto mayor se desplaza a miradas perdidas, mutismo y a una desconexión con el entorno. La forma en la que la institución gestiona la muerte, como el limpiar la habitación rápidamente para el próximo ocupante, como si el residente fuera un objeto fácil de reemplazar, refleja la anulación de su historia singular. El adulto mayor requiere de la palabra para historizar y tramitar sus pérdidas y al no existir un espacio analítico que aloje su sufrimiento, la energía libidinal no encuentra vías de descarga en el lazo social y se vuelve en contra del propio sujeto. Esto genera una crisis de identidad y un derrumbe narcisista que se manifiesta a través de somatizaciones, apatía y melancolía, demostrando que el silenciamiento institucional fragmenta así la integridad del Yo.

También, al profundizar en la relación entre las demandas de reconocimiento y la preservación de la dignidad, se concluye que el deseo del adulto mayor resiste al declive biológico y exige ser validado mediante la transferencia. Una forma de demanda de amor del residente la cual usualmente es vista como un capricho, es el quejarse, estar en silencio e incluso manifestar molestias físicas. El residente puede salir de la queja pasiva y pronunciar su deseo propio cuando la institución deja de tener una administración burocrática y pasa a ser un lugar de escucha donde el profesional toma una posición de sostén sin juzgar ni infantilizar al adulto mayor, demostrando así que el acceso a la historia singular del sujeto puede hacer que este reconstituya su autonomía y asegurar un soporte durante la vejez sin que este pierda su dignidad.

La vejez institucionalizada no debe ser sinónimo de reclusión silenciada ni de anulación del ser. Esta investigación reafirma que el inconsciente no tiene edad y que el deseo humano no caduca con el deterioro del cuerpo. Resulta necesario para las disciplinas de la salud mental promover un cambio que elimine la visión centrada en el deterioro y la discriminación por edad, instaurando modelos de acompañamiento donde la restitución de la palabra y el respeto por la subjetividad sean el pilar fundamental. Solo así se asegurará que el adulto mayor transite la última etapa de su ciclo vital no como un objeto de desecho de la sociedad, sino como un sujeto de pleno derecho, con voz propia y capacidad inquebrantable de seguir deseando.

## REFERENCIAS

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley Publishing Company.  
<https://ia601500.us.archive.org/17/items/in.ernet.dli.2015.188638/2015.188638.The-Nature-Of-Prejudice.pdf>
- Álvarez, M. (2011). Reorientación vocacional: deseo y subjetividad en la adultez mayor. *Cuadernos Universitarios*, (4), 179-185.  
<https://revistas.ucasal.edu.ar/index.php/CU/article/view/131/109>
- Aveggio, R. (2013). *Psicoanálisis, salud pública y salud mental en Chile*. RIL Editores.
- Berger, P., y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores.  
<https://lideresdeizquierdaprd.files.wordpress.com/2016/06/la-construccion-social-de-la-realidad-thomas-luckmann.pdf>
- Butler, R. (1969). Age-Ism: Another form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246 [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243)
- Carbajo Vélez, M. C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos*, (24), 87-96.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282988>
- Chuga Quemac, E., Anamá Tiracá, R. A., Portilla Paguay, M. P., y Guerrero Hernández, M. L. (2024). Abandono de adultos mayores en comunidades rurales. *Revista Científica Agroecosistemas*, 12(3), 122-128.  
<https://aes.ucf.edu.cu/index.php/aes/article/view/738/691>
- Clemente, A., Tartaglini, M. F., y Stefani, D. (2009). Estrés psicosocial y estilos de afrontamiento del adulto mayor en distintos contextos habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 69-75.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921800007>
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez* (A. Bernández, Ed.). Editorial Sudamericana.  
<https://archive.org/details/la-vejez-simone-de-beauvoir/page/n2/mode/1up>
- Erikson, E. (1982). *El ciclo vital completado*. Paidós.  
[https://www.academia.edu/88863541/Erikson\\_El\\_Ciclo\\_Vital\\_Completado](https://www.academia.edu/88863541/Erikson_El_Ciclo_Vital_Completado)
- Fernández, A. (2007). Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, (99), 169-182.  
[https://www.apuruguay.org/revista\\_pdf/rup99/rup99-fernandez.pdf](https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup99/rup99-fernandez.pdf)

- Flores-Tomalá, A., y Yagual-Rivera, S., (2023). Abandono familiar y estado emocional de los adultos mayores del barrio Paraíso del cantón Salinas. 593 *Digital Publisher CEIT*, 8(4), 367-379  
<https://doi.org/10.33386/593dp.2023.4.1951>
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 93-105). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras completas* (Vol. 12, pp. 107-119). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras completas*. (Vol. 14, pp. 65-98). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras completas*. (Vol. 12, pp. 145-157). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Lo Inconsciente. En *Obras completas*. (Vol. 14, pp. 153-213). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En *Obras completas*. (Vol. 14, pp. 235-255). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras completas*. (Vol. 18, pp. 1-61). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1978). *Obras completas* (25 tomos). Amorrortu Editores.
- Garza, A. (1988). Manual de técnicas de investigación para estudiantes de ciencias sociales, 7ª. reimp., Ed. Harla, México.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.  
<https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffmaninternados.pdf>
- Guevara-Peña, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138-151.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-38032016000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-38032016000100010&script=sci_arttext)
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill Education.  
[https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Metodologia\\_de\\_la\\_Investigacion-Sampieri.pdf](https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Metodologia_de_la_Investigacion-Sampieri.pdf)

- Kant, I. (1785). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (J. Mardomingo, Ed. y Trad.). Editorial Ariel.  
<https://www.filosoficas.unam.mx/docs/541/files/Kant-Fundamentación-metafísica-costumbres.pdf>
- Kaplan, D. B. (2025). *Efectos de los períodos de transición en las personas mayores*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/cuestiones-sociales-que-afectan-a-las-personas-mayores/efectos-de-los-periodos-de-transici%C3%B3n-en-las-personas-mayores>
- Krassoievitch, M. (2001). *Psicoterapia geriátrica*. Fondo de Cultura Económica.  
<https://es.scribd.com/document/358626447/Psicoterapia-Geriatria-Miguel-Krassoievitch>
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je). En *Escritos 1* (3ª ed.; pp. 99-106). Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1953). *Escritos 1: Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. Siglo XXI Editores. <https://www.mariategui.org/wp-content/uploads/2021/05/06-Lacan-J.-1975-1966-Escritos-1.pdf>
- Lacan, J. (1958) *Escritos 2: La dirección de la cura y los principios de su poder*. Siglo XXI Editores.  
<https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/escritos-2-jacques-lacan.pdf>
- Lacan, J. (1964). *El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (J.-A. Miller, ed.). Paidós.
- Lacan, J. (1967). *Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*. <https://elp.org.es/wp-content/uploads/2023/03/Proposicion-9-octubre-1967.pdf>
- Lacan, J. (1969-1970). *El Seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (1988). *El Seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós.
- lacub, R., y Arias, C. (2010). *El empoderamiento en la vejez*. Journal of Behavior, Health & Social Issues (2), 25-32.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720003.pdf>
- Lolas, F. (1992). *Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte*. Ediciones Campus, Universidad Arturo Prat.

[https://www.academia.edu/26442237/Escritos\\_sobre\\_vejez\\_envejecimiento\\_y\\_muerte](https://www.academia.edu/26442237/Escritos_sobre_vejez_envejecimiento_y_muerte)

- M. I. Concejo Municipal de Guayaquil. (2019). Ordenanza para la protección de las personas adultas mayores de Guayaquil. *Gaceta Oficial Municipal*, (98). [https://ccpidguayaquil.gob.ec/wp-content/uploads/ordenanzas\\_20190227\\_gaceta-98.pdf](https://ccpidguayaquil.gob.ec/wp-content/uploads/ordenanzas_20190227_gaceta-98.pdf)
- Marcelino Aranda, M., Martínez Cuevas, M., y Camacho Vera, A. (2024). Análisis documental, un proceso de apropiación del conocimiento. *Revista Digital Universitaria (RDU)*, 25(6). [https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v25\\_n6\\_a1.pdf](https://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v25_n6_a1.pdf)
- Mielgo Casado, A., Ortiz Muñoz, M. D., y Ramos Noesi, C. (2001). El rol del psicólogo que trabaja con personas mayores. Definición y desarrollo profesional. *Psychosocial Intervention*, 10(3), 395-409. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818268010.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2024). *El MIES gestiona la atención de adultos mayores habitantes de calle en centros de acogida*. Ministerio de Inclusión Económica y Social; Gobierno del Encuentro. <https://www.desarrollohumano.gob.ec/el-mies-gestiona-la-atencion-de-adultos-mayores-habitantes-de-calle-en-centros-de-acogida/>
- Murillo, M. (2016). El concepto de fin de análisis y el problema de la puerta. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, XVI (1), 1-2. <https://www.aacademica.org/manuelmurillo/22>
- Naciones Unidas Ecuador. (2017). *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Ecuador*. <https://ecuador.un.org/es/sdgs>
- Nagusi Intelligence Center. (2024). *La salud mental en las personas mayores*. Confederación Salud Mental España. <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Salud-Mental-personas-mayores-nagusi-center.pdf>
- Observatorio del Envejecimiento UC. (2025). *Soledad no deseada y aislamiento social en la vejez: Prevalencia, factores de riesgo y estrategias de acción* (Reporte ODE 37). Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2025/05/Reporte-ODE-37-Soledad-no-Deseada-y->

[Aislamiento-Social-en-la-Vejez-Prevalencia-Factores-de-Riesgo-y-Estrategias-de-Accion.pdf](#)

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento: edadismo*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. <https://iris.who.int/handle/10665/340208>
- Osorio, I. (2021). Entre el psicoanálisis y la institución: un dispositivo psicoanalítico en una institución de salud mental en Colombia. *Revista Affectio Societatis*, 18(34). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8171597.pdf>
- Pacurucu, N., Parra, K., Peñoro, P., y Aguilar, J. (2024). Evaluación geriátrica integral en adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cuenca. *Revista FACSALUD-UNEMI*, 8(14), 13-19. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1884/1785>
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., y Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. (3.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill. <https://educativopracticas.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/01/desarrollo-del-adulto-y-vejez-papalia-libro.pdf>
- Péruchon, M., y Thomé-Renault, A. (1995). *Vejez y pulsión de muerte*. Amorrortu. <https://es.scribd.com/document/845592818/31-PERUCHON-Y-THOME-RENAULT-Vejez-y-pulsion-de-muerte>
- Ramírez, I. (2003). Dependencia Versus Autonomía en la Vejez. *Perspectivas*, 1, 41-45. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9574906.pdf>
- Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2):87-88. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592018000200087](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087)
- Romero, D. (2023). Salud y movilidad asequible, las urgencias para los mayores de 65 años en Guayaquil. *GK*. <https://gk.city/2023/01/12/salud-movilidad-asequible-urgencias-pedidos-para-personas-mas-65anos-guayaquil-alcaldia/>
- Rubio Herrera, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 11-27. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315001.pdf>

- Salvarezza, L. (1988) *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.  
<https://fre.uy/a/6bd80398/Salvarezza.Psicogeriatria.TeoriayClinica-Cap2y52.pdf>
- Sánchez, A. (2019). Depresión, socialización y autonomía en ancianos institucionalizados. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 251-258.  
<https://www.redalyc.org/journal/3498/349860126024/html/>
- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025*. Gobierno del Ecuador.  
<https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes-programas-e-instrumentos/?id=46567>
- Thomas, W. I., y Thomas, D. S. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs* (1.a ed.). Alfred A. Knopf.
- Thumala, D. 2014. Healthy ways of coping with losses related to the aging process. *Educational gerontology*, 40(5), 363-384.
- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (2022). *Dominios Institucionales*.  
<https://www.ucsg.edu.ec/institutos/institutos-icseha/dominios-institucionales/>
- Velázquez, I. (2017). Análisis de las demandas psicoafectivas de los adultos mayores en instituciones gerontológicas de Guayaquil. Diseño de un modelo clínico de intervención psicológica. *Alternativas*, 18(3), 31-40.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6789130.pdf>
- Vucinovich, S. (2014). Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis. *Norte de Salud Mental*, XII (48), 19-25.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830206>
- Waterman, M. (2025). *Cuerpo y goce en la vejez*.  
<https://www.sofiaterra.com/2025/04/27/cuerpo-y-goce-en-la-vejez/>
- Winnicott, D. W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Editorial Paidós.
- Zapata Farías, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista De Psicología*, 10(1), 187-197.  
<https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/18562>



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Alvarado Erazo, Melany Nicole**, con C.C: # **2000110243**, y **Pincay Lapo, Angie Estefanía** con C.C: # **0957773518**, autoras del trabajo de titulación: **Subjetividad en la vejez: El deseo de reconocimiento y la dimensión afectiva del adulto mayor en contextos institucionales** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 23 de agosto de 2026**

*Melany Alvarado*

f. \_\_\_\_\_

**Alvarado Erazo, Melany Nicole**

**C.C: 2000110243**

*Angie Pincay L.*

f. \_\_\_\_\_

**Pincay Lapo, Angie Estefanía**

**C.C: 0957773518**



| <b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                     |                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                     |                                                                                   |    |
| <b>TEMA Y SUBTEMA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Subjetividad en la vejez: El deseo de reconocimiento y la dimensión afectiva del adulto mayor en contextos institucionales                          |                                                                                   |    |
| <b>AUTOR(ES)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Alvarado Erazo, Melany Nicole<br>Pincay Lapo, Angie Estefanía                                                                                       |                                                                                   |    |
| <b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.                                                                                                     |                                                                                   |    |
| <b>INSTITUCIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil                                                                                                       |                                                                                   |    |
| <b>FACULTAD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Facultad de Psicología, Educación y Comunicación                                                                                                    |                                                                                   |    |
| <b>CARRERA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Psicología Clínica                                                                                                                                  |                                                                                   |    |
| <b>TÍTULO OBTENIDO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Licenciada en Psicología Clínica                                                                                                                    |                                                                                   |    |
| <b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 23 de agosto de 2026                                                                                                                                | <b>No. DE PÁGINAS:</b>                                                            | 78 |
| <b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Psicoanálisis, Subjetividad, Adultos mayores institucionalizados                                                                                    |                                                                                   |    |
| <b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Subjetividad; Vejez Institucionalizada; Escucha analítica; Autonomía; Deseo de Reconocimiento; Psicoanálisis.                                       |                                                                                   |    |
| <b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> La presente investigación abordó la subjetividad en la vejez y el deseo de reconocimiento del adulto mayor en contextos institucionales, esto es muy importante porque muchos modelos de atención se enfocan solo en las necesidades biológicas y anulan la dimensión psíquica del sujeto. El objetivo principal fue analizar la subjetividad del adulto mayor institucionalizado para comprender sus necesidades de reconocimiento, de escucha y de expresión afectiva. Esto permitió reflexionar sobre un modelo de atención que, en muchos casos, se enfoca principalmente en cubrir las necesidades biológicas y deja de lado otros aspectos importantes de su bienestar. Para esto, se utilizó un enfoque cualitativo, con alcance descriptivo, basado en el paradigma interpretativo donde se realizó un análisis del documental “La última estación”. Los resultados mostraron que la falta de participación de los adultos mayores en las decisiones de la vida cotidiana puede llevar a infantilizar y al mismo tiempo limitar su autonomía. Al no contar con espacios para expresar sus vivencias, se dificulta la elaboración de los duelos por las pérdidas que sufren en esta etapa. Esto afecta por lo que es necesario pasar de un modelo simplemente institucional a un acompañamiento clínico que devuelva la palabra y reconozca al adulto mayor como sujeto deseante hasta el final de su vida. |                                                                                                                                                     |                                                                                   |    |
| <b>ADJUNTO PDF:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                              | <input type="checkbox"/> NO                                                       |    |
| <b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Teléfono:</b><br>+593-99-723-7831<br>+593-98-503-0849                                                                                            | <b>E-mail:</b><br>melany.alvarado@cu.ucsg.edu.ec<br>angie.pincay01@cu.ucsg.edu.ec |    |
| <b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Nombre:</b> Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.<br><b>Teléfono:</b> +593 99 943 2417<br><b>E-mail:</b> marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec |                                                                                   |    |
| <b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                                   |    |
| <b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                                                                   |    |
| <b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                                                                   |    |
| <b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                     |                                                                                   |    |